

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

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI
ALAN HASTALARDA DAVRANIM BOZUKLUĞU
BELİRTİLERİNİN ÖNGÖRÜCÜLERİ**

Dr. Havvana HOROZCU SALTİK

**UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır**

ANKARA

2020

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

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI
ALAN HASTALARDA DAVRANIM BOZUKLUĞU
BELİRTİLERİNİN ÖNGÖRÜCÜLERİ

Dr. Havvana HOROZCU SALTIK

UZMANLIK TEZİ
Olarak Hazırlanmıştır

TEZ DANIŞMANI
Doç. Dr. Dilşad FOTO ÖZDEMİR

ANKARA

2020

TEŞEKKÜR

Tez çalışmasının her aşamasında katkısını ve değerli desteğini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dilşad Foto Özdemir'e;

Uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerini içtenlikle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Füsun Çuhadaroğlu Çetin, Prof. Dr. Fatih Ünal, Prof. Dr. Sadriye Ebru Çengel Kültür, Doç. Dr. Devrim Akdemir, Doç. Dr. Tuna Çak Esen, Doç. Dr. Şükran Gülin Evinç, Yrd. Doç. Dr. Dilek Ünal, Yrd. Doç. Burcu Alan Ersöz'e

Asistanlık sürecimin her döneminde birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım Uzm. Dr. Kevser Nalbant ve Uzm. Dr. Cihan Aslan'a, şimdiye kadar çalışmış olduğum tüm asistan arkadaşlarıma, bölüm psikoloğumuz Şeniz Özusta, sosyal hizmet uzmanlarımız Ferda Karadağ ve Yaşar Çavdar, bölüm sekreterlerimiz Ayşe Mert, Nuran İnceoğlu ve Sevim Tombaş'a,

Psikiyatri ve Çocuk Nörolojisi rotasyonlarım sırasında mesleki eğitimime katkı sağlayan tüm değerli hocalarıma,

Göz Hastalıkları asistanlığım sürecinde birlikte çalıştığım değerli hocalarım, uzman abi ve ablalarım, asistan arkadaşlarım, servis, poliklinik ve ameliyathanede birlikte çalıştığım tüm personele,

Ankara'nın bana kazandırdığı en büyük kazanımlarımdan olan, tez sürecinde de tecrübeleri ve yardımlarıyla bana destek olan arkadaşım Uzm. Dr. Büşra Sultan Aydos'a,

Her türlü fedakarlıkla bugünlere ulaşmamı sağlayan, sevgi ve güvenle beni her zaman destekleyen annem Ayşe Horozcu ve babam Kemal Horozcu'ya, varlıklarından mutluluk duyduğum kardeşlerim Op. Dr. Hasan Horozcu, Duygu Horozcu, Zeynep Duru Horozcu ve Dr. Gizem Horozcu'ya, bu zorlu süreçte desteklerini ve sevgilerini hep hissettiğim ailemin tüm bireyelerine,

Her zaman yanımda olan, varlığı ile bana güç ve mutluluk veren sevgili eşim Sabri Saltık'a sonsuz teşekkürlerimi ve minnettarlığımı sunarım.

Dr. Havvana HOROZCU SALTİK

Ekim 2020

ÖZET

Horozcu Saltık, H. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Olan Hastalarda Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Öngörücüleri, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi, Ankara, 2020. Bu çalışma Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı ile en az 5 yıllık takibi olan, dahil etme ölçütlerini karşılayan, çalışmayı katılmayı kabul eden 12-18 yaş arasındaki olguların, davranım bozukluğu belirtilerinin öngörücülerinin, duygu tanıma, empati becerileri, katı duygusuz özellikleri ve aile ilişkileri açısından değerlendirilmesine ve bulguların sağlıklı kontrol olguları ile karşılaştırılmasına dayanan kesitsel bir çalışmadır. Çalışmaya 12-18 yaş arasında, 18 kız ve 31 erkekten oluşan 49 hasta ve araştırma grubu ile yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik-sosyokültürel düzey açısından eşleştirilmiş 23 kız ve 30 erkek toplam da 53 sağlıklı kontrol alınmıştır. Araştırma grubundaki ergenlerde şimdiki ve geçmiş dönemdeki DEHB tanısını doğrulamak ve kontrol grubundaki ergenlerde psikiyatrik hastalıkları dışlamak için KSADS-PL kullanılmıştır. Ergenler, Conners-Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Uzun Formu (CWEÖÖ-U), KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği, Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği (ICU-TR), Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Gözlerden Zihin Okuma Testi-Gözler Testi ile değerlendirilmiş, ebeveynlerine Conners Anababa Dereceleme Ölçeği - Yenilenmiş/Uzun (CADÖ-Y/U), Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği - Ebeveyn Formu - (T-DSM-IV-Ö), Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), Griffith Empati Ölçeği-Anne Baba Değerlendirme Formu verilmiştir. Çalışma sonucunda DEHB olan ergenlerin duygu tanıma zorluklarının daha fazla olduğu, bilişsel empatide zorluk, katı-duygusuz özelliklerinin belirgin olduğu, aile ve sosyal işlevsellik sorunlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir. Davranım bozukluğu (DB) belirtileri gösteren DEHB'lerin DB belirtileri eşlik etmeyen gruba göre daha fazla davranım, duygusal, aile, öfke kontrol ve sosyal problemleri gösterdikleri; bilişsel alanlarda belirgin empati zorluklarının olduğu, depresyon ölçek puanlarının daha yüksek olduğu gösterilmişken; Davranım bozukluğu belirtisi eşlik eden DEHB ile duygu okuma, katı-duygusuz özellikler açısından anlamlı farklılık göstermemiştir. Tüm örneklem değerlendirildiğinde bilişsel empati eksikliği, aile problemleri, duygusal problemler, davranım problemleri, öfke kontrol problemleri, depresif belirtiler, karşı gelme, hiperaktivite, kaygı ve utangaçlığın davranım bozukluğu belirtilerini öngörebilecek değişkenler olabileceği belirlenmiştir.

Anahtar sözcükler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, duygu tanıma, empati becerileri, katı-duygusuz özellikler

ABSTRACT

Horozcu Saltık, H, Predictors of Behavioral Disorder Symptoms in Patients with Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, 2020. The aim of this study is to evaluate the predictors of conduct disorder symptoms, emotion recognition, empathy skills, callous unemotional traits and family relations of subjects aged 12-18 years with a diagnosis of Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD), who met the inclusion criteria and accepted to participate in the study. It is a cross-sectional study based on the evaluation of the results and comparison of the findings with healthy control subjects. 102 adolescents between the ages 12-18 were enrolled in the study, 49 in ADHD group, 18 girls and 31 boys and 53 in healthy control group, 23 girls and 30 boys, that matched for age, gender and socioeconomic-sociocultural level. All children were interviewed by using Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children- Present and Lifetime version (K-SADS-PL) to screen previous and current ADHD in research group and to exclude any psychiatric disorder in healthy control group. All subjects were evaluated with Conners - Wells' Adolescent Self - Report Scale - Long Form, KA-SI Empathic Tendency Scale for Children and Adolescents - Adolescent Form, Inventory of Callous-Unemotional Traits–Youth Form, Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ), Beck Depression Inventory (BDI), Reading The Mind in the Eyes Test (RME) were completed by adolescent and Conners' Parent Rating Scale Long Form-Revised (CED5-Y: U), The Turgay DSM-IV Based Disruptive Behavior Disorders Child and Adolescent Rating and Screening Scale, (T-DSM-IV-S), Family Assessment Device (FAD) and Griffith Empathy Scale-Parent Evaluation Form were completed by parents. Adolescents with ADHD had more difficulty in recognizing emotions, had empathic difficulties in cognitive areas, callous-unemotional traits are prominent in this group and family and social functionality problems were higher. Subjects who had ADHD with conduct disorder (CD) symptoms, showed more behavioral, emotional, family, social and anger control problems as well as significant empathy difficulties in cognitive domains and higher depression scale scores. There was no significant difference between ADHD with CD symptoms and emotion reading and callous-unemotional traits. When the whole sample was evaluated, it was determined that cognitive lack of empathy, family problems, emotional problems, behavioral problems, anger control problems, depressive symptoms, opposition, hyperactivity, anxiety, and shyness could be variables that could predict behavioral disorder symptoms.

Key words: Attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder, emotion recognition, empathy skills, callous-unemotional traits

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	xi
TABLolar DİZİNİ	xii
1. GİRİŞ	1
1.1. Konunun Önemi	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	4
2.1.1. Tanım	4
2.1.2. Tarihçe	4
2.1.3. Tanı Ölçütleri	5
2.1.4. Epidemiyoloji	6
2.1.5. Etiyoloji	7
2.1.6. Klinik Değerlendirme	9
2.1.7. Tanısal Değerlendirme	10
2.1.8. Eşlik Eden Tanılar ve Ayırıcı Tanılar	11
2.1.9. Tedavi Yöntemleri	13
2.1.10. Gidiş	15
2.2. Davranım Bozukluğu	16
2.2.1. Tanım	16
2.2.2. Tarihçe	16
2.2.3. Tanı Ölçütleri	16
2.2.4. Epidemiyoloji	17
2.2.5. Etiyoloji	18
2.2.6. Klinik Değerlendirme	22
2.2.7. Eşlik Eden Tanılar ve Ayırıcı Tanılar	23
2.2.8. Tedavi	24
2.2.9. Gidiş	25

2.3. Katı-Duygusuz Özellikler (Callous Unemotional, CU)	25
2.3.1. Katı-Duygusuz Özellikler İle İlgili Genel Bilgiler	25
2.3.2. Katı-Duygusuz Özellikler ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu / Davranım Bozukluğu	27
2.4. Duygu Tanıma	28
2.4.1. Duygu Tanıma İle İlgili Genel Bilgiler	28
2.4.2. Duygu Tanıma ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	29
2.4.3. Duygu Tanıma ve Davranım Bozukluğu	31
2.5. Empati	32
2.5.1. Empati İle İlgili Genel Bilgiler	32
2.5.2. Empati ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	32
2.5.3. Empati ve Davranım Bozukluğu	33
2.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu Birlikteliği	34
2.7. Araştırmanın Amacı	35
3. YÖNTEM VE GEREÇLER	37
3.1. Araştırmanın Deseni	37
3.2. Araştırmanın Örneklemi	37
3.3. Örneklemin Seçimi	37
3.3.1. Araştırma Grubunun Oluşturulması	37
3.3.2. Kontrol Grubunun Oluşturulması	38
3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	39
3.4.1. Araştırmacının Yaptığı Değerlendirmeler	41
3.4.2. Ergen Tarafından Doldurulan Ölçekler	43
3.4.3. Ebeveyn Tarafından Doldurulan Ölçekler	47
3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler	50
4. BULGULAR	52
4.1. Araştırmacının Yaptığı Değerlendirmeler	52
4.1.1. Sosyodemografik Özellikler	52
4.1.2. Klinik Özellikler	57
4.1.3. Duygu Tanıma Becerileri	59
4.2. Ergenler Tarafından Tamamlanan Ölçek Sonuçları	59

4.2.1.	Ergenlerin Duygusal, Bilişsel ve Davranışsal Sorunlarının Gruplara Göre Dağılımı	60
4.2.2.	Empati Becerileri	61
4.2.3.	Katı-Duygusuz Özellikler	61
4.2.4.	Ergenlerin Davranış Özellikleri	62
4.2.5.	Ergenlerde Depresyonun Değerlendirilmesi	62
4.3.	Ebeveynlerin Çocukları ve Aileleri İçin Tanımladıkları Özellikler	63
4.3.1.	DEHB İle İlişkili Duygusal, Davranışsal, Bilişsel ve Sosyal Problemlerin Değerlendirilmesi	63
4.3.2.	Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi	64
4.3.3.	Ebeveynlere Göre Ergenlerin Empati Becerileri	66
4.3.4.	Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirtilerinin Değerlendirmesi	66
4.4.	DEHB Grubunun Turgay Ölçeği İle Tanımlanan Davranım Bozukluğu Belirti Varlığına Göre Değerlendirme Sonuçları	68
4.4.1.	DB Belirtilerine Göre Grupların Sosyodemografik Özellikleri	68
4.4.2.	DB Belirtilerine Göre Grupların Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri	70
4.4.3.	DB Belirtilerine Göre Grupların DSM-5 Tanı Dağılımları ve Klinik Özellikleri	71
4.4.4.	DB Belirtilerine Göre Grupların Duygu Tanıma Becerileri	73
4.4.5.	DB Belirtilerine Göre Grupların Duygusal, Bilişsel ve Davranışsal Sorunlarının Değerlendirilmesi	73
4.4.6.	DB Belirtilerine Göre Grupların Empati Becerileri	74
4.4.7.	DB Belirtilerine Göre Grupların Katı-Duygusuz Özellikleri	74
4.4.8.	DB Belirtisinin Eşlik Etme Durumuna Göre Davranış Özellikleri	74
4.4.9.	DB Belirtisinin Eşlik Etme Durumuna Göre Depresyonun Değerlendirilmesi	75
4.4.10.	DB Belirtisinin Eşlik Etme Durumuna Göre Ebeveynlerin Tanımladığı Duygusal, Davranışsal, Bilişsel ve Sosyal Problemler	76

4.4.11. DB Belirtilerinin Eşlik Etme Durumuna Göre Grupların Aile İşlevsellik Özellikleri	77
4.4.12. DB Belirtisinin Eşlik Etme Durumuna Göre Ebeveynlerin Tanımladığı Empati Becerileri	78
4.5. DEHB Grubunda Korelasyonların Değerlendirilmesi	78
4.5.1. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Duygu Tanıma Becerileriyle İlişkisi	78
4.5.2. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Conners - Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği İle İlişkisi	78
4.5.3. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Empatik Becerilerle İlişkisi	80
4.5.4. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Katı-Duygusuz Özelliklerle İlişkisi	80
4.5.5. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Güçler ve Güçlükler Anketi İle İlişkisi	81
4.5.6. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Beck Depresyon Ölçeği İle İlişkisi	82
4.5.7. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Conners Anababa Dereceleme Ölçeği İle İlişkisi	82
4.5.8. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Aile İşlevselliğiyle İlişkisi	84
4.5.9. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Griffith Empati Ölçeği İle İlişkisi	85
4.6. DEHB Grubunda Lojistik Regresyon Analizi	85
5. TARTIŞMA	88
5.1. Örneklemin Değerlendirilmesi	88
5.1.1. Yaş ve Cinsiyet	88
5.1.2. Aile Özellikleri	90
5.1.3. Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri	92
5.1.4. Akademik Özellikler	95
5.1.5. Klinik Özellikler, İzlem ve Tedavi Durumu	96
5.1.6. Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar	99
5.2. Davranım Bozukluğu Belirtileriyle İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi	101
5.2.1. Duygusal, Bilişsel ve Davranışsal Sorunlar	101

5.2.2. Duygu Tanıma Becerileri	103
5.2.3. Empati Becerileri	105
5.2.4. Katı-Duygusuz Özellikler	106
5.2.5. Ergenlerin Davranış Özellikleri	107
5.2.6. Davranım Bozukluğu ve Depresyon	109
5.2.7. Aile İşlevsellik Özellikleri	110
5.2.8. Yıkıcı Davranış Belirtileri	111
5.3. Lojistik Regresyon Analizi	112
5.4. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları	112
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	114
7. KAYNAKLAR	118
8. EKLER	135
EK 1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu	135
EK 2. Gözlerden Zihin Okuma Testi	137
EK 3. Conners - Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Uzun Formu	139
EK 4. KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği – Ergen Formu (KA-Sİ – EEÖ - Ergen Formu)	141
EK 5. Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği (ICU-TR)	142
EK 6. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)	143
EK 7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)	144
EK 8. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş/Uzun CADÖ-Y/U	147
EK 9. Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği - Ebeveyn Formu, Turgay Ölçeği- The Turgay DSM-IV	149
EK 10. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)	151
EK 11. Griffith Empati Ölçeği - Anne Baba Değerlendirme Formu	153

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

DEHB	:	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DB	:	Davranım Bozukluğu
KOKGB	:	Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
ÇDŞG-ŞY	:	Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu
RME	:	Gözlerden Zihin Okuma Testi-Gözler Testi
CADÖ-Y/U	:	Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Yenilenmiş/Uzun Formu
CWEÖÖ - U	:	Conners - Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu
ICU-TR	:	Katı Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği
KA-Sİ - EEÖ	:	KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği - Ergen Formu
GGA	:	Güçler ve Güçlükler Anketi
ADÖ	:	Aile Değerlendirme Ölçeği
BDÖ	:	Beck Depresyon Ölçeği
T-DSM-IV-Ö	:	Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği - Ebeveyn Formu
SSRI	:	Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörü
DSM	:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
ICD	:	International Classification of Disease (Uluslararası Sınıflama Sistemi)
SPSS	:	Statistical Package for Social Sciences
n	:	Kişi sayısı
p	:	Anlamlılık düzeyi
χ^2	:	Ki Kare

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo	Sayfa
4.1. Ergenlerin Yaş ve Cinsiyet Dağılımları	52
4.2. Çalışmaya Alınan Ergenlerin Aile Özellikleri	54
4.3. Ergenlerin Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri	56
4.4. Çalışmaya Alınan Ergenlerin Akademik Özellikleri	57
4.5. DEHB Tanısı Olan Ergenlerin DSM-5'e Göre Tanı Dağılımları	58
4.6. Grupların Duygu Tanıma Becerilerine Göre Karşılaştırılması	59
4.7. Duygusal, Bilişsel ve Davranışsal Sorunlara Göre Ergen Gruplarının Karşılaştırılması	60
4.8. Empati Becerilerine Göre Ergen Gruplarının Karşılaştırılması	61
4.9. Ergenlerin Katı-Duygusuz Özelliklerinin Karşılaştırılması	61
4.10. Ergenlerin Davranış Özelliklerinin Karşılaştırılması	62
4.11. Ergenlerin Depresyon Değerlendirme Sonuçları	63
4.12. Ergenlerin DEHB İle İlişkili Duygusal, Davranışsal, Bilişsel ve Sosyal Problemlerinin Dağılımı	64
4.13. Aile İşlevselliğinin Ergen Grupları Arasında Karşılaştırılması (1)	65
4.14. Aile İşlevselliğinin Ergen Grupları Arasında Karşılaştırılması (2)	65
4.15. Ergenlerin Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirtileri Dağılımı	66
4.16. Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirtilerinin Turgay Ölçeği Maddelerine Göre Karşılaştırılması	67
4.17. Ergenlerin Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirtilerinin Turgay Ölçeğine Göre Klinik Olarak Anlamlılık Düzeylerinin Karşılaştırılması	67
4.18. DB Belirtisi Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Özellikleri	69
4.19. DB Belirtisi Olan ve Olmayan Grupların Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri	70
4.20. DB Belirtisi Olan ve Olmayan Grupların DSM-5 Tanı Dağılımları	71
4.21. DB Belirtisi Olan ve Olmayan Grupların DSM-5'e Göre Geçmiş Tanı Dağılımları	72
4.22. DB Belirtisi Olan ve Olmayan Gruplarda Duygusal, Bilişsel ve Davranışsal Sorunların Karşılaştırılması	73

4.23.	DB Belirtisi Olan ve Olmayan Grupların Empati Becerilerinin Karşılaştırılması	74
4.24.	DB Belirtisi Olan ve Olmayan Grupların Davranış Özelliklerinin Karşılaştırılması	75
4.25.	DB Belirtisi Olan ve Olmayan Grupların Depresyon Değerlendirme Sonuçları	76
4.26.	DB Belirtisi Olan ve Olmayan Gruplarda Ebeveyn Bildirimine Göre Duygusal, Davranışsal, Bilişsel ve Sosyal Problemler	77
4.27.	Davranım Bozukluğu Belirtilerinin CWEÖÖ-U İle Korelasyonu	79
4.28.	Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Empatik Becerilerle Korelasyonu	80
4.29.	Davranım Bozukluğu Belirtilerinin GGA İle Korelasyonu	81
4.30.	Davranım Bozukluğu Belirtilerinin CADÖ-Y/U İle Korelasyonu	84
4.31.	DEHB’li Ergenlerde DB Belirtisi Gelişiminin Öngörülmesinde Model Katsayılarının Omnibus Testi	85
4.32.	DEHB’li Ergenlerde DB Belirtisi Gelişiminin Öngörülmesinde Model Tarafından Açıklanan Değişim Miktarları	85
4.33.	DEHB’li Ergenlerde DB Belirtisi Gelişiminin Öngörülmesinde Hosmel ve Lemeshow Testi	86
4.34.	DEHB’li Ergenlerde DB Belirtisi Gelişiminin Öngörülmesinde Model Ayrımı İçin Sınıflama Tablosu	86
4.35.	DEHB’li Ergenlerde DB Belirtisi Gelişiminin Öngörülmesinde Lojistik Regresyon Modelinin Tahminleri	87

1. GİRİŞ

1.1. Konunun Önemi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), gelişim düzeyine göre dikkat süresinde kısalık ve dağınıklık, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik olan, sosyal, duygusal ve bilişsel alanlarda bozulmalara neden olabilen ve büyük oranda yaşam boyu devam eden ve erişkin dönemde ek ruhsal sorunlara zemin hazırlayan nörogelişimsel bir bozukluktur [1].

DEHB epidemiyolojisi açısından yapılan pek çok çalışmada DEHB sıklığına ilişkin birbirinden farklı sonuçlar bildirilmekle birlikte geniş bir meta-analiz çalışmasında çocuk ve ergenlerde DEHB görülme oranını %3,4, bir başka meta-analiz çalışmasında ise %5,29 olarak bildirilmiştir [2, 3].

En sık görülen nörogelişimsel bozukluklardan biri olan DEHB'nin etiyolojisinde genetik, nöroanatomik, nörofizyolojik, nörokimyasal, çevresel ve psikososyal nedenler ve bunların oluşturduğu etkileşimlerin önemli olduğu; aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarının sonuçlarından elde edilen veriler ile de genetik faktörlerin hastalığın etiyolojisinde büyük bir rol oynadığı bilinmektedir [4]. Alan yazında DEHB olanların toplam beyin hacminin kontrol gruplarına göre %3-5 daha az olduğu bildirilmiştir [5]. Kortikal gelişim değerlendirme çalışmalarında ise en yüksek kortikal kalınlık ve yüzey alanına ulaşma sürelerinin akranlarına göre 2-5 yıl kadar gecikebildiği bildirilmiştir [6]. DEHB'de dopaminerjik ve noradrenerjik nörotransmitter sistemlerdeki farklılıkların, yürütücü işlevler, çalışma belleği, duygu düzenlenmesi ve ödül işlemeyi yöneten beyin yapılarının işlevlerinde bozukluklara neden olduğu belirtilmektedir [7]. DEHB etiyolojisinde erken anne yaşı, gebelikte alkol ve sigara kullanımı, eklampsi, annenin psikolojik strese maruz kalması, perinatal ve neonatal dönemde fetüsün hipoksiye uğraması, intrauterin enfeksiyonlar, fetal postmatürite, antepartum hemoraji, bebeğin düşük doğum ağırlığı ve uzamış doğum eylemi gibi pre, peri ve postnatal durumların rol oynadığı belirtilmektedir [8]. Aile özellikleri açısından bakıldığında sıklıkla parçalanmış ve kaotik ailelerden geldikleri, ebeveynlerde psikiyatrik bozukluk sıklığının fazla olduğu, uygunsuz ebeveyn

tutumlarına maruz kaldıkları, düşük sosyoekonomik düzey ortamında yetiştikleri ve olumsuz yaşam olayları yaşama sıklığının fazla olduğu görülmektedir [8].

DEHB olan çocuk ve ergenlerde en sık görülen eş hastalanımlar, klinik, epidemiyolojik ve geniş yaş aralıklarında yapılan çalışmalar yelpazesine bakıldığında Davranım Bozukluğu (DB) ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu (KOKGB) olduğudur [9, 10]. DEHB olan çocuk ve ergenlerin yaklaşık % 4-60'ına DB ya da KOKGB'nin eşlik ettiği görülmektedir [9, 10].

Davranım bozukluğu (DB), başkalarının temel haklarına saldırıldığı ya da yaşa uygun temel toplumsal değerlerin ya da kuralların hiçe sayıldığı, tekrarlayıcı bir biçimde ve devamlılık gösteren bir davranış örüntüsüdür. Davranışlardaki bu bozukluklar klinik olarak önemli derecede toplumsal, sosyal ve ailesel işlevsellikte bozulmalara neden olur [11].

DB prevalansının %2-2,5; erkeklerde %3-4 arasında, kızlarda ise %1-2 arasında olduğu [2], yaşam boyu yaygınlığı ile ilgili geriye dönük ve kümülatif prevalansla ilgili ileriye dönük çalışmalarda kişilerin yaklaşık %10'unda çocukluk ve ergenlik döneminin bir noktasında DB belirtilerinin varlığı belirtilmektedir [12].

DB tanılı çocukların DEHB riskinin akranlarından 10 kat daha yüksek olduğu ve bu durumun hangi bozukluğa atfedilebileceğinin zor olduğu belirtilmektedir [13]. DB ve eş tanılı DEHB olan çocuklarda DEHB'nin eşlik etmediği durumlara göre belirtilerin daha erken yaşlarda başladığı, daha şiddetli olduğu, daha fazla akademik başarısızlığın görüldüğü ve daha kalıcı bir seyre sahip olduğu gösterilmiştir [14].

DB olan çocuk ve ergenlerin %12-46'sında pişmanlık/ suçluluk eksikliği, empati eksikliği, performansla ilgili endişe eksikliği ve sığ, yetersiz duygulanım gibi belirtileri içeren katı-duygusuz (Callous Unemotional, CU) özelliklerin görüldüğü bildirilmektedir [15]. DEHB ve eş hastalanım DB olan çocuklarda katı-duygusuz özelliklere sahip olanlarda sosyal beceri, problem çözme yeteneği, olumsuz davranış örüntüleri ile ilgili davranışsal tedavilere daha düşük yanıt verdiği gösterilmiştir [16].

DEHB zayıf duygusal düzenleme becerileriyle ilişkili olduğu düşünülen davranış bozuklukları ve akran reddi gibi sosyal duygusal zorlukları içeren bir bozukluktur [17, 18]. DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerin %25-45'inde yüksek duygusal labilite ve duygusal tepkiler görülmektedir [19]. Duygu düzenleme becerilerindeki bu zorluğun amaca yönelik eylemin yapılması ve uygun davranış

sergilenmesini engellediği ve sosyal, ailesel, akademik işlevsellikteki bozulmalara neden olduğu belirtilmektedir [20].

DB'de katı-duygusuz özelliklerin değerlendirildiği bir çalışmada DB'li ergenlerin duygu tanımada sağlıklı kontrollere göre daha başarısız oldukları, DB grubunun korkulu ve üzücü ifadelere bakarken gözlere daha az baktıkları, katı-duygusuz özellikleri daha yüksek olanlarda korkulu ifadeleri tanımada kısıtlılık olduğu, erkeklerin kadınlara göre duyguları tanımada daha başarısız olduğu gösterilmiştir [21].

DEHB olan çocukların akranlarına göre daha düşük duygusal ve bilişsel empati düzeylerine sahip olduğu, duygularının sık değiştirdiği ve duygu düzenlemede zorluk yaşadıkları belirtilmektedir [22]. DEHB birleşik tip ve DB eş hastalanım olan hastaların sosyal bakış açısı edinmede daha zayıf olduğu, DEHB dikkatsizlik alt tip olan hastaların DEHB birleşik alt tip olan hastalara göre basit görevlerde daha fazla duygusal empati gösterebildiği bildirilmiştir [23].

DEHB tanısıyla takipli olan hastalarda izlemde DB belirtileri ortaya çıkabilmektedir. DB belirtileri ortaya çıkmadan öngörmek, davranış sorunlarını erken dönemde öngörebilmek erken müdahale açısından çok önemlidir. DB belirtilerini öngören çalışmalar DEHB'si olan çocuk ve ergenlerde erken dönem müdahale stratejileri geliştirebilmek ve etkin tedavi yöntemleri kullanabilmek için oldukça önemli olduğu düşünülmektedir. Çalışmamızda DEHB izleminde ortaya çıkabilecek DB belirtileri ile ilişkili olduğu düşünülen katı-duygusuz özellikler, duygu tanıma, empati ve aile işlevselliğinin değerlendirilmesi bu açıdan önemli katkılar sağlayacağı düşünülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım

DEHB, gelişim dönemine uygun olmayan dikkat süresi kısalığı ve dağınıklığı, yaşa uygun olmayan aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ya da her ikisi ile tanımlı, sosyal, duygusal ve bilişsel alanlarda bozulmaların eşlik ettiği, belirtilerinin çoğunun 12 yaşından önce görüldüğü ve en az 6 ay devam ettiği, belirtilerin büyük oranda yaşam boyu devam ettiği ve erişkin dönemde ek ruhsal sorunlara zemin hazırlayan nörogelişimsel bir bozukluktur [1].

2.1.2. Tarihçe

DEHB ile ilgili ilk bilgiler 1775 yılında Alman arşivlerinde Weikard tarafından ve Crichton'un "bad children-kötü çocuklar" tanımlaması ve on sekizinci yüzyıl İskoç tıp arşivlerinde rastlanmaktadır [24]. On dokuzuncu yüzyıla gelindiğinde ise "mad idiots-çılgın aptallar", impulsive insanity-dürtüsel delilik", "defective inhibition-yetersiz engellenme" gibi tanımlamalar altında DEHB'nin incelendiği görülmektedir [25]. Alman psikiyatrist Heinrich Hoffman, 1844 yılında yayınladığı çocuk kitabında aşırı hareketli Peter'ı tanımlamıştır [26].

DEHB literatüründe dönüm noktası olarak değerlendirilen yazı, İngiliz çocuk hekimi Dr. George Still'in 1902 yılında yayınlanan, saldırganlık, karşı olma, dikkat sürdürmede güçlük ve kurallara uymakta zorluk yaşayan 45 çocuğu "deficit of moral control-ahlaki kurallara uymada güçlük" olarak tanımladığı makalesidir [27]. İspanyol Gribi salgınının olduğu yıllarda davranış bozukluklarının nedeninin organik bozukluklara bağlı olabileceği, ensefalit ya da travma ile ilişkili beyin hasarı sonrasında ortaya çıkan davranış değişikliklerinin "minimal brain damage-minimal beyin hasarı" olabileceği düşünülmüştür [28]. Alman doktorlar Franz Kramer ve Hans Pollnow 1932 yılında ensefalit geçirmemiş olgularda motor aktivite artışı ve huzursuzluğun ön planda olduğu mevcut DEHB kavramına oldukça yakın "Hiperkinetik Hastalık" olarak isimlendirdikleri bir grup belirti tanımlamışlardır [29].

Clements tarafından 1966 yılında tanımlanan “Minimal Beyin Disfonksiyonu” terimi, algılama, dil, hafıza, kavramsallaştırma, dikkat, dürtü veya motor işlevlerinde bozulmalarla kendini gösteren, öğrenme veya davranış zorluklarının olduğu çocukları ifade eder [30].

Sınıflama sistemlerinde 1980’li yıllarından itibaren davranışsal bozukluk olarak tanımlanmaya başlanan bu hastalık günümüzde Uluslararası Sınıflama Sistemi’nde (International Classification of Disease, ICD) “Hiperkinetik Bozukluk”, Amerika Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukları Sistemi’nde (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM) “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” olarak adlandırılmaktadır.

2.1.3. Tanı Ölçütleri

DEHB, Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) 1965 yılında geliştirdiği “Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması-9” da (“International Classification of Diseases”, ICD-9) “Çocukluk Çağının Hiperkinetik Sendromu” ve Amerikan Psikiyatri Birliği’nin (American Psychiatric Association) “Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı-II”de (“Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, DSM-II) “Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu” ismi ile yer alarak sınıflandırma sistemlerine girmiştir. DSM-III’te ise “Dikkat Eksikliği Bozukluğu” ismi ile yer almış, hiperaktivite eşlik edip etmemesine göre iki alt gruba ayrılmış; DSM-III-R’de ise “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” ismini almış, on dört belirti tanımlanmış, tanı almak için sekiz belirtinin varlığı istenmiştir [31]. DSM-IV’de “Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığı altında, davranım bozukluğu ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu tanı kategorileri ile birlikte sınıflandırılmıştır. DSM-IV’de DEHB tanı ölçütleri dikkatsizlik ve hiperaktivite/dürtüsellik olarak iki alt başlıktan oluşmaktadır. Alt başlıkların her birinde dokuz belirti bulunmakta ve DEHB tanısı koyabilmek için iki alt başlıktan en az birinde altı ya da daha fazla belirti bulunması istenmektedir. “Hiperaktivite/ dürtüsellik baskın tip” ve “Dikkat eksikliği baskın tip” olarak 2 tipi tanımlanmaktadır. Belirtilerin yedi yaşından önce başlaması, en az altı ay devam etmesi, en az iki ortamda olması, sosyal veya mesleki/ akademik alanda işlevselliğin bozulması gerekmektedir [32].

DSM-5'te “dikkatsizlik baskın tip”, “hiperaktivite/dürtüsellik baskın tip” ve “birleşik tip” olmak üzere üç alt alan tanımlanmış, belirtilerin başlangıç yaşı yediden on ikiye çıkarılmış, on yedi yaş ya da daha büyük olan bireyler için altı belirti yerine alt alanlardan herhangi birinden beş belirti yeterli kabul edilmiştir. Son altı aydır işlevselliği bozulmuş ancak DEHB ölçütlerinin hepsini daha önceden karşılamasına karşın şu an karşılamayan hastalar kısmi remisyonda olarak belirtilmiştir. Belirtilerin şiddeti hafif, orta ve ağır olarak derecelendirilmiştir. Otizm Spektrum Bozukluğunun eş tanı olarak konulabileceği belirtilmiştir [1].

2.1.4. Epidemiyoloji

DEHB erken çocukluk döneminde başlayan, genellikle ergenlik ve erişkin yaşamda da devam eden, farkındalığın artması ve sağlık kuruluşlarına ulaşmanın kolaylaşması nedeni ile tanı koyma oranlarının arttığı bir ruhsal bozukluktur.

DEHB epidemiyolojisi açısından yapılan pek çok çalışmada DEHB sıklığına ilişkin birbirinden farklı sonuçlar bildirilmiştir. Polanczyk ve arkadaşları 2007 yılında yayınladıkları meta-analizde DEHB görülme oranı %5,29 [3], 2015 yılında 1985-2012 yılları arasında 27 ülkede yapılan çalışmaları içeren meta-analiz çalışmasında ise %3,4 olarak bildirmiştir [2]. DEHB yaygınlığı erkeklerde kızlara oranla daha fazla olup, erkek/kız oranı 2/1 ile 9/1 gibi oranlarda farklılıklar göstermektedir [33].

Ülkemizde son dönemde yapılan çok merkezli epidemiyolojik çalışmada (EPICTAT-T) yedi coğrafi bölgeden, otuz şehirden 6-13 yaş arasındaki toplam 5830 çocuk DSM-IV tanı ölçütlerine göre yarı yapılandırılmış bir görüşme aracı olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu - ÇDŞG - ŞY ile çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından değerlendirilmiştir. Alınan tüm örnekleme en sık görülen ruhsal bozukluk DEHB olarak bulunmuş ve görülme sıklığı %19,5 olarak belirtilmiştir. İşlevsellikte bozulmaların eşlik ettiği DEHB'nin prevalansı kızlarda %8,6, erkeklerde ise %15,9 olduğu gösterilmiştir [34].

Ülkemizde 2008-2011 yılları arasında yapılan DEHB ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğunun (KOKGB) tarandığı 1500 çocuğun alındığı toplum temelli dört yıllık boylamsal bir çalışmada, DEHB prevalanslarının yıl sırası ile %13,38; %12,53; %12,22; %12,91 olduğu bulunmuştur [35]. Aynı çalışmada sekiz ile on yaş arasındaki

çocuklarda DEHB görülme oranının artmış olduğu, erkek/kız DEHB oranının sırasıyla 3,2; 3,4; 3,5; 5,8 olduğu belirtilmiştir [35].

DEHB epidemiyolojik çalışmalarına bakıldığında sonuçlar arasında var olan farklılıklar dikkat çekmektedir. Tanı sistemlerinde zamanla yapılan değişiklikler sonuçların farklı olmasının nedenlerinden biri olabilir. DSM-III ve ICD-10 ile yapılan çalışmalarda oranlar daha düşük elde edilirken, DSM-IV ve DSM-5 temel alınarak yapılan çalışmalarda oranların yükseldiği görülmektedir [36]. Sadece ölçeklerin kullanıldığı çalışmalarda, klinik değerlendirmelerin de eklendiği çalışmalara göre daha yüksek oranların elde edildiği belirtilmektedir [36].

2.1.5. Etiyoloji

Çocukluk döneminin en sık görülen nörogelişimsel bozukluklarından biri olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu diğer psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi genetik, nöroanatomik, nörofizyolojik, nörokimyasal, çevresel ve psikososyal nedenler ve bunların oluşturduğu etkileşimden etkilenir.

Genetik Etkenler

Aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarının sonuçlarından elde edilen veriler, genetik faktörlerin DEHB'nin etiolojisinde büyük bir rol oynadığını göstermektedir [4]. Aile temel alınarak yapılan çalışmalarda DEHB olan kişilerin ebeveynlerinde ve kardeşlerinde, etkilenmeyen kişilerin biyolojik yakınlarına göre daha yüksek oranda (5-9 kat) DEHB saptandığı gösterilmiştir [37]. Ebeveynlerinden birinde DEHB tanısı olan kız çocuklarında 6,6; erkek çocuklarında ise 1,5 kat artmış DEHB olma riski olduğu gösterilmiştir [4]. Bir çok ülkeyi içeren ikiz çalışmalarının sonuçlarına göre, DEHB'nin geçiş oranı ortalama 0,76 bulunmuştur [4]. Genetik geçişin monozigot ikizlerde %51, dizigot ikizlerde %33 olduğu bilinmektedir [38].

Genetik alanında yirmi birinci yüzyılın en önemli projesi olarak tanımlanan Genom Çapı İlişkilendirme Çalışmalarından (Genome-Wide Association Studies, GWAS) elde edilen verilere dayanarak, DEHB'nin kalıtsallığının yaklaşık %40'ının çok sayıda genetik varyanttan oluştuğu öğrenilmiştir [38]. DEHB'ye spesifik genler tanımlanmamış olsa da monoamin nörotransmitter sistemlerinde yer alan aday genlerin çalışmalarının meta-analizlerinden ilginç sonuçlar ortaya çıkmıştır [38]. Monoamin

sistemleri içinde DEHB ile ilişkisi en güçlü genetik ilişki D4 ve D1B dopamin reseptörlerini kodlayan genlerdeki varyantlardır [39].

Bağlantı analizi (linkage studies) yönteminin kullandığı çalışmalarda DEHB ile ilişkilendirilen yüzden fazla gen bölgesi bildirilmiştir [40]. Aday genleri inceleyen araştırmalar dopamin reseptör geni “DRD4,” dopamin taşıyıcı geni “DAT1”, “DRD1, DRD2, DRD3, DRD5, COMT, MAO-A, MAO-B ve tirozin hidroksilaz genleri ile DEHB arasında anlamlı ilişki bulunmuştur [41]. Aday gen çalışmaları, serotonerjik sistem genleri “HTR1B, HTR2A, HTR2C, TPH1, TPH2, DDC”; noradrenerjik sistem genleri “NET1/SLC6A2, ADRA2A, ADRA2C”; kolinerjik sistem geni, “CHRNA4”; glutaminerjik sistem genleri “GRIN2A, GRM7” ve nöroplastisite genleri “SNAP-25, BDNF” ile DEHB arasında ilişkiler olduğunu göstermektedir [40].

Nöroanatomik, Nörokimyasal ve Nörofizyolojik Etkenler

DEHB tanılı kişilerin sağlıklı akranlarına göre toplam beyin hacminin %3-5 daha az olduğu, volüm azalmasının bazen her iki hemisferde, bazen sağ hemisferde belirgin olduğu, özellikle sağ frontal lob prefrontal kortekste dikkat çektiği gösterilmiştir [5]. Kortikal gelişim değerlendirme çalışmalarında DEHB’li bireylerin en yüksek kortikal kalınlık ve yüzey alanına ulaşma sürelerinde akranlarına göre 2-5 yıl kadar gecikme olduğu gösterilmiştir [6].

Ventral anterior singulat korteks ve dorsal anterior singulat korteksin bazal gangliyonlar ile birlikte frontostriatal devreyi oluşturduğu, DEHB’li hastalarda yapılan nörogörüntüleme çalışmalarında amigdala ve serebelluma kadar uzanan bu yapıların tamamında yapısal ve fonksiyonel anormallikler olduğu gözlenmiştir [7]. DEHB’de planlama, hedefe yönelik davranış, engelleme, çalışma belleği ve bağlama bağlı adaptasyon gibi yürütücü işlevleri koordine eden yürütücü işlev kontrolü ve kortiko-serebellar ağlar sağlıklı bireylere göre daha düşük işlevsel bağlantıya sahiptir. DEHB’de ödüle yönelik davranışsal ve nöronal tepkiler ödül mekanizmaları ile ilişkili SSS bölgelerindeki işlevsel farklılıklardan dolayı anormaldir. Dikkat-uyarı işlevinde önemli olan frontal kortikal, parietal kortikal alanlar ve talamus arasında olan uyarı ağı DEHB’de sağlıklı kontrole göre daha zayıftır [7].

Çevresel ve Psikososyal Etkenler

Çevresel ve psikososyal etkenler DEHB etiolojisinde biyolojik etkenlerle etkileşim göstererek önemli rol oynamaktadırlar. Erken anne yaşı, gebelikte alkol ve sigara kullanımı, eklampsi, annenin psikolojik strese maruz kalması, perinatal ve neonatal dönemde fetüsün hipoksiye uğraması, intrauterin enfeksiyonlar, fetal postmatürite, antepartum hemoraji, bebeğin düşük doğum ağırlığı ve uzamış doğum eylemi DEHB gelişimini etkileyen faktörler olarak belirtilmiştir [8]. Hiperaktivite ile düşük doğum ağırlığı arasında ilişkiyi gösteren pek çok çalışma olmakla birlikte, prematürenin önemli bir risk etkeni olduğuna dikkat çekilmektedir [8]. Erişkin DEHB tanılı hastaların alındığı, prenatal, perinatal ve postnatal risk faktörlerinin retrospektif olarak incelendiği bir çalışmada planlanmamış gebeliklerin, annenin hamilelik sırasında psikososyal stresinin, zor doğum öyküsünün, zor bebek olmasının, anne-bebek bağlanma kalitesinin ve anne-çocuk ve baba-çocuk ilişki kalitesinin önemli olduğu bulunmuştur [42].

DEHB tanılı çocukların sıklıkla parçalanmış ve kaotik ailelerden oldukları, ebeveynlerinde psikiyatrik bozuklukların daha sık olduğu, uygunsuz ebeveyn tutumlarına maruz kaldıkları, düşük sosyoekonomik düzey ortamında yetiştikleri, olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma olasılıklarının daha fazla olduğu yapılan çalışmalarda gösterilmiştir [8].

2.1.6. Klinik Değerlendirme

Nörogelişimsel bir bozukluk olan DEHB tanısı hastanın içinde bulunduğu gelişimsel dönemin özellikleri göz önünde bulundurularak klinik değerlendirme ile konur. Klinisyen hastayı değerlendirmede ve tanıyı koymada çocuk ve birincil bakım verenler ile görüşmeler dışında çoklu bilgi kaynakları kullanır. Ruhsal ve nörolojik muayene, öğretmenden ve çocuk ile ilgilenen ikincil bakım verenlerden bilgi toplama, öğretmen formu, ölçekler ve diğer psikometrik değerlendirme araçları yardımcı olarak kullanılır.

DEHB'nin yaşla birlikte klinik görünümü değişmektedir. Erken çocukluk dönemimde DEHB'nin klinik görünüm ile ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki çalışmalar DEHB'li çocuklarda motor hareketlilik, zor mizaç, kendini düzenleme becerisindeki zorluklara dikkat

çekmektedir [43]. Ayrıca bebeklik ve erken çocukluk dönemindeki çalışmalar gelişimsel gecikmelerin ileride ortaya çıkacak DEHB tanısını öngörebileceğini belirtmektedir [43]. Okul öncesi dönemde DEHB tanılı çocuklarda uyku ile ilgili yapılan çalışmalarda aktigrafik gece aktivitesinde artış olduğu, uyku sürelerinin geceden geceye değişkenlik gösterdiği, uyanıklık bölümlerinin fazla olduğu, uyku esnasında artmış motor aktivitelerinin bulunduğu gösterilmiştir [44].

Okul dönemi DEHB'li çocuklarda aşırı hareketlilik, etkinliklere yaş grubundan daha az odaklanma, etkinliği ve oyunu sürdürmekte zorlanma, kurallı oyunları organize etmede güçlük yaşama, fiziksel hareketin baskın olduğu ve gürültülü etkinlikleri tercih etme, fiziksel yaralanmalara ve kazalara yaşlılarına oranla daha fazla maruz kalma, yaşlıları ile ilişki kurmada güçlük, huysuzluk, gerginlik, engellenmeye karşı tolerans azlığı gibi belirtiler görülmektedir [45].

Ergenlik dönemi biyolojik, psikolojik ve sosyal yönden insan hayatında hızlı gelişmelerin ve değişimlerin olduğu bir dönemdir [45]. Çocukluk döneminde var olan dikkat eksikliği ile ilişkili belirtilerden yönergeleri izleme, planlama ve öncelikleri organize etmedeki zorluk, düşük akademik başarı, baş etme becerilerinde ve öz denetimde zorluk, düşünmeden konuşma, söz kesme, dürtüsel bilişsel eylemler, sık tartışmaya girme devam ederken; motor hiperaktivite çoğu ergende azalarak yerini içsel bir huzursuzluğa bırakmaktadır. Ayrıca erken yaşta cinsellik, riskli cinsel ilişki, riskli araç kullanımı, adli olaylara karışma oranında artış olmakla birlikte; madde, sigara ve alkol kullanımı gibi dürtüsellik belirti kümesine eklenen ek belirtiler de görülmektedir [45]. Çalışmalarda çocuklarında DEHB tanısı alan erişkin bireylerin %10-20'sinin DEHB tanısı almaya devam ettiği, %72-76'sının DEHB belirtileri göstermeye devam ettiği ve %55-60'ında ise işlevselliklerini bozan belirtilerin görülmeye devam ettiği belirtilmektedir [46].

2.1.7. Tanısal Değerlendirme

DEHB tanısı DSM-5'e göre gelişimsel düzeye uygun olmayan, sosyal, akademik ya da mesleki işlevselliği etkileyen, dokuz dikkatsizlik alt belirti kümesinden en az altı ya da daha fazla ve/veya dokuz hiperaktivite/dürtüsellik alt belirti kümesinden en az altı ya da daha fazla belirti varlığının olması, 17 yaş ve daha büyük kişilerde ise dikkatsizlik alt belirti kümesinden en az beş belirti ve/veya

hiperaktivite/dürtüsellik alt belirti kümesinden en az beş belirti olması, belirtilerin 12 yaşından önce başlaması, en az son 6 aydır devam etmesi, belirtilerin iki ya da daha fazla ortamda bulunuyor olması, sosyal, akademik ve mesleki işlevselliği engellemesi ya da işlevselliğin niteliğini düşürücü etkide olması, şizofreni ya da psikotik bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmaması ve başka ruhsal bozukluk ile daha iyi açıklanamaması ile tanı konur [1].

Son altı ay içerisinde hem dikkatsizlik, hem de hiperaktivite/dürtüsellik alt belirti kümelerinin her birinden en az altı belirtisi varsa “Birleşik Tip DEHB”, dikkatsizlik alt belirti kümesinden en az altı belirtisi var iken hiperaktivite/dürtüsellik alt belirti kümesinden altıdan az belirti varsa “Dikkatsizlik Baskın Tip DEHB”, dikkatsizlik alt belirti kümesinden altıdan az belirti, hiperaktivite/dürtüsellik alt belirti kümesinden ise altı ya da daha fazla belirtisi varsa “Hiperaktivite/Dürtüsellik Baskın Tip DEHB” olarak adlandırılır [1].

Daha önceden tüm tanı ölçütlerini karşılarken, son altı ayda tüm tanı ölçütlerinden daha azını karşılıyor ve sosyal, akademik ve mesleki alanlardaki işlevsellik bozulmaları devam ediyor ise “Kısmi Remisyon” olarak belirtilir [1].

Tanı ölçütlerini karşılıyor ve belirtileri sosyal, akademik ve mesleki alanlarda hafif işlevsellik kaybına neden oluyor ise hafif, tanı ölçütlerini karşılıyor ve belirtileri sosyal, akademik ve mesleki alanlarda hafif işlevsellik kaybindan daha fazlasına neden oluyor ise orta derecede, tanı ölçütleri için gerekli olandan daha fazla belirtisi olan ya da özellikle bir kaç şiddetli belirtisi olan ya da belirtileri sosyal, akademik ve mesleki alanlarda belirgin işlevsellikte bozulmaya neden oluyorsa ağır olarak ciddiye belirtilir [1].

2.1.8. Eşlik Eden Tanılar ve Ayırıcı Tanılar

DEHB, yüksek oranda eş hastalanıma sahip nörogelişimsel bir bozukluktur. Yapılan bir çok epidemiyolojik çalışmada eş hastalanım eşlik etmeyen DEHB tanılı hastalar sadece %13-32,3 olarak gösterilmiştir. Eş hastalanım kavramı araştırmalarda ve klinik uygulamalarda sıklıkla kullanılsa da bu kavramın kullanımında ve tanımında oldukça fazla çeşitlilik mevcuttur [47]. Eş hastalanım hem DEHB'den ayrı zamanda psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasına (sıralı eş hastalanım) atıfta bulunabilir hem de DEHB ile geçici olarak eş zamanlı (eş zamanlı eş hastalanım) olarak tanımlanabilir [48]. DEHB ve diğer bozuklukların birlikte ortaya çıkma süresi de hastalıkların yaşam

boyu yaygınlık oranlarını araştıran bazı çalışmalarda geçmiş yıldıki yaygınlık oranlarını, bazılarında ise son c aylık yaygınlık oranlarını gösterdiği için farklı sonuçların ortaya çıktığı belirtilmektedir [48].

DEHB olan bireylerin yaklaşık %75'inde ek bir psikiyatrik hastalık ve yaklaşık %60'ında birden fazla eş hastalanım psikiyatrik bozukluk olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Danimarka Psikiyatri Hastanesi'nde 1995 ile 2010 yılları arasında DEHB tanısı alan hastaların alındığı çalışmada hastaları %52'sinde en az bir eş tanıılı bozukluk varken %26,2'sinde iki veya daha fazla eş hastalanım olduğu gösterilmiş [10].

DEHB olan ocuk ve ergenlerde en sık görülen eş hastalanımlar, davranım bozukluğu (DB) ve karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) olup, ocuk ve ergenlerin yaklaşık %4-60'ında görülmektedir [9, 10]. KOKGB ve DB eş tanıılı DEHB olan çocukların ise daha çok hiperaktivite-dürtüsellik ve bileşik tip DEHB'li oldukları saptanmıştır [49].

DEHB'de en sık gözlenen ikinci eş hastalanım grubu ise anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluklarıdır. Çalışmalarda DEHB'li hastalarda anksiyete bozukluklarının görülme oranı %10-35 aralığında, ortalama %25'tir [48]. DEHB'li hastalarda %20-30 oranında eş tanı olarak depresif bozukluğu olduğu gösterilmiştir [50]. Anksiyete bozukluğu tanısı olanlarda en sık dikkat eksikliği baskın tip, depresif bozukluk tanısı olanlarda dikkat eksikliği baskın tip ve birleşik tip DEHB'nin eşlik ettiği bulunmuştur [49]. DEHB'li hastalardan depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu belirtisi fazla olanlarda uyku bozukluklarının daha sık, uyku süresinin sağlıklı kontrollere göre daha kısa ve uyku latansının daha uzun olduğu bulunmuştur [51]. DEHB tanıılı hastalarda duygudurum bozukluğu görülme oranları için %15-75 ile %10-40 gibi geniş aralıklar belirtilmektedir. Bu durum çalışmaların epidemiyolojik ve klinik popülasyonlarındaki farklılıklardan ve kısmen de bipolar bozukluk lctlerindeki farklılıklardan kaynaklanmaktadır [48].

DEHB tanısı almış hastaların %70'de özgül öğrenme gücülüğü (G) tanısının da olduğu, G tanısı almış hastaların da %51'inin DEHB tanısı aldığı, DEHB ve G'nin birlikte görüldüğü bireylerin, G olan fakat DEHB olmayan hastalardan daha fazla öğrenme problemi yaşadıkları gösterilmiştir [52]. Ülkemizde yapılan bir

çalışmada ÖÖG tanısı almış hastaların %52 ile %82'sinin DEHB tanısı da aldığı gösterilmiştir [53].

Gelişimsel bozukluğu olan hastaların %10–92'sinde DEHB olduğu gösterilmiş, DEHB'li hastalarda zihinsel gerilik oranları %4-13 arasında bulunmuştur [47]. DEHB olan hastalarda dil konuşma bozuklukları sık görülmektedir ve yapılan bir çalışmada sıklığı %11,8 olarak bildirilmiştir [54].

Obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olan olguların DEHB ile eş hastalınımını %11,8 ve %25,5 oranlarında gösteren iki farklı çalışma mevcuttur. Tik ve Tourette Bozukluğu dışlandığında erken başlangıçlı OKB'ye en sık eşlik eden psikiyatrik bozukluk DEHB'dir. DEHB ile birlikte görülen Tik Bozuklukları sıklığını % 6-14 aralığında bildirilen çalışmalar olduğu gibi [54], % 20 ile %30 arasında yaygınlık oranlarını bildiren başka bir çalışma da vardır [48].

DEHB olan hastaların DB ve madde kullanım bozuklukları ile sık birlikte ortaya çıkan antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları riskinde artış yaşadıkları kabul edilmektedir [48]. DEHB olan ergenlerin %25-50'sinde madde kullanım bozukluğu görülmektedir [48].

DEHB'de görülen belirtilerin diğer birçok ruhsal bozukluğun özgül olmayan belirleri olması nedeni ile başka psikiyatrik bozukluklarla eş zamanlı görülmesi ve karışma ihtimali yüksektir [45]. Ayırıcı tanıda nörogelişimsel bozukluklar, özgül öğrenme güçlüğü, bilişsel yetersizlikler, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, davranım bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, uyku bozuklukları, tepkisel bağlanma bozukluğu, kişilik bozukluklarına ek olarak işitme ve görme bozuklukları, epilepsi, tiroid fonksiyon bozukluğu, çeşitli tıbbi durumlarda kullanılan semptomimetik, steroid, antihistaminik etken maddeli ilaçlar gibi tıbbi durumlar da göz önünde bulundurulmalıdır.

2.1.9. Tedavi Yöntemleri

Farmakoterapi

DEHB tedavisinde farmakoterapi, psikoeğitim, hasta ve aile eğitimi, bilişsel davranışçı terapi, oyun terapisi, psikodrama gibi terapi yöntemlerini içeren bütüncül

tedavi yaklaşımı çok önemlidir [55]. Stimülanlar ve stimülan olmayan ilaçların ana etki mekanizması sinaptik aralıkta katekolamin miktarını arttırmaktır [56].

Stimülan ilaçlar DEHB tedavisinde birinci basamak farmakolojik ajanlar olarak kabul edilir ve çocuklarda ve ergenlerde DEHB'yi tedavi etmek için FDA (Food and Drug Administration) tarafından onaylanmıştır. Metilfenidat ve amfetamin preparatlarını içeren stimülan ilaçların etki mekanizması prefrontal kortekste noradrenalin ve dopaminin sinaptik aralığa salınımlarını arttırmaktır [57]. Metilfenidatlar, dopamin taşıyıcı reseptöre bağlanarak sinaptik aralıktan dopamin geri alımını engeller. Amfetaminler ise dopamin ve noreadrenalin presinaptik terminal depolama alanlarından uzaklaştırır ve katekol-o-metiltransferazı (COMT) bloke ederek yıkımlarını azaltır [57]. Çalışmalar amfetaminin ve hem kısa etkili hem de uzun etkili metilfenidat preparatlarının eşit derecede etkili olduğunu ve plasebodan üstün olduklarını göstermiştir [58]. Hastaların yaklaşık %70-80'inde belirtilerde kontrol elde edilse de %20-30'unda yeterli etki sağlanamamakta ya da yan etkiler nedeniyle tedaviye devam edilememektedir [59].

Stimülan olmayan ilaçlar arasında FDA onaylı atomoksetin, guanfasin ve klonidin bulunur. Atomoksetin, DEHB toplam belirti skorlarında klinik olarak anlamlı iyileşmelerle ilişkili olan selektif presinaptik noradrenalin taşıyıcı inhibitörüdür [58]. Hem monoterapi hem de stimülan ilaçlara ek olarak kullanımı FDA onaylı olan guanfasin ve klonidin çekirdek DEHB belirtileri ile ilişkili alfa2-adrenerjik agonistlerdir [60].

Diğer Tedavi Yaklaşımları

DEHB tedavisi; hasta ve ebeveynlere verilen; bozukluğun yapısı, özellikleri, kullanılacak farmakolojik tedavilerin etki mekanizmaları, etkileri, yan etkileri gibi özellikleri içeren psikoeğitim ile başlar. Yaş grubu, hasta ve ebeveynlerin özellikleri ve ihtiyaçları da göz önünde bulundurularak Bilişsel Davranışçı Terapi, Eğitsel Terapi, Mindfulness (Bilinçli Farkındalık) Terapisi, Aile Terapisi, Sosyal Beceri Eğitimi, Yürütücü İşlevlerin Düzenlenmesi Eğitimi, Oyun Terapisi, Psikodrama, Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşleme (Eye Movement Desensitization and Reprocessing, EMDR) gibi terapi yöntemleri akademik ve sosyal işlevlere yönelik kapsamlı bir çerçeve içerisinde ele alınır.

2.1.10. Gidiş

DEHB yaşam boyu seyri ve sonlanımı oldukça çeşitlilik gösteren bir bozukluktur. Bazı hastalarda ergenlik ya da erişkinlik döneme gelindiğinde belirtilerin kısmen ya da tamamen ortadan kalktığı gözlenebilirken, akademik, mesleki ya da sosyal alanlarda işlev kayıpları ya da uyum güçlüklerinin devam edebileceği, ikincil hastalıkların eklenebildiği, duygusal ve davranışsal sorunlarda artış olabileceği gösterilmiştir [61]. Yapılan çalışmalarda DEHB tanısı alan çocukların %60-85'inde belirtilerin ergenlik döneminde, %60'ında erişkinlik döneminde de devam ettiği, yaş ile birlikte hiperaktivite belirtisinde azalma görülse de dikkat problemleri ve dürtüselliğin devam ettiği gösterilmiştir [62].

DEHB tanılı çocukların sağlıklı akranlarına göre akademik başarılarının daha düşük olduğu, sınıf tekrarı yapmalarının ve akademik yıl kayıplarının daha fazla olduğu, ergenlik döneminde KOKGB, DB, erişkin yaşam da ise antisosyal kişilik bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve duygudurum bozukluğu gelişme risklerinin daha fazla olduğu gösterilmiştir [63]. DEHB tanılı hastaların okul çocukluğu döneminden itibaren izlendiği on sekiz yıllık izlem çalışmasında, belirtiler azalmasına rağmen, bu azalma ile paralel olamayan, kötü giden akademik ve mesleki sonuçlar bildirdikleri (%17 işsiz), adli olaylara beklenenden daha fazla karıştıkları (%33'ü herhangi bir ceza almış) ve madde kullanımı gibi ikincil ruhsal bozuklukların artmış olduğu gösterilmiştir [64].

DEHB tanılı hastalarda seyir ve prognozu belirleyen en önemli faktörlerden biri tanı alan hastaların zamanında ve uygun yöntemler ile tedavi edilmesidir. DEHB'li olgularla yapılan çok merkezli meta-analiz çalışmasında DEHB prognozunu olumsuz etkileyen etkenler medikal tedavi almamış olmak, psikiyatrik eş hastalığını olanlarda bütünlüyci tedavi almamış olmak ya da tedaviye geç başlanmış olmak olarak göstermiştir [65]. Ülkemizde yapılan 18 aylık bir izlem çalışmasında, stimülan ilaç ve aile eğitimi ile tedavi görenlerin, tedavi almayanlara göre sosyal işlevsellik ve akademik başarılarının daha iyi; kaza oranları ve kural dışı davranışlarının daha az olduğu gösterilmiştir [66].

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, düşük sosyoekonomik düzey, bağlanma sorunları, ailenin çocuğu ele alış biçimi ve çocuk yetiştirme tutumları gibi aile ile ilişkili faktörler; zekâ geriliği, psikiyatrik eş hastalanım varlığı, sosyal ilişkilerde

başarısızlık, düşük engellenme eşiği ve akran sorunları gibi çocuk ve ergenler ile ilişkili faktörler prognoz seyrinde önemli yer tutarlar.

2.2. Davranım Bozukluğu

2.2.1. Tanım

Davranım bozukluğu, başkalarının temel haklarına saldırıldığı ya da yaşa uygun başlıca toplumsal değerlerin ya da kuralların hiçe sayıldığı, tekrarlayıcı bir biçimde ve devamlılık gösteren bir davranış örüntüsüdür. Davranışlardaki bu bozukluklar klinik olarak önemli derecede toplumsal, sosyal ve ailevi işlevsellikte bozulmalara neden olur [11].

2.2.2. Tarihçe

DB ile ilgili karışımıza çıkan ilk yazın on yedinci yüzyılda Benjamin Ruh tarafından üç vaka üzerinden “ahlaki değerlerin tümünün sapkınlığını sergileyen, doğuştan var olan bir organizasyon eksikliği” şeklinde yaptığı tanımlamalardır [67]. Morrison 1986 yılında yaşamının erken dönemlerinde suç davranışı oluşmadıkça ileri yaşlarda kişinin suçlu haline gelmesinin nadir olduğunu ifade etmiştir [67]. Ayrıca bireysel özellikler, ebeveynler ve ebeveynlik özellikleri ve sosyal faktörlerin bu alışkanlıkların gelişiminde önemli olduğunu ifade etmiştir [67]. Yirminci yüzyılın ilk yarısında psikanalizin etkisiyle, çevresel koşullar göz önünde bulundurulmadan sadece içgüdüsel tatminin uygunsuz dışa vurumu olarak görülmüştür [67]. Yirminci yüzyılın ikinci yarısında tüm psikiyatrik bozukluklarda olduğu gibi davranım bozukluğu etiolojisinin araştırmaları genetik, nörokimyasal, nörofizyolojik, nörogörüntüleme ve psikososyal etmenlerin etkileri üzerine yoğunlaşmıştır.

2.2.3. Tanı Ölçütleri

DB, DSM-II’de 1968 yılında ilk kez davranım bozukluğu tanımlaması kullanılmadan, çocuk ve ergenlerin davranış bozukluğu başlığı altında ‘çocuk ve ergenlerin asosyal agresif reaksiyonları’ olarak tanımlanmıştır. Davranım bozukluğuna özgü sorun davranışlarının tanımlanması ve Davranım Bozukluğu teriminin kullanılması, ilk kez 1980 yılında DSM-III ile birlikte olmuştur. Antisosyal

davranış listesi geliştirilmesi ve tanıyı karşılamak için en az altı ay süresince üçünün varlığı şart koşulan on üç iyi tanımlanmış tanı ölçütü 1987 yılında DSM-III-R ile tanımlanmıştır. 1994 yılında yayınlanan DSM-IV ile tanımlanan tanı ölçütü on beşe yükseltilmiş, süre on iki aya çıkarılmış ve son altı ayda tanımlanan belirtilerden en az birinin varlığı istenmiştir [32]. 2000 yılında DSM-IV-R ile tanı ölçütleri korunurken, başlangıç yaşının on yaşından önce ve sonra olması ile ilgili iki alt kategori belirlenmiştir. 2013 yılında yayınlanan DSM-5 ile tanı ölçütleri korunarak, on yaşından önce başlayıp başlamadığı ile ilgili yeterli veri bulunmayanlar için “başlangıçlı belirlenmemiş” tanımı ile üçüncü bir kategori eklenmiştir [1].

1992 yılında yayınlanan ICD-10’da ise karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu tanıları çeşitli alt tiplerin tanımlandığı 23 davranışın olduğu ortak bir liste ile birleştirilmiş, DB için ciddi belirtilerden en az üçünün bulunması zorunlu kılınmış ve görülen belirtilerden en az birinin son altı ay içerisinde bulunması beklenmiştir.

2.2.4. Epidemiyoloji

DB çocuk ve ergenlik döneminde sık rastlanan psikiyatrik bozukluklardan biri olup, araştırmalarda alınan örneklem grubunun özellikleri ve DSM’nin hangi baskısının kullanıldığına bağlı olarak geniş bir aralıkta prevalans bildirimleri yapılmaktadır.

DB’nin dünyadaki prevalansının %2-2,5; erkeklerdeki sıklığının %3-4, kızlardaki sıklığının ise %1-2 arasında olduğu belirtilmektedir [2]. DB’nin yaşam boyu yaygınlığı ile ilgili geriye dönük ve kümülatif prevalansla ilgili ileriye dönük çalışmalarda kişilerin yaklaşık %10’unda çocukluk ve ergenlik döneminin bir noktasında DB belirtilerinin varlığı belirtilmektedir [12]. Erkeklerde kızlara göre yaklaşık iki kat daha fazla görüldüğü, etnik gruplar arasında prevalans değişikliklerinin olabileceği belirtilmektedir [68]. DB başlangıç yaşının erkeklerde kızlara göre daha erken olduğu, erkeklerde tanı ölçütlerini karşılamamanın 10-12 yaşlarına, kızlarda ise 14-16 yaşlarına rastladığı gösterilmektedir [69].

Ülkemizde 2010 yılında Trabzon ilinde 6-12 yaş grubundaki 1126 çocuğun dahil edildiği bir çalışmada DB oranı %4,4 olarak bulunmuş, DEHB ve DB birlikteliği olan grubun ise %20,6 olduğu belirtilmiştir [70]. Ülkemizde yapılan epidemiyolojik

bir çalışmada (EPICTAT-T) DB görülme oranı %0,36 olarak bulunmuş, işlevselliklerinde bozulma olanların görülme sıklığı %0,29; erkeklerde %0,4, kızlarda ise %0,32 olarak belirtilmiştir [34].

DB tanısının 5 yaş altındaki çocuklarda konulabileceğine yönelik kanıtlara rağmen, genel olarak 5 ile 18 yaş arasındaki çocuklara odaklanılmaktadır [71]. DB prevalansının çocukluktan ergenliğe artıp artmadığı tartışmalıdır; ancak belirtilerde yaşa bağlı değişiklikler olduğu, tanı süreklilik arz etse de tanı için nitelendiren spesifik belirtilerin zamanla değiştiği bilinmektedir [72].

2.2.5. Etiyoloji

DB belirtilerinin birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi aktarılan biyolojik yatkınlığın, çevresel ve psikososyal etkilerin etkileşimi ile oluştuğu düşünülmektedir. İkiz ve evlat edinme çalışmaları genetik etkenlerin çevresel faktörler ile etkileşime girerek bozukluğun oluşumuna yol açtığını destekler niteliktedir [73].

Genetik Etkenler

DB etiolojisinde genetiğin rolünü araştıran ikiz çalışmalarında bildirilen kalıtsallık tahminleri %5 ile %74 arasında değişmektedir [74]. Geniş gruplar ile yapılan çalışmalar DB kalıtsallığının %40-50 aralığında olduğunu bildirmektedir [75]. Kurallara aykırı davranmak ve açık saldırganlıkla ilgili iki ayrı genetik faktör tanımlayan bir ikiz çalışması, DB genetik yapısının birleşik bir yapı olmadığını öne sürmektedir [76]. DB için genetik aktarımın erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğu fakat her iki cinsiyet için DB ile ilgili genetik faktörlerin büyük ölçüde örtüştüğü görülmüştür [77]. İkiz çalışmalarında şiddet gibi davranış problemleri ile ilişkili farklı genetik etkiler gösterilmiş; agresif davranışlar için agresif olmayan davranışlara göre daha yüksek bir kalıtsallık bildirilmiştir [77]. Katı-duygusuz özelliklere sahip DB kalıtsallığının %45-67 arasında ve DB'den daha yüksek kalıtsallılığının olduğu bildirilmektedir [78].

DB'nin birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi gelişim sırasında genetik faktörlerle etkileşime girebilecek çevresel faktörlerin etkileriyle desteklenen poligenik kalıtım ile oluştuğu ve bireyler arasında genetik heterojenlik ile karakterize edilen karmaşık, çok faktörlü bir etiyolojiye sahip olduğu düşünülmektedir. Moleküler

genetik alanında yapılan çalışmalar serotonerjik ve dopaminerjik nörotransmisyonu kodlayan genler ve SLC6A4, COMT, MAOA ve SLC6A3 gibi aday genler üzerine yoğunlaşmıştır [79]. OXTR ve vazopressin V1a reseptörünü kodlayan genler saldırganlık, antisosyal davranışlar, davranışsal disinhibisyon ve/veya suçluluk gibi DB ile ilişkili davranışsal yapılarla ilişkilendirilmiştir [80].

DB’de yapılan gen-çevre etkileşimi çalışmalarında genel olarak ailenin psikososyal faktörleri, ebeveynlik tutumları, olumsuz akran grupları (suça sürüklenen akran) ve stres ele alınmıştır [81]. Çalışmalarda olumsuz akran gruplarıyla etkileşim varlığı ile DB belirti şiddeti arasında ilişki olduğu gösterilmiştir [82]. Daha az ebeveyn kontrolü ya da daha az ebeveyn denetiminin ve daha fazla olumsuz akran gruplarının bulunduğu ortamların DB ile ilgili davranışlara genetik katkıyı arttırdığı, daha destekleyici ortamların ise bu katkıyı azalttığı gösterilmiştir [83]. Olumsuz çevrenin etkileri suç davranışı ile ilişkili bir ebeveyn tarafından evlat edinilen çocuklar ile suç davranışına sahip biyolojik ebeveyni olan çocuklar ile yapılan evlat edinme çalışmalarında gösterilmiştir [84]. Bir evlat edinme çalışmasında, annelerin çocuklar ile temasları olmamasına rağmen annelerdeki antisosyal davranışların, çocuklarındaki erken katı-duygusuz özellikteki davranışları öngördüğü, evlat edinen annelerin olumlu ebeveynlik özelliklerinin de erken katı-duygusuz davranışlarına karşı koruma sağladığı gösterilmiştir [85]. Antisosyal davranışların gelişimi ile ilgili yapılan çalışmalarda MAO-A genotipi ile çocukluk çağı kötü muamelesi arasındaki etkileşimler tutarlı birkaç bulgu ile gösterilmiştir [86].

Nörokognitif, Nöroanatomik ve Nörofizyolojik Etkenler

DB olan bireylerin nörokognitif görevler kullanılarak yapılan çalışmalarda yüz ve vokal duygu tanıma, duygusal empati, karar verme ve pekiştirmeli öğrenme süreçlerinde zorluklarının olduğu gösterilmiştir [68]. DB’li hastaların sağlıklı akranlarına göre karar verme sürecinde potansiyel ödüllerden daha fazla etkilendiği, cezadan ise daha az etkilendiği bildirilmiştir [87, 88]. Ayrıca katı-duygusuz özellikli DB olan kişilerde korkulu ve üzücü yüz ifadelerinin algılanışının ve duygusal empatinin bozulmuş olduğu bildirilmektedir [89, 90]. DB’de duygusal empati bozukluğunun otizm spektrum bozukluğu olan bireylerde görülen bilişsel empati eksikliğinden farklı olduğu gösterilmektedir [90]. DB’li kadın ve erkeklerde ve

DB'nin çocukluktan başlayan ve ergenlikte başlayan formlarında duygu tanıma, duygusal öğrenme ve karar vermenin eşit derecede bozulmuş olduğu bildirilmektedir [87, 91].

DB'de duygusal görüntülerin, duyguların yüz ifadelerinin veya empati uyandıran uyaranların fMRI ile değerlendirildiği çalışmalarda dorsal ve rostral anterior singulat korteks, medial prefrontal korteks ve ventral striatumun düşük aktivasyon gösterdiği bulunmuştur [92]. DB'nin çocuklukta başlayan ve ergenlikte başlayan alt tiplerinin karşılaştırılmasında, duygu işlemede her iki alt grubun amigdala, insula, orbitofrontal korteks ve ventro-medial prefrontal kortekste daha düşük tepkiler gösterdiği belirtilmektedir [93].

DB tanılı hastalarda karar verme süreçlerinde, ödüllendirici uyarıcılara karşı striatal ve ventromedial prefrontal korteks yanıtlarının azaldığı, cezalandırıcı uyaranlara anormal derecede artmış striatal ve ventromedial tepkiler ortaya çıkardığı ve azalmış anterior insula, dorsomedial prefrontal korteks ve kaudat cevaplar ile öğrenmeden kaçındıkları gösterilmiştir [94]. Bu süreçlerdeki işlev bozukluklarının ise hayal kırıklığına dayalı tepkisel saldırganlık ve antisosyal davranış riskini artırdığı belirtilmiştir [94]. DB'li hastalarda tehdit algısının değerlendirildiği bir çalışmada tehdit içeren durumlarda amigdala, ventromedial prefrontal korteks ve rostral anterior singulat korteks yanıtlarının azaldığı gösterilmiştir [95]. Ayrıca DB'ye katı-duygusuz özelliklerin eşlik ettiği ergenlerde hem DB'si olan hem de sağlıklı ergenlere göre bazolateral amigdala ile rostral anterior singulat korteks ve medial prefrontal korteks arasında artmış bağlantıya ve sentromedial amigdala ile orbitofrontal korteks arasında azalmış bağlantıya sahip olduğu gösterilmiştir [96].

DB, KOKGB veya davranış problemleri olan gençlerle yapılan yapısal MRI çalışmalarında ventrolateral, medial prefrontal, orta temporal, superior temporal ve anterior insular korteks bölgelerinde ve amigdala, kaudat ve putamenden oluşan subkortikal bölgelerde gri maddede incelleme olduğu gösterilmiştir [97-99].

DB yüzey tabanlı morfometri (Surface-based morphometry, SBM) çalışmalarından elde edilen kanıtlar, ahlaki ve duygusal karar verme, yüz işleme, motor işlevler ile ilişkilendirilen beyin bölgelerinde kortikal kalınlıkta azalma olduğunu göstermektedir [68]. Büyük ölçekli bir çalışmada DB'li hem kadın hem de

erkek ergenlerin ventromedial ve orbitofrontal kortekste daha düşük kortikal kalınlığa ve daha yüksek katlanmaya sahip oldukları belirtilmiştir [100].

Psikofizyolojik çalışmalar, düşük dinlenme kalp hızı ve strese karşı azalmış kalp hızı artışı ile DB’de saldırganlık veya suçluluk gibi fenotipler arasındaki ilişki olduğunu göstermektedir [101]. Erkeklerde ergenlik dönemindeki düşük dinlenme kalp hızı ile yetişkinlikte şiddet içeren suç davranışları arasında önemli ilişkiler olduğu gösterilmiştir [102]. DB’de korku koşullandırması sırasında duygusal uyaranlara karşı daha düşük deri iletkenlik seviyeleri ve azalmış deri iletkenlik tepkileri bildirilmiştir [103].

Çevresel ve Psikososyal Etkenler

DB oluşumunda prenatal, perinatal, ailesel ve paylaşılan çevrenin sorumluluğunun %50 olduğu bildirilmektedir [104].

Prenatal dönem risk faktörlerinden maternal sigara, alkol ve madde kullanım öyküsü ve gebelik esnasında strese maruz kalma en önemlileridir [105]. Gebelikte maternal stresin fetüsün prefrontal korteksinin gelişimi üzerinde etkisi olduğu ve DB belirtileri ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir [105]. Ayrıca gebeliğin son trimesterindeki maternal anksiyete ile çocukluk çağında başlayan ve ergenliğe kadar devam eden davranış sorunlarının ilişkili olduğu gösterilmiştir [106]. İngiltere’de The Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC) projesi kapsamında yapılan bir izlem çalışmasında hamilelikte orta düzeyde alkol tüketiminin, çocuklarda erken başlangıçlı DB için artan riske katkıda bulunduğu ancak ergenlik başlangıçlı davranım sorunlarına katkıda bulunmadığı gösterilmiştir [107].

DB için perinatal risk faktörleri arasında obstetrik komplikasyonlar, ebeveyn psikopatolojisi, malnütrisyon ve ağır metallere maruz kalma yer alır [108, 109]. Doğum komplikasyonları ve erken dönem bağlanma patolojileri erken başlangıç ve belirti şiddetinde artış ile ilişkilendirilmiştir [110]. Perinatal dönemde hipoksiye maruz kalma nedeniyle DB ile ilişkili subkortikal yapılarda ve beyaz cevher yollarında işlev bozukluğunun oluşması DB’ye neden olabilmektedir [111]. Yetersiz beslenmenin nöron kaybı, nörotransmitter işlevindeki değişiklikler ve nörotoksisite yoluyla nörobilişsel bozukluklara yol açabildiği ve bu durumun da DB riskini artırabildiği düşünülmektedir [112]. Çocuklukta sık yaşanan açlığın, erişkin dönemde,

özellikle erkeklerde daha fazla dürtüsellik, daha az öz denetim ve artan şiddet ile ilişkili olduğu düşünülmektedir [113].

DB aile ve paylaşılan çevresel etkilerin yanı sıra paylaşılmayan çevresel etkilere ilişkin kanıtların bulunduğu birkaç psikiyatrik bozukluktan biridir [76]. Sert, bedensel ceza, bağırma, küfür ve tehdit dahil uygunsuz ebeveynlik tutumları, tutarsız disiplin ve ebeveyn-çocuk çatışması DB için risk faktörlerindedir [114]. DB'ye yönelik etkili önleme ve müdahale stratejilerinin esas olarak ebeveynlik ve aileye odaklandığı göz önüne alındığında, bu ilişki oldukça önemlidir.

Diğer çevresel risk faktörleri arasında uygunsuz akranlar, düşük sosyoekonomik durum, yoksulluk ve toplum şiddeti yer alır [115]. Bir meta-analiz çalışmasında düşük sosyoekonomik durum ile DB arasında cinsiyetten bağımsız küçük ama anlamlı bir ilişki olduğu, düşük sosyoekonomik durum ile katı-duygusuz özellikler arasında ise daha güçlü bir ilişki olduğu gösterilmiştir [116]. Son dönemlerde yapılan epidemiyolojik bir çalışmada düşük sosyoekonomik durum, ergenlikle sınırlı DB'ye kıyasla yaşam boyu kalıcı DB'de 3,5 kat artmış risk ile ilişkilendirilmiştir [117].

2.2.6. Klinik Değerlendirme

DB olan çocuk ve ergenlerin klinik değerlendirilmesinde dikkat edilecek noktalardan önemlileri; davranış sorunları, saldırganlık düzeyleri, diğer bireylere verdiği zararlar, ek psikiyatrik bozukluklar, yasal sorunlar, sosyal sorunlar, eğitim güçlükleri, kötü muameleye maruz kalma, yetersiz beslenme, tedavi edilmemiş enfeksiyon belirtileri, uygunsuz ve tutarsız ebeveynlik tutumları, duygu arayışı, duygu düzenleme sorunları, dikkat sorunları, dürtüsellik ve hiperaktivitedir. Davranış sorunlarının ilk ortaya çıktığı yaş ve farklı ilişki ve ortamlarda katı-duygusuz özelliklerin artıp artmadığının değerlendirmesi tedavide kapsamlı ve bireyselleştirilmiş bir yaklaşım geliştirmeye yardımcı olur [68].

Ciddi davranış sorunları olan çocukları erken dönemde belirlemek erken müdahaleler için önemlidir [68]. DB'ye yol açabilecek sorunları taramanın en yaygın yöntemi, ebeveynlerin ve/ya da öğretmenlerin yaygın davranış problemlerine yönelik geliştirilmiş ölçeklerle taranması ile yapılabilir. Klinik değerlendirme pratiğinde kullanılan çok çeşitli ölçek ve yarı yapılandırılmış görüşme teknikleri bulunmaktadır.

DB tanı ölçütlerinin çok çeşitli olması ve birçok psikiyatrik bozukluğun kliniğe yansımalarının davranış problemleri şeklinde olması nedeniyle, değerlendirme araçlarının kullanılması, klinisyenlerin işini kolaylaştırmada yardımcı olacaktır.

2.2.7. Eşlik Eden Tanılar ve Ayırıcı Tanılar

DB birçok psikiyatrik bozukluğa benzer şekilde, sıklıkla duygusal ve davranışsal problemlerle birlikte görülmektedir.

DB tanısı alan çocuklarda öfke patlamaları, meydan okuyan davranışlar ve sinirlilik ile karakterize KOKGB ölçütlerini karşılama oranı 15 kat daha fazladır [118]. Tanı sınıflamalarından DSM-5'e kadar, KOKGB ve DB'nin birlikte ortaya çıkan bir tanı kümesi olduğu ve KOKGB'nin DB için bir öncü olduğu öne sürülürken son dönemde yapılan çalışmalar bu bozukluklar arasındaki geçişlerin daha az olduğunu göstermektedir [119].

DB tanılı çocukların DEHB riski akranlarına göre 10 kat daha yüksektir, bu durum her iki bozukluk için sonuçların hangi bozukluğa atfedilebileceğini zorlaştırır [13]. DB ve eş tanılı DEHB olan çocuklarda belirtilerin daha erken yaşlarda başladığı, daha şiddetli olduğu, daha fazla akademik başarısızlığın eşlik ettiği ve DEHB'si olmayan DB'li çocuklara göre daha kalıcı bir seyre sahip olduğu gösterilmiştir [14]. Ergenlikte, madde kullanımı ile DB ilişkilendirilmiş, erken yaşlarda madde kullanımı DB için olası bir tanı ölçütü olarak kabul edilmiştir [120].

DB ve depresyon birlikteliği sık olarak görülür ve bu ilişkinin zamansal sıralaması çok iyi tanımlanamamıştır [120]. DB ile anksiyete bozukluğu arasında doğrudan bir ilişkiden daha çok DB ile depresyon ve depresyon ile anksiyetenin birlikte görülmesiyle daha iyi açıklanabilecek bir ilişki olduğu bildirilmektedir [120].

DB ayırıcı tanısında önemli olan antisosyal davranışların yıkıcı davranım bozukluğu ile farkının saptanabilmesidir. DB'de görülen belirtiler süregelen, tekrarlayıcı ve daha ciddi belirti kümeleri iken antisosyal davranışlar madde kötüye kullanımı, yaygın gelişimsel bozukluk, duygudurum bozukluğu, yeme bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, mental retardasyon, psikotik bozukluklar, bipolar bozukluk, kişilik bozuklukları, organik beyin sendromları ve dürtü kontrol bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklarda ve santral sinir sistemini etkileyen tıbbi durumlarda da görülebilmektedir [121].

2.2.8. Tedavi

Farmakolojik Tedaviler

DB'de ilk tedavi seçeneği psikososyal müdahaleler olmalıdır. DB ile eş zamanlı görülen DEHB gibi bazı durumlarda farmakolojik tedavi endikedir. Psikososyal müdahaleler ile reaktif saldırganlıkta anlamlı bir azalma görülmeyen bireylere ve yüksek düzeyde reaktif saldırganlık ve şiddetli duygu düzenleme güçlüğü olan bireylere antipsikotik tedaviler düşünülebilir. DB'de ve DB'nin eşlik ettiği DEHB'de en sık çalışılan ve en etkili ilaç grupları stimülanlar ve antipsikotiklerdir [122-124]. Buna karşın DEHB ve DB veya agresif davranışı olan çocuklarda atomoksetin, klonidin, karbamazepin, sodyum valproat ve lityum ile düşük kaliteli randomize kontrollü çalışmalar yapılmış, fakat etki gücü azlığı ve yan etkiler nedeni ile DB'de kullanılması önerilmemiştir.

DB olan çocuk ve ergenler ile yapılan çalışmalar DEHB'nin eş hastalanım gösterdiği durumlarda metilfenidat ve amfetaminler gibi psikostimülan ilaçların davranış problemlerine karşı orta düzeyde ya da daha fazla etkili olduğu gösterilmiştir [122, 125]. Bu hastalarda stimülan tedavisinin psikososyal tedavilerle eş zamanlı ya da daha önce başlanması önerilmektedir. KOKGB ya da DB ve eş hastalanım DEHB'nin olduğu 6-12 yaş grubundaki çocukların ebeveyn eğitimi ve metilfenidat tedavisine risperidon eklenmesinin KOKGB belirtileri ve agresif davranışları azalttığı fakat DB belirtilerinde azalmaya neden olmadığı bulunmuştur [126].

Diğer Tedavi Yaklaşımları

DB'de tedavi planı, temel belirtilerin azaltılması; reaktif saldırganlık ve duygu düzenleme güçlüğü olanlarda duygu düzenlemenin iyileştirilmesi; ahlaki gelişim ve sosyal becerilerin geliştirilmesi; eşlik eden psikiyatrik ve gelişimsel bozuklukların belirtilerinin azaltılması; akademik sonuçların iyileştirilmesi; suç davranışlarının en aza indirilmesi şeklinde olmalıdır [127].

Etkili tedavi yönetimi ve kalıcı davranış değişikliği ebeveynlerin, çocuk ya da ergenin ev ortamının ve akran grubunun hedeflendiği, yaşına göre gelişimsel modellerden yararlanan davranışsal müdahaleler ile sağlanabilmektedir [128].

Erken ve orta çocuklukta (3-11 yaş) DB tedavisine yönelik kanıta dayalı kılavuzlar ve meta-analizler sosyal öğrenme teorisine dayalı davranışsal ebeveyn eğitimi önermektedir [129]. Bu müdahaleler ebeveynlerin; istenilen davranışların olumlu pekiştirilmesine odaklanmaları, ebeveyn sıcaklığını artırmaları, çocuklarına uygun ve tutarlı kurallar koymaları ve tutarlı bir şekilde uygulamaları için eğitildiği disiplin odaklı yaklaşımlardır [129]. Çocukların bilişsel davranış temelli eğitimlere ebeveynleri ile eş zamanlı olarak doğrudan katılması, sosyal problem çözme, bilişsel süreçler ve kendini düzenleme becerilerine katkı sağlamaktadır [130]. DB ve katı-duygusuz özelliklere sahip çocukların tedavilerine duygu düzenleme eğitiminin eklenmesi bu tür tedavilerin etkilerini artırılabilir [131]. Geç çocukluk ve ergenlik döneminde DB tedavisinde, sosyal öğrenme teorisine dayanan aile stratejileri, davranış stratejileri ve bilişsel davranışçı terapiyi içeren bütünleştirilmiş tedavi modelleri en etkili yaklaşımlar olarak bulunmuştur [132].

2.2.9. Gidiş

DB, 2010 Global Burden of Disease Study’de dünyanın birçok bölgesinde engelliliğin önde gelen nedenlerinden biri olarak belirtilmiştir [133]. DB’li çocukları geç ergenliğe ve genç erişkinliğe kadar izleyen prospektif çalışmalar suç davranışı, madde kullanımı, düşük eğitim düzeyi, ruhsal problemler, intihar riski, ergen gebeliği, kardiyovasküler risk ve yüksek riskli cinsel davranış sorunlarında artış olduğunu göstermiştir [134, 135]. DB’li çocukları yetişkin döneme dek izleyen prospektif çalışmalar genç yetişkinlikte gözlenen antisosyal kişilik bozukluğu ya da diğer psikiyatrik bozuklukların varlığıyla tamamen açıklanamayan olumsuz sonuçların orta yetişkinlikte hala devam ettiğini göstermiştir [127, 136].

2.3. Katı-Duygusuz Özellikler (Callous Unemotional, CU)

2.3.1. Katı-Duygusuz Özellikler İle İlgili Genel Bilgiler

Katı-duygusuz özellikler, DSM-5 DB tanı ölçütleri içinde “topluma yararlı duyguların sınırlı olmasıyla giden” alt başlığında, pişmanlık ve suçluluk duymama, duygusuzluk-eş duyum yoksunluğu, yapabilirlik kaygısı taşımama ve sıg ya da yetersiz duygulanım şeklindeki dört tanı ölçütünden en az ikisinin, en az 12 ay

boyunca, sürekli olarak, birçok ilişkisinde ve ortamda olması gerekir şeklinde tanımlanmıştır [1].

Katı-duygusuz kavramının, Hervey Cleckley'in 1976 yılında yayınladığı, empati ve suçluluk duygusu azlığı, kibir, kendini beğenmişlik, sorumsuz davranışlar ve bunlarla ilişkili antisosyal davranışların karakterize olduğu bir kişilik modelini tanımladığı makalesinden geldiği belirtilmektedir [137]. Kendini beğenmişlik, büyüklenmeci, benmerkezcilik özelliklerden oluşan *kişilerarası alan*, empati eksikliği gibi katı-duygusuz özelliklerden oluşan *duygusal alan*, dürtüsel ve korkusuz özelliklerden oluşan *davranışsal alan* şeklinde birbiriyle ilişkili üç alanda incelenmiştir [138]. Katı-duygusuz özelliklerin DB tanılı gençlerin yaklaşık %12-46'sında görüldüğü bildirilmektedir [15].

Katı-duygusuz özelliklerin gelişiminde nörokognitif süreçlerin incelendiği çalışmalarda, kendini beğenmişlik, büyüklenmeci alanın bilişsel alanda daha iyi performans ile ilişkili olduğu kabul edilirken, katı-duygusuz özelliklerin sözel zekâ, yaratıcılık, pratiklik ve analitik düşünme ile negatif ilişkisinin olduğu, dürtüsel, korkusuz olmanın ise yaratıcılık, pratiklik ve analitik düşünme ile pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir [139, 140].

Katı-duygusuz özelliklere sahip gençlerin cezalandırma ipuçlarını anlamada ve duygusal empatilerinde anormallikler olduğu [141], nötr ve negatif uyaranlara karşı yorumlarının bozulmuş olduğu [142], dikkatlerini duygusal uyaranlara vermelerinde sorunlar olduğu ve bu durumun da diğer insanların duygularını tanımada kademeli hatalara yol açtığı öne sürülmüştür [143].

Katı-duygusuz özelliklerin kalıtsallığının incelendiği bir meta-analizde, katı-duygusuz özelliklerin genetik olarak açıklanmış varyasyonlarının %42 ile %68 arasında değiştiği, gelişim sürecinde stabilitenin olduğu, DB ve katı-duygusuz özellikleri arasında paylaşılan genetik etkiden ziyade, her iki özellik için spesifik genetik etkilerin bir arada bulunmasının, kısmen spesifik bir genetik etiyolojinin varlığına işaret edebileceği belirtilmiştir [144].

DB ve katı-duygusuz özellikleri olan çocuklarda korkulu ve sakin yüzlere nöral tepkilerin fMRI ile değerlendirildiği bir çalışmada; düşük katı-duygusuz özellikler olan DB hastalarının, yüksek katı-duygusuz özelliklerin eşlik ettiği DB hasta grubuna göre sağ amigdala daha fazla amigdala tepkilerinin olduğu gösterilmiştir [145]. DB

ve katı-duygusuz özellikleri olan hastalarda amigdala işlev bozukluğunu yansıttığı düşünülen amigdala hacminin daha düşük olduğu gösterilmiştir [146].

Ebeveynlerin mizaç, kişilik özellikleri ve ebeveyn-çocuk ilişkisinin katı-duygusuz özelliklerin gelişimine katkıda bulunduğu, evlat edinme çalışmalarında katı-duygusuz özelliklere sahip bireylerde pozitif ebeveynliğin genetik yatkınlığı tamponlayıcı özellikte olabileceği bildirilmiştir [137].

Katı-duygusuz özelliklerin genetik ve çevresel belirleyicileri üzerine yapılan bir ikiz çalışmasında genetik etki gücünün orta (%25) düzeyde olduğu, paylaşılan çevresel risk faktörlerinin etkisinin daha fazla (%48) olduğu gösterilmiştir [147]. Başka bir çalışmada ise katı-duygusuz özelliklerle aile ortamındaki kaos ve uygunsuz ebeveynlik tutumlarının kuşaklar arasındaki benzerliklerine dikkat çekilmiştir [148].

Erken çocukluk döneminde görülen daha az suçluluk hissetme, düşük empati ve daha yüksek proaktif saldırganlığın geç çocukluk dönemindeki katı-duygusuz özelliklerle ilişkili olduğu belirtilmektedir [149]. Katı-duygusuz özelliklerin ve davranışların, başkalarının sıkıntısına ve verilen cezaya karşı düşük uyarılma ve korkusuz bir mizaçtan ortaya çıktığı; bu durumun zarar verici davranışların sonuçları hakkında daha az öğrenmeye neden olduğu ve bu durumun da artan katı-duygusuz davranış riski ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [150]. Yapılan çalışmalar erken yaş döneminden itibaren var olan katı-duygusuz özelliklerin yaş ile birlikte stabil seyrettiğini göstermiştir [144].

2.3.2. Katı-Duygusuz Özellikler ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu / Davranım Bozukluğu

Katı-duygusuz özelliklerin, DEHB olan çocuk ve ergenlerde hastalığın prognozu ve tedaviye yanıt özellikleri açısından önemli rolü vardır [151].

DEHB'si olan çocuklarda yapılan bir çalışmada katı-duygusuz özelliklerin işlevsellikteki bozukluklarla anlamlı ilişkisi olduğu bildirilmiştir [152]. Bir başka çalışmada DEHB ile KOKGB veya DB eş tanısı olan çocukların katı-duygusuz özelliklerinin korkusuzluk, ödül odaklı davranış biçimi, davranış sorunları ve pişmanlık duymamama ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [153]. DEHB ile KOKGB veya DB eş tanısı olan çocuklarda katı-duygusuz özelliklerin bulunması durumunda stimülan tedavisinin ve aile odaklı davranışçı müdahalelerin agresif davranışların gerilemesine

yardımcı olmadığı gösterilmiştir [154]. Başka bir çalışmada DEHB'li ve eş hastalanım DB olan katı-duygusuz özellikleri bulunan çocukların sosyal beceri, problem çözüme ve olumsuz davranış örüntüleri ile ilgili davranışsal tedavilere daha düşük yanıt verdiği belirtilmiştir [16]. Ayrıca DEHB olan çocuklarda katı-duygusuz özelliklerin daha sonraki antisosyal kişilik bozukluğu için bir risk faktörü olduğu bildirilmiştir [155].

DB ile genç yetişkin işlevselliği arasındaki ilişkinin modülatörleri olarak DEHB ve katı-duygusuz özellikleri inceleyen bir çalışmada DEHB'nin olmasının DB'de mesleki işlevselliği etkilediği, katı-duygusuz özelliklerin daha kötü akademik performans ile ilişkili olduğu gösterilmiştir [156]. DEHB ve katı-duygusuz özelliklerin DB'de aile işlevselliği, sigara kullanımı ve içe dönük belirtiler arasındaki ilişkinin öngörücüsü olduğu gösterilmiştir [156]. DEHB tanısı olan ergenlerde ebeveynlik tutumlarının DB ve katı-duygusuz özellikler ile ilişkisinin incelendiği bir çalışmada olumlu ebeveynlik davranışının çocuklarda daha az katı-duygusuz özellikler görülmesine neden olduğu gösterilmiştir [157]. Aynı çalışmada annelerdeki olumlu davranış azlığının ve daha yüksek katı-duygusuz özelliklerin DB ile ilişkili olduğu; olumsuz ebeveynlik davranışlarının ise katı-duygusuz özelliklerine bakılmaksızın DB ile pozitif olarak ilişkili olduğu gösterilmiştir [157].

2.4. Duygu Tanıma

2.4.1. Duygu Tanıma İle İlgili Genel Bilgiler

İnsanlar içinde buldukları durumlarda, canlı ve cansız varlıklar ile o ortamdaki her ayrıntıyı algılamakta, çok kısa sürelerde durumları kategorize etmekte, anlam yüklemekte ve bulunduğu ortama uyum sağlamaktadır [158]. Algılanan görsel sahne eş zamanlı olarak durum ile ilişkili duygulara veya hislere neden olmaktadır [159, 160]. Çevremizden aldığımız bilgilerin hızlı bir şekilde algılanması, doğru bir şekilde analiz edilmesi davranışlarımızı düzenlemek ve davranış stratejisi belirlemek için oldukça önemlidir [161].

İnsanların, çevresel uyaranların duygusal önemi açısından analiz eden ve değerlendiren bir sisteme sahip oldukları, bilişlerine göre yorumladıkları, uygun duyguyu ortaya çıkardıkları; bu işlevlerin ayna nöron sistemi aracılığı ile gerçekleştiği bilinmektedir. Ayna nöronların başkalarının duygu ifadelerinin zihinsel temsillerini

bularak bu ifadelerin tanınmasını sağladığı, bu becerinin diğer insanların eylemlerini anlamak ve taklit ile yeni beceriler öğrenmek için önemli olduğu, ayna nöron sisteminin gözlenen eylemleri taklit ettiği ve böylece zihin kuramı becerilerine katkıda bulunduğu ileri sürülmektedir [162-164].

Duygu işlemede önemli olduğu gösterilen çoğu yapı sosyal davranış için de önemlidir. Bu yapılar yüksek seviyeli duyuşal kortekslerdeki; amigdala, ventral striatum, orbitofrontal korteks, sol prefrontal, sağ parietal, ön ve arka singulat korteksler gibi bölgelerdir. Bu üç bölge grubu üç farklı işlem grubuyla ilişkilendirilmektedir. Yüksek seviyeli duyuşal korteks, uyarıların algısal temsilinde önemlidir. Amigdala, striatum ve orbitofrontal korteks algısal temsili duyuşal tepki, bilişsel işlem ve davranışsal motivasyon ile ilişkisine aracılık etmede önemlidir. Daha yüksek kortikal bölgeler ise diğer insanların temsili, kendisiyle sosyal ilişkisini ve bir sosyal grup bağlamında kişinin eylemlerinin değerini içeren bir iç sosyal çevre ile ilişkilidir [165].

Korku, şaşkınlık, üzüntü, mutluluk, öfke, tiksinti ve aşağılama evrensel olarak kabul edilmiş yedi temel duygudur. Duygunun algılanmasında ilk basamağın duyuşal yüz ifadelerini doğru algılamak olduğu ve bu durumun sosyal davranışları anlamada önemli olduğu belirtilmektedir [166]. Başkalarının duygularını tanımak ve buna göre davranışlarını düzenlemek sözel olmayan iletişimde önemli rol oynamaktadır [166]. Sözel olmayan dilin algılanmasındaki zorluklar sosyal ilişkilerde bozulmalara neden olmaktadır. Kişiler arası ilişkilerde sağlıklı bağ kurmanın duyuşal tepki gibi sözel olmayan ipuçlarının doğru yorumlanmasıyla olanaklı olduğu düşünülmektedir [167].

2.4.2. Duygu Tanıma ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB’de zayıf duyuşal düzenleme becerileriyle ilişkili olduğu düşünülen davranış bozuklukları ve akran reddi gibi sosyal duyuşal zorluklar bildirilmiştir [17, 18] DEHB’si olan çocukların %25-45’inde sosyal normlara göre uygun olmayan duyuşal labilite ve duyuşal tepkiler olduğu, duyuşal düzenleme güçlükleri gösterdikleri belirtilmektedir [19]. Bu duyuşal düzenleme güçlüğü amaca yönelik eylemin yapılması ve uygun davranış sergilenmesini engellemekte, sosyal, ailesel, akademik işlevsellikte bozulmalara neden olmaktadır [20].

Duygu düzenleme becerilerinin, duyguların tanınması, duygusal tepkisellik, duygusal düzenleme ve empati özellikleri gibi çeşitli yönleri vardır. Bir meta-analiz çalışmasında DEHB ve duyguların tanınması arasındaki ilişkinin orta düzeyde bir etki büyüklüğüne sahip olduğu gösterilmiştir [168]. Bazı çalışmalarda DEHB olan çocuk ve ergenlerde duygu tanımada bir eksiklik olduğu belirtilmiştir [168].

DEHB olan çocuk ve ergenlerin duyguları anlama ve düzenleme zorluklarının incelendiği çalışmalarda daha çok yüz bölgesi kullanılmış, yüz ifadesinin anlaşılması, görsel sahne bütününden daha fazla çalışılmıştır [158]. Yüzlerin kullanıldığı çalışmalarda DEHB’li çocukların yüzdeki duygusal ifadeleri sınıflandırmada zorluk çektikleri gösterilmiştir [169, 170]. DEHB’li çocuk ve ergenlerin beyin aktivasyonlarına bakılan çalışmalarda nötr yüz ifadelerine bakıldığı sırada ya da dikkati duygusal içerikten ayıran ikincil bir görevin yerine getirilmesi sırasında anormallikler görüldüğü bildirilmiştir [169, 170]

Kişiler duygusal uyarılarla karşılaştıklarında, duygunun devam eden görevle ilgili olup olmadığını veya alakasız ve potansiyel olarak müdahale edici olup olmadığını değerlendirirler. DEHB ile ilgili yüzlerin kullanıldığı çalışmalarda hem yapılan görev ile ilişkili zorluklarının olduğu hem de müdahale edici duygusal süreçlerde zorluklarının olduğu bildirilmiştir [169, 170]. DEHB olan çocuk ve ergenlerde duygu tanıma becerilerinin değerlendirildiği bir çalışmada duygusal durumun olumlu ya da olumsuz olduğunu tanımlamada akranlarına göre bir fark olmadığı ancak görüntünün ifade ettiği temel duyguyu kategorize etmede zorluklarının olduğu gösterilmiştir [158]. DEHB tanılı çocukların olumlu duygu uyandıran görüntülerde daha kısa fiksasyon sürelerinin olduğu, olumsuz duygu uyandıran görüntüler için ise daha uzun fiksasyon sürelerinin olduğu gösterilmiştir [60]. Başka bir çalışmada DEHB tanılı katılımcıların özellikle bilişsel görevler artırıldığında, kontrollere kıyasla, yürütücü işlevler ile ilgili beyin bölgelerinin katılımının azaldığı, nötr duygusal uyarılara kıyasla olumlu duygusal uyarılar için temporal bölgelerde daha güçlü yanıt verdikleri ve amigdala ile striatum arasında daha zayıf bağlantıya sahip oldukları gösterilmiştir bu durum da olumlu uyarılara yönelik DEHB olan çocuk ve ergenlerde güçlendirilmiş duygusal beyin cevaplarının olduğunu göstermektedir [171]. DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin bağlamsal duyguları tanımada kontrollerden daha kötü performans gösterdikleri, nesne tanımada ise kontrol

gruplarından farklılık göstermedikleri bildirilmektedir [172]. DEHB olan çocuk ve ergenlerde duygusal bilginin aşırı uyarılma yaratabileceği ve bu durumla baş etmek için sağlıklı bireylere göre daha yüksek inhibisyon gerektiği belirtilmektedir [158]. Bu durum DEHB'li çocuk ve ergenlerin farklı duysal uyaranların olduğu ortamlarda duygularını düzenlemelerinin ve etkili bilişsel aktiviteyi sürdürmelerinin neden çok zor olduğunu açıklayabilir [158].

2.4.3. Duygu Tanıma ve Davranım Bozukluğu

DB olan bireylerin sosyal davranışlar ve kişiler arası ilişkiler için oldukça önemli olan duygu tanıma yeteneklerinde bir bozukluk olduğu belirtilmektedir [173].

DB tanılı ergenler, birinci derece akrabaları ve sağlıklı akranların duygu tanıma açısından incelendiği bir çalışmada DB grubunda öfke, korku, mutluluk, üzüntü ve şaşkınlığı tanımada anlamlı bozulmaların olduğu gösterilmiştir [174]. DB'li ergenlerin birinci derece akrabalarında ise sağlıklı kontrollere göre öfke ve mutluluğu, kısmen de korkuyu tanımada zorluklarının olduğu gösterilmiştir [174]. Bu çalışmada bozulmuş duygu tanımanın DB için geçerli bir ailesel risk belirteci ya da aday endofenotip olabileceği belirtilmiştir [174].

DB ve katı-duygusuz özellikleri olan ergenler ile sağlıklı akran gruplarının dahil edildiği, dinamik ve biçimlenmiş statik yüzlerin duygularının kategorize edildiği ve eş zamanlı olarak göz izlemenin değerlendirildiği bir çalışmada DB'li ergenlerin duygu tanımada akranlarına göre daha başarısız oldukları bildirilmiştir [21]. DB grubunun korkulu ve üzücü ifadelerle bakarken gözlere daha az sabitlendiği belirtilmiştir [21]. Katı-duygusuz özellikleri daha yüksek olan DB grubundaki ergenlerin korku ifadesini tanımada daha çok zorluk çektikleri, şaşırılmış yüzlerin gözlerine daha az baktıkları gösterilmiştir [21]. Aynı çalışmada erkeklerin kadınlara göre duyguları tanımada daha kötü performans gösterdikleri ve gözlerini daha az sabitleme eğilimleri olduğu gösterilmiştir [21].

Duygu tanıma sırasında DEHB ve eş hastalanım DB olan çocuklarda cilt iletkenliği ve kalp hızı reaktivitesi gibi fizyolojik tepkilere bakılan bir çalışmada DEHB grubunun sağlıklı akranlarla aynı fizyolojik tepkileri gösterdiği fakat eş hastalanım DB olanlarda ise duygunun özelliğine bakılmaksızın daha zayıf fizyolojik tepkiler olduğu gösterilmiştir [175]. Yakın zamanda yapılan bir araştırmada DEHB olan gençlerde duygu

tanıma bozukluğunun eş hastalanım DB'si olanlara özgü olduğu, duygu tanımadaki bozukluğun dikkat eksikliğinden kaynaklanmadığı ileri sürülmüştür [176]

2.5. Empati

2.5.1. Empati İle İlgili Genel Bilgiler

Empati, etkileşim kurduğumuz kişinin duygularını ve şefkatle ilişkili davranışlarını anlamamızı sağlar. Ayrıca empati deneyimlerin ve hislerin paylaşarak duygusal bağlantı kurulmasına izin veren paylaşma kapasitesini tanımlayan sosyal bir etkileşimdir [177]. Empati duygusal ve bilişsel olarak iki grupta incelenmektedir. Bilişsel empati, kişilerin duygu veya bakış açısının bilişsel olarak anlaşılması, duygusal empati ise etkileşimdeki kişinin duygusuna yakın bir duygunun hissedilmesi şeklindedir. Empati içerisinde olan kişi karşısındaki kişinin hissettiği ya da hissettiğini düşündüğü duyguya benzer bir tepki verir fakat bu duygunun karşısındaki kişinin duygusu olduğunun farkındadır [178].

Empatinin yardım etme, şefkat gösterme, dayanışma gibi olumlu duyguları arttırdığı ve yaşamın ilk yıllarından itibaren bu duyguların var olduğu gösterilmiştir [179]. Empatideki eksikliğin akran ilişkilerinde bozulmalara neden olabileceği, davranış bozuklukları ve anti-sosyal davranışlar ile ilişkilendirilebileceği belirtilmiştir [178].

2.5.2. Empati ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB tanılı hastalarda empatiyi inceleyen çalışmalarda farklı bulgular ortaya konmuştur. DEHB tanılı hastaların sosyal bakış edinme ve sosyal sorunları çözmede akranlarına göre daha az alternatif ürettikleri, ebeveynler tarafından daha az empatik olarak algılandıkları ancak DEHB tanısının empati düzeyini öngörmediği belirtilmiştir [180].

DEHB olan ve olmayan çocukların sosyal oyun oynama, paylaşma, arkadaşını destekleme, sosyal ipuçlarına karşılık verebilme becerilerine bakıldığı bir çalışmada DEHB tanısı olanlarda bu bakılan becerilerde daha düşük performans olduğu gösterilmiştir [181]. DEHB, DEHB eş hastalanım DB ve sağlıklı kontrol gruplarının karşılaştırıldığı başka bir çalışmada ise DEHB birleşik tip ve DB tanılı olanların sosyal bakış açısı edinmede sağlıklı kontrollere göre daha kötü olduğu, DEHB dikkatsizlik alt tipinin DEHB birleşik alt tipe göre basit görevlerde daha fazla duygusal empati

gösterebildiği bildirilmiştir [23]. Ülkemizde yapılan, DEHB’de empati zorluğunu araştıran başka bir çalışmada ise, DEHB’li çocukların akranlarına göre daha düşük duygusal ve bilişsel empati düzeylerinin olduğu, duygularının sık değiştiği ve duygu düzenlemede zorluk yaşadıkları bildirilmiştir [22].

2.5.3. Empati ve Davranım Bozukluğu

Empati ile saldırganlık, anti-sosyal davranışlar arasındaki ilişkiler araştırmaların ana konusu olmuş, empatideki eksikliklerin saldırganlığı ve özellikle de bir araç ile olan saldırganlığı artırabileceği görüşü belirtilmiştir [178].

DB ve KOKGB olan bireylerde duygu tanımada ve duygusal empatide eksiklikler olduğuna dair bulgular olmasına rağmen çalışmalar arasında muhtemel metodolojik farklardan kaynaklanan tutarsızlıklar mevcuttur [182]. Öz-bildirim ölçeklerinin kullanıldığı çalışmalarda sağlıklı kontrollere göre DB olan çocuk ve ergenlerde tutarlı bir şekilde hem bilişsel hem de duygusal empati düzeylerinde düşüklük olduğu görülmüştür [183]. DB ve DB’ye eşlik eden yüksek katı-duygusuz özellikleri olan ergenlerde duygusal empati eksiklikleri olduğu öne sürülürken [184], duygusal empati düzeylerinin katı-duygusuz özelliklerin seviyeleriyle ilgisiz olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur [183]. Katı-duygusuz özellikleri ile empati, suçluluk ve sosyallik arasındaki ilişkiyi araştıran bir meta-analizde ise katı-duygusuz özellikleri ile empati, suçluluk ve toplum yararına davranışlar arasında ters ilişki olduğu gösterilmiştir [185].

DB olan erkeklerde ve kadınlarda öfke ve tiksinti tanımada bozukluk, DB’li erkeklerde ise ek olarak mutluluk ve korku tanımada bozukluk bulunmuştur [186]. DB tanılı hastaların hem yüzlerden hem de seslerden duygu tanımlama becerilerini araştıran bir çalışmada, mutluluk, korku ve üzüntü tanımada eksiklikler olduğu gösterilmiştir [187].

Katı-duygusuz özellikleri olan bireylerle yapılan yüzden duygu tanıma çalışmalarında, korku ve üzüntü gibi sıkıntıya işaret eden yüz ifadelerini tanımada zorluklar olduğu gösterilmiştir [91, 186]. Korku tanıma ile katı-duygusuz özelliklerin şiddeti arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur [188]. Ayrıca yüksek katı-duygusuz özellikleri olan bireylerin düşük katı-duygusuz özelliklere sahip olanlara göre özellikle üzüntü için daha az duygusal empati gösterdikleri, duygusal

empatide daha fazla bozulma sergiledikleri gösterilmiştir [90]. Etkileşimde olduğu kişiyle aynı duyguyu hissetme, duygulanım eşleşmelerinin değerlendirildiği bir çalışmada, DB olan çocuklarda kontrollere göre anlamlı olarak daha az duygulanım uyumu bulunmuştur [189].

DB olan çocuk ve gençlerde empatinin alt bileşenleri olan hem bilişsel empati hem de duygusal empati ile ilgili bulgular arasında farklılıkların gözlemlendiği, bu durumun literatürdeki geniş empati tanımlarının yanı sıra, çalışmalarda kullanılan farklı materyal ve görevlerden kaynaklandığı düşünülebilir [190].

2.6. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu Birlikteliği

DEHB ve DB arasındaki ilişki birçok çalışmada incelenmiştir. DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde en sık görülen eş hastalanımlardan biri olan DB klinik, epidemiyolojik ve geniş yaş aralıklarında yapılan çalışmalar yelpazesinde bakıldığında çocuk ve ergenlerin yaklaşık %4-60'ında görüldüğü [9, 10], DB tanılı çocukların daha çok hiperaktivite-dürtüsellik ve birleşik tip DEHB'li oldukları [49] belirtilmektedir. DB olan çocukların DB olmayanlara göre DEHB riskinin 10 kat daha fazla olduğu [13], DB ve eş tanılı DEHB olan çocuklarda belirtilerin daha erken yaşlarda başladığı, daha şiddetli olduğu, daha fazla akademik başarısızlığın eşlik ettiği ve DEHB'si olmayan DB'li çocuklara göre daha kalıcı bir seyre sahip olduğu gösterilmiştir [14].

DEHB ve DB birlikteliğinin risk etmenlerinin incelendiği ikiz çalışmalarında genetik etmenlerin önemi vurgulanırken, çevresel etmenlerin rolünün de göz önünde bulundurulmasının önemi belirtilmektedir [191]. DEHB tanılı çocuğu olan ebeveynler ile yapılan çalışmalarda daha fazla olumsuz çocuk yetiştirme tutumların var olduğu, ev ortamında stres etmenlerinin ön planda olduğu gösterilmektedir [192]. Ebeveynlerde yüksek oranda psikopatolojilerin varlığının DEHB ile DB arasında aracı rol olabileceği belirtilmektedir [192]

Kavramsallaştırma, akıl yürütme, yaratıcılık, zihinsel esneklik, karar verme, planlama, engellenmeye karşı koyma, bastırma gibi bilişsel işlevlerden sorumlu olan yürütücü işlevlerin, dorsolateral prefrontal korteksi içeren planlama, sıralama, dikkati sürdürme, problem çözme, bilişsel esneklik, yeni olaylarla başa çıkma gibi daha çok sözel değerlendirmeyi içeren yürütücü işlevleri “serin”, ventromedial ve orbitofrontal

korteksi içeren kişilerarası ilişkiler, sosyal davranışlar, sosyal etkileşimlerde karmaşık duyguların anlaşılması, ödül ve ceza deneyimlerini içeren yürütücü işlevleri “sıcak” özellikli olarak nitelendirilmektedir [193]. DEHB ile birlikte DB görülen kişilerde “sıcak” yürütücü işlev alanlarının daha küçük olduğu ve daha düşük beyin aktivasyonu gösterdikleri, “soğuk” yürütücü işlev alanlarında ise “sıcak” alanlar kadar olmasa da bozulmaların olduğu bildirilmiş, bu alanlardaki bozuklukların duygu düzenleme, empati, öz denetim ve sosyal davranışlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir [97, 194]. DEHB ile birlikte DB görülen hastalarda sağlıklı kontrollere göre duygu işleme sürecinde anormal anterior singulat korteks aktivasyonu ve temporal lobda yapısal anormallikler olduğu gösterilmiştir [194].

DEHB ve DB ile ilgili yazın bilgisi gözden geçirildiğinde bu bozuklukların yüksek oranda eş hastalanım gösterdiği, her bir bozuklukla ilgili duyguları tanıma becerisi, empati kapasitesi, aile özellikleriyle ilgili birçok çalışmanın olduğu, ancak DEHB olan çocuk ve ergenlerde süreç içinde DB belirtilerinin öngörücülüğü açısından bu özelliklerin birlikte araştırıldığı çalışmaların sınırlı sayıda olduğu, bu alanda yapılacak çalışmalara ihtiyaç olduğu görülmektedir.

2.7. Araştırmanın Amacı

Bu kesitsel vaka-kontrol çalışmasının amacı; DEHB tanısı ile kliniğimizde en az 5 yıldır takipli olan 12-18 yaş arasındaki ergenlerin DB belirtilerinin duygu tanıma, empati becerileri, katı-duygusuz özellikler ve aile işlevi ve ebeveyn ilişkileri bağlamında ilişkisini değerlendirerek DB belirtilerinin öngörücülerini araştırmaktır.

Bu araştırmanın hipotezleri şunlardır;

- Bu çalışmada DEHB tanısı ile takip edilen hastalarda hiperaktivite-dürtüsellik ve birleşik alt tipte olanlarda daha fazla DB belirtilerinin olacağı,
- DB belirtilerindeki artışın duygu tanımadaki ve başkasının zihin durumunu kavramadaki zorluklar ile ilişkili olabileceği,
- DB belirtileri artıkça duygusal ve bilişsel empati düzeylerinde düşüklük olacağı,
- DB belirtileri daha fazla olan bireylerde katı-duygusuz özelliklerin daha belirgin olacağı,

- DB belirtileri daha fazla olan hastalarda aile işlevselliğinin daha kötü olacağı, aile, akran ilişkilerinin daha bozuk, sosyal becerilerinin daha düşük olacağı varsayılmıştır.

3. YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1. Araştırmanın Deseni

Araştırmamız DEHB tanısı ile en az 5 yıllık takibi olan, dahil etme ölçütlerini karşılayan, çalışmayı katılmayı kabul eden 12-18 yaş arasındaki olguların davranım bozukluğu belirtilerinin öngörücüleri açısından duygu tanıma, empati becerileri, katı-duygusuz özellikleri, aile ilişkileri ve işlevi açısından değerlendirilmesine ve bu bulguların sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırılmasına; ve aynı değişkenlerin araştırma grubunda DB belirtilerinin eşlik etme durumuna göre DEHB olgularının kendi içinde karşılaştırılmasına dayanan kesitsel ve tanımlayıcı bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde yapılmıştır. Araştırma grubu Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı ile en az 5 yıllık takibi olan, dahil etme ölçütlerini karşılayan, çalışmayı katılmayı kabul eden 12-18 yaş arasındaki 18 kız ve 31 erkekten oluşan 49 hasta ve hasta grubuna benzer sosyodemografik özelliklere sahip 23 kız ve 30 erkek toplam da 53 sağlıklı kontrol olgusundan oluşmaktadır.

Araştırmamız Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 2020/14-45 karar numarası ile onaylanmıştır.

3.3. Örneklemin Seçimi

3.3.1. Araştırma Grubunun Oluşturulması

Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı ile en az 5 yıllık takibi olan, dahil etme ölçütlerini karşılayan, çalışmayı katılmayı kabul eden 12-18 yaş arasındaki hastalar araştırma ekibine yönlendirilmiştir. Çalışmaya katılmaya gönüllü olan hastalar, yapılacak çalışmanın amacı ve yöntemi ile ilgili sözel olarak bilgilendirilmiş,

yazılı onam veren hastalar, anne ya da babaları ile şimdi ve geçmişteki DEHB tanısının doğrulanması için yarı yapılandırılmış bir görüşme olan ÇDŞG-ŞY ile görüşme yapılmış, DEHB tanısı DSM-5 tanı ölçütleri temel alınarak konulmuş, davranım bozukluğu belirtilerinin varlığı değerlendirilmiştir. Araştırma grubu DEHB tanısı alan, 12-18 yaş arasında 18 kız ve 31 erkek olmak üzere toplam 49 ergenden oluşmaktadır.

Araştırmaya dahil olma ölçütleri (Araştırma grubu)

- a) DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB tanısı alıyor olma
- b) Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda en az 5 yıldır DEHB tanısı ile takipte olma
- c) 12-18 yaş arasında olma
- d) Klinik olarak zihinsel geriliğinin olmaması
- e) Psikotik bozukluk, bipolar duygudurum bozukluğu, psikotik depresyon gibi ağır psikopatolojilerin bulunmaması
- f) Nörolojik hastalığının olmaması
- g) Uzun süreli takip gerektirecek kronik bir hastalığının olmaması
- h) Ergen, anne ya da babanın çalışmaya katılmayı kabul etmesi, onam formunu okuyarak imzalaması

Araştırmadan dışlanma ölçütleri (Araştırma grubu)

- a) 12 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olma
- b) Klinik olarak zekâ geriliğinin olması
- c) Nörolojik hastalığının olması
- d) Uzun süreli takip gerektirecek kronik bir hastalığının olması
- e) Çalışmaya katılmayı kabul etmeme

3.3.2. Kontrol Grubunun Oluşturulması

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran yapılan değerlendirmeler ile geçmişte psikiyatri başvurusu olmayan ve şu anda herhangi bir psikiyatrik hastalık tanı ölçütlerini karşılamayan, psikiyatrik tedavi almasına gerek görülmeyen ergenler ve Hacettepe Üniversitesi sağlık personelinin sağlıklı çocukları araştırma ekibine

yönlendirilmiştir. Çalışmanın amacı ve yöntemine ilişkin bilgiler paylaşıldıktan sonra, katılmaya gönüllü olan ve onam veren sağlıklı ergenler ve anne ya da babaları ile yarı yapılandırılmış bir görüşme olan ÇDŞG-ŞY ile geçmişte ya da şu anda herhangi bir psikiyatrik hastalık tanı ölçütünü karşılamadığı doğrulanan, nörolojik ya da uzun süreli takip gerektirecek kronik fiziksel hastalığı olmayan, çalışmaya katılmayı kabul eden, araştırma grubu ile sosyodemografik özellikleri benzer olan 12-18 yaş arasındaki 23 kız ve 30 erkek toplamda 53 gönüllü ergen kontrol grubuna alınmıştır.

Araştırmaya dahil edilme ölçütleri (Kontrol grubu)

- a) 12-18 yaş arasında olma
- b) Klinik olarak zihinsel geriliğin olmaması
- c) Herhangi bir psikiyatrik hastalığın olmaması
- d) Nörolojik hastalığının olmaması
- e) Uzun süreli takip gerektirecek kronik hastalığının olmaması
- f) Çalışmaya katılmayı kabul etme
- g) Anne ya da baba ve ergenin onam formunu okuyarak imzalaması

Araştırmadan dışlanma ölçütleri (Kontrol grubu)

- a) 12 yaşından küçük ve 18 yaşından büyük olma
- b) ÇDŞG-ŞY ile yapılan görüşmede geçmişte ya da şu anda herhangi bir psikiyatrik hastalık tanı ölçütlerini karşılaması
- c) Klinik olarak zekâ geriliğinin olması
- d) Nörolojik hastalığının olması
- e) Uzun süreli takip gerektirecek kronik bir hastalığın olması
- f) Çalışmaya katılmayı kabul etmeme

3.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

Çalışmaya alınan araştırma grubu ve sağlıklı kontrol grubundaki tüm ergenlerde ilk olarak şimdi ve geçmiş dönemdeki psikiyatrik hastalıkları değerlendirmek için araştırmacı tarafından uygulanan ve yarı yapılandırılmış görüşme formu olan Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu- ÇDŞG-ŞY (Schedule for Affective

Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version - K - SADS - PL) verilmiştir. ÇDŞG-ŞY sağlıklı kontrol grubunun psikiyatrik bir tanıya sahip olmadığını göstermek ve araştırma grubunda DEHB tanısını doğrulamak ve eş tanı açısından değerlendirilmek için kullanılmıştır. Araştırmaya katılan ergenlerin yaşı, cinsiyeti, eğitim süresi ile anne ve babalarının yaşı, mesleği, eğitim süresi, aile yapısı, tıbbi öyküsü ve DEHB'ye ilişkin klinik bilgilerin toplanması için araştırmacılar tarafından hazırlanan ve doldurulan Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu kullanılmıştır.

Araştırma ve sağlıklı kontrol grubundaki tüm ergenlere öz bildirim ölçekleri olan; DEHB ve diğer ergen psikopatolojilerini değerlendirmeyi amaçlayan Conners - Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Uzun Formu (CWEÖÖ - U) – (Conners - Wells' Adolescent Self - Report Scale - Long Form); empatik eğilimlerini ölçmek için KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği - Ergen Formu (KA-Sİ - EEÖ - Ergen Formu), gençlerin katı duygusuz özelliklerini değerlendirmek için Katı Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği (ICU-TR) – (Inventory of Callous - Unemotional Traits - Youth Form), olumlu ve olumsuz olabilecek davranış özelliklerini sorgulamak için Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) – (Strengths and Difficulties Questionnaire-SDQ), depresyon belirti düzeylerini değerlendirmek için Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) – (Beck Depression Inventory -BDI) verilmiştir. Klinisyen tarafından her fotoğrafın tek tek hastaya gösterilmesi ve cevapların not edilmesi gereken;. bir başkasının sadece göz ifadesine bakarak basit duyguların ötesinde olan zihinsel durumunu anlama yetisini değerlendirmek için kullanılan Gözlerden Zihin Okuma Testi-Gözler Testi – (Reading The Mind in the Eyes Test-RME) araştırmacı tarafından tüm örnekleme uygulanmıştır.

Çalışmaya alınan hasta ve sağlıklı kontrol grubundaki tüm ergenlerin ebeveynlerine; DEHB başta olmak üzere ergen psikopatolojilerini ebeveyn bakış açısı ile değerlendirmeyi amaçlayan Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) – (Conners' Parent Rating Scale Long Form-Revised); çocuk ve ergenlerde yıkıcı davranış bozukluğu belirtilerinin taranması ve değerlendirilmesi için Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği - Ebeveyn Formu - Turgay Ölçeği (T-DSM-IV-Ö) - (The Turgay DSM-IV Based Disruptive Behavior Disorders Child and Adolescent Rating and Screening Scale, T-DSM-IV-S); ailelerin gerekliliklerini ve işlevlerini hangi alanda yerine getirdiği veya getiremediklerini

kendi algılarına göre değerlendiren Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) – (Family Assessment Device-FAD) ve ebeveynlerin algılarına göre çocuklarının duygusal empati işlevini yansıtan Griffith Empati Ölçeği-Anne Baba Değerlendirme Formu (Griffith Empathy Measure-Parent) verilmiştir.

3.4.1. Araştırmacının Yaptığı Değerlendirmeler

Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Araştırmacılar tarafından geliştirilen bu form araştırmaya katılan ergenlerin yaşı, devam ettiği sınıf, eğitim süresi, anne ve babanın yaşı, mesleği, eğitim durumu, aile yapısı, kardeş sayısı ve kaçınıcı çocuk olduğu gibi sosyodemografik verilere ek olarak prenatal öykü, perinatal öykü, gelişim basamakları, ergenlik başlangıç zamanı, okul öyküsü, aile öyküsü ve tıbbi öyküsünü içeren özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri, hastalığa ilişkin klinik bilgileri ve sosyal işlevselliği ayrıntılı olarak sorgulamaktadır. Hastaların tıbbi öyküsünde psikiyatri kliniğine ilk başvuru yaşı, toplamda kaç defa değerlendirildiği, başvuru yakınmasının tanımı, belirtinin başlangıç şekli, süresi, eşlik eden hastalıklar, kullanılan ilaç ve diğer tedavi yöntemleri ile ilgili sorular yer almaktadır. (Bkz. EK 1)

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu-ÇDŞG-ŞY (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Aged Children, Present and Lifetime Version - K - SADS - PL)

ÇDŞG - ŞY, çocuk ve ergenlerin DSM-5 tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla ilk kez Kaufman ve arkadaşları tarafından 1997 yılında geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur [195]. Formun ilk Türkçe'ye çeviri - geri çevirisi, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda çalışan bir ekip tarafından 2004 yılında yapılmıştır [196]. DSM-5 için görüşme çizelgesinin güncellenmesi de Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı'nda çalışan ekip tarafından 2018 yılında yapılmıştır [197].

Görüşme çizelgesi üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölüm yapılandırılmamış bir başlangıç görüşmesidir ve bu bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi onu genel olarak tanımaya yarayan bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm psikiyatrik tanıları değerlendirmek için özgül belirtilerin sorgulandığı tarayıcı soruları ve değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa o psikopatolojiyi daha iyi değerlendirmek amacıyla her tanı için belirlenmiş ek belirti listesi sorgulanmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuğun ya da ergenin, anne babanın ve klinisyenin görüşleri birleştirilerek karar verilmektedir. ÇDŞG-ŞY ile duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilebilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamanda işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Her bir bilgi kaynağından alınan bilgiler ayrı ayrı ve sonunda klinisyenin gözlemleriyle de birlikte birleştirilerek puanlanır. Tüm görüşme 45-120 dakika sürer. ÇDŞG-ŞY anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme ve en sonunda tüm kaynaklardan (anne-baba, çocuk, okul) alınan bilgilerin doğrultusunda puanlama yapılarak uygulanır. Ergenlik öncesi dönemde uygulanırken önce anne-baba ile, ergenlerle çalışılıyorsa ise önce ergenin kendisi ile görüşülür. Farklı kaynaklardan gelen bilgiler karşılaştırıldığında uyumsuzluk var ise , klinisyen kendi klinik yargısını kullanır. Bu araştırmada DEHB tanılarının doğrulanması, diğer psikiyatrik bozukluk tanıları ve eş hastalanımlar ÇDŞG-ŞY ile DSM-5 tanı ölçütlerine göre belirlenmiştir.

Gözlerden Zihin Okuma Testi - Gözler Testi (Reading The Mind in the Eyes Test-RME)

Gözler testi, 1997 yılında Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve daha sonra gözden geçirilerek geliştirilmiş formu yayınlanmıştır [198]. Kişinin, bir başkasının yalnızca göz ifadesine bakarak basit duyguların ötesine giden zihinsel durumunu anlama yetisini değerlendirir. Duyguların yüzün tamamı yerine yalnızca gözler gibi küçük bir bölgeden tanınabilmesi oldukça zordur. Klinisyen tarafından uygulanan bu test, katılımcının, bir başkasının zihin durumunu ne ölçüde

kavrayabildiğini ve kendisini diğerinin yerine ne kadar koyabildiğini test etmek amacıyla tasarlanmıştır.

Çocuklar için düzenlenmiş formunda test yalnızca göz bölgesinin bulunduğu 28 adet fotoğraf içerir. Klinisyenin her fotoğrafı tek tek hastaya gösterilmesi şeklinde uygulanır. Verilen yanıtlar klinisyen tarafından not edilir. Yanıtlar dört seçenektir. Şans oranı $p = .25$ 'tir. Kişinin 13 ve üzerinde puan alması anlamlı olarak şansın üzerinde performans gösterdiğini belirtir (Binominal test). Testte zor fark edilen bireysel farklılıklara ulaşılabilme olasılığını arttırmak amaçlanmıştır. Testin çocuk ve ergenler için olan versiyonunun Türkçe'ye çevirisi Alev Girli tarafından yapılmıştır [199]. (Bkz. EK 2)

3.4.2. Ergen Tarafından Doldurulan Ölçekler

Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu (CWEÖÖ-U) (Conners - Wells' Adolescent Self - Report Scale - Long Form)

Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu-CWEÖÖ-U, Conners ve Wells tarafından 1997 yılında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuna ek olarak ergenlerin ailesel, duygusal, bilişsel ve davranışsal sorunları gibi ergen psikopatolojilerini de değerlendirmeyi amaçlayan kendileriyle ilgili görüşleri temel alınarak geliştirmiş bir ölçektir. 12-17 yaş arasındaki gençlerin kendileri ile ilgili görüşlerini son bir aya göre belirlemelerine dayanır. Aile problemleri (12 madde), duygusal problemler (12 madde), davranım problemleri (12 madde), bilişsel problemler/dikkatsizlik (12 madde), öfke-kontrol problemleri (8 madde) ve hiperaktivite (8 madde) alt ölçeğini içeren altı alt ölçek ve isteğe bağlı olarak kullanılacak DSM-IV'e bağlı olarak geliştirilmiş DEHB İndeksi (12 madde), DSM-IV Belirtileri Alt Ölçeği: Dikkatsizlik (9 madde), DSM-IV Belirtileri Alt Ölçeği:Hiperaktivite-Dürtüsellik (9 madde) ve DSM-IV Belirtileri Alt Ölçeği: Toplam (18 madde) olarak toplam on alt ölçekten oluşmaktadır. Her madde için puan değeri 0-3 arasında değişen 4 yanıt seçeneği bulunmaktadır. Hiçbir zaman doğru değil (hiçbir zaman, çok ender), 0 puan; biraz doğru (bazen), 1 puan; oldukça doğru (sık sık, oldukça çok), 2 puan; çok doğru (çok sık), 3 puan şeklinde belirlenmiştir. Ölçek alt gruplarından elde edilen yüksek puan, ergenin ölçek ile tanımlanan probleme o kadar çok sahip olduğunu

göstermektedir [200-202]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2011 yılında Kaner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır[202]. (Bkz. Bkz. EK 3)

KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği-Ergen Formu (KA-Sİ-EEÖ-Ergen Formu)

KA-Si Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği (KA-Sİ-EEÖ-Ergen Formu), çocuk ve ergenlerin empatik eğilim düzeylerini Türk kültürüne özgü ölçmek amacıyla Kaya ve arkadaşları tarafından 2010 yılında geliştirmiştir [203]. Araştırmacının çalışma grubu, Malatya il merkezindeki ilköğretim okulu ve liselere devam eden toplam 1144 öğrenciden oluşmaktadır. Her sınıf düzeyinde ayrı analiz edilen veriler, 3-5. sınıfların sonuçları ile 6-12. sınıfların sonuçlarının farklı olduğunu göstermiştir. Bu nedenle ölçeğin çocuklar ve ergenler için ayrı formlar olarak hazırlanmasının doğru olacağı düşünülmüştür.

KA-Sİ EEÖ'nin hem çocuk hem de ergen formunun geçerliliği için yapılan açıklayıcı ve doğrulayıcı faktör analizi ve alt-üst grup ayırt edicilik analizleri sonucunda hem çocuk hem de ergen formu için iki faktörlü yapının uygun olduğu belirlenmiştir. Ayrıca hem çocuk hem ergen formunun alt ölçeklere ve ölçeğin geneline ilişkin Cronbach alpha güvenilirlik katsayıları, alt ölçekler arasındaki korelasyon katsayıları ve bir hafta arayla uygulanmasından elde edilen test, tekrar test güvenilirlik katsayıları ölçeğin güvenilir bir şekilde kullanılabileceğini göstermektedir.

KA-Sİ-EEÖ-Ergen Formu 10'u duygusal, 7'si bilişsel empatiyi ölçmek üzere toplam 17 madde içermektedir. Yanıtlama biçimi (1) Bana hiç uygun değil, (2) Bana biraz uygun, (3) Bana oldukça uygun ve (4) Bana tamamen uygun şeklinde dört dereceli bir yapıda düzenlenmiştir. Ölçekte olumsuz madde olmadığı için katılımcı yanıtlarının puan değerleri yanıtlama biçimine paralel olarak toplanmaktadır. Ölçekten duygusal empatiyi ölçen 10 maddenin toplanmasıyla duygusal empati alt boyutu puanı, bilişsel empatiyi ölçen 7 maddenin toplamı ile bilişsel empati alt boyutu puanı ve bu ikisinin toplamı ile toplam empatik eğilim puanı olmak üzere üç ayrı puan elde edilmektedir. Duygusal empati alt boyutundan elde edilecek minimum puan $10 \times 1 = 10$, maksimum puan $10 \times 4 = 40$, bilişsel empati alt boyutundan elde edilecek minimum puan $7 \times 1 = 7$, maksimum puan $7 \times 4 = 28$, minimum toplam empatik eğilim puanı $17 \times 1 = 17$,

maksimum toplam empatik eğilim puanı ise $17 \times 4 = 68$ dir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça empatik eğilim artmaktadır [203]. (Bkz. EK 4)

Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği (ICU-TR) (Inventory of Callous - Unemotional Traits - Youth Form)

Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği-ICU-TR, gençlerin katı-duygusuz özelliklerini değerlendirmek için Frick tarafından 2003 yılında tasarlanmış, 24 maddeden oluşan bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Ölçek, Antisosyal Süreçleri Tarama Aracı'nın dört 'Katı-Duygusuz' maddesine dayandırılmıştır (örn; 'Yanlış bir şey yaptığım zaman, kendimi kötü ya da suçlu hissediyorum', 'İşte veya okulda ne kadar iyi olduğumu önemsiyorum', 'Diğerlerinin duygularını önemserim', 'Başkalarına hislerimi/ duygularımı belli etmem'). Her orjinal maddeden üç olumlu ve üç olumsuz anlamlı maddeler geliştirilerek 24 maddelik ölçek oluşturulmuştur. 12 maddeden oluşan katılık alt ölçeği ve 11 maddeden oluşan duyarsızlık/kayıtsızlık alt ölçeği bulunmaktadır. Ölçeğin cevapları "0"(hiç doğru değil), "1"(biraz doğru), "2"(çok doğru) ve "3"(kesinlikle doğru) şeklinde dörtlü likert tipi bir skalada puanlanmaktadır. Olumlu olarak ifade edilen 12 madde (1, 3, 5, 8, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 23, 24. maddeler) toplam puan hesaplanırken ters olarak puanlanır [204].

Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Köse ve arkadaşları tarafından 2016 yılında yapılmış olup toplam ölçek Cronbach alfa katsayısı 0.55; katılık alt ölçeği için Cronbach alfa 0.77, duyarsızlık alt ölçeği için ise 0.58 saptanmıştır. Ölçek test-tekrar test güvenilirlik katsayısı 0.88'dir ($p < 0.001$). Sonuç olarak ICU-TR'nin faktör analizi ile 2 faktörlü yapısının geçerliği gösterilmiştir. Test-tekrar test güvenilirliği ve alt ölçekler ve toplam ölçek iç tutarlılık güvenilirliğinin yeterli düzeyde olduğu saptanmıştır [205]. (Bkz. EK 5)

Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) (Strengths and Difficulties Questionnaire-SDQ)

Güçler ve Güçlükler Anketi-GGA 1997 yılında Robert Goodman tarafından geliştirilmiştir [206]. 4-16 yaşlar için ebeveyn ve okul formu ile 11-16 yaşlar için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu bulunmaktadır. Olumlu ve olumsuz olabilecek davranış özelliklerini sorgulayan GGA 25 sorudan oluşmaktadır. Ölçeğin

Duygulanım Sorunları, Davranım Sorunları, Dikkat Eksikliği ve Hareketlilik, Akran İlişkileri ve Sosyal Davranışları olmak üzere 5 alt ölçeği bulunmaktadır. Her alt ölçek kendi içinde değerlendirildiği gibi ilk dört alt ölçeğin toplamı ‘Toplam Güçlük Puanını’ vermektedir. Sosyal davranışlar alt ölçeğinin dışında yüksek puan o alan için bir sorunu gösterir. Ölçeğin cevapları “0”(doğru değil), “1”(kısmen doğru) ve “2”(kesinlikle doğru) şeklinde puanlanır. 7,11,14,21,25 numaralı maddeler puan hesaplanırken “2”(doğru değil), “1”(kısmen doğru) ve “0”(kesinlikle doğru) şeklinde ters olarak puanlanmaktadır[207]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Güvenir ve arkadaşları tarafından 2008 yılında yapılmıştır [207]. (Bkz. EK 6)

Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) (Beck Depression Inventory -BDI)

Beck Depresyon Ölçeği, ergen ve erişkinlerdeki depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla Beck ve arkadaşları tarafından 1961 yılında geliştirilmiştir [208]. Ölçeğin tümü 1978 yılında gözden geçirilerek hastalığın şiddetini tanımlayan tekrarlayıcı sorular çıkarılmış ve kişilerin son bir haftadaki durumlarını işaretlemeleri istenmiştir. Ölçeğin orijinali klinisyenin ölçek maddelerini hastaya yüksek sesle okuması şeklinde tasarlanmış iken, daha sonra kendini değerlendirme ölçeği olarak uygulanmaya başlanmıştır.

Ölçeğin oluşturulma amacı depresyonu tanımlayabilmek, şiddetini ölçmek ve tedavi ile olan değişimleri izleyebilmektir. 21 maddeden oluşan ölçeğin her bir maddesine 0 ile 3 arasında puan verilmiştir. Hastalardan son bir hafta içerisinde içinde buldukları durumu en iyi tanımlayan seçeneği işaretlemeleri istenmektedir. Toplam puan olarak 0-9=minimal, 10-16=hafif, 17-29=orta, 30-63=şiddetli depresyon belirtisi şeklinde yorumlanmaktadır.

Beck Depresyon Ölçeği’nin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Hisli tarafından 1989 yılında yapılmış ve depresyon için kesim noktası 17 olarak belirlenmiştir [209]. (Bkz. EK 7)

3.4.3. Ebeveyn Tarafından Doldurulan Ölçekler

Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği-Yenilenmiş/Uzun Formu (CADÖ-Y/U) (Conners' Parent Rating Scale Long Form-Revised)

Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş/Uzun-CADÖ-Y/U Conners ve arkadaşları tarafından 1997 yılında tarafından geliştirilmiş bir ölçektir [210]. Ölçekte toplam 80 madde yer almakta ve yedi alt ölçekten oluşmaktadır. karşı gelme (10 madde), bilişsel problemler/dikkatsizlik (12 madde), hiperaktivite (9 madde), kaygı-utangaçlık (8 madde), mükemmeliyetçilik (7 madde), sosyal problemler (5 madde) ve psikosomatik (6 madde) olarak yedi alt ölçekten oluşur. Alt ölçeklere ek olarak isteğe bağlı kullanılabilir DSM-IV tanı ölçütlerini içeren DSM-IV indeksi (12 madde), DSM-IV'e bağlı olarak geliştirilmiş DEHB indeksi (12 madde), DSM-IV belirtileri alt ölçeği:dikkatsizlik (9 madde), DSM-IV belirtileri alt ölçeği:hiperaktivite-dürtüsellik (9 madde) ve DSM-IV belirtileri alt ölçeği:toplam (18 madde) ve Conners Anababa Değerlendirme Ölçeği-48'de bulunan ve uygulanan tedavinin etkisini belirlemede duyarlı olduğu gösterilmiş 10 maddeyi içeren Conners global indeks-huzursuzluk-impulsivite (7 madde) ve Conners global indeks-duygusal değişkenlik (3 madde) olarak toplam on dört alt ölçekten oluşmaktadır [210].

Ölçekte, ebeveynlerden son bir ayı dikkate alarak cevaplamaları istenmekte ve sorular ebeveynler tarafından dörtlü likert skalası üzerinde yanıtlanmaktadır. Hiç doğru değil (Hiçbir zaman, nadiren)-0 puan; Biraz doğru (Bazen) - 1 puan; Oldukça doğru (Çoğu kez, Sık sık) - 2 puan; Çok doğru (pek çok kez, çok sık) - 3 puan. Alt ölçeklerden alınan puanın yüksek olması, ergenin alt ölçek ile tanımlanan sorun grubuna sahip olma düzeyinin fazla olduğu göstermektedir [210].

Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından 2011 yılında 3-17 yaş arasındaki 5355 çocuk ve ergenin ebeveynlerinin verdikleri yanıtlardan elde edilen veriler ile yapılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre, CADÖ-Y/U'nun ülkemiz kültürüne uygun olduğu, klinik takiplerde ve yapılacak çalışmalarda sorun davranışları ve DEHB'yi belirlemede yardımcı bir araç olarak kullanılabilirliği, CADÖ-Y/U'nun kültürler arası karşılaştırmalı çalışmalar yapılabilmesini sağlayacak psikometrik özelliklere sahip olduğu belirtilmiştir [211]. (Bkz. EK 8)

Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları İçin DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği-Ebeveyn Formu (Turgay Ölçeği T-DSM-IV-Ö)

Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği-Ebeveyn Formu (Turgay Ölçeği-T-DSM-IV-Ö) DSM-IV tanı ölçütleri göz önünde bulundurularak yıkıcı davranış bozukluklarının taranması için Turgay tarafından 1994 yılında geliştirilmiştir [212]. Bu ölçek çocuğun anne-babası ve öğretmenleri tarafından doldurulmaktadır. Ölçeğin ilk bölümü dikkatsizlik (9 madde), aşırı hareketlilik (6 madde) ve dürtüsellik (3 madde) alt ölçeklerinden oluşarak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite bozukluğunu sorgularken, ikinci bölümü Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğunu (8 madde), üçüncü bölümü ise Davranım Bozukluğunu (15 madde) sorgulamaktadır [212].

Sıfırdan üçe kadar derecelendiren ölçekte 0 ve 1 seçenekleri normal durum ve davranışları belirken, 2 ve 3 seçenekleri ise klinik olarak önemli durumları gösterir. İşaretlenen puan ile belirtinin şiddeti arasında doğru orantı vardır. Dikkatsizliği sorgulayan 9 maddeden en az 6'sının 2 ya da 3 olarak işaretlenmesi DEHB dikkat eksikliği alt tip tanısı, aşırı hareketliliği sorgulayan 6 madde ve dürtüsellliği sorgulayan 3 maddeden en az 6'sının 2 ya da 3 olarak işaretlenmesi DEHB hiperaktivite ve dürtüsellik alt tip tanısı koymak için gereklidir. Her iki kısımda 6 veya daha fazla anlamlı bulgu işaretlenmesi DEHB birleşik tip tanısını karşılamaktadır. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu tanısı için 8 maddeden en az 4'ünün 2 ya da 3 olarak puanlanması, Davranım Bozukluğu için ise 15 maddeden en az 3'ünün 2 ya da 3 olarak puanlanması ve bu belirtilerin en az 6 ay devam etmesi gerekmektedir [212]. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve arkadaşları tarafından 2001 yılında yapılmıştır [213]. (Bkz. EK 9)

Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) (Family Assessment Device-FAD)

Aile Değerlendirme Ölçeği-ADÖ aile işlevlerinin hangi alanlarda yerine getirilebildiği ya da getirilemediğini ailelerin kendi algılarına göre değerlendiren bir öz bildirim ölçeğidir. Epstein ve arkadaşları tarafından 1983 yılında Mc Master Aile İşlevleri Modelinin (Mc Master Model of Family Functioning) klinik olarak aileler üzerine uygulanmasıyla geliştirilmiştir [214]. ADÖ toplamda 60 madde ve yedi alt

ölçekten oluşmaktadır. Alt ölçekler; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterebilme, davranış kontrolü ve genel işlevlerdir. Problem çözme alt ölçeği, ailenin genel işlevselliğini koruyarak, aileyi ilgilendiren sorunları çözebilme yeteneğini; iletişim alt ölçeği, aile bireyleri arasındaki bilginin etkileşimini; roller alt ölçeği, aile bireylerinin sorumluluklarının ele alınış şekillerini, dağılımlarını ve yerine getirildiğiyle ilgili ne tür davranış davranış modelleri oluşturulduğunu ve sürdürüldüğünü; duygusal tepki verebilme alt ölçeği, aile bireylerinin duygularını ifade edebilme becerilerini; gereken ilgiyi gösterme alt ölçeği, aile bireylerinin birbirlerinin etkinliklerine ve onları ilgilendiren şeylere müdahale boyutunu; davranış kontrolü alt ölçeği, aile bireylerinin davranış standartlarının belirleme ve sürdürme yollarını; genel işlevler alt ölçeği ise ailenin diğer tüm alanlardaki işlevselliğini değerlendirir [214].

Ölçek 4'lü likert tarzında hazırlanmış olup “aynen katılıyorum” (1 puan), “büyük ölçüde katılıyorum” (2 puan), “biraz katılıyorum” (3 puan), “hiç katılmıyorum” (4 puan) şeklinde işaretlenir. Ölçekteki 1, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 19, 21, 22, 27, 31, 33, 34, 35, 37, 39, 41, 42, 44, 45, 47, 48, 51, 52, 53, 54, 58 numaralı maddeler puan hesaplanırken “aynen katılıyorum” (4 puan), “büyük ölçüde katılıyorum” (3 puan), “biraz katılıyorum” (2 puan), “hiç katılmıyorum” (1 puan) şeklinde ters olarak puanlanır. Elde edilen puanlar her alt boyut için toplanarak ortalaması alınır. Her aile üyesi için yedi alt ölçek puanı elde edilmiş olur. Kuramsal olarak 2 ayırt edici bir sayıdır ve 2'nin üzerindeki puan ortalamaları aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişin bir göstergesi olarak kabul edilmiştir [214]. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Bulut tarafından 1990 yılında yapılmıştır [215]. (Bkz. EK 10)

Griffith Empati Ölçeği-Anne Baba Değerlendirme Formu (Griffith Empathy Measure-Parent)

Griffith Empati Ölçeği-Anne Baba Değerlendirme Formu çocuklarda duygusal empatinin ölçümünde kullanılan bir ölçektir. Ebeveyn bildirim, öz bildirim ve çocukların afektif yanıtlarının video kayıtlarıyla gözlemi şeklinde üç ayrı formu bulunmaktadır. Çalışmamızda ebeveyn bildirim ölçeği kullanılmıştır. Ebeveyn bildirim ölçeği Bryant Çocuklar için Empati Ölçeği'nden Dadds ve arkadaşları

tarafından 2008 yılında uyarlanmıştır [216]. Ölçekte ebeveynlerden çocuklarının farklı durumlarda verdikleri empatik yanıtlarını belirtmeleri istenir. Bu ölçek çocuğun direk empatik cevabını gerektirmemekte, olaylarda karşısındaki kişilere çocuğun genel yanıt verme tarzı ile ilgili bilgi vermektedir (“trait” empati). Ölçekte, uyarlandığı Bryant ölçeğinde; örneğin “bir hayvanın yaralandığını gördüğümde üzülürüm”, şeklinde olan sorular, “çocuğum bir hayvanın yaralandığını gördüğü zaman kendini üzgün hisseder.” şeklinde 3. tekil şahıs formatında düzenlenmiştir [216].

Sorular ölçeğin orijinalinde ebeveynler tarafından dokuzlu likert skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. Likert ölçeği, “-4”, “kesinlikle katılmıyorum” ile “+4” “kesinlikle katılıyorum” arasında puanlanmaktadır. Ölçekteki 3., 6., 13., 17., 20., 21., 23. maddeler tersine çevrilerek puanlanır. Ölçekten en yüksek elde edilebilir puan +92 iken, en düşük puan -92’dir. Ölçekten alınan puan ile bireyin empati düzeyi doğru orantılıdır. Ölçeğin orijinal formunun geçerlilik ve güvenirlik çalışması 4-16 yaş arası 2612 çocuğun ebeveynlerine uygulanmıştır ve yapılan faktör analizleri ve iç tutarlılık çalışmaları sonucunda her iki cinsiyette ve geniş bir yaş aralığında kullanılabilmesi gösterilmiştir [216] (Cronbach’s alpha=0,81).

Ölçek Türkçe’ye Gümüştaş ve arkadaşları tarafından 2011 yılında çevrilmiştir. Ölçek ebeveynlerin puanlandırmasında kolaylık sağlamak amacıyla dörtlü likert skalası haline uyarlanmıştır. Her bir madde “hiç uygun değil”, “biraz uygun”, “oldukça uygun” ve “tamamıyla uygun” şeklinde yanıtlandırılıp ve sırasıyla “0”, “1”, “2” ve “3” olarak puanlandırılmıştır. Ölçeğin orijinalinde olduğu gibi 9, 10, 11., 12, 13, 14, 15 numaralı maddeler tersine çevrilerek puanlandırılmıştır. Ölçeğin bazı maddelerinde anlama bağlı kalınarak uygun görülen ifade değişiklikleri yapılmıştır. Bu çalışmada ölçeğin iç tutarlılığı (Cronbach’s alpha) 0,77 olarak hesaplanmış ve oldukça güvenilir olduğu tespit edilmiştir [217]. (Bkz. EK 11)

3.5. Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistikler

Hacettepe Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda en az 5 yıldır Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı ile takipte olan, dahil etme ölçütlerini karşılayan, çalışmayı katılmayı kabul eden 12-18 yaş arasındaki olguların davranım bozukluğu belirtilerinin öngörücüleri, empati becerileri, katı-duygusuz özellikleri ve aile ilişkileri açısından değerlendirilmesinin ve bulguların

sağlıklı kontrol olguları ile karşılaştırılmasının amaçlandığı bu çalışma, kesitsel ve tanımlayıcı özellikte bir çalışma olup, araştırmadan elde edilen veriler Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences-SPSS) 25.0 sürümüne kaydedildikten sonra grupların genel özellikleri için tanımlayıcı analizler yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistikler normal dağılan sürekli değişkenler için $\text{ortalama} \pm \text{standart sapma}$ şeklinde, normal dağılmayan sürekli değişkenler için ortanca (minimum-maksimum) şeklinde, kategorik değişkenler ise olgu sayısı ve (%) olarak gösterilmiştir. Grup sayısı iki olduğunda gruplar arasında ortalamalar yönünden farkın önemliliği t testi ile ortanca değerler yönünden farkın önemliliği Mann Whitney U testi ile değerlendirilmiştir. Kategorik değişkenler Pearson Ki-Kare veya Fisher's Exact Testi ile değerlendirilmiştir.

Sürekli değişkenler arasındaki ilişkiler, grupların dağılımı normal olması durumunda Pearson korelasyon katsayısı ile normal dağılım varsayımı sağlanmadığı zaman Spearman korelasyon katsayısı ile incelenmiştir.

DEHB olan hastalarda davranım bozukluğu belirtilerini öngören değişkenler ise Regresyon Analizi ile değerlendirilmiştir.

Tüm testlerde $p < 0,05$ için sonuçlar istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. Araştırmacının Yaptığı Değerlendirmeler

Sosyodemografik özellikler, klinik özellikler ve duygu tanıma özellikleri sunulmuştur.

4.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Yaş ve Cinsiyet Özellikleri

Çalışmaya, DEHB tanısı ile en az 5 yıllık takibi olan 49 hasta ve 53 sağlıklı kontrol olmak üzere toplamda 102 ergen dahil edilmiştir. DEHB grubunda bulunan ergenlerin yaşları 146-216 ay, sağlıklı kontrol grubunda ise 144-216 ay arasındadır. DEHB grubunda ergenlerin 18'i (%36,7) kız, 31'i (%63,3) erkek; kontrol grubunda 23'ü (%43,3) kız, 30'u (%56,7) erkektir. Gruplar arasında yaş ortancaları ve cinsiyet dağılımı açısından anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 4.1)

Tablo 4.1. Ergenlerin Yaş ve Cinsiyet Dağılımları

	DEHB Grubu	Kontrol Grubu		
	Ortanca	Ortanca	U	p ^a
Yaş (ay)	178 (146-216)	177 (144-216)	1292,500	0,968
Cinsiyet	s (%)	s (%)	χ^2	p ^b
Kız	18 (36,7)	23 (43,3)		
Erkek	31 (63,3)	30 (56,7)		
Toplam	49 (100)	53 (100)	0,470	0,548

a: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U Testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Ki Kare Testi ile yapılmıştır.

Aile Özellikleri

DEHB grubu ile kontrol grubu arasında anne yaşı (p=0,262), baba yaşı (p=0,194) arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4.2). Her iki grupta anne eğitim

süreleri arasında fark saptanmazken ($p=0,244$), baba eğitim süreleri ($p=0,005$) kontrol grubunda DEHB grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Grupların aile yapıları incelendiğinde; DEHB grubundaki ergenlerin 34'ünün (%69,38) anne ve babalarının evli ve beraber olduğu ve çekirdek aile olarak yaşadığı; 4'ünün (%8,16) geniş aile olarak yaşadığı; 8'inin (%16,32) anne ve babasının boşanmış olduğu; 1'inin (%2,04) babasının vefat ettiği; 2 (%4,08) ergenin de evlat edinilmiş olduğu ve kontrol grubunda yer alan tüm ergenlerin ise anne ve babaları ile birlikte çekirdek aile olarak yaşadıkları görülmüştür. Aile yapıları çekirdek ve diğer olarak gruplandırıldığında DEHB ile kontrol grubu arasında aile yapısı açısından anlamlı bir fark saptanmıştır ($\chi^2=19,02$, $p<0,001$) (Tablo 4.2).

DEHB ve kontrol grupları kardeş sayıları bakımından incelendiğinde; DEHB grubu ergenlerin kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha az kardeşe sahip olduğu saptanmıştır ($p= 0,007$). Çalışmaya alınan ergenlerin ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu incelendiğinde ise; DEHB grubunda 30 (%61,22), kontrol grubunda ise 17 (%32,07) ergenin ailenin ilk çocuğu olduğu; DEHB grubundaki ergenlerin istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilk çocuk olduğu gösterilmiştir ($p=0,005$) (Tablo 4.2).

DEHB ve kontrol grupları arasında anne çalışma durumu ($p=0,690$) ve baba çalışma durumu ($p=1,000$) arasında fark bulunmamıştır. Babanın çalıştığı iş gruplarına bakıldığında DEHB grubunda 11 (%22,44) baba işçi, 13 (%26,53) baba memur, 15 (%30,61) baba serbest meslek, 6 (%12,24) baba özel sektör, 4 (%8,16) baba ise emekli; kontrol grubunda ise 12 (22,64) baba işçi, 25 (%47,16) baba memur, 12 (%22,64) baba serbest meslek, 4 (%7,54) babanın da emekli olduğu görülmüştür. Anne iş gruplarına bakıldığında ise DEHB grubunda 30 (%61,22) anne ev hanımı, 9 (%18,86) anne memur, 6 (%12,24) anne işçi, 2 (%4,08) anne serbest meslek, 2 (%4,08) anne ise emekli; kontrol grubunda ise 30 (%56,60) anne ev hanımı, 18 (%33,96) anne memur, 4 (%7,54) anne işçi, 1 (%1,88) annenin de emekli olduğu görülmüştür. DEHB ve kontrol gruplarının aile özellikleri açısından karşılaştırılması Tablo 4.2'de verilmiştir.

Tablo 4.2. Çalışmaya Alınan Ergenlerin Aile Özellikleri

	DEHB Grubu	Kontrol Grubu		
	Ortanca	Ortanca	U	p^a
Ebeveyn Yaş (yıl)				
Anne	42 (33-57)	43 (33-55)	1135,000	0,262
Baba	45 (37-73)	47 (37-61)	1105,000	0,194
Ebeveyn Eğitim Yılı				
Anne	11(8-15)	11 (8-15)	1135,000	0,244
Baba	11 (8-15)	15 (8-15)	910,000	0,005
Aile yapısı	s (%)	s (%)	χ²	p^b
Çekirdek	34 (69,4)	53 (100)		
Diğer	15 (30,6)	0 (0)		
Toplam	49 (%100)	53 (%100)	19,02	<0.001
	Ortanca	Ortanca	U	p^a
Kardeş sayısı	2 (1-7)	3 (1-5)	925,500	0,007
	s (%)	s (%)	χ²	p^b
Ailenin Kaçınıcı Çocuğu				
İlk	30 (61,22)	17 (32,07)		
İki ya da daha sonra	19 (38,77)	36 (%67,92)		
	49 (100)	53 (100)	8,707	0,005
Anne çalışma durumu				
Evet	19 (38,8)	23 (43,4)		
Hayır	30 (61,2)	30 (56,6)		
	49 (100)	53 (100)	0,224	0,690
Baba çalışma durumu				
Evet	49 (100)	53 (100)		
Hayır	0	0		
Sosyoekonomik Düzey				
Düşük	9 (18,36)	12 (22,64)		
Orta	40 (81,63)	31 (58,49)		
Yüksek	0	10 (18,86)		
Toplam	49 (100)	53 (100)	11,43	

a: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U Testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Ki Kare Testi ile yapılmıştır.

Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri

DEHB ve kontrol grubu ergenlerin özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerine bakıldığında prenatal/perinatal en az bir sorunun DEHB grubunda 22 (%45,8), kontrol grubunda ise 12 (%22,6) ergende olduğu, DEHB grubunda prenatal/perinatal sorunların kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu gösterilmiştir ($p=0,020$) (Tablo 4.3).

DEHB grubu ergenlerin doğum ağırlığı $3499,14 \pm 538,95$ gr, kontrol grubunun $3219,0 \pm 490,45$ gr olarak bulunmuş ve DEHB grubu ergenlerin anlamlı ($p=0,008$) olarak yüksek doğum ağırlığı olduğu gösterilmiştir (Tablo 4.3).

Ergenlik yaşı açısından DEHB ile kontrol grubu karşılaştırıldığında, DEHB grubunda ortanca 13 (9-15) yaş, kontrol grubunda ortanca 13 (11-14) yaş olarak bulunmuş, DEHB grubunda ergenlik yaşının anlamlı olarak daha erken olduğu gösterilmiştir ($p=0,044$) (Tablo 4.3).

Kontrol grubunda tıbbi hastalığı olan ergen bulunmazken, DEHB grubunda 8 (%16,3) ergende tıbbi hastalık olduğu ve iki grup arasında anlamlı fark olduğu gösterilmiştir ($p=0,002$) (Tablo 4.3).

DEHB grubunda 18 (%37,5), kontrol grubunda ise 8 (%15,1) ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı belirtilmiş ve DEHB grubundaki ergenlerin ailelerinde anlamlı olarak yüksek düzeyde psikiyatrik hastalık öyküsü olduğu saptanmıştır ($p=0,013$) (Tablo 4.3). Ailede psikiyatrik hastalık dağılımına bakıldığında DEHB grubunda 5 (%10,20) DEHB, 7 (%14,28) Depresif Bozukluk, 1 (%2,04) Anksiyete Bozukluğu, 2 (%4,08) Bipolar Bozukluk, 1 (%2,04) Psikotik Bozukluk, 1 (%2,04) Kişilik Bozukluğu ve 1 (%2,04) Alkol Bağımlılığı; kontrol grubunda ise 1 (%1,88) DEHB, 4 (%7,54) Depresif Bozukluk, 1 (%1,88) Bipolar Bozukluk, 1 (%1,88) Psikotik Bozukluk, 1 (%1,88) Alkol Bağımlılığı varlığı gösterilmiştir. DEHB ve kontrol gruplarının özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri Tablo 4.3'de verilmiştir.

Tablo 4.3. Ergenlerin Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri

Özgeçmiş ve Soygeçmiş	DEHB Grubu	Kontrol Grubu		
Prenatal/Perinatal Sorun	s (%)	s (%)	χ^2	p^a
Yok	26 (54,1)	41 (77,4)		
Var	22 (45,8)	12 (22,6)		
Toplam	48 (97,9)	53(100)	6,067	0,020
Doğum Ağırlığı	Ort ± SS (gr)	Ort ± SS (gr)	T	p^b
	3499,14±538,95	3219,0±490,45	2,721	0,008
Gelişim Öyküsü	s (%)	s(%)	χ^2	p^a
Normal	37 (75,5)	47 (88,7)		
Normal Değil	12 (24,5)	6 (11,3)		
Toplam	49 (100)	53 (100)	3,038	0,118
Ergenlik Yaşı	Ortanca	Ortanca	U	p^c
	13 (9-15)	13 (11-14)	776,500	0,044
Tıbbi Hastalık Öyküsü	s (%)	s(%)	χ^2	p^a
Yok	41 (83,7)	53 (100)		
Var	8 (16,3)	0		
Toplam	49 (100)	53 (100)	9,389	0,002
Ailede Tıbbi Hastalık Öyküsü				
Yok	36 (75,0)	36 (67,9)		
Var	12 (25,0)	17 (32,1)		
Toplam	49 (100)	53 (100)	0,616	0,511
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü				
Yok	30 (62,5)	45 (84,9)		
Var	18 (37,5)	8 (15,1)		
Toplam	49 (100)	53 (100)	6,615	0,013

a: İstatistiksel Analiz Ki Kare Testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Student T Testi ile yapılmıştır.

c: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U Testi ile yapılmıştır.

Ergenlerin Akademik Özellikleri

Çocukların okul başarısı son dönemde almış oldukları karne not ortalamasına göre değerlendirilmiştir. Not ortalamalarına bakıldığında DEHB grubunda ortalama 73 (45-98), kontrol grubunda ise ortalama 91 (62-99) olarak gösterilmiş ve DEHB grubu

ergenlerin kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük akademik performansı olduğu saptanmıştır ($p < 0,001$) (Tablo 4.4).

Tablo 4.4. Çalışmaya Alınan Ergenlerin Akademik Özellikleri

	DEHB Grubu	Kontrol Grubu		
	Ortanca	Ortanca	U	p^a
Eğitim yılı	9 (6-12)	10 (7-12)	1040,000	0,078
Not Ortalaması	73 (45-98)	91 (62-99)	410,5	<0,001
Ders başarısı	s (%)	s (%)	χ^2	p^b
90-100	3 (6,12)	31 (58,4)		
70-90	28 (57,1)	18 (33,9)		
50-70	17 (34,7)	4 (7,5)		
0-50	1 (2,04)	0		
Toplam	49 (100)	53(100)	0,000	

a: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U Testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Ki Kare Testi ile yapılmıştır.

4.1.2. Klinik Özellikler

Ergenlerin DSM-5'e Göre Tanı Dağılımları

Çalışmaya alınan ergenlerde Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Versiyon-ÇDŞG-ŞY ile yapılan değerlendirmede kontrol grubunda şimdi ya da geçmişte DSM-5 tanı ölçütlerini karşılayan herhangi bir tanı olmadığı görülmüştür.

DEHB grubunda ise ÇDŞG-ŞY ile yapılan değerlendirmede; DEHB alt tipleri açısından, 49 hastadan 30'unun (%61,2) birleşik alt tip olarak belirlendiği, bileşik alt tipin en sık tespit edilen tip olduğu görülmüştür. DEHB alt tiplerinin cinsiyet dağılımları Tablo 4.5'de verilmiştir.

DEHB grubu ek tanı varlığı açısından incelendiğinde 28 (%57,2) ergende ek tanı gösterilmiştir. Eş hastalanım dağılımlarına bakıldığında en sık KOKGB (%53,06), ikinci sırada depresyon ve anksiyete bozuklukları (%28,4) bulunmuştur (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. DEHB Tanısı Olan Ergenlerin DSM-5'e Göre Tanı Dağılımları

	s	%
DEHB	49	100
DEHB Alt Tip		
Dikkatsizlik Baskın Tip	15	30,6
Hiperaktivite Dürtüsellik Baskın Tip	2	4,08
Bileşik Tip	30	61,2
Başka Türü Adlandırılmayan	2	4,08
Toplam	49	100
Ek Tanı		
Davranım Bozukluğu	4	8,1
KOKGB	26	53,06
Depresif Bozukluk	7	14,2
Ayrılık Anksiyetesi	2	4,0
Sosyal Anksiyete	5	10,2
Enürezis	2	5,0
Sigara Kullanımı	4	8,1
Toplam	28	57,1

Grupların ÇDŞG-ŞY ile yapılan geçmiş tanı değerlendirmesinde kontrol grubunda geçmiş tanı alan ergen olmadığı görülmüş, DEHB grubunda 26 (%53,6) ergende geçmiş tanı gösterilmiştir. DEHB grubunun DSM-5'e göre geçmiş tanı dağılımına bakıldığında 12'sinde (%24,4) KOKGB, 11'inde (%22,4) enürezis, 3'ünde (%6,12) anksiyete bozuklukları, 3'ünde (%6,12) sigara kullanımı 1'inde (%2,4) depresif bozukluk, 1'inde (%2,04) enkoprezis, 1'inde (%2,04) davranım bozukluğu, 1'inde (%2,04) tik bozukluğu, olduğu görülmüştür.

DEHB Tanısı Olan Ergenlerin Klinik İzlem Özellikleri

DEHB grubundaki ergenlerin klinik izlemlerine baktığımızda; psikiyatri polikliniğine ilk başvuru yaşının ortanca 7 (4-13), ortalama $7,73 \pm 2,19$ olduğu görülmüştür. DEHB grubunun psikiyatri polikliniğinde değerlendirilme sayısına bakıldığında ise ortalama $28,78 \pm 13,19$ (5-63) kez klinikte değerlendirildikleri

bulunmuştur. DEHB grubunun toplam ilaç kullanım süresinin ortalama $5,93 \pm 2,41$ yıl olduğu görülmüştür.

DEHB Tanısı Olan Ergenlerin İlaç Tedavisi Dağılımı

DEHB grubunun şimdi kullandığı ilaç dağılımına bakıldığında 4 (%8,16) ergenin ilaç kullanmadığı; 31 (%63,26) ergenin metilfenidat uzun etkili; 1 (%2,04) ergenin metilfenidat kısa etkili; 1 (%2,04) ergenin atomoksetin; 4 (%8,16) ergenin metilfenidat ve antipsikotik; 3 ergenin metilfenidat ve antidepresan; 1 (%2,04) ergenin atomoksetin ve antipsikotik; 4 (%8,16) ergenin ise metilfenidat, antipsikotik ve antidepresan ilaç tedavisi aldığı görülmüştür.

4.1.3. Duygu Tanıma Becerileri

Araştırmaya dahil edilen ergenlerin duygu tanıma becerileri Gözlerden Zihin Okuma Testi (Gözler Testi) ile değerlendirilmiştir. Çocuklar için düzenlenmiş yalnızca göz bölgesinin bulunduğu 28 adet fotoğraf içeren, 13 ve üzerinde puan almanın anlamlı olarak şansın üzerinde performans gösterdiğini belirten testin toplam puanı DEHB grubunda anlamlı olarak düşük bulunmuştur ($p=0,015$), fakat kesim noktası olan 13 ve üzerinde puan alma gruplar arasında karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,107$) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Grupların Duygu Tanıma Becerilerine Göre Karşılaştırılması

Gözler Testi	DEHB Grubu	Kontrol Grubu		
	Ortanca	Ortanca	U	p^a
Toplam Puan	19 (11-25)	20 (14-20)	940,500	0,015
Kesim Noktası	s (%)	s (%)	χ^2	p^b
≥ 13 Normal	46 (93,87)	53 (100)		
< 13 Anlamlı	3 (6,12)	0		
Toplam	49 (100)	53 (100)	3,343	0,107

a: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U Testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Ki Kare Testi ile yapılmıştır.

4.2. Ergenler Tarafından Tamamlanan Ölçek Sonuçları

DEHB ve kontrol grubunda bulunan ergenlerin kendileri ile ilgili dikkat eksikliği ve hiperaktivite özellikleri Connors-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği-

(CWEÖÖ-U), empati özellikleri KA-Sİ Empatik Eğilim Ölçeği, Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği (ICU-TR), davranış özellikleri Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA), depresyon belirtileri ise Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirilmiş ve karşılaştırma sonuçları sunulmuştur.

4.2.1. Ergenlerin Duygusal, Bilişsel ve Davranışsal Sorunlarının Gruplara Göre Dağılımı

DEHB ve kontrol grubunda bulunan ergenlerin kendileri ile ilgili görüşlerini belirttikleri Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formunda (CWEÖÖ-U) gruplar arasında aile problemler alt ölçeği ($p<0,001$), duygusal problemler alt ölçeği ($p<0,001$), davranım problemleri alt ölçeği ($p<0,001$), bilişsel problemler/dikkatsizlik alt ölçeği ($p<0,001$), öfke-kontrol problemleri alt ölçeği ($p<0,001$), hiperaktivite alt ölçeği ($p=0,012$), DEHB indeksi ($p<0,001$), DSM-IV belirtileri alt ölçeği: dikkatsizlik ($p<0,001$), DSM-IV belirtileri alt ölçeği: hiperaktivite-dürtüsellik ($p<0,001$), DSM-IV belirtileri alt ölçeği: toplam ($p<0,001$) ve ölçek toplam puanında ($p<0,001$) anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.7).

Tablo 4.7. Duygusal, Bilişsel ve Davranışsal Sorunlara Göre Ergen Gruplarının Karşılaştırması

CWEÖÖ - U	DEHB Grubu Ortanca	Kontrol Grubu Ortanca	U	p*
Aile Problemleri	10 (0-30)	5 (0-20)	742,500	<0,001
Duygusal Problemler	11 (0-29)	5 (0-14)	713,000	<0,001
Davranım Problemleri	4 (0-20)	1 (0-8)	669,500	<0,001
Bilişsel Problemler- Dikkatsizlik	12 (0-34)	6 (0-15)	476,500	<0,001
Öfke Kontrolü Problemleri	14 (0-27)	6 (0-22)	630,500	<0,001
Hiperaktivite	10 (1-26)	6 (0-18)	926,000	0,012
DEHB İndeksi	15 (2-36)	8 (1-16)	530,500	<0,001
DSM-IV- Dikkatsizlik	11 (0-27)	6 (1-13)	659,500	<0,001
DSM-IV- Hiperaktivite Dürtüsellik	7 (0-25)	3 (0-13)	674,500	<0,001
DSM-IV- Toplam	19 (3-52)	9 (0-22)	626,500	<0,001
Toplam	93 (29-230)	51 (9-106)	530,000	<0,001

*: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U Testi ile yapılmıştır.
CWEÖÖ - U: Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu

4.2.2. Empati Becerileri

Çocuk ve ergenlerin empati eğilimlerini duygusal alt boyut, bilişsel alt boyut ve toplam ölçek puanlarının değerlendirildiği KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeğinin DEHB ve kontrol grubu arasında duygusal alt boyut ($p=0,322$) ve toplam ölçek ($p=0,140$) puanlarında anlamlı bir fark yokken, bilişsel alt boyut DEHB grubunda anlamlı olarak düşük ($p=0,025$) bulunmuştur (Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Empati Becerilerine Göre Ergen Gruplarının Karşılaştırılması

KA-Sİ-EEÖ	DEHB Grubu	Kontrol Grubu		
	Ort ± SS	Ort ± SS	T	p ^a
Duygusal	29,16±6,17	30,39±6,31	-0,996	0,322
Toplam	49,28±9,63	52,18±10,03	-0,1490	0,140
	Ortanca	Ortanca	U	p ^b
Bilişsel	20 (7-28)	22 (13-29)	964,500	0,025

a: İstatistiksel Analiz Student T Testi ile Yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U Testi ile yapılmıştır.

KA-Sİ-EEÖ : KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği-Ergen Formu

4.2.3. Katı-Duygusuz Özellikler

Ergenlerin katı-duygusuz özelliklerini değerlendirmek için geliştirilen kendini değerlendirme ölçeği olan Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeğinin katılık alt ölçeği ($p=0,011$), duyarsızlık/kayıtsızlık alt ölçeği ($p=0,002$) ve katı-duygusuz toplam ($p=<0,001$) puanları DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.9).

Tablo 4.9. Ergenlerin Katı-Duygusuz Özelliklerinin Karşılaştırılması

Katı-Duygusuz Özellikleri	DEHB Grubu	Kontrol Grubu		
	Ortanca	Ortanca	U	p ^a
Katılık	10 (1-24)	8 (0-16)	921,500	0,011
	Ort ± SS	Ort ± SS	T	p ^b
Duyarsızlık/ Kayıtsızlık	13,57±4,89	10,83±3,96	3,115	0,002
Toplam	24,81±7,73	19,50±5,84	3,929	<0,001

a: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U Testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Student T Testi ile Yapılmıştır.

Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği Toplam ve Alt Ölçek Puanları

4.2.4. Ergenlerin Davranış Özellikleri

Olumlu ve olumsuz olabilecek davranış özelliklerini sorgulayan, ergenler tarafından öz bildirim şeklinde doldurulan Güçler ve Güçlükler Anketinde (GGA), duygulanım sorunları alt ölçeği ($p<0,001$), davranım sorunları alt ölçeği ($p<0,001$), dikkat eksikliği ve hareketlilik alt ölçeği ($p<0,001$), akran ilişkileri alt ölçeği ($p<0,001$) ve toplam ölçek puanında ($p<0,001$) DEHB grubunun kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek puan aldığı fakat sosyal davranışlar alt ölçeğinde ($p=0,175$) gruplar arasında anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir (Tablo 4.10).

Tablo 4.10. Ergenlerin Davranış Özelliklerinin Karşılaştırılması

GGA	DEHB Grubu	Kontrol Grubu		
	Ortanca	Ortanca	U	p ^a
Duygulanım Sorunları	3 (0-8)	1 (0-5)	778,000	<0,001
Davranım Sorunları	2 (0-5)	1 (0-4)	663,500	<0,001
Dikkat Eksikliği ve Hareketlilik	5 (0-10)	3 (0-7)	757,000	<0,001
Akran İlişkileri	3 (0-7)	2 (0-5)	776,000	<0,001
Sosyal Davranışlar	7 (3-10)	8 (1-10)	1099,000	0,175
	Ort ± SS	Ort ± SS	T	p ^b
Toplam	13,59±5,61	7,43±3,80	6,532	<0,001

a: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U Testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Student T Testi ile Yapılmıştır.

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi

4.2.5. Ergenlerde Depresyonun Değerlendirilmesi

Ergen ve erişkinlerdeki depresyonun davranışsal bulgularını ölçmek amacıyla geliştirilen Beck Depresyon Ölçeği çalışmamızda DEHB grubu ergenlerde ölçek toplam puanı, kontrol grubu toplam puanından istatistiksel olarak yüksek bulunmuştur ($p<0,001$) (Tablo 4.11).

Tablo 4.11. Ergenlerin Depresyon Değerlendirme Sonuçları

BDÖ	DEHB Grubu	Kontrol Grubu	U	p ^a
	Ortanca	Ortanca		
Toplam Puan	11 (0-39)	4 (0-21)	635,500	<0,001
	s (%)	s (%)	χ^2	p ^b
Minimal (0-9)	23 (46,9)	43 (81,1)		
Hafif (10-16)	13 (26,5)	9 (16,9)		
Orta (17-29)	10 (20,4)	1 (1,9)		
Şiddetli (30-63)	3 (6,1)	0		
Toplam	49 (100)	53(100)	0,001	

a: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U Testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Ki Kare Testi ile yapılmıştır.

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

4.3. Ebeveynlerin Çocukları ve Aileleri İçin Tanımladıkları Özellikler

Ebeveynler tarafından çocuklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite özellikleri Connors Anababa Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U), ailenin işlevselliği Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ), çocuklarının empati özellikleri Griffith Empati Ölçeği-Anne Baba Değerlendirmesi ve yıkıcı davranış bozuklukları belirtileri ise Turgay Ölçeği ile değerlendirilmiş ve sonuçları sunulmuştur.

4.3.1. DEHB İle İlişkili Duygusal, Davranışsal, Bilişsel ve Sosyal Problemlerin Değerlendirilmesi

Ebeveynler tarafından çocuklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite özelliklerini tanımlamak için doldurulan Connors Anababa Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Formu (CADÖ-Y/U) DEHB ile kontrol grubu ergenleri karşılaştırıldığında karşı gelme alt ölçeği (p<0,001), bilişsel problemler/ dikkatsizlik alt ölçeği (p<0,001), hiperaktivite alt ölçeği (p<0,001), kaygı-utangaçlık alt ölçeği (p<0,001), sosyal problemler alt ölçeği (p<0,001), psikosomatik alt ölçeği (p<0,001), DEHB indeksi alt ölçeği (p<0,001), DSM-IV belirtileri alt ölçeği: dikkatsizlik (p<0,001), DSM-IV belirtileri alt ölçeği: hiperaktivite-dürtüsellik (p<0,001), DSM-IV belirtileri alt ölçeği: toplam puan (p<0,001), Connors global indeks-huzursuzluk-impulsivite alt ölçeği (p<0,001), Connors global indeks-duygusal değişkenlik alt ölçeği (p<0,001) ve Connors ebeveyn ölçek toplam puanı (p<0,001) olmak üzere alt

ölçek puanlamalarında DEHB grubunda istatistiksel olarak anlamlı yüksek olduğu gösterilmiş, fakat mükemmeliyetçilik alt ölçeğinde ($p=0,504$) anlamlı fark olmadığı belirlenmiştir (Tablo 4.12).

Tablo 4.12. Ergenlerin DEHB İle İlişkili Duygusal, Davranışsal, Bilişsel ve Sosyal Problemlerinin Dağılımı

CADÖ-Y/U	DEHB Grubu	Kontrol Grubu	U	p*
	Ortanca	Ortanca	U	p*
Karşı Gelme	12 (0-30)	4 (0-22)	571,500	<0,001
Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik	17 (1-35)	3 (0-17)	171,500	<0,001
Hiperaktivite	9 (1-26)	2 (0-7)	318,500	<0,001
Kaygı-Utangaçlık	6 (0-19)	3 (0-16)	754,000	<0,001
Mükemmeliyetçilik	6 (1-16)	5 (0-17)	1199,000	0,504
Sosyal Problemler	3 (0-14)	0 (0-8)	470,000	<0,001
Psikosomatik	4 (0-16)	1 (0-11)	761,000	<0,001
DEHB İndeksi	21 (3-36)	4 (0-14)	148,500	<0,001
Conners Global-Huzursuzluk-İmpulsivite	9 (0-19)	1 (0-10)	277,000	<0,001
Conners Global-Duygusal Değişkenlik	3 (0-9)	1 (0-5)	590,000	<0,001
Conners Global-Toplam	11 (1-27)	3 (0-15)	282,000	<0,001
DSM-IV-Dikkatsizlik	14 (1-27)	2 (0-13)	215,500	<0,001
DSM-IV-Hiperaktivite Dürtüsellik	11 (1-25)	2 (0-8)	251,500	<0,001
DSM-IV-Toplam	22 (4-51)	5 (0-15)	151,000	<0,001
Toplam	115 (18-221)	33 (5-182)	244,500	<0,001

*: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U Testi ile yapılmıştır.

CADÖ-Y/U: Conners Anababa Derecelendirme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Formu

4.3.2. Aile İşlevselliğinin Değerlendirilmesi

Aile işlevlerinin değerlendirildiği, aile üyeleri tarafından öz bildirim şeklinde doldurulan, çalışmamızda ebeveynler tarafından bildirilen Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) puanlarının DEHB grubu ile kontrol grubundaki karşılaştırmalarında; problem çözme alt ölçeği ($p=0,018$), iletişim alt ölçeği ($p=0,002$), genel işlevler alt ölçeği ($p=0,002$) ve ADÖ toplam puanlarında ($p=0,001$) DEHB grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.13). Buna göre DEHB olan grupta aile işlevselliğinde belirtilen alanlarda sorunlar olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.13. Aile İşlevselliğinin Ergen Grupları Arasında Karşılaştırılması (1)

ADÖ	DEHB Grubu	Kontrol Grubu		
	Ortanca	Ortanca	U	p ^a
Problem çözme	1,83 (0,83-3,16)	1,5 (1,0-3,5)	947,500	0,018
İletişim	1,66 (1,0-3,22)	1,44 (1-2,22)	839,500	0,002
Duygusal tepki verebilme	1,5 (1,0-3,66)	1,33 (0,83-3,33)	1080,000	0,140
Gereken ilgiyi gösterme	2,28 (1,57-3,42)	2,28 (1,57-3,14)	1032,500	0,072
Genel işlevler	1,75 (1,0-2,58)	1,41 (1,0-2,5)	841,000	0,002
	Ort ± SS	Ort ± SS	T	p ^b
Roller	2,03±0,46	1,89±0,38	1,755	0,082
Davranış kontrolü	2,03±0,35	2,08±0,30	-0,642	0,522
Toplam	1,93±0,35	1,77±0,25	3,266	0,001

a: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U Testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Student T Testi ile Yapılmıştır.

ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği

ADÖ kuramsal olarak 2 ve 2'nin üzerindeki puan ortalamaların aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru gidişin bir göstergesi kabul edilmesi nedeni ile çalışma grupları 2 kesim noktası olarak belirlenerek analize sokulmuş, İletişim alt ölçeği (p=0,004) ve genel işlevler alt ölçeği (p=0,001) DEHB grubunda istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek bulunmuştur ve bu alanlarda aile işlevselliğinde sorunlar olduğu belirlenmiştir (Tablo 4.14).

Tablo 4.14. Aile İşlevselliğinin Ergen Grupları Arasında Karşılaştırılması (2)

ADÖ	DEHB Grubu	Kontrol Grubu		
Kesim Noktası	s (%)	s (%)	χ^2	p
Problem çözme	24 (48,98)	19 (38,85)	1,800	0,229
İletişim	18 (36,73)	6 (11,32)	9,139	0,004
Roller	27 (55,10)	22 (41,50)	1,885	0,234
Duygusal tepki verebilme	17 (34,69)	6 (11,32)	3,038	0,118
Gereken ilgiyi gösterme	42 (85,71)	45 (84,90)	0,013	1,000
Davranış kontrolü	28 (57,14)	38 (71,70)	2,362	0,149
Genel işlevler	15 (30,61)	3 (5,66)	10,908	0,001

4.3.3. Ebeveynlere Göre Ergenlerin Empati Becerileri

Ebeveynler tarafından çocuklarının empati özelliklerinin değerlendirildiği Griffith Empati Ölçeği-Anne Baba Değerlendirme Formu toplam puanında DEHB ile kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,130$).

4.3.4. Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirtilerinin Değerlendirmesi

Ebeveynlerin çocuklarının yıkıcı davranış bozuklukları özelliklerini değerlendirmek için doldurduğu Turgay ölçeği puanlarının DEHB ile kontrol grubu arasında karşılaştırılmasında; dikkatsizlik alt ölçeği ($p<0,001$), aşırı hareketlilik alt ölçeği ($p<0,001$), dürtüsellik alt ölçeği ($p<0,001$), KOKGB alt ölçeği ($p<0,001$), DB alt ölçeği ($p<0,001$) ve Turgay Ölçeği toplam puan ($p<0,001$) DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Tablo 4.15).

Tablo 4.15. Ergenlerin Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirtileri Dağılımı

Turgay Ölçeği	DEHB Grubu	Kontrol Grubu		
Puan	Ortanca	Ortanca	U	p*
Dikkatsizlik	15 (1-27)	3 (0-13)	181,500	<0,001
Aşırı Hareketlilik	6 (0-18)	1 (0-6)	379,500	<0,001
Dürtüsellik	4 (0-9)	1 (0-5)	560,000	<0,001
KOKGB	9 (0-24)	2 (0-9)	375,500	<0,001
Davranım Bozukluğu	1 (0-10)	0(0-2)	559,500	<0,001
Toplam	38 (2-65)	6 (0-26)	179,500	<0,001

*: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U Testi ile yapılmıştır.

Turgay Ölçeği: Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği-Ebeveyn Formu

Turgay ölçeğinde 2 ya da 3 olarak işaretlenen puanlar klinik olarak anlamlı durumları gösterdiği için her alt ölçek için 2 ya da 3 puan alınan ölçek sayılarının DEHB grubu ve kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmalarında tüm alt ölçekler; dikkatsizlik alt ölçeği ($p<0,001$), aşırı hareketlilik alt ölçeği ($p<0,001$), dürtüsellik alt ölçeği ($p<0,001$), KOKGB alt ölçeği ($p<0,001$) ve DB alt ölçeği ($p<0,001$) DEHB grubunda anlamlı olarak yükseklik saptanmıştır (Tablo 4.16).

Tablo 4.16. Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirtilerinin Turgay Ölçeği Maddelerine Göre Karşılaştırılması

Turgay Ölçeği	DEHB Grubu	Kontrol Grubu		
	Ortanca	Ortanca	U	p
Dikkatsizlik	5 (0-9)	1 (0-4)	237,500	<0,001
Aşırı Hareketlilik	1 (0-6)	0 (0-2)	631,500	<0,001
Dürtüsellik	1 (0-3)	0 (0-2)	621,500	<0,001
KOKGB	2 (0-8)	0 (0-2)	476,000	<0,001
Davranım Bozukluğu	0 (0-3)	0 (0-0)	954,000	<0,001

DEHB ve kontrol gruplarının her alt ölçek için belirlenen kesim noktaları ile yapılan karşılaştırmada dikkatsizlik alt ölçeği ($p<0,001$), aşırı hareketlilik/dürtüsellik alt ölçeği ($p<0,001$) ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu alt ölçeğinde ($p<0,001$) DEHB grubunda anlamlı yükseklik olduğu gösterilmiş fakat Davranım Bozukluğu alt ölçeğinde ($p=0,480$) anlamlı fark bulunamamıştır (Tablo 4.17).

Tablo 4.17. Ergenlerin Yıkıcı Davranış Bozuklukları Belirtilerinin Turgay Ölçeğine Göre Klinik Olarak Anlamlılık Düzeylerinin Karşılaştırılması

Turgay Ölçeği	DEHB Grubu	Kontrol Grubu		
	s (%)	s (%)	χ^2	p
Dikkatsizlik				
< 6 2 ya da 3 ise normal	26 (53,1)	53 (100)		
\geq 6 2 ya da 3 ise Dikkatsizlik Baskın DEHB	23 (46,9)	0		
	49 (100)	53(100)	0,000	<0,001
Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik				
< 6 2 ya da 3 ise Normal	35 (71,4)	53(100)		
\geq 6 2 ya da 3 ise Hiperaktivite Baskın DEHB	14 (28,6)	0		
	49 (100)	53(100)	0,000	<0,001
KOKGB				
< 4 2 ya da 3 ise Normal	30 (61,2)	53(100)		
\geq 6 2 ya da 3 İse KOKGB	19 (38,8)	0		
	49 (100)	53(100)	0,000	<0,001
Davranım Bozukluğu				
< 3 2 ya da 3 ise normal	48 (97,9)	53(100)		
\geq 3 2 ya da 3 ise Davranım Bozukluğu	1 (2,1)	0		
	49 (100)	53(100)	0,296	0,480

4.4. DEHB Grubunun Turgay Ölçeği İle Tanımlanan Davranım Bozukluğu Belirti Varlığına Göre Değerlendirme Sonuçları

DEHB grubunda bulunan ergenler Turgay Ölçeği'nin KGKOB alt ölçeği ve DB alt ölçeğinde yer alan maddeleri temel alınarak klinik olarak anlamlı durumlarını gösteren 2 ya da 3 puan olan en az bir madde varlığı belirti pozitifliği olarak kabul edilmiştir, DEHB grubu 35 ergen DB belirtisi olan ve 14 ergen DB belirtisi olmayan olarak iki gruba ayrılmış ve bu iki grup karşılaştırılmıştır.

4.4.1. DB Belirtilerine Göre Grupların Sosyodemografik Özellikleri

DB belirtisi olan ve olmayan hastaların demografik özelliklerinin karşılaştırılmasında her iki grup arasında anlamlı fark gösterilememiştir (Tablo 4.18).

Tablo 4.18. DB Belirtisi Olan ve Olmayan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

	DB Belirti+	DB Belirti-		
	Ort ± SS	Ort ± SS	T	p^a
Yaş (ay)	175,80±19,83	178,85±20,74	0,481	0,633
Cinsiyet	s (%)	s (%)	χ²	p^b
Kız	13 (37,15)	5 (35,71)		
Erkek	22 (62,85)	9 (64,29)		
Toplam	35 (100)	14 (100)	0,925	1,000
	Ortanca	Ortanca	U	p^c
Eğitim yılı	9 (6-12)	9,5 (7-12)	200,000	0,307
	Ort ± SS	Ort ± SS	T	p^a
Not Ortalaması	73,65±12,63	74,00±10,52	0,090	0,929
Ebeveyn Yaş (yıl)				
Anne	42,97±6,46	42,50±5,36	-0,241	0,811
	Ortanca	Ortanca	U	p^c
Baba	44 (37-73)	46 (37-55)	221,500	0,602
Ebeveyn Eğitim Yılı				
Anne	11 (8-15)	11 (8-15)	236,500	0,840
Baba	11 (8-15)	11 (8-15)	245,000	1,000
Kardeş sayısı	2 (1-7)	1,5 (1-4)	181,000	0,124
	s (%)	s (%)	χ²	p^b
Aile yapısı				
Çekirdek	23 (65,71)	11 (78,57)		
Diğer	12 (34,28)	3 (21,43)		
Toplam	35 (100)	14 (100)	0,378	0,502
Anne çalışma durumu				
Evet	14 (40,00)	5 (35,71)		
Hayır	21 (60,00)	9 (64,28)		
	35 (100)	14 (100)	0,781	1,000
Baba çalışma durumu				
Evet	35 (100)	14 (100)		
Hayır	0	0		
Sosyoekonomik Düzey				
Düşük	9 (25,71)	0		
Orta	26 (74,29)	14 (100)		
Yüksek	0	0		
Toplam	35 (100)	14 (100)	4,410	0,045

a: İstatistiksel Analiz Student T Testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Ki Kare Testi ile yapılmıştır.

c: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U Testi ile yapılmıştır.

4.4.2. DB Belirtilerine Göre Grupların Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri

DB belirtisi olan ve olmayan grupların özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerinin karşılaştırılmasında prenatal/perinatal sorun ($p=0,202$), doğum ağırlığı ($p=0,977$), gelişim öyküsü ($p=0,721$), tıbbi hastalık öyküsü ($p=1,00$), ailede tıbbi hastalık öyküsü ($p=0,465$) ve ailede psikiyatrik hastalık öyküsünde ($p=0,330$) anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.19).

Tablo 4.19. DB Belirtisi Olan ve Olmayan Grupların Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri

	DB Belirti+	DB Belirti-		
	s (%)	s(%)	χ^2	p^a
Prenatal/Perinatal Sorun				
Yok	16 (45,71)	10 (71,43)		
Var	18 (51,43)	4(28,57)		
Toplam	34 (97,14)	14 (100)	0,124	0,202
	Ort ± SS	Ort ± SS	T	p^b
Doğum Ağırlığı	3500±584,98	3495,38±415,20	-0,029	0,977
	s (%)	s(%)	χ^2	p^a
Gelişim Öyküsü				
Normal	27 (77,14)	10 (71,43)		
Normal Değil	8 (22,86)	4 (28,57)		
Toplam	35 (100)	14 (100)	0,674	0,721
Tıbbi Hastalık Öyküsü				
Yok	29 (82,86)	12 (85,71)		
Var	6 (17,14)	2 (14,29)		
Toplam	35 (100)	14 (100)	0,807	1.000
Ailede Tıbbi Hastalık Öyküsü				
Yok	24 (68,57)	12 (85,71)		
Var	10 (28,57)	2 (14,29)		
Toplam	34 (97,14)	14 (100)	0,271	0,465
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü				
Yok	23 (65,71)	7 (50,00)		
Var	11 (31,43)	7 (50,00)		
Toplam	34 (97,14)	14 (100)	0,251	0,330

a: İstatistiksel Analiz Ki Kare Testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Student T Testi ile yapılmıştır.

4.4.3. DB Belirtilerine Göre Grupların DSM-5 Tanı Dağılımları ve Klinik Özellikleri

DB belirtisi olan grupta DEHB alt tip dağılımlarına bakıldığında, 35 hastanın 10'unun (%28,57) dikkatsizlik baskın tip, 2'sinin (%5,71) hiperaktivite-dürtüsellik baskın tip, 23'ünün (%65,71) birleşik alt tip olduğu, DB belirtisi olmayan gruba bakıldığında ise 14 hastanın 5'inin (%35,71) dikkatsizlik baskın tip, 7'sinin (%50,00) birleşik alt tip ve 2'sinin (%14,29) başka türlü adlandırılmayan DEHB olduğu gösterilmiştir (Tablo 4.23). DB belirtisi olan hastaların 24'ü (%68,57), DB belirtisi olmayan hastaların 4'ünde (%28,57) ek tanı görülmüş ve DB belirtisi olanlarda anlamlı olarak yüksek eş hastalanım olduğu gösterilmiştir ($p=0,023$) (Tablo 4.20).

Tablo 4.20. DB Belirtisi Olan ve Olmayan Grupların DSM-5 Tanı Dağılımları

	DB Belirti+	DB Belirti-		
	s (%)	s(%)	χ^2	p
Alt Tip				
Dikkatsizlik Baskın	10 (28,57)	5 (35,71)		
Hiperaktivite Dürtüsellik	2 (5,71)	0		
Birleşik	23 (65,71)	7 (50,00)		
Başka Türü Adlandırılmayan	0	2 (14,29)		
Toplam	35 (100)	14 (100)	0,095	
Ek Tanı yok	11 (31,43)	10 (71,43)		
Ek Tanı var	24 (68,57)	4 (28,57)		
Toplam	35 (100)	14 (100)	0,011	0,023
Davranım Bozukluğu	4 (11,42)	0		
KOKGB	22 (62,86)	4 (28,57)		
Depresif Bozukluk	7 (20,00)	0		
Ayrılık Anksiyetesi	2 (5,71)	0		
Sosyal Anksiyete	5 (14,29)	0		
Enürezis	2 (5,71)	0		
Sigara Kullanımı	5 (14,29)	0		

DB belirtisi olan hastaların 20'si (%57,15), DB belirtisi olmayan hastaların 6'sında (%42,86) DSM-5 geçmiş tanı varlığı gösterilmiş, iki grup arasında anlamlı fark bulunamamıştır ($p=0,528$) (Tablo 4.21).

Tablo 4.21. DB Belirtisi Olan ve Olmayan Grupların DSM-5'e Göre Geçmiş Tanı Dağılımları

	DB Belirti+	DB Belirti-		
Geçmiş Tanı	s (%)	s (%)	χ^2	p
Yok	15 (42,85)	8 (57,14)		
Var	20 (57,15)	6 (42,86)		
Toplam	35 (100)	14 (100)	0,365	0,528
	s (%)	s (%)	χ^2	p
Depresif Bozukluk	0	1 (7,14)		
Anksiyete Bozuklukları	1 (2,86)	1 (7,14)		
Enürezis	9 (25,71)	2 (14,28)		
Enkoprezis	1 (2,86)	0		
KOKGB	10 (28,57)	2 (14,28)		
Davranım Bozukluğu	1 (2,86)	0		
Tik Bozuklukları	0	1 (7,14)		
Sigara Kullanımı	3 (8,57)	0		
PTSB	1 (2,86)	0		

DEHB olan ergenler DB belirtilerinin eşlik etmesi durumuna göre klinik izlem özelliklerine bakıldığında; psikiyatri polikliniğine ilk başvuru yaşı açısından DB belirtisi olan grubun ortanca 7 (4-14) yaşında, DB belirtisi olmayan grubun ise ortanca 8 (6-13) yaşında başvurdukları, başvuru yaşı açısından her iki grup arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p=0,103$). Psikiyatri polikliniğinde değerlendirilme sayıları açısından karşılaştırıldığında; DB belirtisi olan grubun $30,15 \pm 13,90$ kez, DB belirtisi olmayan grubun ise $25,57 \pm 11,13$ kez değerlendirildiği; psikiyatri polikliniğinde değerlendirilme sayıları açısından anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p=0,324$). Toplam ilaç kullanım süresi açısından karşılaştırıldığında; DB belirtisi olan grubun ortanca 6 (0-10) yıl, DB belirtisi olmayan grubun ise ortanca 6 (1-9) yıl ilaç kullanım sürelerinin olduğu, ilaç kullanım süresi açısından gruplar arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür ($p=0,866$).

DB belirtisi olan hastaların şu anda kullandıkları ilaç dağılımına bakıldığında 3 ergenin ilaç kullanmadığı, 19 (%54,28) metilfenidat uzun etkili, 1 (%2,85) atomoksetin, 4 (%11,42) metilfenidat ve antidepresan, 1 (%2,85) atomoksetin ve antipsikotik, 4 (%11,42) metilfenidat, antipsikotik ve antidepresan tedavi alan ergen olduğu, DB belirtisi olmayan grupta ise 1 (%7,14) ilaç kullanmayan, 1 (%7,14) metilfenidat kısa etkili ve 12 (%85,71) metilfenidat uzun etkili ilaç kullanan ergen olduğu görülmüştür.

4.4.4. DB Belirtilerine Göre Grupların Duygu Tanıma Becerileri

DB belirtisi olan ve olmayan grupların duygu tanıma özellikleri açısından değerlendirildiği Gözlerden Zihin Okuma Testi toplam puan ($p=0,111$) ve kesim noktası ($p=0,548$) karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır.

4.4.5. DB Belirtilerine Göre Grupların Duygusal, Bilişsel ve Davranışsal Sorunlarının Değerlendirilmesi

DB belirtisi olan ve olmayan grupların dikkat eksikliği ve hiperaktivite özelliklerinin değerlendirildiği Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formunda (CWEÖÖ-U) aile problemler alt ölçeği ($p=0,024$), duygusal problemler alt ölçeği ($p=0,002$), davranım problemleri alt ölçeği ($p=0,006$), öfke-kontrol problemleri alt ölçeği ($p=0,001$), DEHB indeksi alt ölçeği ($p=0,049$) ve ölçek toplam puanında ($p=0,016$) gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (Tablo 4.22). Buna göre DB Belirti olan grubun belirtilen alanlarda daha fazla sorun yaşadıkları görülmüştür.

Tablo 4.22. DB Belirtisi Olan ve Olmayan Gruplarda Duygusal, Bilişsel ve Davranışsal Sorunların Karşılaştırılması

CWEÖÖ-U	DB Belirti+	DB Belirti-		
	Ortanca	Ortanca	U	p ^a
Davranım Problemleri	7 (0-20)	1 (0-11)	122,500	0,006
DSM-IV- Hiperaktivite Dürtüsellik	7 (0-25)	5 (1-19)	191,000	0,231
	Ort ± SS	Ort ± SS	T	p ^b
Aile Problemleri	13,57±8,40	8,00±4,69	-2,329	0,024
Duygusal Problemler	13,91±7,13	6,92±6,17	-3,209	0,002
Bilişsel Problemler- Dikkatsizlik	14,25±7,24	10,28±5,51	-1,843	0,072
Öfke Kontrolü Problemleri	15,88±7,63	7,50±7,12	-3,539	0,001
Hiperaktivite	10,00±6,11	9,21±	-,0435	0,665
DEHB İndeksi	16,22±7,71	11,71±4,87	-2,025	0,049
DSM-IV-Dikkatsizlik	12,60±6,93	9,28±6,43	-1,541	0,130
DSM-IV-Toplam	21,74±12,73	16,00±10,32	-1,499	0,141
Toplam	112,48±51,43	74,28±39,35	-2,496	0,016

a: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Student T Testi ile yapılmıştır.

CWEÖÖ - U: Conners - Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu

4.4.6. DB Belirtilerine Göre Grupların Empati Becerileri

Empati eğilimlerinin duygusal alt boyut, bilişsel alt boyut ve toplam ölçek puanlarının değerlendirildiği KA-Sİ Empatik Eğilim Ölçeğinde DB belirtisi olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında bilişsel alt boyut DB belirtisi olan grupta anlamlı olarak düşük ($p=0,036$) bulunmuştur (Tablo 4.23). Buna göre DB belirtisi olan ergenlerin bilişsel empati düzeylerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.23. DB Belirtisi Olan ve Olmayan Grupların Empati Becerilerinin Karşılaştırılması

KA-Sİ-EEÖ	DB Belirti+	DB Belirti-		
	Ort \pm SS	Ort \pm SS	T	p
Duygusal	28,54 \pm 6,59	30,71 \pm 4,84	1,114	0,271
Bilişsel	18,82 \pm 4,66	21,92 \pm 4,25	2,154	0,036
Toplam	47,65 \pm 9,94	53,35 \pm 7,66	1,923	0,061

KA-Sİ-EEÖ: KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği-Ergen Formu

4.4.7. DB Belirtilerine Göre Grupların Katı-Duygusuz Özellikleri

DB belirtisi olan ve olmayan grupların katı-duygusuz özelliklerinin incelendiği Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeğinin sonuçları karşılaştırıldığında katılık alt ölçeği ($p=0,445$), duyarsızlık/kayıtsızlık alt ölçeği ($p=0,799$) ve toplam ($p=0,645$) puanda fark saptanmamıştır.

4.4.8. DB Belirtisinin Eşlik Etme Durumuna Göre Grupların Davranış Özellikleri

Davranış özelliklerinin değerlendirildiği Güçler ve Güçlükler Anketinde (GGA) duygulanım sorunları alt ölçeği ($p=0,004$), davranım sorunları alt ölçeği ($p=0,004$), sosyal davranışlar alt ölçeğinde ($p=0,012$) ve toplam ölçek puanında ($p=0,003$) DB belirtisi olan grubun DB belirtisi olmayan gruba göre anlamlı olarak yüksek puan aldığı; dikkat eksikliği ve hareketlilik alt ölçeği ($p=0,280$) ve akran ilişkileri alt ölçeği ($p=0,464$) puanları arasında fark olmadığı gösterilmiştir (Tablo

4.24). Buna göre DB belirtisi olan ergenlerin daha fazla duygusal, davranım ve sosyal davranış sorunları yaşadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.24. DB Belirtisi Olan ve Olmayan Grupların Davranış Özelliklerinin Karşılaştırılması

GGA	DB Belirti+	DB Belirti-		
	Ortanca	Ortanca	U	p ^a
Duygulanım Sorunları	4 (0-8)	1 (0-5)	116,000	0,004
Davranım Sorunları	2 (0-5)	1 (0-4)	118,000	0,004
Dikkat Eksikliği ve Hareketlilik	5 (1-10)	4 (0-7)	196,500	0,280
Akran İlişkileri	3 (0-7)	3 (1-7)	212,500	0,464
Sosyal Davranışlar	7 (3-10)	9 (5-10)	133,500	0,012
	Ort ± SS	Ort ± SS	T	p ^b
Toplam	15,02±5,31	10,00±4,80	-3,210	0,003

a: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Student T Testi ile yapılmıştır.

GGA:Güçler ve Güçlükler Anketi

4.4.9. DB Belirtisinin Eşlik Etme Durumuna Göre Depresyonun Değerlendirilmesi

Depresyon özelliklerinin değerlendirildiği Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı, DB olan grupta istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p=0,045). Toplam puanlar temel alınarak yapılan belirti şiddeti sınıflaması Tablo 4.25'de verilmiştir.

Tablo 4.25. DB Belirtisi Olan ve Olmayan Grupların Depresyon Değerlendirme Sonuçları

BDÖ	DB Belirti+	DB Belirti-		
	Ortanca	Ortanca	U	p ^a
Toplam Puan	12 (1-39)	7,5 (0-36)	154,500	0,045
	s (%)	s (%)	χ^2	p ^b
Minimal (0-9)	13 (37,15)	10 (71,43)		
Hafif (10-16)	10 (28,57)	3 (21,43)		
Orta (17-29)	10 (28,57)	0		
Şiddetli (30-63)	2 (5,71)	1 (7,14)		
Toplam	35 (100)	14 (100)	0,081	

a: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Ki Kare ile yapılmıştır.

BDÖ: Beck Depresyon Ölçeği

4.4.10. DB Belirtisinin Eşlik Etme Durumuna Göre Ebeveynlerin Tanımladığı Duygusal, Davranışsal, Bilişsel ve Sosyal Problemler

Ebeveynlerin çocuklarının dikkat eksikliği ve hiperaktivite özelliklerini değerlendirmek için doldurdıkları Connors Anababa Dereceleme Ölçeğinde DB olan ve olmayan grupların karşılaştırılmasında karşı gelme alt ölçeği ($p=0,001$), kaygı-utangaçlık alt ölçeği ($p=0,029$), sosyal problemler alt ölçeği ($p=0,001$), hiperaktivite alt ölçeği ($p=0,008$), Connors global indeks-huzursuzluk-impulsivite alt ölçeği ($p=0,005$), Connors global indeks-duygusal değişkenlik alt ölçeği ($p<0,001$), DSM-IV belirtileri alt ölçeği:dikkatsizlik ($p=0,048$), DSM-IV belirtileri alt ölçeği: hiperaktivite-dürtüsellik ($p=0,015$), DSM-IV belirtileri alt ölçeği:toplam ($p=0,020$), Connors global toplam alt ölçeği ($p=0,001$) ve Connors ebeveyn toplam ölçek puanı ($p=0,006$) anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Bilişsel problemler/dikkatsizlik hiperaktivite alt ölçeği ($p=0,198$), DEHB indeksi alt ölçeği ($p=0,097$), mükemmeliyetçilik alt ölçeği ($p=0,276$) ve psikosomatik alt ölçeğinde ($p=0,099$) anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.26). Buna göre DB olan gruptaki ergenlerin ebeveynlerinin çocuklarının karşı gelme, kaygı-utangaçlık, sosyal problemler, huzursuzluk-impulsivite, duygusal değişkenlik,

dikkatsizlik, hiperaktivite dürtüsellik alanlarında zorluklarının daha yüksek olduğunu düşündükleri belirlenmiştir.

Tablo 4.26. DB Belirtisi Olan ve Olmayan Gruplarda Ebeveyn Bildirimine Göre Duygusal, Davranışsal, Bilişsel ve Sosyal Problemler

CADÖ-Y/U	DB Belirti+	DB Belirti-		
	Ort ± SS	Ort ± SS	T	p ^a
Karşı Gelme	13,05±6,01	6,42±5,09	-3,628	0,001
Bilişsel Problemler-Dikkatsizlik	18,74±7,67	15,35±9,41	-1,307	0,198
Hiperaktivite	11,02±6,30	5,78±5,04	-2,770	0,008
Kaygı-Utangaçlık	7,85±4,45	4,78±3,88	-2,254	0,029
DEHB İndeksi	21,20±7,13	17,07±9,05	-1,693	0,097
Conners Global-Huzursuzluk- İmpulsivite	10,28±4,34	5,92±4,44	-3,120	0,005
DSM-IV-Dikkatsizlik	14,74±6,37	10,57±6,82	-2,029	0,048
DSM-IV-Hiperaktivite Dürtüsellik	11,77±6,19	7,07±4,87	-2,537	0,015
DSM-IV-Toplam	26,51±11,18	17,85±10,91	-2,491	0,020
Toplam	133,65±46,42	87,64±49,26	-3,002	0,006
	Ortanca	Ortanca	U	p ^b
Mükemmeliyetçilik	6 (2-16)	6 (1-16)	196,000	0,276
Sosyal Problemler	5 (0-14)	2 (0-4)	96,500	0,001
Psikosomatik	5 (0-16)	2 (0-14)	171,000	0,099
Conners Global-Duygusal Değişkenlik	3 (0-9)	1 (0-7)	89,000	<0,001
Conners Global-Toplam	13 (3-27)	6 (1-23)	93,000	0,001

a: İstatistiksel Analiz Student T Testi ile yapılmıştır.

b: İstatistiksel Analiz Mann-Whitney U testi ile yapılmıştır.

CADÖ-Y/U: Conners Yenilenmiş Anababa Derecelendirme Ölçeği

4.4.11. DB Belirtilerinin Eşlik Etme Durumuna Göre Grupların Aile İşlevsellik Özellikleri

Aile işlevlerinin farklı alanlarda değerlendirildiği Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) puanlarının DB olan ile olmayan grup karşılaştırmalarında; tüm alt ölçek puanlarında ve toplam puanda anlamlı fark bulunamamıştır ($p > 0.05$).

ADÖ'de sağlıksızlığa doğru gidişin bir göstergesi kabul edilen 2 puanı kesim noktası olarak belirlenerek analize sokulmuş, yine gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir fark belirlenmemiştir ($p > 0.05$).

4.4.12. DB Belirtisinin Eşlik Etme Durumuna Göre Ebeveynlerin Tanımladığı Empati Becerileri

Ebeveynlerin çocuklarının empati becerilerini değerlendirdikleri Griffith Empati Ölçeği-Anne Baba Değerlendirme Formu toplam puanında DB olan grup ile DB olmayan grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,915$).

4.5. DEHB Grubunda Korelasyonların Değerlendirilmesi

DEHB bozukluğu grubunda çalışmamızda kullanılan tüm ölçek puanları ile Turgay Ölçeği KOKGB ve Turgay Ölçeği DB alt ölçek maddelerinden en az bir adet kesim noktasını geçen belirtinin var olması, Turgay Ölçeği KOKGB alt ölçek maddeleri ve Turgay Ölçeği DB alt ölçek maddeleri ile korelasyon analizleri yapılmıştır. Korelasyon sonuçlarından Turgay Ölçeği KOKGB alt ölçek maddeleri korelasyon analizlerinde zayıf ilişkiler olması nedeni ile yazıya eklenmemiştir.

4.5.1. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Duygu Tanıma Becerileriyle İlişkisi

DEHB grubunda Turgay Ölçeği ile tanımlanan davranım bozukluğu belirti varlığı ve Turgay ölçeği DB alt ölçek maddeleri ile ayrı ayrı yapılan değerlendirmede Gözlerden Zihin Okuma toplam puanı ile ilişki saptanmaz iken, Gözlerden Zihin Okuma kesim noktası ile Turgay ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0,29$; $p<0,05$) maddesi arasında zayıf düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir.

4.5.2. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Conners - Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği İle İlişkisi

DEHB grubunda Turgay Ölçeği ile tanımlanan davranım bozukluğu belirti varlığı ile Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği (CWEÖÖ-U) alt ölçek puanları ve toplam puan arasında yapılan korelasyon değerlendirmesinde davranım bozukluğu belirtisinin olması ile Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeğinin aile problemleri alt ölçeği ($r_s(49)= 0,30$; $p<0,05$), duygusal problemler alt ölçeği ($r_s(49)= 0,42$; $p<0,01$),

davranım problemleri alt ölçeği ($r_s(49)= 0,39$; $p<0,01$), öfke-kontrol problemleri alt ölçeği ($r_s(49)= 0,45$; $p<0,01$) ve Conners Ergen toplam puan ($r_s(49)= 0,36$; $p<0,01$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir (Tablo 4.27).

CWEÖÖ-U ölçek puanları ve Turgay Ölçeği DB alt ölçek maddeleri ile yapılan korelasyon değerlendirmesinde **CWEÖÖ-U aile problemleri alt ölçeği** ile Turgay Ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0,37$; $p<0,01$) maddesi arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki; **CWEÖÖ-U davranım problemleri alt ölçeği** ile Turgay Ölçeği DB 27 ($r_s(49)= 0,29$; $p<0,05$), Turgay Ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0,29$; $p<0,05$) maddeleri arasında zayıf düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki gösterilmiş, diğer alt ölçeklerde ve toplam puanda ilişki gösterilememiştir.

Tablo 4.27. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin CWEÖÖ-U İle Korelasyonu

	CE Aile problemleri	CE Duygusal problemleri	CE Davranım Problemleri	CE Bilişsel Dikkatsizlik	CE Öfke Kontrol Problemleri	CE Hiperaktivite	CE DEHB indeksi	CE Toplam Puan	Davranım Bozukluğu
CE Aile problemleri	1,00								
CE Duygusal problemleri	0,62**	1,00							
CE Davranım Problemleri	0,58**	0,72**	1,00						
CE Bilişsel Dikkatsizlik	0,53**	0,70**	0,39**	1,00					
CE Öfke Kontrol Problemleri	0,43**	0,76**	0,76**	0,44**	1,00				
CE Hiperaktivite	0,39*	0,46**	0,42**	0,63**	0,33*	1,00			
CE DEHB indeksi	0,72**	0,82**	0,55**	0,85**	0,57**	0,61**	1,00		
CE Toplam Puan	0,69**	0,91**	0,73**	0,83**	0,75**	0,67**	0,92**	1,00	
Davranım Bozukluğu Belirtisi Var	0,30*	0,42**	0,39**	0,27	0,45**	0,05	0,27	0,36**	1,00

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

CE: Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği

4.5.3. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Empatik Becerilerle İlişkisi

DEHB grubunda Turgay Ölçeği ile tanımlanan davranım bozukluğu belirti varlığı ile KA-Sİ-EEÖ alt ölçek puanları ve toplam puan arasında yapılan korelasyon değerlendirmesinde davranım bozukluğu belirtisi olması KA-Sİ-EEÖ **bilişsel alt ölçeği** ($r_s(49) = -0,31$; $p < 0,05$) arasında düşük düzeyde negatif ve anlamlı ilişki gösterilmiş, KA-Sİ-EEÖ duygusal alt ölçeği ve toplam puanda ilişki gösterilememiştir (Tablo 4.28).

Tablo 4.28. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Empatik Becerilerle Korelasyonu

	Davranım Bozukluğu Belirtisi Var	KA-Sİ Duygusal	KA-Sİ Bilişsel	KA-Sİ Toplam
Davranım Bozukluğu Belirtisi Var	1,00			
KA-Sİ Empati Ölçeği Duygusal	-0,14	1,00		
KA-Sİ Empati Ölçeği Bilişsel	-0,31 *	0,43**	1,00	
KA-Sİ Empati Ölçeği Toplam	-0,26	0,84**	0,77**	1,00

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

DEHB bozukluğu grubunda KA-Sİ-EEÖ alt ölçek puanları ve toplam puanının Turgay Ölçeği DB ölçek maddeleri ile yapılan korelasyon analizinde KA-Sİ-EEÖ **bilişsel alt ölçek** puanı ile Turgay Ölçeği DB 40 ($r_s(49) = 0,28$; $p < 0,05$) maddesi arasında zayıf düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki gösterilmiştir. KA-Sİ-EEÖ duygusal alt ölçeği, toplam puan ve diğer maddeler ile ilişkili bulunmamıştır.

4.5.4. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Katı-Duygusuz Özelliklerle İlişkisi

DEHB grubunda Turgay Ölçeği ile tanımlanan davranım bozukluğu belirti varlığı ile Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği arasında yapılan korelasyon değerlendirmesinde herhangi bir ilişki gösterilememiştir.

Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği ile Turgay Ölçeği DB alt ölçek maddeleri arasında yapılan korelasyon analizinde **katılık alt ölçeği** ile Turgay Ölçeği DB 40 ($r_s(49) = 0,33$; $p < 0,05$) maddesi ve **katı-duygusuz özellikler ölçeği toplam**

puanı ile Turgay Ölçeği DB 40 ($r_s(49)= 0,34$; $p<0,05$) maddesi arasında da düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki gösterilmiştir.

4.5.5. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Güçler ve Güçlükler Anketi İle İlişkisi

DEHB grubunda Turgay Ölçeği ile tanımlanan davranım bozukluğu belirtisi varlığı ile GGA korelasyon analizinde **GGA duygulanım sorunları alt ölçeği** ($r_s(49)= 0,41$; $p<0,01$), **GGA davranım sorunları alt ölçeği** ($r_s(49)= 0,41$; $p<0,01$), **GGA sosyal davranışlar alt ölçeği** ($r_s(49)= 0,36$; $p<0,01$) ve **GGA toplam puan** ($r_s(49)= 0,40$; $p<0,01$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki gösterilmiştir (Tablo 4.29).

Tablo 4.29. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin GGA İle Korelasyonu

	Davranım Bozukluğu Belirtisi Var	GGA Duygulanım Sorunları	GGA Davranım Sorunları	GGA Dikkat Eksikliği ve Hareketlilik	GGA Akran İlişkileri	GGA Sosyal Davranışlar	GGA Toplam Puan
Davranım Bozukluğu Belirtisi Var	1,00						
GGA Duygulanım Sorunları	0,41**	1,00					
GGA Davranım Sorunları	0,41**	0,45**	1,00				
GGA Dikkat Eksikliği ve Hareketlilik	0,15	0,25	0,45**	1,00			
GGA Akran İlişkileri	0,10	0,27	0,01	-0,05	1,00		
GGA Sosyal Davranışlar	-0,36 *	0,25	-0,26	-0,05	0,11	1,00	
GGA Toplam Puan	0,40 **	0,72 **	0,66 **	0,69 **	0,40 **	0,02	1,00

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

GGA: Güçler Güçlükler Anketi

DEHB bozukluğu grubunda GGA alt ölçek puanları ve toplam puanının Turgay Ölçeği DB ölçek maddeleri ile yapılan korelasyon analizinde **GGA davranım sorunları alt ölçek puanı** ile Turgay Ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0,39$; $p<0,01$) maddesi arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki ve Turgay Ölçeği DB 40 ($r_s(49)= 0,29$; $p<0,05$) maddesi arasında zayıf düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki; **GGA sosyal davranışlar alt ölçeği** ile Turgay Ölçeği DB 37 ($r_s(49)= -0,29$; $p<0,05$) maddesi

arasında düşük düzeyde negatif ve anlamlı ilişki olduğu gösterilmiş fakat GGA duygulanım sorunları alt ölçeği, GGA dikkat eksikliği ve hareketlilik alt ölçeği, GGA akran ilişkileri alt ölçeği ve GGA toplam ölçek puanında anlamlı ilişki gösterilememiştir.

4.5.6. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Beck Depresyon Ölçeği İle İlişkisi

DEHB grubunda Turgay Ölçeği ile tanımlanan davranım bozukluğu belirti varlığı ile Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı korelasyon analizinde **Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı** ($r_s(49)= 0,28$; $p<0,05$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki gösterilmiştir.

DEHB bozukluğu grubunda Beck Depresyon Ölçeği toplam puanının Turgay Ölçeği DB ölçek maddeleri ile yapılan korelasyon analizinde **Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı** ile Turgay Ölçeği DB 37 ($r_s(49)= 0,28$; $p<0,01$) maddesi arasında zayıf düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki gösterilmiştir.

4.5.7. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Conners Anababa Dereceleme Ölçeği İle İlişkisi

DEHB grubunda Turgay Ölçeği ile tanımlanan davranım bozukluğu belirti varlığı ile CADÖ-Y/U alt ölçek puanları ve toplam puanı korelasyon analizinde **CADÖ-Y/U karşı gelme alt ölçeği** ($r_s(49)= 0,46$; $p<0,01$), **CADÖ-Y/U hiperaktivite alt ölçeği** ($r_s(49)= 0,39$; $p<0,01$), **CADÖ-Y/U kaygı utangaçlık alt ölçeği** ($r_s(49)= 0,31$; $p<0,05$), **CADÖ-Y/U sosyal problemler alt ölçeği** ($r_s(49)= 0,47$; $p<0,01$), **CADÖ-Y/U global huzursuzluk impulsivite alt ölçeği** ($r_s(49)= 0,42$; $p<0,01$), **CADÖ-Y/U global toplam alt ölçeği** ($r_s(49)= 0,48$; $p<0,01$) ve **CADÖ-Y/U toplam puanı** ($r_s(49)= 0,38$; $p<0,01$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki; **CADÖ-Y/U global duygusal değişkenlik alt ölçeği** ($r_s(49)=0,50$; $p<0,01$) arasında orta düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki olduğu görülmüştür (Tablo 4.30.).

DEHB grubunda Turgay Ölçeği DB maddeleri ile CADÖ-Y/U puan korelasyonlarında **CADÖ-Y/U karşı gelme alt ölçeği** ile Turgay Ölçeği DB 27 ($r_s(49)= 0, 33$; $p<0,05$) ve Turgay Ölçeği DB 37 ($r_s(49)= 0, 32$; $p<0,05$) maddeleri arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki, Turgay Ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0, 58$; $p<0,01$) arasında ise orta düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki, **CADÖ-Y/U bilişsel**

problemler ve dikkatsizlik alt ölçeği ile Turgay Ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0,36; p<0,01$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki; **CADÖ-Y/U hiperaktivite problemleri alt ölçeği** ile Turgay Ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0,42; p<0,01$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki; **CADÖ-Y/U bilişsel problemler ve dikkatsizlik alt ölçeği** ile Turgay Ölçeği DB 37 ($r_s(49)= 0,31; p<0,05$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki; **CADÖ-Y/U psikosomatik alt ölçeği** ile Turgay Ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0,31; p<0,05$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki; **CADÖ-Y/U DEHB indeksi alt ölçeği** ile Turgay Ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0,44; p<0,01$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki; **CADÖ-Y/U global huzursuzluk alt ölçeği** ile Turgay Ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0,32; p<0,05$) ve T DB 37 ($r_s(49)= 0,30; p<0,05$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki; **CADÖ-Y/U global duygusal değişkenlik alt ölçeği** ile Turgay Ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0,42; p<0,01$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki ve **CADÖ-Y/U toplam puanı** ile Turgay Ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0,41; p<0,01$) ve Turgay Ölçeği DB 37 ($r_s(49)= 0,28; p<0,05$) maddeleri arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki bulunmuş fakat CADÖ-Y/U kaygı utangaçlık, CADÖ-Y/U sosyal problemler ve mükemmeliyetçilik alt ölçekleri ile ilişki bulunamamıştır.

Tablo 4.30. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin CADÖ-Y/U İle Korelasyonu

	Davranım Bozukluğu Belirtisi Var	CADÖ-Y/U Karşı gelme	CADÖ-Y/U Bilişsel Problemler Dikkatsizlik	CADÖ-Y/U Hiperaktivite	CADÖ-Y/U Kaygı Utangaçlık	CADÖ-Y/U Mükemmeliyetçilik	CADÖ-Y/U Sosyal Problemler	CADÖ-Y/U Psikosomatik	CADÖ-Y/U DEHB indeksi	CADÖ-Y/U Global Huzursuzluk İmpulsivite	CADÖ-Y/U Global Duygusal Değişkenlik	CADÖ-Y/U Global Toplam	CADÖ-Y/U Toplam
Davranım Bozukluğu Belirtisi Var	1,00												
CADÖ-Y/U Karşı gelme	0,46 **	1,00											
CADÖ-Y/U Bilişsel Problemler Dikkatsizlik	0,17	0,53 **	1,00										
CADÖ-Y/U Hiperaktivite	0,39 **	0,66 **	0,62 **	1,00									
CADÖ-Y/U Kaygı Utangaçlık	0,31 *	0,56 **	0,52 **	0,55 **	1,00								
CADÖ-Y/U Mükemmeliyetçilik	0,15	0,20	- 0,04	0,08	0,33 *	1,00							
CADÖ-Y/U Sosyal Problemler	0,47 **	0,50 **	0,52 **	0,64 **	0,52 **	0,22	1,00						
CADÖ-Y/U Psikosomatik	0,23	0,50 **	0,38 **	0,49 **	0,59 **	0,20	0,53 **	1,00					
CADÖ-Y/U DEHB İndeksi	0,18	0,54 **	0,89 **	0,68 **	0,54 **	0,02	0,53 **	0,45 **	1,00				
CADÖ-Y/U Global Huzursuzluk İmpulsivite	0,42 **	0,76 **	0,78 **	0,85 **	0,65 **	0,11	0,60 **	0,51 **	0,82 **	1,00			
CADÖ-Y/U Global Duygusal Değişkenlik	0,50 **	0,66 **	0,40 **	0,73 **	0,43 **	0,13	0,50 **	0,49 **	0,48 **	0,65 **	1,00		
CADÖ-Y/U Global Toplam	0,48 **	0,77 **	0,71 **	0,87 **	0,62 **	0,14	0,60 **	0,53 **	0,77 **	0,95 **	0,83 **	1,00	
CADÖ-Y/U Toplam	0,38 **	0,6	0,83 **	0,80 **	0,67 **	0,20	0,63 **	0,57 **	0,86 **	0,89 **	0,68 **	0,90 **	1,00

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

CADÖ-Y/U: Connors Anababa Değerlendirme Ölçeği

4.5.8. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Aile İşlevselliğiyle İlişkisi

DEHB grubunda Turgay Ölçeği ile tanımlanan davranım bozukluğu belirti varlığı ile ADÖ alt ölçek puanları ve toplam puanı korelasyon analizinde ADÖ alt ölçek puanları ve toplam puanda ilişki bulunamamıştır

DEHB bozukluğu grubunda ADÖ alt ölçek puanları ve toplam puanının Turgay Ölçeği DB ölçek maddeleri ile yapılan korelasyon analizinde **ADÖ roller alt ölçeği puanı** ile Turgay Ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0,45$; $p<0,01$) maddesi arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki; **ADÖ genel işlevler alt ölçeği puanı** ile Turgay Ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0,36$; $p<0,0$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki; **ADÖ toplam ölçek puanı** ile Turgay Ölçeği DB 28 ($r_s(49)= 0,40$; $p<0,00$) arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur.

4.5.9. Davranım Bozukluğu Belirtilerinin Griffith Empati Ölçeği İle İlişkisi

DEHB grubunda Turgay Ölçeği ile tanımlanan davranım bozukluğu belirti varlığı ile Griffith Empati Ölçeği toplam puanının korelasyon analizinde bir ilişki bulunmamıştır.

DEHB bozukluğu grubunda Griffith Empati Ölçeği toplam puanının Turgay Ölçeği DB ölçek maddeleri ile yapılan korelasyon analizinde **Griffith Empati Ölçeği toplam puanı** ile sadece Turgay Ölçeği DB 27 ($r_s(49)= 0,31$; $p<0,05$) maddesi arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir.

4.6. DEHB Grubunda Lojistik Regresyon Analizi

Bu çalışmada lojistik regresyon analizi yapılırken, DEHB tanılı bireylerde Turgay Ölçeğinin KOKGB ve DB maddelerinden en az bir anlamlı pozitiflik olması ile tanımlanan davranım bozukluğu belirtisi gelişiminin öngörülmesinde tüm değişkenler çoklu değişkenli regresyon analizine dâhil edilmiştir. Omnibus testinde p değerinin $<0,05$ olması öngörü modelinin doğru olduğunu göstermektedir (Tablo 4.31.)

Tablo 4.31. DEHB’li Ergenlerde DB Belirtisi Gelişiminin Öngörülmesinde Model Katsayılarının Omnibus Testi

Step 1	Ki kare	df	“p” değeri
Step	21,318	9	0,01
Block	21,318	9	0,01
Model	21,318	9	0,01

“Nagelkerke R kare” değeri, sonuç değişkeninin (DEHB’li ergenlerde davranım bozukluğu belirtisi gelişiminin öngörülmesi) %50’sinin bu lojistik model ile açıklanabileceğini belirtmektedir (Tablo 4.32).

Tablo 4.32. DEHB’li Ergenlerde DB Belirtisi Gelişiminin Öngörülmesinde Model Tarafından Açıklanan Değişim Miktarları

Step	-2 Log likelihood	Cox & Snell R Square	Nagelkerke R Square
1	37,312	0,353	0,506

Hosmel-Lemeshow testi, gözlemlenen ve öngörülen olasılıkların hangi yakınlıkta eşleştiğini belirtmektedir. “p” değerinin %5’in üzerinde olması, modelin uygun olduğunu göstermektedir (Tablo 4.33).

Tablo 4.33. DEHB’li Ergenlerde DB Belirtisi Gelişiminin Öngörülmesinde Hosmel ve Lemeshow Testi

Step	Ki kare	df	“p” değeri
1	9,448	8	0,306

Bu modelin DEHB’li bireylerde davranım bozukluğu belirtisi gelişimini öngörmekte toplam doğruluk oranı %87,8 olarak hesaplanmıştır. Modelin davranım bozukluğu belirtisi gelişimini öngörmedeki özgüllüğü %97,1, duyarlılığı ise %64,3 olarak saptanmıştır. Doğruluk oranlarına ilişkin bulgular Tablo 4.34’de gösterilmiştir.

Tablo 4.34. DEHB’li Ergenlerde DB Belirtisi Gelişiminin Öngörülmesinde Model Ayrımı İçin Sınıflama Tablosu

Gözlemlenen	Öngörülen		Doğruluk %
	Davranım bozukluğu belirtisi	Doğruluk %	
	Yok	Var	
Yok	9	5	64,3
Var	1	34	97,1
Toplam %			87,8

Eşitlik değişkenlerinden “Wald” özelliği, modelde kullanılan her bir değişkenin katkısının önemlilik düzeyini tahmin etmektedir. Değer büyüdükçe, o değişkenin önemliliği artmaktadır. Kullandığımız lojistik regresyon modelinde, istatistiksel olarak anlamlı sonuç veren Connors Anababa Değerlendirme Ölçeği toplam puan değişkeninin aynı zamanda en yüksek Wald değerine sahip olduğu izlenmektedir. Exp (B) değeri ise üstünlük oranını vermektedir. Bulgular Tablo 4.35’de gösterilmiştir (Tablo 4.35)

Tablo 4.35. DEHB'li Ergenlerde DB Belirtisi Gelişiminin Öngörülmesinde Lojistik Regresyon Modelinin Tahminleri

Toplam Puan	B	S.E.	Wald	df	“p” değeri	Exp(B)
CWEÖÖ-U	0,007	0,013	0,299	1	0,584	1,007
Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği	-0,027	0,072	0,146	1	0,702	0,973
Gözlerden Zihin Okuma Testi	-0,073	0,165	0,196	1	0,658	0,930
KA-Sİ-EEÖ-Ergen Formu	-0,082	0,066	1,555	1	0,212	0,922
GGA	0,187	0,124	2,293	1	0,130	1,206
ADÖ	-1,258	1,253	1,008	1	0,315	0,284
CADÖ-Y-U	0,023	0,012	3,865	1	0,049	1,024
Griffith Empati Ölçeği	-0,034	0,047	0,536	1	0,464	0,966

CWEÖÖ-U: Connors Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu, KA-Sİ-EEÖ-Ergen Formu: KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği, GGA: Güçler Güçlükler Anketi, ADÖ: Aile Değerlendirme Ölçeği, CADÖ-Y-U: Connors Yenilenmiş Anababa Değerlendirme Ölçeği

5. TARTIŞMA

Bu çalışma, DEHB tanısı ile en az 5 yıllık takipli olan, 12-18 yaş arasında ergenlerde izlemde ortaya çıkan davranım bozukluğu belirtilerinin öngörücülerini değerlendirmeyi amaçlayan kesitsel bir çalışmadır. Bu amaçla DEHB olan ergenler ve sağlıklı ergenler DB belirtileriyle ilişkili olması beklenen duygu tanıma, empati becerileri, katı-duygusuz özellikleri ve aile ilişkileri açısından karşılaştırılmıştır. DEHB olan ergenler de kendi içinde DB belirtilerinin olması ve olmamasına göre iki gruba ayrılarak yukarıda belirtilen değişkenler açısından karşılaştırılarak tekrar değerlendirilmiş, DEHB olan ergenlerde DB belirtileriyle ilişkili olan değişkenler araştırılmıştır.

5.1. Örneklemin Değerlendirilmesi

Çalışmanın örneklemi yaş ve cinsiyet, aile özellikleri, özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri, akademik özellikler, klinik özellikler, izlem ve tedavi durumu ve şimdi ve geçmiş eş hastalanım özellikleri açısından DEHB olan ergenler ve sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

DEHB grubundaki ergenler Turgay Ölçeği KOKGB ve DB alt ölçek maddeleri temel alınarak DEHB’de DB belirtileri olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılmıştır. DEHB grubu DB belirtilerinin eşlik etmesine göre değerlendirildiğinde; 35 ergende DB belirtilerinin olduğu, 14 ergende ise DB belirtisinin bulunmadığı görülmüştür. Aynı özellikler DEHB olan ergen grubunda DB belirtileri olan ve olmayan gruplar arasında da değerlendirilerek tartışılmıştır.

5.1.1. Yaş ve Cinsiyet

DEHB tanısı ile en az 5 yıllık takibi olan 12-18 yaş grubunda 49 hasta ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 53 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 102 ergen çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya alınan hastalar için bir seçim yapılmamış, kliniğe başvuran, dahil edilme ve dışlanma ölçütlerine uyan, çalışmaya katılmayı kabul eden her hasta çalışma için belirlenen süre içerisinde alınmıştır. Kontrol grubu ise hasta grubunun cinsiyet ve yaş özellikleri ile eşleştirme yapılarak çalışmaya

alınmıştır. Bu nedenle hasta grubu ile kontrol grubu arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark görülmemiştir. Çalışmaya alınan DEHB grubu için dışlanma ve dahil edilme ölçütleri dışında herhangi bir seçim yapılmamış olmasına rağmen erkek/kız oranı yaklaşık 1,7 olarak bulunmuştur. Literatür verilerinde DEHB'nin erkek/kız görülme oranı 2/1 ile 9/1 [33] arasında değiştiği görülmektedir. Verilerdeki farklılıklar seçilen örneklem grubunun toplum temelli ya da kliniğe başvuran hastalardan oluşması nedeniyle farklılık gösterebilmektedir. Ülkemizde yapılan toplum temelli iki çalışmadan ilkinde erkek/kız oranı 3,2-5,8 arasında değişmekte iken [35], daha sonra yapılan tüm ulusu kapsayan epidemiyolojik çalışmada erkek/kız oranı 1,84 olarak bulunmuştur [34]. Erkek/kız oranı, işlevsellikte bozulma olmayan DEHB'lerde 1,69; işlevsellikteki bozulma dikkate alındığında ise 1,84 olarak belirtilmiştir [218]. Kliniğe başvuran hasta çocuklar ile yapılan başka bir çalışmada ise erkek/kız DEHB oranınının 3,86 olduğu gösterilmiştir [219]. Çalışmamızda hasta grubuna dahil edilen DEHB grubunun cinsiyet oranları, çalışmada gösterilen kliniğe başvuran hastalar ile yapılan örneklem oranlarından daha çok toplum örneğine benzer bir bulgu vermektedir. Alan yazında DEHB tanısı konan erkek çocuklarda belirti yoğunluğunun hiperaktivite ve dürtüsellik alanlarında, kız çocuklarında ise dikkat eksikliği alanlarında yoğunlaştığı belirtilmektedir [220]. Bizim çalışmamızda DEHB'nin erkek/kız görülme oranının klinik örnekleme yapılan çalışma sonuçlarından daha çok toplum örnekleminde yapılan çalışmalara benzerlik göstermesi ergenlik dönemi ile birlikte erkek çocuklarda dürtüsellik ve hiperaktivite belirtilerindeki azalma ile hastaneye başvuruların azalması ile ilişkili olabilir. Ergenlik ile birlikte hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin azalması ailelerin çocuklarının tedaviye ihtiyaç olduğu düşüncesi motivasyonunu azaltıyor olabilir. Ayrıca ergenlik döneminde hiperaktivite ve dürtüsellik azalmış erkek ergenlerin DEHB belirtileri öğretmenleri tarafından da daha zor farkediliyor olabilir. Kız ergenlerin oranınının yüksek olması ise kızların tedavi motivasyonlarının daha yüksek olması ve ergenlik döneminde kızların yardım arayış davranışlarının erkeklere göre daha fazla olmasıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda DEHB grubunda DB belirtilerinin varlığı cinsiyet açısından değerlendirildiğinde ise DB belirtileri olan grupta erkek/kız oranınının yaklaşık 1,7 olduğu görülmüştür. DB sıklığının erkeklerde %3-4, kızlarda ise %1-2 olduğu gösterilen çalışmalar ile birlikte [2], DB'nin erkeklerde kızlara göre iki kat daha fazla

görüldüğü, etnik gruplar arasında prevalans değişikliklerinin olabileceğini belirten [68] çalışmalar da bulunmaktadır. Çalışma grubumuzda DEHB olan grupta yazın bilgisinden daha fazla oranda DB belirtileri görülmesine rağmen, DEHB’de DB belirtileri olan grupta bulunan erkek/kız oranları ise yazın bilgisinde bildirilen DB eş hastalanımının cinsiyet dağılımına yakın görünmektedir. DEHB olan ergenlerde DB belirtilerinin görülmesine cinsiyet perspektifinden bakıldığında; bu oranların DB eş hastalanımdaki cinsiyet dağılımıyla uyumlu olduğu; dolayısıyla DEHB’ye DB belirtilerinin eşlik ettiği durumlarda uzun dönemde DB gelişme riskinin izlem çalışmalarıyla belirlenmesinin önemli olduğu düşünülmüştür. Bunun yanında çalışmamızda DB grubunun ebeveynin doldurduğu öz bildirim ölçeği ile belirlenmesi nedeniyle bu belirtilerin ergenlik döneminin normal gelişimsel özelliklerinin ebeveynler tarafından yanlış yorumlanması ile de ilişkili olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır.

5.1.2. Aile Özellikleri

DEHB grubu ile kontrol grubu aile özellikleri bakımından incelendiğinde anne yaşı, baba yaşı ve anne eğitim süresi açısından anlamlı fark olmadığı fakat baba eğitim süresinin kontrol grubunda anlamlı olarak yüksek olduğu görülmektedir. Alan yazın incelendiğinde aile temel alınarak yapılan çalışmalarda DEHB olan kişilerin ebeveynlerinde ve kardeşlerinde, etkilenmeyen kişilerin biyolojik yakınlarına göre yaklaşık 5-9 kat daha yüksek oranda DEHB saptandığı gösterilmiştir [37]. DEHB olan çocukların erişkinliğe kadar takip edildiği uzun süreli izlem çalışmalarının sonuçları incelendiğinde ise DEHB olan çocukların ergenlik ve/veya erişkinliklerinde DEHB belirtilerinin yanı sıra daha fazla sınıfta kalma, sınıf tekrarı ve düşük okul başarısı gibi akademik sorunlarla karşılaşma oranlarının yüksek bulunduğu gösterilmektedir [221]. Çalışmamızda DEHB grubundaki baba eğitim düzeyindeki düşüklüğün DEHB’nin erkeklerde ve birinci derece akrabalarda daha sık görülmesi bilgisiyle uyumlu olduğu; bunun DEHB tanılı kişilerin ebeveynlerinde daha yüksek oranda DEHB görülmesi ile oluşan işlevsellik kayıplarının göstergesi olabileceğini ve eğitim kayıplarının, eğitim yılı azlığının buna bağlı gelişmiş olabileceğini düşündürmektedir.

DEHB grubu ile kontrol grubu anne ve baba çalışma durumu, sosyoekonomik özellikler ve aile yapı özellikleri açısından karşılaştırıldığında anne ve baba çalışma durumu ve sosyoekonomik özellikler açısından anlamlı fark olmadığı, aile yapısı özelliği açısından ise farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Kontrol grubundaki tüm hastaların anne ve babalarının evli ve beraber olduğu, çekirdek aile özelliklerine sahip olduğu fakat DEHB grubunun yaklaşık %30'unun tek ebeveyn, geniş ya da dağılmış aile özellikleri taşıdığı görülmektedir. Yazın bilgisinde DEHB genetik aktarım oranının 0,76 olduğu [4], DEHB tanılı bireylerin ebeveynlerinde aile içi şiddet, evlilik sorunları, erken yaşta gebelik gibi olumsuz yaşantısal olayların daha fazla görüldüğü [222], DEHB tanılı çocukların sıklıkla parçalanmış ve kaotik ailelerden oldukları belirtilmektedir [8]. Çalışmamızın verilerinde DEHB grubunun daha çok parçalanmış ailelerden oluşması yazın bilgisi ile uyumlu görünmektedir. Aile ortamındaki kaotik yapı ve uygun olmayan ebeveynlik tutumları çocuklardaki DEHB belirtilerinin belirginleşmesine neden olabilir. DEHB olan çocukların ebeveynlerinde yüksek oranda DEHB görülmesi de ebeveynlerin kişilerarası ilişkilerindeki bozulmalara, sık boşanmalara ve parçalanmış ailelere neden olmuş olabilir. Ayrıca çalışmamızda DEHB grubunda daha yüksek oranda parçalanmış aile yapısının görülmesi DEHB grubunda ailede psikiyatrik hastalık görülme oranının kontrol grubundan yüksek saptanması ile de ilişkili olabilir.

DEHB ve sağlıklı kontrol gruplarının kardeş sayıları ve kaçınıcı çocuk oldukları incelendiğinde; DEHB grubu ergenlerin anlamlı olarak daha az kardeşli ve sıklıkla ilk çocuk olduğu bulunmuştur. Alan yazında DEHB görülme oranlarının tek veya ilk çocuklarda kontrollerden daha fazla olduğu bildirilmektedir [223]. DEHB grubunun anlamlı düzeyde ailenin ilk çocuğu olması, literatürde DEHB çevresel ve psikosoyal etkenlerinde önemli rol oynayan ebeveyn tutumları açısından yetersiz ebeveyn becerileri [8] öngörülerini ile ilişkili olabilir. Ayrıca alan yazında son dönemde yapılan toplum temelli bir çalışmada annede DEHB öyküsü varlığı ve en az bir ebeveynin çocuk doğduğunda 20 yaşından küçük olmasının çocuklardaki DEHB riskini arttırdığı belirtilmiştir [224]. Başka bir çalışmada da ilk çocuklarını 20 yaşından önce doğuran annelerin tüm çocuklarında artmış DEHB riski olduğu belirtilmiştir [225]. Çalışmamızda annelerin ilk doğum yaptıkları yaş değerlendirilmemiştir. DEHB olan hasta grubunda ilk çocuk olmanın fazla görülüyor olması annelerin ilk doğum

yaptıkları yaş değerlendirilmemiş olsa da ilk gebelikte prenatal ve perinatal sorunların daha sık görülmelerinin etkisi ile de oluşmuş olabileceğini düşündürebilir. Ayrıca çalışmanın yapıldığı kliniğin üçüncü basamak bir üniversite hastanesi kliniği olması ve çalışmanın büyükşehirde yapılması nedeni ile başvuran hastaların kardeş sayıları daha az olmuş olabilir.

DEHB grubu DB belirtilerinin eşlik etme durumuna göre değerlendirildiğinde DB belirtisi olan ve olmayan gruplar arasında anne yaşı, baba yaşı, anne eğitim yılı, baba eğitim yılı, kardeş sayısı, anne çalışma durumu, baba çalışma durumu ve aile yapısı açısından anlamlı fark gösterilmemiştir. Ancak DB belirtilerinin eşlik ettiği DEHB grubunda sosyoekonomik düzeyin daha düşük olduğu belirlenmiştir. Yazın bilgisinde düşük sosyoekonomik durum ile DB arasında cinsiyetten bağımsız küçük ama anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir [116]. Başka bir çalışmada ise düşük sosyoekonomik durumun, yaşam boyu kalıcı DB görülmesi riskini 3,5 kat arttırdığı belirtilmiştir [117]. DB ve DEHB olan çocuklar ile ebeveynlerinin değerlendirildiği bir çalışmada DB olan çocukların anne ve babalarında DEHB olan gruba göre daha fazla antisosyal kişilik bozukluğu, babalarında ise daha fazla oranda madde kullanım bozukluğu varlığı gösterilmiştir. Ek olarak DB grubundaki annelerde daha fazla depresyon ve daha fazla antisosyal kişilik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu üçlü grubu olduğu belirtilmiştir [226]. Ebeveynlerde psikopatoloji bulunması aile içi anlaşmazlık ve dezavantajlı sosyoekonomik durum ile ilişkili olabilir. Ayrıca ebeveynlerde görülen DEHB ve DB genetik yatkınlığı ile ebeveynlerin eğitimlerini tamamlayamadıkları, işe devam etmekte zorluk çektikleri, sık iş değiştirdikleri, alkol ve madde kullanım sıklığının daha fazla olduğu bu durumun da düşük sosyoekonomik ortama neden olabileceği düşünülebilir. Kuşaklar arasında görülen yoksulluk, parçalanmış ailelerde ve yoksul mahallelerde yaşamak çocuklarda görülen DB belirtilerini arttırıyor olabilir.

5.1.3. Özgeçmiş ve Soygeçmiş Özellikleri

Özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri açısından çalışma grupları incelediğinde, DEHB grubunda prenatal ve perinatal sorunların kontrol grubundan daha fazla olduğu, doğum ağırlığının ise kontrol grubuna göre yüksek olduğu, görülmüştür. Yazın bilgisine bakıldığında erken anne yaşı, gebelikte alkol ve sigara kullanımı, eklampsi,

anneninin psikolojik stres maruziyeti, perinatal ve neonatal dönemde fetüsün hipoksiye uğraması, intrauterin enfeksiyonlar, fetal postmatürite, antepartum hemoraji, bebeğin düşük doğum ağırlığı ve uzamış doğum eylemi gibi prenatal ve perinatal faktörlerin DEHB gelişiminde önemli rol oynadıkları gösterilmiştir [8]. Hiperaktivite ile düşük doğum ağırlığı arasında ilişkiyi gösteren pek çok çalışma olmakla birlikte, prematürenin önemli bir risk etkeni olduğuna dikkat çekilmektedir [8]. Çalışmamızda DEHB grubunda prenatal ve perinatal sorunların sağlıklı kontrole göre fazla olması literatür bulguları ile benzerlik göstermesine karşın DEHB grubunun doğum ağırlığı literatür bulgularından farklı olarak yüksek bulunmuştur. Bu durum DEHB etiolojisinde rol oynayan düşük doğum ağırlığı ve çok düşük doğum ağırlığı öyküsünün neden olabileceği diğer nörolojik, metabolik, gelişimsel bozuklukların ve uzun süreli takip gerektirecek tıbbi hastalığı olan DEHB tanılı hastaların çalışmamıza dahil edilmemesi ile ilişkili olabilir. Ergenlik başlangıcı ile DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen az sayıda çalışma mevcuttur. Bu çalışmalar genellikle uzun süreli metilfenidat kullanımının ergenlik yaşı üzerine olan etkilerini araştırmaktadır. Erkek ergenlerin dahil edildiği, ergenlik dönemlerinin öz bildirim anketi ile değerlendirildiği çalışmada DEHB grubu ile kontrol grubu arasında metilfenidat tedavisinin ergenliğin başlama yaşına etkisi açısından iki grup arasında fark gösterilememiştir [227]. Kız ergenler ile yapılan başka bir çalışmada da DEHB'li kızların metilfenidat tedavisi almaları ile pubertal gelişimleri arasında ilişki gösterilmemiştir [228]. Boylamsal özellikte yapılan çalışmada da DEHB olan ve olmayan grup arasında ve DEHB tedavisinde kullanılan ilaç alt grupları arasında Tanner pubertal gelişim aşamalarına etkisi açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark gösterilememiştir [229]. Stimülan ilaç ile tedavi edilen DEHB'li ergenlerin alındığı üç yıllık izlem çalışmasında ise ilaç dozu ile korelasyon olmaksızın DEHB'de stimülan kullanımının ergenlik gelişim evrelerinde gecikmelere neden olduğu fakat ergenliğin başlangıç yaşını geciktirmediği belirtilmektedir [230]. Çalışmamızda DEHB grubunda ergenlik başlangıç yaşının sağlıklı kontrolden daha erken olduğunun gösterilmesi yazın bilgisi açısından önemlidir. Çalışmaya alınan hastaların neredeyse tamamının ilaç kullanıyor olması, büyük bölümünün de metilfenidat ile tedavi ediliyor olması ve hastaların en az 5 yıldır takipte olan hastalar olması açısından bu bilgi önemli görülmektedir. Fakat çalışmamızda ergenlik başlangıç yaşının öz bildirim şeklinde öğrenilmiş olması,

tanner evrelendirilmesinin yapılmamış olması ve boy ve kilo öyküsünün bilinmiyor olması kısıtlılık yaratmaktadır. DEHB tanısı ile ilaç kullanımının ergenlik başlangıcı ve ergenlik gelişim dönemlerine etkisi tedavi alan ve almayan geniş örneklemlili DEHB gruplarında boylamsal çalışmalar ile tekrarlanmalıdır.

DB belirtilerinin olduğu DEHB grubu ile DB belirtileri olmayan DEHB grubu incelendiğinde prenatal/perinatal sorun ve doğum ağırlığı açısından fark gösterilmemiştir. Yazın bilgisinde doğum komplikasyonlarının ve erken dönem bağlanma patolojilerinin DB etiyolojik risk etmenleri arasında olduğu belirtilmektedir [110]. Prenatal ve perinatal sorunların DB belirtilerinin erken başlangıçlı olması ve DB belirti şiddetinde artış olması ile ilişkili olduğu ifade edilmektedir [110]. Çalışmamıza alınan DEHB grubu ile kontrol grubu arasında etiyolojik risk faktörleri açısından prenatal/perinatal sorunlar arasında anlamlı fark gösterilmiş iken DB belirtileri olan DEHB grubu ile DB belirtileri olmayan DEHB grubu arasında prenatal/perinatal sorunlar arasında bir fark belirlenmemiştir. DB belirtileri olan DEHB grubunun hasta sayısının az olması, DEHB tanısı da olan bu grubun aynı risk etmenleri ile ilişkilendiriliyor olması ve DB grup tanımlanmasının ÇDŞG-ŞY ile yapılmamış olması ve büyük çoğunluğunun DB tanısını karşılamıyor olması ile ilişkili olabilir.

DEHB grubunda ailede psikiyatrik hastalık görülme oranı kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. DEHB grubunda ailede psikiyatrik hastalık dağılımına bakıldığında en sık depresif bozukluk, ikinci sıklıkta ise DEHB olduğu görülmüştür. Alan yazında DEHB olan kişilerin ebeveynlerinde, etkilenmeyen kişilerin biyolojik yakınlarına nazaran daha yüksek oranda DEHB görüldüğü belirtilmektedir [37]. DEHB'li çocukların ailelerinde anksiyete ve depresif bozuklukların normal kontrollere göre daha yüksek oranda olduğu ayrıca anksiyete bozukluğu olan bireylerin çocuklarında da kontrol grubuna oranla daha fazla DEHB tanısı olduğu bildirilmiştir [231]. Çalışmamızda ebeveynlerde DEHB tanısının sık görülüyor olması literatür bilgisinde ifade edilen genetik aktarım ile paralellik göstermektedir. Çalışmamızda ailede depresif bozukluğun yüksek oranda görülmesi, DEHB'li çocukların ailelerinde depresif bozukluk sıklığının artmış olmasıyla ayrıca ebeveynlerin kendi çocukluk ve ergenlik dönemlerinde sahip olabilecekleri tanı

konmamış DEHB bulgularının yol açtığı akademik, sosyal ve kişilerarası işlevsellik kayıplarıyla ilişkili olabilir.

Çalışmamızda DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek oranda ailede psikopatoloji belirlenmesine karşın, DEHB olan ergenler DB belirti varlığına göre kendi içinde karşılaştırıldığında ailede psikiyatrik hastalık görülmesi açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. Alan yazında DB kalıtsallık tahminleri için %40-50 oranları bildirilmiştir [75]. Bu durum çalışmamızda DB belirti varlığına göre karşılaştırılan DEHB grubunda prenatal/perinatal sorunlarda fark görülmemesinde olduğu gibi DB tanısı alan hasta sayısının az olması, grupların DB belirti varlığına göre belirlenmesi ve örneklem grubunun küçüklüğü farkın oluşmamasına neden olmuş olabilir. Araştırma grubumuzda kontrol grubuna göre ailede psikopatoloji oranının daha yüksek olması DB belirtilerinden bağımsız olarak DEHB tanısı ile ilişki olduğunu da düşündürmektedir.

5.1.4. Akademik Özellikler

Çalışma grupları akademik başarı düzeyi açısından incelendiğinde DEHB tanısı olan ergenlerin not ortalamalarının kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. Alan yazında DEHB tanılı çocukların sağlıklı yaşlıları ile karşılaştırıldıklarında akademik başarılarının daha düşük olduğu, sınıf tekrarı yapmalarının ve akademik yıl kayıplarının daha fazla olduğu gösterilmiştir [63]. DEHB tanılı hastalar ile yapılan bir izlem çalışmasında ise zaman içerisinde DEHB belirtilerinde azalma görülmesine rağmen, bu azalma ile paralel olmayan daha kötü akademik ve mesleki sonuçlar bildirilmiştir [64]. Yazında DEHB'nin çocuk ve ergenlerin işlevselliğini birçok alanda olumsuz olarak etkilediği, en önemli alanlardan birinin akademik başarı düzeyine olan etkisi olduğu sıklıkla vurgulanmaktadır. Yazın bilgisi ile uyumlu olarak çalışmamızda da DEHB grubunun akademik başarısının sağlıklı gruba göre anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır.

DB belirtilerinin olduğu DEHB grubu ile DB belirtileri olmayan grup akademik başarı düzeyleri bakımından incelendiğinde iki grup arasında fark olmadığı görülmüştür. Buna göre çalışmamızda araştırma grubunun akademik başarısındaki düşüklüğün DB belirtilerinin eşlik etmesinden bağımsız olarak DEHB tanılılarıyla ilişkili olduğu söylenebilir. Alan yazın incelendiğinde DB'li çocukların geç ergenliğe

ve genç erişkinliğe kadar izlendiği prospektif çalışmalarda düşük eğitim düzeyi ve akademik alanlarda işlevsellik kayıplarının bulunduğu [134, 135], DB ve eş tanı DEHB olan çocuklar ile yapılan başka bir çalışmada ise daha fazla akademik başarısızlığın eşlik ettiği gösterilmiştir [14]. Çalışmamızda DB belirtisi olan ve olmayan DEHB grupları arasında akademik başarı düzeyi açısından fark görülüyor olması DB tanısının az olması ve örneklem büyüklüğünün yetersiz olması ile ilişkili olabilir.

5.1.5. Klinik Özellikler, İzlem ve Tedavi Durumu

DEHB grubunda DB belirtilerinin olması göz önünde bulundurulduğunda DB belirtileri eşlik eden ve etmeyen grupta psikiyatri polikliniğine ilk başvuru yaşı, psikiyatri polikliniğinde toplam değerlendirilme sayısı ve ilaç kullanım süresi açısından anlamlı fark görülmemiştir. Yazın bilgisinde DB prevalansının çocukluktan ergenliğe artıp artmadığı tartışmalıdır; ancak belirtilerde yaşa bağlı değişikliklerin olduğu, tanı devam etse de tanı için nitelendiren spesifik belirti kümelerinin zamanla değiştiği belirtilmektedir [72]. DB olan çocukların DB olmayanlara göre DEHB riskinin 10 kat daha fazla olduğu [13], DB ve eş tanı DEHB olan çocuklarda belirtilerin daha erken yaşlarda başladığı, daha şiddetli olduğu, daha fazla akademik başarısızlığın eşlik ettiği ve DEHB'si olmayan DB'li çocuklara göre daha kalıcı bir seyre sahip olduğu [14] bildirilmektedir. Çalışma grubumuzda DEHB'ye DB belirtilerinin eşlik ettiği grupla DB belirtilerinin olmadığı grup arasında psikiyatri polikliniğine ilk başvuru yaşı, psikiyatri polikliniğinde toplam değerlendirilme sayısı ve ilaç kullanım süresi açısından anlamlı fark görülmemiş olması, örneklem büyüklüğünün yetersiz olması ile ilişkilendirilebilir. Araştırma grubunun en az 5 yıldır doğal klinik izlemi olan ve halen izlemi devam eden ergenlerden oluşturulması, tedaviye ulaşma kolaylığı, referans bir hastanede bu takiplerin devam ediyor olması, buna bağlı olarak hastaların ve ailelerinin tedaviye uyumu, kliniğe başvurma sıklığı açısından motivasyonlarının yüksek olması DB belirtilerinin eşlik etmesinden bağımsız olarak benzer sıklıkta DEHB hastalarının destek almalarına neden olmuş olabilir.

Araştırma grubumuzda DEHB alt tiplerine bakıldığında, %61,2 ile birleşik alt tip DEHB en sık olarak saptanmıştır. Cinsiyet dağılımları açısından bakıldığında, her

iki cinsiyette yine birleşik alt tip DEHB'nin daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Alan yazında okul öncesi dönemde hiperaktivite dürtüsellik baskın tip DEHB'nin, diğer dönemlerde ise dikkatsizlik baskın tip DEHB'nin en yaygın görülen alt tip olduğu; dikkat eksikliği baskın tip DEHB'yi sırasıyla; birleşik tip DEHB ve hiperaktivite dürtüsellik baskın tip DEHB'nin izlediği [232], başka bir çalışmada ise en yaygın görünümün dikkatsizlik baskın tip DEHB olduğu, okul çocukluğu döneminde birleşik alt tip DEHB görünümüne sahip olan çocuklarda bile hiperaktivite dürtüsellik belirtilerinin daha az sergilendiği, klinik görünümde baskınlığın dikkatsizliğe kaydığı belirtilmektedir [233]. Cinsiyet açısından değerlendirilen başka bir çalışmada ise kızlarda dikkatsizlik baskın tip DEHB tanısının daha fazla konulduğu, erkeklerde ise üç alt tip tanının kızlara oranla daha sık olduğu bildirilmektedir [234]. Çalışmamızın örneklem grubunun ise en sık birleşik alt tip DEHB'den oluşması; örneklem grubunun takibe devam eden hastalardan alınmış olmasından, dolayısıyla bu grubun öğretmenler tarafından daha çok göze çarpan belirtileri nedeniyle yönlendiriliyor ya da ebeveyn tarafından daha çok fark ediliyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Hareketlilik ve dürtüsellik ebeveynler tarafından daha çok sorun olarak görülmesi, akademik başarı dışındaki alanlarda da belirgin zorlukların ortaya çıkması nedeniyle birleşik alt tip DEHB'li ergenlerin takibe devam etmesi ve ilaç kullanma motivasyonlarının daha yüksek olması klinik gözlemlerle uyumludur.

DB belirtilerinin eşlik etmesi durumunda DEHB alt tip dağılımlarına bakıldığında, en sık birleşik alt tip DEHB görüldüğü, bunu dikkatsizlik baskın tip DEHB'nin izlediği saptanmıştır. Hiperaktivite-dürtüsellik alt tip ise en az belirlenmiştir. Yapılan çalışmalarda KOKGB ve DB tanılı çocukların daha çok hiperaktivite-dürtüsellik ve birleşik tip DEHB tanılı oldukları gösterilmektedir [49]. Bizim çalışmamızda birleşik tip DEHB'nin fazla görülmesi literatür bilgisi ile paralel iken, hiperaktivite-dürtüsellik alt tipinin en az görüldüğü, bu açıdan yazından farklılık gösterdiği belirlenmiştir. Bu durum araştırma grubumuzun ergen olması ve bununla bağlantılı olarak DEHB kliniğinde zaman içinde dikkatsizlik belirtilerinin hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinden daha fazla öne çıkıyor olması ile ilişkili olabilir. Yaşla birlikte hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri azalan bir seyir gösterirken dikkat eksikliği belirtilerinin stabil ve lineer bir seyir gösterdiği düşünüldüğünde bu

sonuç DEHB'nin klinik görünümü açısından yaşa göre seyriyle ilgili uyumlu olduğunu düşündürmektedir.

Çalışmamızda DEHB grubunun şu anda kullandıkları ilaç dağılımlarına bakıldığında hastaların en sık metilfenidat tedavisi aldıkları, yaklaşık %18 hastaya ise tedavide antipsikotik ilaç eklendiği görülmektedir. Yazın bilgisinde DEHB tedavisinde birinci basamak farmakolojik ajanlar olarak kabul edilen stimülan ilaçlardan olan amfetamin ve kısa ve uzun etkili metilfenidat preparatlarının eşit derecede etkili olduğu ve plasebodan üstün oldukları belirtilmektedir [58]. Psikostimülan ilaçların DEHB olgularının %70-80'inde etkin bir belirti kontrolü sağladıkları gösterilmiştir [59]. Atipik antipsikotik ilaçların özellikle davranım sorunları, agresyon veya emosyonel labilitenin eşlik ettiği DEHB tedavisinde sık kullanıldığı, fakat DEHB çekirdek belirtilerinin tedavisindeki etkinlikleri en iyimser sonuç gösteren çalışmalarda bile sınırlı olduğu belirtilmektedir [235]. DEHB grubunda yazında belirtildiği şekilde en sık olarak psikostimülan ilaç grubu kullanılmaktadır. DEHB grubunda antipsikotik ilaç tedavisi eklenen grubun eş hastalanım riski fazla olan grup olduğu görülmektedir.

DB belirtileri olan DEHB grubunun şu anda kullandıkları ilaç dağılımı incelendiğinde ise yine en sık metilfenidat tedavisi aldıkları, tedaviye antipsikotik ilaç eklenen hastaların hepsinin DB belirtisi olan DEHB hastaları olduğu görülmüştür. Alan yazında DB'de ilk tedavi seçeneğinin psikososyal müdahaleler olduğu, DB'de ve DB'nin eşlik ettiği DEHB'de en sık çalışılan ve en etkili ilaç gruplarının stimülanlar ve antipsikotikler olduğu gösterilmiştir [122-124]. DEHB ve DB'nin tedavisinde uluslararası tedavi rehberlerinde, DEHB ve DB eş hastalanımında ilk tercihin psikostimülan ve psikososyal müdahalenin birlikte kullanımını olduğunu fakat birincil sorunun ciddi saldırganlık ve/veya dürtüsellik ile giden DB'de ilk tercih olarak psikososyal müdahalelere risperidonun ek olarak verilebileceği belirtilmiştir [236]. Araştırma grubunda DB belirtilerinin eşlik ettiği DEHB grubunda yazın bilgisiyyle uyumlu olarak en sık stimülan ve antipsikotik ilaçların kullanıldığı belirlenmiştir. DB belirtilerinin olmadığı DEHB grubunda hastaların hiçbirinde tedaviye antipsikotik ilaç tedavisi eklenmemiş olması, DEHB'de davranış sorunlarının eşlik ettiği durumlarda stimülan dışında ilaç ihtiyacının olduğunu göstermektedir. Yazın bilgisinde belirtilen psikososyal müdahaleler çalışmamızda her bir hasta için ayrıntılı sorgulanmamış

olmasına karşın bu hastalarda da kombine tedavi uygulandığını söyleyebiliriz. Kliniğimizde DEHB tedavisine bütüncül yaklaşılmaktadır dolayısıyla 5 yıllık izlemi olan bu hastaların sorun ve zorluk alanlarına göre ilaç dışı müdahaleleri (ebeveynlik becerileri, DEHB ve tedavi ile ilgili psikoeğitim, tutum önerileri, okul ve öğretmenlerle çalışma) yapılmıştır. Ancak ileride yapılacak çalışmalarda bu müdahalelerin özellikleri ve işlevselliğe yönelik etkilerinin daha ayrıntılı değerlendirilmesinin yararlı olacağı düşünülmüştür.

5.1.6. Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Eş hastalanım açısından baktığımızda çalışmamızda araştırma grubunda yer alan 49 ergenin 28'inde (%57,2) DEHB'ye eşlik eden bir veya daha fazla psikiyatrik eş tanı saptanmıştır. DEHB grubunda DB, KOKGB, depresif bozukluk, ayrılık anksiyetesi, sosyal anksiyete, enürezis ve sigara kullanımı eş tanıları belirlenmiştir. Araştırma grubunda yer alan ergenlerde eş hastalanım sıklığı alan yazınla uyumlu olarak en sık KOKGB (%53,06), ikinci sıklıkta ise anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları (%28,4) olduğu belirlenmiştir. DEHB yüksek oranda eş hastalanım gösteren nörogelişimsel bir bozukluktur. Alan yazında bir çok epidemiyolojik çalışmada eş hastalanım eşlik etmeyen DEHB tanılı hasta sadece %13-32.3 olarak gösterilmiştir [47]. DEHB'ye en sık eşlik eden psikopatolojilerin DB ve KOKGB olduğu ve çocuk ve ergenlerin yaklaşık %4-60'ında görüldüğü belirtilmektedir [9, 10]. DEHB tanılı hastalarda en sık gözlenen ikinci eş hastalanımın anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları olduğu [48], DEHB'li hastaların %20-30'unda depresif bozukluğun görüldüğü belirtilmektedir [50]. DEHB olan ergenlerde DEHB'nin yol açtığı yetersizlikler, olumsuz çevresel faktörler, sosyal ilişkilerde ve akran ilişkilerinde yaşadığı sorunlar, reddedilme, sık eleştirilme, sürekli olumsuz mesaj alma, akademik başarısızlıklar, ebeveynlerle yaşanan çatışmalar bu bireyleri depresyona yatkın hale getiriyor olabilir. Yine çalışmamızda depresyonla aynı oranda belirlenen anksiyete bozukluğunun eş tanı olarak belirlenmesi DEHB olan çocukların yaşadığı zorlukların kaygı bozukluklarına bir zemin hazırlayacağı yönündeki değerlendirmeleri desteklemektedir.

Geçmiş eş hastalanım açısından bakıldığında çalışmamızda araştırma grubunda yer alan ergenlerin %53,06'sında geçmişte var olan eş tanı saptanmıştır.

DEHB grubunda DB, KOKGB, depresif bozukluk, ayrılık anksiyetesi, sosyal anksiyete, enürezis, enkoprezis, tik bozukluğu ve sigara kullanımı geçmiş eş tanıları belirlenmiştir. Geçmiş eş tanı değerlendirmesinde KOKGB ve enürezisin DEHB'ye en fazla eşlik ettiği görülmektedir. Alan yazında DEHB hastalarında enürezis eş tanı görülmesinin yüksek olduğu belirtilmektedir [237]. Çalışmamızda DEHB grubunda görülen enürezis eş hastalanımın fazla olması literatür ile uyumlu olarak her iki bozukluğun da nörogelişimsel bozukluklar yelpazesinde bulunmaları nedeni ile olabilir.

Çalışmamızda DEHB grubu DB belirtilerinin eşlik etmesi durumuna göre eş hastalanım açısından değerlendirildiğinde DB belirtisi olan DEHB hastalarında anlamlı olarak daha fazla eş tanı olduğu gösterilmiştir. DB belirtileri olan grupta en sık KOKGB, ikinci sıklıkta ise depresif bozukluğun eş tanı olarak görülmesi yazın bilgisi ile paralellik göstermektedir. Yazın bilgisinde DB tanısı alan çocuklarda KOKGB ölçütlerini karşılama oranının 15 kat daha fazla olduğu [118], depresif bozukluk birlikteliğinin sık olduğu [120], DB ile anksiyete bozukluğu arasında doğrudan bir ilişkiden daha çok DB ve depresyon ve depresyonun anksiyete ile birlikte görülmesiyle daha iyi açıklanabilecek bir birlikteliğin olduğu belirtilmektedir [120]. KOKGB'nin DB öncülü olduğunu düşündüren yayınlar olmakla birlikte ikisi arasındaki geçişlerin daha az olduğunu gösteren çalışmalar da bulunmaktadır [119]. Çalışmamızda DB belirtisi olan grubun belirlenmesinde Turgay ölçeğinin KOKGB maddelerinin de kullanılması, eş tanıdaki KOKGB yüksekliğini açıklayabilir. DB belirtileri ya da tanısı olan hastalarda KOKGB eş tanısının görülme oranı DB tanısını karşılayan hastaların daha çok olduğu geniş bir örneklem grubu ile yapılacak çalışmalar ile daha iyi anlaşılabilir.

DEHB grubu DB belirtilerinin eşlik etmesi durumuna göre geçmiş eş hastalanım bakımından incelendiğinde en çok KOKGB ve enürezisin eşlik ettiği görülmektedir. DEHB grubunun değerlendirmesinde de KOKGB ve enürezisin geçmiş eş hastalanımda en sık görülmesi nörogelişimsel perspektiften bakıldığında bu durumun DEHB ile ilgili olabileceği, DB belirtilerinin olmasının eş hastalanım riskini artırdığı söylenebilir.

5.2. Davranım Bozukluğu Belirtileriyle İlişkili Özelliklerin Değerlendirilmesi

5.2.1. Duygusal, Bilişsel ve Davranışsal Sorunlar

DEHB belirtilerinin tarandığı Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeğinde (CWEÖÖ-U) tüm alt ölçek puanları (aile problemleri, duygusal problemler, davranım problemleri, bilişsel problemler, öfke kontrolü ve hiperaktivite puanları) ve toplam puanı; ebeveynin doldurduğu Conners Anababa Değerlendirme Ölçeğinde (CADÖ-Y/U) ise karşı gelme, bilişsel problemler-dikkatsizlik, hiperaktivite, kaygı-utangaçlık, sosyal problemler, psikosomatik, huzursuzluk-impulsivite, duygusal değişkenlik, Conners global toplam, DSM-IV dikkatsizlik, DSM-IV hiperaktivite dürtüsellik, DSM-IV toplam ve toplam puan öngörüldüğü gibi DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yazın bilgisinde DEHB’li ergenlerle CWEÖÖ-U ile yapılan çalışmalarda aile problemleri, duygusal problemler, davranım problemleri, bilişsel problemler, öfke kontrolü ve hiperaktivite puanlarında kontrollere göre anlamlı olarak yüksek puanlar saptandığı gösterilmiştir [201].

DEHB olan ergenlerde DB belirtileri olan ve olmayan ergen grubu karşılaştırıldığında DB belirtilerinin eşlik ettiği DEHB grubunda CWEÖÖ-U’da aile problemleri, duygusal problemler, davranım problemleri, öfke-kontrol problemleri ve ölçek toplam puanı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Alan yazında DEHB olan bireylerle DB/KOKGB gibi yıkıcı davranış bozukluklarının eşlik ettiği DEHB olan bireylerin karşılaştırıldığı bir çalışmada CWEÖÖ-U’da davranım problemleri, bilişsel problemler, hiperaktivite ve DEHB belirtileri toplam puanlarının DEHB’ye eşlik eden DB/KOKGB grubunda anlamlı düzeyde yüksek olduğu gösterilmiştir [238]. Çalışmamızın hipotezinde de belirttiğimiz gibi DEHB olan ergenlerde DB belirtileri eşlik ettiği hastalarda aile problemleri, duygusal problemler, davranım problemleri, öfke-kontrol problemleri daha fazla bulunmuştur. Bu durumun, ebeveynlerinde de psikiyatrik hastalık bulunmasının getirdiği genetik yüklülük ya da aile ortamındaki kaos ile ebeveynlik becerilerindeki yetersizlik ile de ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır. DB belirtilerinin varlığının duygusal problemlere, davranım problemlerine ve öfke kontrol problemlerine neden olarak sosyal, ailevi, akademik işlevselliklerinde sorunlara yol açabileceği, sosyal uyumu bozabileceği düşünülebilir. Yapılan korelasyon analizinde ise iki grubun karşılaştırma sonuçlarını destekleyecek şekilde

DEHB grubunda DB belirtileri varlığı ile CWEÖÖ-U arasında aile problemleri, duygusal problemler, davranım problemleri, öfke kontrol problemleri ve conners ergen toplam puanı arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki saptanmıştır. Yazın bilgisinde DEHB'ye DB belirtilerinin eşlik etmesinin klinik görünümü ağırlaştırdığı, çocuk ve ailenin işlevselliğinde daha fazla bozulmalara yol açtığı bildirilmektedir [239]. DEHB'ye eş hastalanım DB olan çocuk ve ergenlerde okul bırakma, adli olaya karışma ve suç davranışında artış olduğu bildirilmektedir [240]. Ayrıca bu sonuçlarla uyumlu olarak CWEÖÖ-U'nin Turgay Ölçeği DB maddeleriyle bakılan korelasyon analizinde kavga başlatma, kabadayılık etme maddeleri ile en çok korelasyon belirlenmiştir.

CADÖ-Y/U ölçeğinde DEHB grubu DB belirtilerinin olup olmaması durumuna göre kendi içinde karşılaştırıldığında DB belirtisinin eşlik ettiği DEHB grubunda karşı gelme, hiperaktivite, kaygı-utangaçlık, sosyal problemler, Conners global huzursuzluk impulsivite, Conners global duygusal değişkenlik, Conners global toplam, DSM-IV-Dikkatsizlik, DSM-IV-Hiperaktivite Dürtüsellik, DSM-IV-Toplam ve toplam puan yüksek bulunmuştur. Alan yazında CADÖ-Y/U ölçeğinin kullanıldığı birçok çalışmada bilişsel problemler ve dikkatsizlik alt ölçekleri ile DB arasında ilişki olduğu, normal bireylerle ayırım yapabildiği gösterilmiştir [241]. Bizim çalışmamıza alınan hasta grubunun temelde DEHB tanısı olan ergenlerden oluşması ve CADÖ-Y/U ölçeğinin bir çok alt ölçeğinden yüksek puanların alınması DB belirtilerinin öngörülebilmesi açısından zorluklara neden olmaktadır. DB'yi öngören özelliklerin belirlenebilmesi için örneklem grubunun arttırılması ya da sadece DB tanıları olan gruplar ile çalışma yapılması gerekmektedir. Ayrıca ebeveynlerin ifade ettiği DB belirtileri, anne ve babaların çocuklarındaki davranım sorunlarını yansıtıyor olabileceği gibi, ebeveynlerin yaşadığı zorluklar nedeni ile ergenlerin davranışlarına yaptıkları yanlış atıfları da yansıtıyor olabilir. Bu nedenle ebeveynler dışında çoklu bilgi kaynakları kullanma ve klinik değerlendirme önemli görülmektedir.

DEHB grubunda tanımlanan DB belirtileri varlığı ile CADÖ-Y/U arasında yapılan korelasyon analizinde, DEHB grubunda DB belirtisi varlığı ile duygusal değişkenlik açısından ilişki bulunmuş ve Turgay Ölçeği DB ölçek maddelerinden daha çok kavga, kabadayılık ve gözdağı verme gibi temaların olduğu maddeler ile ilişkiler gösterilmiştir. Alan yazında duygu tanıma becerilerinin incelendiği bir çalışmada DB

grubunun öfke, korku, mutluluk, üzüntü ve şaşkınlığı tanımada anlamlı bozulma gösterdiği, bozulmuş duygu tanımının DB için geçerli bir ailesel risk belirteci ya da aday endofenotip olabileceği belirtilmiştir [174]. DEHB’li hastalarda DB eş hastalanım varlığına göre yürütücü işlev özelliklerinin değerlendirildiği bir çalışmada kişilerarası ilişkiler, sosyal davranışlar, sosyal ilişkilerde karmaşık duyguların anlaşılması ve yorumlanması alanlarında DEHB’ye DB’nin eşlik ettiği ergenlerde zorluklarının olduğu gösterilmiştir [194]. Çalışmamızdaki korelasyon analiz sonuçlarında gösterilen kavga, kabadayılık ve göz dağı temaları, duygu tanıma zorlukları ve empati düzeylerindeki düşüklüğün neden olabileceği işlevsellik kayıplarından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca DB belirti varlığı ile ilişkili bulunan duygusal değişiklik doğrudan DEHB ve DB belirtileriyle ilişkili olabileceği gibi ebeveynlerde DEHB veya diğer psikopatolojilerin sık görülmesinden kaynaklanıyor olabilir. Ebeveynle erken dönemde ilişki içinde gelişen duygu düzenleme becerilerindeki aksamalar ebeveynin psikopatolojisinden ya da çocuğun mevcut zorluklarından da kaynaklanmış olabilir.

5.2.2. Duygu Tanıma Becerileri

Çalışmamızda duygu tanımayı değerlendirmek amacıyla Gözlerden Zihin Okuma Testi kullanılmıştır. Gözlerden Zihin Okuma Testi DEHB grubu ve kontrol grubu arasında kesim noktası dikkate alındığında anlamlı fark saptanmamışken, toplam puan dikkate alındığında DEHB grubunda toplam puan anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Alan yazında yapılan çalışmaların bazıları DEHB ve duygu tanıma arasında orta düzeyde bir ilişki olduğunu gösterirken, bazıları ise DEHB olan çocuk ve ergenlerde duygu tanımada bir eksiklik olduğunu belirtmektedir [168]. DEHB tanılı hastalarda zayıf duygusal düzenleme becerileriyle ilişkili olduğu düşünülen davranış bozuklukları ve akran reddi gibi sosyal duygusal zorluklar olduğu, duygu düzenlemenin en önemli basamaklarından birinin duygu tanıma olduğu belirtilmektedir [17, 18]. Çalışmamızda DEHB grubunda Gözlerden Zihin Okuma Testinin tanımlanmasında kullanılan kesim noktasında anlamlı bir sonuç bulunmamış olsa da toplam puanda elde ettiğimiz anlamlı düşüklük DEHB olan ergenlerin duygu tanımada sağlıklı ergenlerden daha fazla zorlandıklarını göstermektedir, bu durum DEHB olan ergenlerin sağlıklı kontrollere göre daha fazla yaşadıkları sosyal ve

duygusal zorlukları açıklıyor olabilir. Gözlerden Zihin Okuma testinde DEHB grubu ile kontrol grubu arasında kesim noktası açısından anlamlı fark görülmemesi örneklem sayısının düşüklüğünden kaynaklanıyor olabileceği gibi; duygu tanıma zorluklarını ölçme yöntemimizle de ilişkili olabilir. DEHB’li bireyler ile test sessiz, günlük koşullarına kıyasla daha iyi odaklanmalarına yardımcı olacak bir ortamda yapılmıştır. Ancak, DEHB’li bireylerin birçok çalışmada gösterilen dürtüsellik gibi özelliklerinin varlığı ve gerçek yaşamda birçok uyarana aynı anda maruz kalmaları bu bireylerin normal koşullarda duygu tanımlarındaki zorluklarını yansıtıyor olabilir. Sonraki çalışmalarda, günlük hayat senaryolarına daha uygun ölçme yöntemleri kullanmak, daha hassas değerlendirme yapmamıza yardımcı olabilir.

DEHB’ye DB belirtilerinin eşlik ettiği ergenler Gözlerden Zihin Okuma Testi toplam puan ve kesim noktası açısından değerlendirildiğinde DB belirtilerinin bulunmadığı DEHB grubuyla anlamlı fark bulunmamıştır. Alan yazında DB tanılı kişilerin duygu tanıma zorlukları yaşadığı, özellikle korku, üzüntü, iğrenme, öfke ve şaşkınlık gibi duyguları tanıma bozukluk olduğu belirtilmektedir [173]. Son dönemlerde yapılan bir çalışmada DEHB olan gençlerde duygu tanıma bozukluğunun eş hastalanım DB olanlara özgü olduğu, duygu tanımadaki bozukluğun dikkat eksikliğinden kaynaklanmadığı ileri sürülmüştür [176]. Bizim çalışmamızın araştırma grubunun DEHB olan hastalardan oluşması ve DEHB olan hastalarda duygu tanıma zorlukları gösterilmiş olması nedeni ile DB eşlik eden DEHB ile DB belirtilerinin bulunmadığı iki grup arasında fark oluşmamış olabilir. Ayrıca DEHB grubunun anlamlı düzeyde duygu tanımadaki zorluğunun DB belirtilerinin varlığından bağımsız bir sonuç olduğunu söylemek yanlış olmaz. Daha tutarlı sonuçlar, DEHB tanılı hastalar ile daha büyük bir örnekleme yapılacak DB belirtilerinin araştırıldığı çalışmalar ile elde edilebilir.

DEHB grubunda Gözlerden Zihin Okuma testi ile yapılan korelasyon analizinde kavga, dövüş başlatma temalı maddeler ile ilişki bulunmuştur. Alan yazında dikkat çekildiği gibi DB tanılı hasta grupları öfke, korku, mutluluk, üzüntü ve şaşkınlığı tanıma anlamlı bozulmalar göstermektedir [174]. Duyguları tanıma zorluk ve zihin okumadaki hatalı, yanlış/düşmanca atıflar ve buna bağlı kişilerarası/akran ilişkilerinde yaşanan sorunlar buna bağlı olabilir. Ayrıca bu çocuklar birçok alanda zorlukları olması nedeniyle eleştirilere sık maruz kalır, düşük benlik

saygısı ve yetersizlik duyguları taşır. Bu koşullarda kişilerarası ilişkilerde doğru niyet okuma, başkasının zihniyle ilgili bağlama uygun atıflar yapmada zorluk gösterme, nötr duygulara ve durumlara yanlı düşmanca atıflar yaparak uygunsuz ve agresif tepkiler verme beklendik bir durumdur.

5.2.3. Empati Becerileri

Ergenlerin empati özelliklerinin anlaşılabilmesi için ergenler tarafından doldurulan KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği Ergen Formunda, DEHB grubu ve sağlıklı grup arasında duygusal alt boyut ve toplam ölçek puanlarında anlamlı bir fark görülmemiştir, bilişsel alt boyutu ise DEHB grubunda anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Ergenlerin empati özelliklerinin anlaşılabilmesi için ebeveynler tarafından doldurulan Griffith Empati Ölçeği-Anne Baba Değerlendirme Formunun toplam puanında DEHB grubu ile kontrol grubu arasında fark saptanmamıştır. Alan yazında ülkemizde yapılan bir çalışmada, DEHB’li çocukların kontrol grubuna göre daha düşük duygusal ve bilişsel empati düzeylerinin olduğu, duygularının sık değiştiği ve duygu düzenlemede zorluklar yaşadıkları bildirilmiştir [22]. DEHB olan ve olmayan çocukların dahil edildiği başka bir çalışmada ise sürekli empati düzeyi arasında ebeveyn ve çocuk sonuçları arasında fark bulunmadığı, durumsal empati düzeyinde de DEHB ve sağlıklı kontrol arasında fark olmadığı belirtilmiştir [242]. Çalışmamızda KA-Sİ Empatik Eğilim ölçeğinin bilişsel alt boyutundaki düşüklük DEHB’li ergenlerin duygu tanıma becerilerinde yaşadıkları zorluklara işaret edebilir. Bu durum muhtemel sosyal ve akran ilişkilerinde DEHB’li çocukların yaşadığı zorlukların nedenlerini anlamamıza yardımcı olabilir.

Çalışmamızda DEHB grubu ile kontrol grubunun karşılaştırılmasında olduğu gibi; DB belirtilerinin varlığına göre DEHB olan ergenler kendi içinde karşılaştırıldığına kişilerin duygu veya bakış açısını bilişsel olarak algılanmasında rol alan bilişsel empati düzeyinde anlamlı düşüklük bulunmuştur. Alan yazında DB ve KOKGB olan bireylerin duygu tanıma ve duygusal empatide eksiklikler gösterdiğine dair bulgular olmasına rağmen çalışmalar arasında muhtemel metodolojik farklılıklardan kaynaklanan tutarsızlıklar olduğu belirtilmektedir [182]. Öz bildirim ölçeklerinin kullanıldığı çalışmalarda sağlıklı kontrollere göre DB olan çocuk ve ergenlerde tutarlı bir şekilde hem bilişsel hem de duygusal empati düzeylerinde

düşüklük olduğu bildirilmektedir [183]. Çalışmamızda bilişsel empati düzeyinde her iki grup karşılaştırmasında gösterilen fark, DB belirtilerinin eşlik ettiği DEHB'si olan ergenlerin, DB belirtileri olmayan gruba göre empati becerilerinde daha belirgin düşüklük olduğunu ya da sağlıklı kontrolle karşılaştırıldığında çıkan farkın DB belirtilerinin eşlik ettiği ergenlerden kaynaklanıyor olabileceğini düşündürmektedir. Bilişsel empati düzeyindeki yetersizlik bu ergenlerin karşısındaki duygusunu algılamada, dolayısıyla sosyal ipuçları doğru değerlendirmede zorluk yaşamasına, bağlama uygun duyu ve davranış düzenleme becerisinin yetersiz olmasına ve sonuç olarak kişilerarası ilişkilerde güçlük yaşamasına neden oluyor olabilir.

DEHB grubunda yapılan korelasyon analizlerinde bilişsel empati yetersizlikleri, evden kaçma ve kabadayılık etme maddeleri ile gösterilen ilişki, DEHB'de görülen duyu tanıma ve empati becerilerindeki yetersizliklerin bir sonucu olabilir ya da duyu tanıma ve empati eksiklerinin yol açtığı DB belirtilerindeki artışa işaret ediyor olabilir.

5.2.4. Katı-Duygusuz Özellikler

Ergenlerin katı-duygusuz özelliklerini değerlendirmek için geliştirilen kendini değerlendirme ölçeği olan Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeğinin katılık alt ölçeği, duyarsızlık/kayıtsızlık alt ölçeği ve toplam puanları DEHB grubunda anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Alan yazında katı-duygusuz özelliklere sahip gençlerin cezalandırma ipuçlarını anlamada ve duygusal empatilerinde anormallikler olduğu [141], nötr ve negatif uyaranlara karşı yorumlarının bozulmuş olduğu [142], dikkatlerini duygusal uyaranlara vermelerinde sorunlar olduğu ve bu durumun da diğer insanların duygularını tanımada kademeli hatalara yol açtığı öne sürülmektedir [143]. Katı-duygusuz özelliklerin, hafif veya orta derecede DEHB'si olan çocuklarda işlevsel bozukluklar ile anlamlı ilişkisi olduğu belirtilmektedir [152]. Katı-duygusuz özelliklerin DEHB'si olan çocuk ve ergenlerin alt gruplara ayrılmasında, prognoz ve tedaviye yanıt özelliklerinde önemli rolleri olduğunu belirten çalışmalar da bulunmaktadır [151]. Araştırma grubumuzda da görüldüğü gibi bilişsel empatideki düşüklük; bireylerin dikkatlerini duygusal uyaranlara vermedeki zorlukları nedeniyle, duyguları tanımada hatalar yapmaları ve duruma uygun davranış düzenleyememeleri sebebi ile empatik olmadıklarına ilişkin geri bildirim almalarıyla ilgili olabilir.

Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği'nin Turgay Ölçeği DB maddeleri ile korelasyonunda, cezalandırma ipuçlarını anlamada ve duygusal empatilerinde anormallikler ile ilişkili maddeler dikkat çekmiştir. Fakat, bizim hipotezlerimizden birisi olan, DEHB grubunda DB belirtilerinin öngörücülerinden olduğunu düşündüğümüz katı-duygusuz özellikler, DB belirtilerinin belirlenmediği DEHB grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı sonuçlar vermemiştir. Bu durum, araştırma grubunda DEHB tanısı alan ergenlerin kısıtlı düzeyde DB belirtisi göstermesinden ve uzun süredir takipli olmalarından, ilaç tedavisi altında olmalarından kaynaklanıyor olabilir. Daha büyük ve DB belirti düzeyi daha yüksek olan bir örnekte bu hipotezin değerlendirilmesinin değerli sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

5.2.5. Ergenlerin Davranış Özellikleri

Çalışmamızda ergenlerin olumlu ve olumsuz davranış özelliklerinin anlaşılabilmesi için kullanılan GGA alt ölçeklerinden; duygulanım sorunları, davranım sorunları, dikkat eksikliği ve hareketlilik, akran ilişkileri ve toplam ölçek puanında DEHB grubunun kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek puan aldığı gösterilmiştir. Olumlu ve olumsuz olabilecek davranış özelliklerini sorgulayan GGA literatürüne bakıldığında hem klinik hem de toplum örneğinde DEHB'yi saptamak için bir tarama yöntemi olarak kullanılabilceği, DEHB'yi tanımlamadaki doğruluğunu test eden kesitsel başka bir çalışmada ise dikkat eksikliği ve hareketlilik alt ölçeği ve toplam ölçek puanının eşit derecede iyi performans gösterdiği belirtilmektedir [243]. GGA'nın DEHB'li çocuklar ile yapılan epidemiyolojik örnekteki başka bir çalışmada ise DEHB'li çocukların GGA tüm alt ölçek maddelerinde kontrol grubuna göre daha fazla sorun yaşadığı gösterilmiştir [244]. GGA dikkat eksikliği ve hareketlilik alt ölçeğinin DEHB alt tipleri için tarama özelliklerinin incelendiği çalışmada, GGA dikkat eksikliği ve hareketlilik alt ölçeğinin DEHB birleşik alt tipte olan hastaların %74'ünü, DEHB dikkatsizlik alt tipte olan hastaların ise %22'sini tanımlayabildiği gösterilmiştir [245]. DEHB alt tipleri için GGA'nın birleşik alt tip için anlamlı bir duyarlılık gösterdiği fakat dikkatsizlik ve hiperaktivite alt tipleri için düşük duyarlılığa sahip olduğu belirtilmiştir [245]. Çalışmamızın DEHB grubunda GGA alt ölçeklerinden belirlenen sonuçlar DEHB belirtilerini tanımlamada ve zorlukları kategorileştirmede GGA'nın kullanılabilme

özelliğini ifade etmektedir. Araştırma grubumuzun duygu tanıma, zihin durumuyla ilgili atıfta bulunma ve bilişsel empati açısından daha zayıf ayrıca katı-duygusuz özellikleri de daha fazla göstermesi nedeniyle, bu ergenlerin ortama uygun duygu ve davranışlarını düzenleme ve akran ilişkilerini sağlıklı kurmada zorlanıyor olabilecekleri düşünülebilir.

DEHB'ye DB belirtilerinin eşlik etmesi durumunda ise GGA alt ölçeklerinden duygulanım sorunları, davranım sorunları, sosyal davranışlar ve toplam ölçek puanında DB belirtilerinin bulunmadığı DEHB grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek puan aldığı fakat dikkat eksikliği ve hareketlilik ve akran ilişkileri alt ölçeklerinde ise gruplar arasında anlamlı fark olmadığı gösterilmiştir. Yazın bilgisine bakıldığında ilköğretim çağındaki çocukların davranış sorunlarının belirlenmesi için GGA'nin kullanıldığı bir çalışmada GGA alt ölçeklerinden dikkat eksikliği ve hareketlilik, duygulanım sorunları, davranım sorunları ve akran ilişkileri alt ölçeklerinin davranım sorunları görülen çocuklarda yüksek olduğu bildirilmiştir [246]. Avustralya'da yapılan başka bir çalışmada ise davranım sorunları olan erkekler çocuklarında GGA davranım sorunları ve akran ilişkileri alt ölçeklerinde yükseklik olduğu gösterilmiştir [247]. Çalışmamızın DEHB grubunun, kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde akran ilişkilerinde sorun yaşamasına karşın DEHB grubu kendi içinde değerlendirildiğinde anlamlı çıkmaması DB belirtilerinden bağımsız olarak, DEHB tanısının akran ilişkilerini olumsuz etkiliyor olmasından kaynaklanıyor olabilir. Diğer yandan bu sonuçlara göre DEHB tanısına DB belirtilerinin eşlik etmesinin sosyal davranışları olumsuz etkilediği görülmektedir. DEHB olan ergenler DB belirtileri olması durumuna göre kendi içinde karşılaştırılmasında akran ilişkileri alt ölçeğinde fark bulunmaması, birbirine yakın özellikler taşıyan gruplarda bu alt ölçeğin duyarlılığının düşük olmasından da kaynaklanıyor olabilir.

DEHB grubunda DB belirti varlığı ile GGA korelasyon analizinde duygulanım sorunları, davranım sorunları ve GGA toplam puan arasında düşük düzeyde pozitif ve anlamlı ilişki; sosyal davranışlar alt ölçekleri arasında düşük düzeyde negatif ve anlamlı ilişki gösterilmiştir. GGA'nin davranım soruları ve sosyal davranış sorunlarının Turgay Ölçeği DB maddeleriyle zayıf düzeyde korelasyon göstermesine karşın korelasyon gösterdiği maddeler dikkat çekicidir. Bu maddelerin daha çok kavga, evden kaçma ve yalan söyleme temaları taşıdığı görülmektedir. KA-Sİ Empatik

Eğilim Ölçeği ile de aynı maddelerde görülen korelasyonlar kişilerarası ilişkilerdeki zorlukların ve sosyal davranış sorunlarının empatinin bilişsel alt boyutu ile ilişkili olabileceğini düşündürülebilir.

5.2.6. Davranım Bozukluğu ve Depresyon

Çalışmamızda depresyon özelliklerini anlayabilmek için kullanılan Beck Depresyon Ölçeği'nde DEHB grubu toplam puanı, kontrol grubu toplam puanından anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Yazın bilgisi incelendiğinde DEHB'de en sık gözlenen ikinci eş hastalanım grubu anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozukluklarıdır. DEHB'li hastaların %20-30 oranında eş tanı olarak depresif bozukluğun olduğu gösterilmektedir [50]. DEHB tanılı ergen kızlar ile yapılan başka bir çalışmada ise DEHB olan ergenlerde depresyonun daha erken yaşta ortaya çıktığı, hastalık süresinin iki kat daha uzun olduğu, depresyon ile ilişkili etkilenmenin daha fazla olduğu, daha yüksek oranda intihar davranışı/girişimi ile ilişkili olduğu ve depresyon ile ilgili hastaneye yatış olasılığının daha fazla olduğu bildirilmiştir [248]. DEHB'nin depresyon gelişimi açısından nasıl ve ne ölçüde bir risk ya da yatkınlık oluşturduğu konusunda farklı bildirimler olmasına rağmen, DEHB ile ilişkili akademik zorluklar, sosyal ilişkilerde, akran ilişkilerinde sorunlar, ebeveyn ilişkileri ya da aile işlevselliği gibi zorlukların olumsuz çevre koşulları ve yaşam olayları ile birlikte bu bireylerde depresyonun ortaya çıkmasını kolaylaştırdığı düşünülmektedir [249]. Çalışmaya alınan DEHB'li ergenlerle yapılan yarı yapılandırılmış klinik görüşmede depresif bozukluk tanısı konulan hasta sayısının (%14.2) az olmasına karşın, ergenlerin kendilerini değerlendirdikleri ölçek sonuçlarında ifade ettikleri zorluklar göz önünde bulundurulmalıdır. Bu zorluklar DEHB olan ergenlerin yaşamının her alanında olabilecek işlev kayıplarının sonucu olarak ve kendilerini değerlendirilmelerindeki olumsuz bakış açısı ile ilişkili olabilir. Beck Depresyon Ölçeğine göre ergenlerin %26.5'inin orta ve şiddetli düzeyde puanlar alması ve klinik tanı oranının daha düşük olması eşik altı depresif belirtileri olan ergenlerin gözden kaçabileceğini düşündürmekte ve klinisyenlerin depresif belirtileri sorgulamasının önemine dikkat çekmektedir. Ayrıca bu farkı yaratan etmenler çift yönlü olarak klinik görünümün etkilenmesinden kaynaklanıyor olabilir. Bir yandan DEHB belirtileri

depresif belirtilere yatkınlığı arttırırken diğeryandan depresyon belirtileri davranış sorunları olarak ortaya çıkarak depresyonu tanılamayı zorlaştırıyor olabilir.

DEHB grubunda görülen Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı yüksekliği DB belirtilerinin eşlik etmesi durumuna göre yapılan analizlerde de görülmektedir. Alan yazında DB ve depresyon birlikteliğinin sık olarak görüldüğü fakat bu ilişkinin zamansal sıralamasının ise çok iyi tanımlanmadığı belirtilmektedir [120]. DEHB tanılı bireylerde eş hastalanım olarak anksiyete bozukluğu ve yıkıcı davranış bozukluklarının olmasının DEHB'li bireylerde depresyonun ortaya çıkması için ek risk oluşturduğu belirtilmektedir [249]. DEHB grubunda sağlıklı kontrollere göre ve DB belirtileri olan DEHB ergenlerin DB belirtilerinin olmadığı DEHB grubuna göre Beck Depresyon Ölçeği toplam puanı yüksekliğinin belirlenmesi, örneklemimizin ergenlik döneminde olan ve uzun süreli takipli hastalardan oluşturulmasından ve dolayısıyla DEHB ve DB belirtilerinin zamanla ortaya çıkardığı işlevsellik kayıplarından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca DB belirtilerinin olduğu DEHB grubundaki ergenlerin orta ve şiddetli düzeyde puan alan ergenlerin tamamına yakını içeriyor olması DB belirtilerine bağlı oluşan işlevsellik kayıplarının, uyum ve ilişki sorunlarının sonucu olabileceği gibi depresyon belirtilerinin varlığı DB belirtilerinin ortaya çıkmasına neden oluyor olabilir. Bunun yanı sıra DB belirtilerinin ve depresif belirtilerin eşlik ettiği DEHB olgularının yüksek oranda çakışması nedeniyle DB belirtilerinin ne oranda DB tanısının öncülü olduğunu, ne kadarının depresyon kliniğinin bir parçası olarak ortaya çıktığını ayırt etmenin güçlüğü göz önünde bulundurulmalıdır. Çalışmamızın kesitsel olması, sadece şu anda var olan DB belirtilerinin sorgulandığı Turgay Ölçeği DB maddelerinin kullanılması nedeniyle bu nedenselliğin yönünü tahmin etmemiz ise oldukça zor görünmektedir.

5.2.7. Aile İşlevsellik Özellikleri

Çalışmamızda aile işlevselliğini anlayabilmek için kullanılan Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ) alt ölçeklerinden problem çözme, iletişim ve genel işlevler alt ölçekleri DEHB grubu ile kontrol grubu arasında farklılık göstermekte iken DEHB grubunda DB belirtisinin eşlik etmesi durumuna göre yapılan karşılaştırmalarda anlamlı fark gösterilememiştir. Alan yazın incelendiğinde DEHB tanılı çocukların sıklıkla parçalanmış ve kaotik ailelerden geldikleri, uygunsuz

ebeveyn tutumlarına maruz kaldıkları, düşük sosyoekonomik düzey ortamında yetiştikleri, olumsuz yaşam olayları yaşama sıklığının fazlalığı dikkat çekmektedir [8]. DEHB'li çocukların ebeveynleri ile DEHB'si olmayan çocukların ebeveynlerinin karşılaştırıldığı başka bir çalışmada, DEHB'li çocukların ebeveynlerinin duygudurum ve kaygı sorunları, ebeveynlik becerilerinde yetersizlik hissi, uygunsuz tutumlar nedeniyle suçlanma ve finansal sıkıntılar ve alkol kullanımı gibi problemleri daha fazla oranda yaşadıkları gösterilmiştir [250]. Çalışmamızda kullanılan aile işlevlerinin değerlendirildiği ölçek olan ADÖ'de; aileyi ilgilendiren sorunları, ailenin işlevselliğini bozmayacak şekilde çözebilme yeteneği olan Problem Çözme; aile bireyleri arasındaki bilginin değişimi olarak tanımlanan İletişim; ailenin diğer tüm alanlardaki işlevselliğinin değerlendirildiği Genel İşlevler alt ölçeklerinin ifade ettikleri zorlukların, DEHB olan ergenlerin mevcut zorlukları nedeniyle daha da fazla yaşanıyor olabileceği gibi, ergenlerin duygusal sorunlarına, davranış sorunlarına ve akran ilişkisinde yaşadıkları sorunlara zemin hazırlamış, katkıda bulunmuş olabilir. Aynı zamanda DEHB olan çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde başta DEHB olmak üzere daha yüksek oranda psikopatoloji görülüyor olması da ebeveynlik becerilerinde düşüşe ve aile işlevselliğinde bozulmalara neden olmuş olabilir.

DEHB grubunda yapılan korelasyon analizlerinde roller alt ölçeği, genel işlevler alt ölçeği ve ADÖ toplam ölçek puanı ile kavga dövüş başlatma maddesi arasında gösterilen ilişki ailenin işlevselliğinde problem çözme, iletişim ve genel işlevsellik alanlarındaki zorluklarının ve aile üyelerinin sorunları ele almadaki güçlüklerinin sonucu olarak DB belirtilerindeki artışa işaret ediyor olabilir.

5.2.8. Yıkıcı Davranış Belirtileri

Ebeveynlerin çocuklarının yıkıcı davranış özelliklerinin tanımlanması için doldurdıkları Turgay Ölçeğinde DEHB grubunun beklendiği gibi, tüm alt ölçekler puanları ve toplam puanları, kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Turgay ölçeğinde klinik olarak anlamlı durumları gösteren ölçek sayılarının DEHB grubu ve kontrol grubu arasında yapılan karşılaştırmalarında tüm alt ölçeklerde DEHB grubunda anlamlı olarak yükseklik saptanmıştır. DEHB grubu ve kontrol gruplarının her alt ölçek için belirlenen kesim noktaları ile yapılan karşılaştırmalarında ise dikkatsizlik, aşırı hareketlilik/dürtüsellik ve KOKGB alt ölçeklerinde DEHB grubunda

anlamli yükseklik olduğu gösterilmiş fakat DB alt ölçeğinde anlamli fark bulunamamıştır. Bu durum araştırma grubumuzu oluşturan DEHB olan ergenlerin takipli ve tedavi altında olan hastalardan oluşmasından, daha az davranım sorunları içermeleri ve bu açıdan homojen olan bir grup olmasından kaynaklanıyor olabilir.

5.3. Lojistik Regresyon Analizi

Kullandığımız lojistik regresyon modelinde, DEHB tanılı bireylerde Turgay leğinin KOKGB ve DB maddelerinde en az bir anlamli pozitiflik olması ile tanımlanan DB belirtisi gelişiminin ngrlmesinde Connors Anababa Değerlendirme leği (CADÖ-Y/U) toplam puanı bağımsız öngörücü etmen olarak saptanmıştır. Alan yazında DEHB olan hastalarda CADÖ-Y/U'nun mükemmeliyetçilik dışında tüm alt leklerinin klinik ve klinik olmayan grupları ayırt ettiği bildirilmiştir [201]. Çalışmamızda DEHB tanılı bireylerde Turgay leğinin KOKGB ve DB maddelerinde en az bir anlamli pozitiflik olması ile tanımlanan DB belirtisi gelişimini öngörmede, CADÖ-Y/U, kullandığımız diğer ölçeklere kıyasla daha üstündür. Bu verinin farklı DEHB tanısı olan ve diğer psikiyatrik tanıları olan çocuklardan ya da gençlerden ve hiçbir tanısı olmayanlardan elde edilecek veriler ile daha büyük rneklemlilerle çalışmalarla tekrarlanmasının yararlı olacağı düşünülmüştür.

5.4. Çalışmanın Güçlü Yanları ve Kısıtlılıkları

Bu alışma yöntemsel açıdan değerlendirildiğinde birçok güçlü yanının olduğu görülmektedir. DEHB grubunun yaş ve cinsiyet açısından kontrol grubu ile eşleştirilmiş olması ve katılımcıların hem tanı görüşmesi hem de çeşitli klinik ölçekler ile kapsamlı değerlendirilmiş olması bu çalışmanın önemli özelliklerindedir. Davranım bozukluğu belirti varlığını belirlemede kullanılan Turgay leği'ne ek olarak kullanılan diğer ölçek ve klinik görüşme sonuçlarının DEHB grubu içinde karşılaştırılmış olması ve bu sonuçların DB belirti varlığına göre oluşturulan gruplar arasında farklılık göstererek bu gruplamayı desteklemiş olması bu çalışmanın önemli özelliklerindedir. Çalışmamızda DB belirti tanımı ebeveynin değerlendirdiği bir öz bildirim leğine dayanıyor olsa da DB olan ve olmayan gruplar arasında Connors-Wells Ergen zbildirim leği Uzun Formu, Connors Anababa Dereceleme leği-

Yenilenmiş/Uzun Formu ve Güçler ve Güçlükler Anketi'nde de fark gözleniyor olması DB belirtisi grubumuzu oluşturmamızda kullandığımız metodu desteklemektedir.

Bu çalışmanın başlıca kısıtlılıkları, örneklemin üçüncü basamak bir sağlık kuruluşu olan Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi'ne başvuran çocuk ve ailelerinden oluşması ve bu nedenle sonuçların topluma genellenememesi, DEHB grubunun uzun süreli düzenli izlemi olan ve tedavi altında olan hastalardan oluşturulması nedeniyle DB belirtilerinin az ya da yatışmış olması, dolayısıyla beklenen DB belirti öngörücüleriyle ilişkisinin gösterilmesinde kısıtlılık oluşması, kesitsel olması, çalışmanın yapıldığı dönemin tüm dünyayı etkileyen Covid-19 pandemi sürecine denk gelmesi nedeni ile çalışma hipotezi için hedeflenen hasta sayısının daha az olması, ergenler okula devam edemedikleri için öğretmenlerinden bilgi alınamaması, olguların zeka durumlarının klinik gözlem ile belirlenmesi, zeka testi yapılamaması, DEHB tanısı ile takipli olan hastalarda DSM-5 ile Davranım Bozukluğu tanısını karşılayan hasta sayısının azlığı nedeni ile belirleyicinin bir öz bildirim ölçeği olan Turgay Ölçeği KOKGB ve DB maddeleri ile yapılması, katı-duygusuz özelliklerin, duygu tanıma, empati ve aile işlevselliğinin sadece ölçeklerle değerlendirilip, deneysel yöntemlerle bu verilerin desteklenememesi çalışmanın diğer kısıtlılıklarıdır.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmada elde edilen veriler özet olarak şu sonuçları göstermiştir:

1. DEHB olan ergenlerin baba eğitim düzeyinin daha düşük, aile yapısının daha çok tek ebeveyn, geniş ya da dağılmış aile özellikleri taşıdığı, ergenin daha az kardeşli ve sıklıkla ilk çocuk olduğu, DB belirtilerinin eşlik etmesi durumunda daha düşük sosyoekonomik düzeyin görüldüğü bulunmuştur.
2. DEHB grubu ergenlerde prenatal ve perinatal sorunların daha fazla olduğu, ergenlik başlangıç yaşının daha erken olduğu belirlenmiştir.
3. DEHB grubunda ailede psikiyatrik hastalık görülme oranı yüksek saptanmıştır. Psikiyatrik hastalık dağılımına bakıldığında en sık depresif bozukluk, ikinci sıklıkta ise DEHB olduğu görülmüştür.
4. DEHB'nin çocuk ve ergenlerin işlevselliğini birçok alanda olumsuz olarak etkilediği, en önemli alanlardan birinin akademik başarı düzeyine olan etkisi olduğu belirlenmiştir.
5. DEHB'si olan ergenlerde en sık bileşik tip DEHB belirlenmiştir. DB belirtilerinin olmadığı durumda DEHB olan hastaların sadece psikostimülan kullandığı, DB belirtileri olan DEHB'de daha fazla eş hastalanım görüldüğü ve tedaviye antipsikotik eklendiği, çoklu ilaç kullanımı ihtiyacı duyulduğu belirlenmiştir.
6. DEHB'si olan tüm ergenlerde ve DB belirtisinin eşlik ettiği grupta en sık eş hastalanımın KOKGB olduğu, ikinci sıklıkta ise anksiyete bozuklukları ve duygudurum bozuklukları görüldüğü belirlenmiştir. Geçmiş tanı değerlendirmesinde KOKGB ve enürezisin DEHB'ye en fazla eşlik ettiği belirlenmiştir.
7. DEHB olan ergenlerin duygu tanıma, zihin durumuyla ilgili atıfta bulunma ve bilişsel empati açısından daha zayıf olduğu, ayrıca katı-duygusuz özellikleri de daha fazla gösterdiği belirlenmiştir.

8. DEHB olan ergenler DB belirtilerinin eşlik etmesi durumuna göre kendi içinde karşılaştırıldığında bilişsel empati düzeyinde anlamlı düşüklük devam ederken katı duygusuz özelliklerde bir fark belirlenmemiştir.
9. DEHB'li ergenlerle aile problemleri, duygusal problemler, davranım problemleri, bilişsel problemler, öfke kontrol problemleri, akran ilişkilerinde problem olduğu belirlenmiş; DB belirtilerinin eşlik etmesi durumuna göre DEHB grubu kendi içinde karşılaştırıldığında bu fark artmıştır. DB belirtilerinin bu alanlarda işlevselliği bozucu etkisi olduğu belirlenmiştir.
10. DEHB grubunda hem klinik tanı olarak depresyon hem de öz bildirim ölçeklerinde depresif özellikler belirgin olarak yüksek bulunmuştur. DB belirtilerinin eşlik etmesi depresif belirtilerin daha fazla görülmesine neden olmuştur.
11. DEHB'de aile işlevselliğinde, aileyi ilgilendiren sorunlarda problem çözme ve iletişimde bozukluklar olduğu görülmüştür, DB belirtilerinin varlığının aile işlevselliğinde bozulmayı arttırıcı katkısı belirlenmemiştir.
12. Çalışmamızda DEHB tanılı bireylerde Turgay ölçeğinin KOKGB ve DB maddelerinde en az bir anlamlı pozitiflik olması ile tanımlanan DB belirtisi gelişimini öngörmede, Connors Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş/Uzun Formu, kullandığımız diğer ölçeklere kıyasla daha üstün olduğu gösterilmiştir.

Sonuç olarak; kesitsel bir çalışma olmasına karşın örneklemin uzun süreli izlemde olan DEHB'li ergenlerden oluşturulması nedeniyle DEHB'nin birçok alanda işlevselliğinin bozulduğu, DB belirtilerinin eşlik etmesinin işlevsellikte bozulmayı arttırıcı etkisi olduğu, daha fazla eş tanı görüldüğü, çoklu ilaç kombinasyonlarına ihtiyaç duyulduğu görülmüştür. DB belirtilerinden bağımsız olarak DEHB'nin duygu tanıma, empati ve katı duygusuz özellikleri üzerine etkisi olduğu belirlenmiş, bu alanlardaki bozuklukların akran ilişkisi, sosyal uyum, davranış ve duygu düzenleme,

öfke kontrolü, aile ilişkileri gibi bir çok alanı etkilediği düşünülmüştür. Ayrıca klinik olarak depresyonun az belirlenmesine karşın öz bildirim ölçeklerinde depresif belirtilerinin orta ve şiddetli düzeyde olan ergenlerin fazla olması eşik altı depresif belirtileri olan ergenlerin gözden kaçabileceğini düşündürmüştür. Daha da önemlisi orta ve şiddetli düzeyde depresif belirtileri olan ergenlerin tamamının DB belirtisi olan grupta olması depresif belirtilerin DB belirtilerine bağlı oluşan işlevsellik kayıplarının, uyum ve ilişki sorunlarının sonucu olabileceği gibi depresyon belirtilerinin varlığı da DB belirtilerinin ortaya çıkmasına neden oluyor olabilir. Bunun yanı sıra DB belirtilerinin ve depresif belirtilerin eşlik ettiği DEHB olgularının yüksek oranda çakışması nedeniyle DB belirtilerinin ne oranda DB tanısının öncülü olduğunu, ne kadarının depresyon kliniğinin bir parçası olarak ortaya çıktığını ayırt etmenin güçlüğü göz önünde bulundurulmalıdır.

DB belirtilerinin öngörücülerini belirlemek amaçlı yaptığımız bu çalışmada kullanılan ölçeklerden Connors Anababa Dereceleme Ölçeği toplam puanının DEHB olan ergenlerde DB belirtilerini öngörmeye güçlü bir araç olduğu, klinisyenin DEHB'nin klinik gidişini öngörmesinde ve tedavi yaklaşımını belirlemesinde ölçeğin toplam puan yüksekliğinin uyarıcı olabileceği; DEHB tanılı hastalarda DB belirtilerinin öngörebilirliği açısından bilişsel empati zorluklarının önemli olduğu bulunmuştur.

Bu çalışmanın sonucunda daha sonra yapılacak çalışmalar için öneriler;

1. DEHB olan ergenlerde DB yaygınlığının araştırılması ve DB ile ilişkili olabilecek demografik özellikler, özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri, akademik ve sosyal özellikler gibi değişkenlerin DEHB tanılı ve sağlıklı kontrolün yer aldığı geniş bir örnekleme incelenebilir,
2. DB ile eşlik eden psikopatolojileri ayrıntılı incelemek amacıyla DB belirtisi olan ile DB belirtisi olmayan grupların ayrı olarak bulunduğu geniş örnekleme çalışmalarının yapılması,
3. DEHB ve DB ilişkisinin yönünü inceleyen izlem çalışmaları yapılması,
4. DEHB grubundaki katı-duygusuz özelliklerin, duygu tanıma ve empatinin objektif ve subjektif yöntemlerle değerlendirilmesi,

5. DEHB grubunda DB bildirilen vakalarda izlem çalışmaları yapılarak gelecekte oluşabilecek psikopatolojilerin araştırılması,
6. Katı-duygusuz özellikler ve duygu tanımanın DEHB grubunda kontrol grubundan farklı sonuç vermesi, DEHB'lilerde bu zelliklerin DB belirtilerini uzun dönemde öngörmesi açısından önemli olabileceği, geniş rneklemliler ve izlem çalışmaları ile bu özelliklerin incelenmesi, olarak belirlenmiştir.

7.KAYNAKLAR

1. Association, A.P., *DSM 5.(2013)*. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 2013.
2. Polanczyk, G.V., et al., *Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*. Journal of child psychology and psychiatry, 2015. 56(3): p. 345-365.
3. Polanczyk, G., et al., *The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaression analysis*. Am J Psychiatry, 2007. 164(6): p. 942-8.
4. Faraone, S.V., et al., *Meta-analysis of the association between the 7-repeat allele of the dopamine D(4) receptor gene and attention deficit hyperactivity disorder*. Am J Psychiatry, 2001. 158(7): p. 1052-7.
5. Castellanos, F.X. and R. Tannock, *Neuroscience of attention-deficit/hyperactivity disorder: the search for endophenotypes*. Nature Reviews Neuroscience, 2002. 3(8): p. 617-628.
6. Shaw, P., et al., *Cortical development in typically developing children with symptoms of hyperactivity and impulsivity: support for a dimensional view of attention deficit hyperactivity disorder*. American Journal of Psychiatry, 2011. 168(2): p. 143-151.
7. Faraone, S.V., *The pharmacology of amphetamine and methylphenidate: relevance to the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder and other psychiatric comorbidities*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2018. 87: p. 255-270.
8. Biederman, J., *Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview*. Biological psychiatry, 2005. 57(11): p. 1215-1220.
9. Freitag, C.M., et al., *Biological and psychosocial environmental risk factors influence symptom severity and psychiatric comorbidity in children with ADHD*. Journal of Neural Transmission, 2012. 119(1): p. 81-94.
10. Jensen, C.M. and H.-C. Steinhausen, *Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study*. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 2015. 7(1): p. 27-38.
11. Edition, F., *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Am Psychiatric Assoc, 2013.
12. Copeland, W., et al., *Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2011. 50(3): p. 252-261.
13. Angold, A., E.J. Costello, and A. Erkanli, *Comorbidity*. Journal of child psychology and psychiatry, 1999. 40(1): p. 57-87.
14. Thapar, A., R. Harrington, and P. McGuffin, *Examining the comorbidity of ADHD-related behaviours and conduct problems using a twin study design*. The British Journal of Psychiatry, 2001. 179(3): p. 224-229.

15. Fanti, K.A., *Individual, social, and behavioral factors associated with co-occurring conduct problems and callous-unemotional traits*. Journal of abnormal child psychology, 2013. 41(5): p. 811-824.
16. Haas, S.M., et al., *Treatment Response in CP/ADHD Children with Callous/Unemotional Traits*. Journal of Abnormal Child Psychology, 2011. 39(4): p. 541-552.
17. Barkley, R.A., *Why emotional impulsiveness should be a central feature of ADHD*. The ADHD Report, 2010. 18(4): p. 1-5.
18. Bunford, N., et al., *Attention-deficit/hyperactivity disorder and social skills in youth: A moderated mediation model of emotion dysregulation and depression*. Journal of abnormal child psychology, 2015. 43(2): p. 283-296.
19. Shaw, P., et al., *Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder*. American Journal of Psychiatry, 2014. 171(3): p. 276-293.
20. Thompson, R.A., *Emotional regulation and emotional development*. Educational Psychology Review, 1991. 3(4): p. 269-307.
21. Martin-Key, N.A., et al., *Facial emotion recognition and eye movement behaviour in conduct disorder*. J Child Psychol Psychiatry, 2018. 59(3): p. 247-257.
22. Özyurt, G., Y. Öztürk, and A. Akay, *Relation of emotion regulation and empathy skills with maternal emotion regulation and attachment in children diagnosed with ADHD*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2017. 18(6): p. 611.
23. Schwenck, C., et al., *Cognitive and emotional empathy in children with ADHD and conduct disorder*. Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2011. 39(4): p. 265-276.
24. Schachar, R. and R. Tannock, *Syndromes of Hyperactivity and Attention Deficit*. I Rutter M, Taylor E, red. Child and Adolescent Psychiatry. Fourth Edition. Blackwell Publishing, Oxford, 2002.
25. Thorley, G., *Hyperkinetic syndrome of childhood: clinical characteristics*. The British Journal of Psychiatry, 1984. 144(1): p. 16-24.
26. Hoffmann, H., *Struwwelpeter*. 1995: Courier Corporation.
27. Still, G.F., *Some abnormal psychical conditions in children*. Lancet, 1902.
28. Gottlieb, M.I., *The Hyperactive Child*, in *Textbook of Developmental Pediatrics*. 1987, Springer. p. 303-329.
29. Lange, K.W., et al., *The history of attention deficit hyperactivity disorder*. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 2010. 2(4): p. 241-255.
30. Clements, S.D. and J.E. Peters, *Psychoeducational programming for children with minimal brain dysfunctions*. Annals of the New York Academy of Sciences, 1973. 205(1): p. 46-51.
31. Association AP. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised (DSM-III-R)*. ed. W. DG. 1987.
32. Association, A., *American Psychiatric Association's Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-IV)*. 1994.

33. Asherson, P. and I. Consortium, *Attention–Deficit Hyperactivity Disorder in the post–genomic era*. European child & adolescent psychiatry, 2004. 13(1): p. i50-i70.
34. Ercan, E.S., et al., *The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T)*. Nord J Psychiatry, 2019. 73(2): p. 132-140.
35. Ercan, E.S., et al., *Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study*. Child and adolescent psychiatry and mental health, 2013. 7(1): p. 30.
36. Wolraich, M.L., et al., *Comparison of diagnostic criteria for attention-deficit hyperactivity disorder in a county-wide sample*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1996. 35(3): p. 319-24.
37. Faraone, S.V., et al., *The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?* World psychiatry, 2003. 2(2): p. 104.
38. Faraone, S.V., et al., *Attention-deficit/hyperactivity disorder*. Nature Reviews Disease Primers, 2015. 1(1): p. 15020.
39. Gizer, I.R., C. Ficks, and I.D. Waldman, *Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review*. Human genetics, 2009. 126(1): p. 51-90.
40. Li, Z., et al., *Molecular genetic studies of ADHD and its candidate genes: a review*. Psychiatry research, 2014. 219(1): p. 10-24.
41. Çetin, F.H. and Y. Işık, *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve genetik*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2018.
42. Tole, F., et al., *The role of pre-, peri-, and postnatal risk factors in bipolar disorder and adult ADHD*. J Neural Transm (Vienna), 2019. 126(9): p. 1117-1126.
43. Athanasiadou, A., et al., *Early motor signs of attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2020. 29(7): p. 903-916.
44. Melegari, M.G., et al., *Actigraphic sleep pattern of preschoolers with ADHD*. Journal of attention disorders, 2020. 24(4): p. 611-624.
45. Mukaddes, N.M., *Yaşam boyu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve eşlik eden durumlar*. 2015: Nobel Tıp.
46. Sibley, M.H., et al., *When diagnosing ADHD in young adults emphasize informant reports, DSM items, and impairment*. Journal of consulting and clinical psychology, 2012. 80(6): p. 1052.
47. Kraut, A.A., et al., *Comorbidities in ADHD children treated with methylphenidate: a database study*. BMC psychiatry, 2013. 13(1): p. 11.
48. Taurines, R., et al., *Developmental comorbidity in attention-deficit/hyperactivity disorder*. ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 2010. 2(4): p. 267-289.
49. Assessment, A., *Clinical Policy: Attention Deficit Hyperactivity Disorder Assessment and Treatment*.

50. Cuffe, S.P., et al., *Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder in a community sample of older adolescents*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2001. 40(9): p. 1037-1044.
51. Larson, K., et al., *Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007*. Pediatrics, 2011. 127(3): p. 462-470.
52. Mayes, S.D., S.L. Calhoun, and E.W. Crowell, *Learning disabilities and ADHD: Overlapping spectrum disorders*. Journal of learning disabilities, 2000. 33(5): p. 417-424.
53. Altay, M.A. and I. Görker, *Assessment of psychiatric comorbidity and WISC-R profiles in cases diagnosed with specific learning disorder according to DSM-5 criteria*. Archives of Neuropsychiatry, 2018. 55(2): p. 127.
54. Bellani, M., et al., *Language disturbances in ADHD*. Epidemiology and Psychiatric Sciences, 2011. 20(4): p. 311-315.
55. Reale, L., et al., *Comorbidity prevalence and treatment outcome in children and adolescents with ADHD*. European Child & Adolescent Psychiatry, 2017. 26(12): p. 1443-1457.
56. Purper-Ouakil, D., et al., *Neurobiology of attention deficit/hyperactivity disorder*. Pediatric research, 2011. 69(8): p. 69-76.
57. Power, T.J., J. Hom, and P. Huang, *Current Best Practices for Assessing and Treating Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Current Treatment Options in Pediatrics, 2018. 4(1): p. 94-107.
58. Chan, E., J.M. Fogler, and P.G. Hammerness, *Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents: a systematic review*. Jama, 2016. 315(18): p. 1997-2008.
59. Wilens, T.E. and T.J. Spencer, *The stimulants revisited*. Child and adolescent psychiatric clinics of North America, 2000. 9(3): p. 573-603.
60. Pliszka, S. and A.W.G.o.Q. Issues, *Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2007. 46(7): p. 894-921.
61. Adler, L.A., J.H. Newcorn, and S.V. Faraone, *The Impact, Identification, and Management of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. 2007: MBL Communications.
62. McGough, J., *Adult manifestations of attention deficit/hyperactivity disorder*. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 2005. 2.
63. Sayal, K., E. Washbrook, and C. Propper, *Childhood behavior problems and academic outcomes in adolescence: longitudinal population-based study*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2015. 54(5): p. 360-368. e2.
64. Döpfner, M., et al., *Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Grown Up: An 18-Year Follow-Up after Multimodal Treatment*. J Atten Disord, 2020: p. 1087054720948133.

65. Molina, B.S., et al., *The MTA at 8 years: prospective follow-up of children treated for combined-type ADHD in a multisite study*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2009. 48(5): p. 484-500.
66. Ercan, E., et al., *Aripiprazole in children and adolescents with conduct disorder: a single-center, open-label study*. Pharmacopsychiatry, 2012. 45(01): p. 13-19.
67. Robins, L.N., *A 70 year history of conduct disorder: Variations in definition, prevalence, and correlates*. Historical and geographical influences on psychopathology, 1999: p. 37-56.
68. Fairchild, G., et al., *Conduct disorder*. Nature Reviews Disease Primers, 2019. 5(1): p. 43.
69. Moffitt, T.E., et al., *Silva.(2001). Sex differences in antisocial behaviour: conduct disorder, delinquency and violence in the Dunedin Longitudinal Study*. Cambridge University Press.
70. Gul, N., et al., *Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon*. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology, 2010. 20(1): p. 50-56.
71. Keenan, K., et al., *Predictive validity of DSM-IV oppositional defiant and conduct disorders in clinically referred preschoolers*. J Child Psychol Psychiatry, 2011. 52(1): p. 47-55.
72. Maughan, B., et al., *Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology*. Journal of child psychology and psychiatry, 2004. 45(3): p. 609-621.
73. Bornovalova, M.A., et al., *Understanding the relative contributions of direct environmental effects and passive genotype-environment correlations in the association between familial risk factors and child disruptive behavior disorders*. Psychological medicine, 2014. 44(4): p. 831.
74. Wesseldijk, L.W., et al., *Genetic and environmental influences on conduct and antisocial personality problems in childhood, adolescence, and adulthood*. European child & adolescent psychiatry, 2018. 27(9): p. 1123-1132.
75. Jaffee, S.R., et al., *Nature× nurture: Genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems*. Development and psychopathology, 2005. 17(1): p. 67-84.
76. Kendler, K.S., S.H. Aggen, and C.J. Patrick, *Familial influences on conduct disorder reflect 2 genetic factors and 1 shared environmental factor*. JAMA psychiatry, 2013. 70(1): p. 78-86.
77. Van Hulle, C.A., I. Waldman, and B.B. Lahey, *Sex differences in the genetic and environmental influences on self-reported non-aggressive and aggressive conduct disorder symptoms in early and middle adolescence*. Behavior genetics, 2018. 48(4): p. 271-282.
78. Moore, A.A., et al., *The Inventory of Callous-Unemotional Traits (ICU) in children: reliability and heritability*. Behavior genetics, 2017. 47(2): p. 141-151.

79. Salvatore, J.E. and D.M. Dick, *Genetic influences on conduct disorder*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2018. 91: p. 91-101.
80. Veroude, K., et al., *Genetics of aggressive behavior: An overview*. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 2016. 171(1): p. 3-43.
81. Holz, N.E., et al., *Gene x environment interactions in conduct disorder: Implications for future treatments*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2018. 91: p. 239-258.
82. Kendler, K., et al., *A genetically informative developmental study of the relationship between conduct disorder and peer deviance in males*. Psychological medicine, 2008. 38(7): p. 1001.
83. Henry, J., et al., *Early warm-rewarding parenting moderates the genetic contributions to callous-unemotional traits in childhood*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2018. 59(12): p. 1282-1288.
84. Cloninger, C.R., et al., *Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees: II. Cross-fostering analysis of gene-environment interaction*. Archives of General Psychiatry, 1982. 39(11): p. 1242-1247.
85. Hyde, L.W., et al., *Heritable and nonheritable pathways to early callous-unemotional behaviors*. American Journal of Psychiatry, 2016. 173(9): p. 903-910.
86. Nilsson, K.W., et al., *Gene-environment interaction of monoamine oxidase A in relation to antisocial behaviour: current and future directions*. Journal of Neural Transmission, 2018. 125(11): p. 1601-1626.
87. Fairchild, G., et al., *Decision making and executive function in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder and control subjects*. Biological psychiatry, 2009. 66(2): p. 162-168.
88. Sonuga-Barke, E.J., et al., *Annual Research Review: Transdiagnostic neuroscience of child and adolescent mental disorders—differentiating decision making in attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, depression, and anxiety*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2016. 57(3): p. 321-349.
89. Dawel, A., et al., *Not just fear and sadness: Meta-analytic evidence of pervasive emotion recognition deficits for facial and vocal expressions in psychopathy*. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 2012. 36(10): p. 2288-2304.
90. Schwenck, C., et al., *Empathy in children with autism and conduct disorder: Group-specific profiles and developmental aspects*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2012. 53(6): p. 651-659.
91. Fairchild, G., et al., *Deficits in facial expression recognition in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2009. 50(5): p. 627-636.
92. Alegria, A.A., J. Radua, and K. Rubia, *Meta-analysis of fMRI studies of disruptive behavior disorders*. American Journal of Psychiatry, 2016. 173(11): p. 1119-1130.
93. Passamonti, L., et al., *Neural abnormalities in early-onset and adolescence-onset conduct disorder*. Archives of general psychiatry, 2010. 67(7): p. 729-738.

94. White, S.F., et al., *Disrupted expected value and prediction error signaling in youths with disruptive behavior disorders during a passive avoidance task*. American Journal of Psychiatry, 2013. 170(3): p. 315-323.
95. Hwang, S., et al., *Dual neuro-circuitry dysfunctions in disruptive behavior disorders: emotional responding and response inhibition*. Psychological medicine, 2016. 46(7): p. 1485.
96. Aghajani, M., et al., *Disorganized amygdala networks in conduct-disordered juvenile offenders with callous-unemotional traits*. Biological Psychiatry, 2017. 82(4): p. 283-293.
97. Noordermeer, S.D., M. Luman, and J. Oosterlaan, *A systematic review and meta-analysis of neuroimaging in oppositional defiant disorder (ODD) and conduct disorder (CD) taking attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) into account*. Neuropsychology review, 2016. 26(1): p. 44-72.
98. Rogers, J.C. and S.A. De Brito, *Cortical and subcortical gray matter volume in youths with conduct problems: a meta-analysis*. JAMA psychiatry, 2016. 73(1): p. 64-72.
99. Raschle, N.M., et al., *Structural and functional alterations in right dorsomedial prefrontal and left insular cortex co-localize in adolescents with aggressive behaviour: an ALE meta-analysis*. PLoS One, 2015. 10(9): p. e0136553.
100. Smaragdi, A., et al., *Sex differences in the relationship between conduct disorder and cortical structure in adolescents*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2017. 56(8): p. 703-712.
101. Portnoy, J. and D.P. Farrington, *Resting heart rate and antisocial behavior: An updated systematic review and meta-analysis*. Aggression and violent behavior, 2015. 22: p. 33-45.
102. Latvala, A., et al., *Association of resting heart rate and blood pressure in late adolescence with subsequent mental disorders: a longitudinal population study of more than 1 million men in Sweden*. Jama Psychiatry, 2016. 73(12): p. 1268-1275.
103. Fairchild, G., et al., *Fear conditioning and affective modulation of the startle reflex in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder and healthy control subjects*. Biological psychiatry, 2008. 63(3): p. 279-285.
104. Latimer, K., et al., *Disruptive behaviour disorders: a systematic review of environmental antenatal and early years risk factors*. Child: care, health and development, 2012. 38(5): p. 611-628.
105. Sandman, C.A., et al., *Cortical thinning and neuropsychiatric outcomes in children exposed to prenatal adversity: a role for placental CRH?* American Journal of Psychiatry, 2018. 175(5): p. 471-479.
106. Barker, E.D. and B. Maughan, *Differentiating early-onset persistent versus childhood-limited conduct problem youth*. American Journal of Psychiatry, 2009. 166(8): p. 900-908.
107. Murray, J., et al., *Moderate alcohol drinking in pregnancy increases risk for children's persistent conduct problems: causal effects in a Mendelian*

- randomisation study*. Journal of child psychology and psychiatry, 2016. 57(5): p. 575-584.
108. Barker, E.D., et al., *Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology*. The British Journal of Psychiatry, 2012. 200(2): p. 124-129.
 109. Liu, J., *Early health risk factors for violence: Conceptualization, evidence, and implications*. Aggression and violent behavior, 2011. 16(1): p. 63-73.
 110. Raine, A., P. Brennan, and S.A. Mednick, *Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence: specificity to serious, early-onset violence*. American journal of psychiatry, 1997. 154(9): p. 1265-1271.
 111. Kim, J., et al., *Chronic fetal hypoxia affects axonal maturation in guinea pigs during development: a longitudinal diffusion tensor imaging and T2 mapping study*. Journal of Magnetic Resonance Imaging, 2015. 42(3): p. 658-665.
 112. Liu, J. and A. Raine, *The effect of childhood malnutrition on externalizing behavior*. Current opinion in pediatrics, 2006. 18(5): p. 565-570.
 113. Vaughn, M.G., et al., *Childhood reports of food neglect and impulse control problems and violence in adulthood*. International journal of environmental research and public health, 2016. 13(4): p. 389.
 114. Johnson, A.M., et al., *Emotion socialization and child conduct problems: A comprehensive review and meta-analysis*. Clinical Psychology Review, 2017. 54: p. 65-80.
 115. Boden, J.M., D.M. Fergusson, and L.J. Horwood, *Risk factors for conduct disorder and oppositional/defiant disorder: evidence from a New Zealand birth cohort*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2010. 49(11): p. 1125-1133.
 116. Piotrowska, P.J., et al., *Socioeconomic status and antisocial behaviour among children and adolescents: A systematic review and meta-analysis*. Clinical psychology review, 2015. 35: p. 47-55.
 117. Moore, A.A., et al., *Life course persistent and adolescence limited conduct disorder in a nationally representative US sample: prevalence, predictors, and outcomes*. Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 2017. 52(4): p. 435-443.
 118. Copeland, W., et al., *Indirect comorbidity in childhood and adolescence*. Frontiers in psychiatry, 2013. 4: p. 144.
 119. Rowe, R., et al., *Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder*. Journal of abnormal psychology, 2010. 119(4): p. 726.
 120. Copeland, W.E., et al., *Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2013. 54(7): p. 791-799.
 121. Hechtman, L. and D.R. Offord, *Long-term outcome of disruptive disorders*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, 1994. 3(2): p. 379-403.

122. Pilling, S., et al., *Recognition, intervention, and management of antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: summary of NICE-SCIE guidance*. Bmj, 2013. 346.
123. Gorman, D.A., et al., *Canadian guidelines on pharmacotherapy for disruptive and aggressive behaviour in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, or conduct disorder*. The Canadian Journal of Psychiatry, 2015. 60(2): p. 62-76.
124. Loy, J.H., et al., *Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 2017(8).
125. Pringsheim, T., et al., *The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 2: antipsychotics and traditional mood stabilizers*. Can J Psychiatry, 2015. 60(2): p. 52-61.
126. Gadow, K.D., et al., *Risperidone added to parent training and stimulant medication: effects on attention-deficit/hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, conduct disorder, and peer aggression*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2014. 53(9): p. 948-959. e1.
127. Erskine, H.E., et al., *Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2016. 55(10): p. 841-850.
128. Sampaio, F., et al., *Population cost-effectiveness of the Triple P parenting programme for the treatment of conduct disorder: an economic modelling study*. European child & adolescent psychiatry, 2018. 27(7): p. 933-944.
129. Health, N.C.C.f.M., *Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition, intervention and management*. Vol. 158. 2013: RCPsych Publications.
130. Kaminski, J.W. and A.H. Claussen, *Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviors in children*. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 2017. 46(4): p. 477-499.
131. Dadds, M.R., et al., *Outcomes, moderators, and mediators of empathic-emotion recognition training for complex conduct problems in childhood*. Psychiatry research, 2012. 199(3): p. 201-207.
132. Garland, A.F., et al., *Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children's disruptive behavior problems*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2008. 47(5): p. 505-514.
133. Erskine, H.E., et al., *The global burden of conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in 2010*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2014. 55(4): p. 328-336.
134. Fergusson, D.M., L. John Horwood, and E.M. Ridder, *Show me the child at seven: the consequences of conduct problems in childhood for psychosocial functioning in adulthood*. Journal of child psychology and psychiatry, 2005. 46(8): p. 837-849.

135. Kim-Cohen, J., et al., *Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort*. Archives of general psychiatry, 2003. 60(7): p. 709-717.
136. Maughan, B., et al., *Adolescent conduct problems and premature mortality: follow-up to age 65 years in a national birth cohort*. Psychological medicine, 2014. 44(5): p. 1077-1086.
137. Pisano, S., et al., *Conduct disorders and psychopathy in children and adolescents: aetiology, clinical presentation and treatment strategies of callous-unemotional traits*. Ital J Pediatr, 2017. 43(1): p. 84.
138. Hare, R.D., *The psychopathy checklist-Revised*. Toronto, ON, 2003. 2003.
139. Feilhauer, J. and M. Cima, *Youth psychopathy: Differential correlates of callous-unemotional traits, narcissism, and impulsivity*. Forensic science international, 2013. 224(1-3): p. 1-7.
140. Salekin, R.T., et al., *Psychopathy in youth and intelligence: An investigation of Cleckley's hypothesis*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2004. 33(4): p. 731-742.
141. Frick, P.J. and S.F. White, *Research review: The importance of callous-unemotional traits for developmental models of aggressive and antisocial behavior*. Journal of child psychology and psychiatry, 2008. 49(4): p. 359-375.
142. Masi, G., et al., *Emotional reactivity in referred youth with disruptive behavior disorders: the role of the callous-unemotional traits*. Psychiatry research, 2014. 220(1-2): p. 426-432.
143. Dadds, M.R., et al., *Attention to the eyes and fear-recognition deficits in child psychopathy*. The British Journal of Psychiatry, 2006. 189(3): p. 280-281.
144. Frick, P.J., et al., *Can callous-unemotional traits enhance the understanding, diagnosis, and treatment of serious conduct problems in children and adolescents? A comprehensive review*. Psychological bulletin, 2014. 140(1): p. 1.
145. Viding, E., et al., *Amygdala response to preattentive masked fear in children with conduct problems: the role of callous-unemotional traits*. Am J Psychiatry, 2012. 169(10): p. 1109-16.
146. Cardinale, E.M., et al., *Callous and uncaring traits are associated with reductions in amygdala volume among youths with varying levels of conduct problems*. Psychol Med, 2019. 49(9): p. 1449-1458.
147. Tuvblad, C., et al., *Psychopathic personality traits in 5 year old twins: the importance of genetic and shared environmental influences*. European child & adolescent psychiatry, 2017. 26(4): p. 469-479.
148. Kahn, R.E., et al., *Intergenerational similarity in callous-unemotional traits: Contributions of hostile parenting and household chaos during adolescence*. Psychiatry research, 2016. 246: p. 815-820.
149. Waller, R., et al., *Bidirectional associations between parental warmth, callous unemotional behavior, and behavior problems in high-risk preschoolers*. Journal of abnormal child psychology, 2014. 42(8): p. 1275-1285.

150. Blair, R.J.R., *Neurobiological basis of psychopathy*. The British Journal of Psychiatry, 2003. 182(1): p. 5-7.
151. Chen, Y.L., et al., *Adolescent-Parent Agreement on Callous-Unemotional Traits in Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. Int J Environ Res Public Health, 2020. 17(11).
152. Brammer, W.A. and S.S. Lee, *Impairment in children with and without ADHD: contributions from oppositional defiant disorder and callous-unemotional traits*. J Atten Disord, 2012. 16(7): p. 535-43.
153. Barry, C.T., et al., *The importance of callous-unemotional traits for extending the concept of psychopathy to children*. J Abnorm Psychol, 2000. 109(2): p. 335-340.
154. Blader, J.C., et al., *Callous-unemotional traits, proactive aggression, and treatment outcomes of aggressive children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2013. 52(12): p. 1281-93.
155. Storebø, O.J. and E. Simonsen, *The Association Between ADHD and Antisocial Personality Disorder (ASPD): A Review*. J Atten Disord, 2016. 20(10): p. 815-24.
156. Babinski, D.E., et al., *Attention-deficit/hyperactivity disorder and callous-unemotional traits as moderators of conduct problems when examining impairment in emerging adults*. Psychiatry Res, 2017. 258: p. 525-530.
157. Graziano, P.A., et al., *Callous-Unemotional Traits Among Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): Associations with Parenting*. Child Psychiatry Hum Dev, 2017. 48(1): p. 18-31.
158. Leroy, A., S. Spotorno, and S. Faure, *Emotional scene processing in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder: a systematic review*. Eur Child Adolesc Psychiatry, 2020.
159. Barrett, L.F. and M. Bar, *See it with feeling: affective predictions during object perception*. Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences, 2009. 364(1521): p. 1325-1334.
160. Malcolm, G.L., I.I. Groen, and C.I. Baker, *Making sense of real-world scenes*. Trends in Cognitive Sciences, 2016. 20(11): p. 843-856.
161. Barrett, L.F. and E. Bliss-Moreau, *Affect as a psychological primitive*. Advances in experimental social psychology, 2009. 41: p. 167-218.
162. Keysers, C. and V. Gazzola, *Towards a unifying neural theory of social cognition*. Progress in brain research, 2006. 156: p. 379-401.
163. Arbib, M.A., *Action to language via the mirror neuron system*. 2006: Cambridge University Press.
164. Théoret, H. and A. Pascual-Leone, *Language acquisition: Do as you hear*. Current Biology, 2002. 12(21): p. R736-R737.
165. Adolphs, R., *Cognitive neuroscience of human social behaviour*. Nature Reviews Neuroscience, 2003. 4(3): p. 165-178.
166. Dursun, P., M. Emül, and F. Gençöz. *A Review of the Literature on Emotional Facial Expression and Its Nature*. in *Yeni Symposium*. 2010.

167. Erol, A., et al., *Yüzde dışavuran duyguların tanınması ve ayırt edilmesi testlerinin türk toplumunda güvenilirlik ve geçerlilik çalışması*. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2009. 10(2): p. 116-123.
168. Graziano, P.A. and A. Garcia, *Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis*. Clinical psychology review, 2016. 46: p. 106-123.
169. Aspan, N., et al., *Emotion Recognition Pattern in Adolescent Boys with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. BioMed Research International, 2014. 2014: p. 761340.
170. Ichikawa, H., et al., *Hemodynamic response of children with attention-deficit and hyperactive disorder (ADHD) to emotional facial expressions*. Neuropsychologia, 2014. 63: p. 51-58.
171. Hwang, S., et al., *Executive attention control and emotional responding in attention-deficit/hyperactivity disorder—A functional MRI study*. NeuroImage: Clinical, 2015. 9: p. 545-554.
172. Da Fonseca, D., et al., *Emotion understanding in children with ADHD*. Child psychiatry and human development, 2009. 40(1): p. 111.
173. Kohls, G., et al., *Investigating Sex Differences in Emotion Recognition, Learning, and Regulation Among Youths With Conduct Disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2020. 59(2): p. 263-273.
174. Sully, K., E.J. Sonuga-Barke, and G. Fairchild, *The familial basis of facial emotion recognition deficits in adolescents with conduct disorder and their unaffected relatives*. Psychol Med, 2015. 45(9): p. 1965-75.
175. Herpertz, S.C., et al., *Response to emotional stimuli in boys with conduct disorder*. American Journal of Psychiatry, 2005. 162(6): p. 1100-1107.
176. Airdrie, J.N., et al., *Facial Emotion Recognition and Eye Gaze in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder With and Without Comorbid Conduct Disorder*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2018. 57(8): p. 561-570.
177. Weisz, E. and J. Zaki, *Motivated empathy: a social neuroscience perspective*. Curr Opin Psychol, 2018. 24: p. 67-71.
178. Eisenberg, N., N.D. Eggum, and L. Di Giunta, *Empathy-related responding: Associations with prosocial behavior, aggression, and intergroup relations*. Social issues and policy review, 2010. 4(1): p. 143-180.
179. Stern, J.A. and J. Cassidy, *Empathy from infancy to adolescence: An attachment perspective on the development of individual differences*. Developmental Review, 2018. 47: p. 1-22.
180. Marton, I., et al., *Empathy and social perspective taking in children with attention-deficit/hyperactivity disorder*. Journal of abnormal child psychology, 2009. 37(1): p. 107-118.
181. Cordier, R., et al., *Empathy in the play of children with attention deficit hyperactivity disorder*. OTJR: Occupation, Participation and Health, 2010. 30(3): p. 122-132.

182. Short, R.M.L., et al., *Does comorbid anxiety counteract emotion recognition deficits in conduct disorder?* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2016. 57(8): p. 917-926.
183. Cheng, Y., A.-Y. Hung, and J. Decety, *Dissociation between affective sharing and emotion understanding in juvenile psychopaths.* Development and psychopathology, 2012. 24(2): p. 623-636.
184. Blair, R.J.R., *The neurobiology of psychopathic traits in youths.* Nature Reviews Neuroscience, 2013. 14(11): p. 786-799.
185. Waller, R., et al., *A meta-analysis of the associations between callous-unemotional traits and empathy, prosociality, and guilt.* Clin Psychol Rev, 2020. 75: p. 101809.
186. Fairchild, G., et al., *Facial expression recognition, fear conditioning, and startle modulation in female subjects with conduct disorder.* Biological psychiatry, 2010. 68(3): p. 272-279.
187. Cadesky, E.B., V.L. Mota, and R.J. Schachar, *Beyond words: how do children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect?* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2000. 39(9): p. 1160-1167.
188. Woodworth, M. and D. Waschbusch, *Emotional processing in children with conduct problems and callous/unemotional traits.* Child: care, health and development, 2008. 34(2): p. 234-244.
189. de Wied, M., P.P. Goudena, and W. Matthys, *Empathy in boys with disruptive behavior disorders.* Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2005. 46(8): p. 867-880.
190. Martin-Key, N., T. Brown, and G. Fairchild, *Empathic accuracy in male adolescents with conduct disorder and higher versus lower levels of callous-unemotional traits.* Journal of abnormal child psychology, 2017. 45(7): p. 1385-1397.
191. Harvey, E.A., R.P. Breaux, and C.I. Lugo-Candelas, *Early development of comorbidity between symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and oppositional defiant disorder (ODD).* Journal of abnormal psychology, 2016. 125(2): p. 154.
192. Kaiser, N.M., K. McBurnett, and L.J. Pfiffner, *Child ADHD severity and positive and negative parenting as predictors of child social functioning: Evaluation of three theoretical models.* Journal of Attention Disorders, 2011. 15(3): p. 193-203.
193. Kerr, A. and P.D. Zelazo, *Development of "hot" executive function: The children's gambling task.* Brain and cognition, 2004. 55(1): p. 148-157.
194. Dolan, M. and C. Lennox, *Cool and hot executive function in conduct-disordered adolescents with and without co-morbid attention deficit hyperactivity disorder: relationships with externalizing behaviours.* Psychological Medicine, 2013. 43(11): p. 2427.
195. Kaufman, J., et al., *Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data.* J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997. 36(7): p. 980-8.

196. Gokler, B., *Reliability and validity of schedule for affective disorders and Schizophrenia for school age children-present and lifetime version-Turkish version (K-SADS-PL-T) [in Turkish]*. Turk J Child Adolesc Mental Health, 2004. 11: p. 109-116.
197. F, Ü., et al., *Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlaması'nın Geçerlik ve Güvenirliği*. 28. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi. 9-12 Mayıs 2018, İstanbul, 2018.
198. Baron-Cohen, S., et al., *The "Reading the Mind in the Eyes" Test Revised Version: A Study with Normal Adults, and Adults with Asperger Syndrome or High-functioning Autism*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2001. 42(2): p. 241-251.
199. Girli, A., *Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin Türkçe Çevirisi*. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.
200. CK, C., *Conners' rating scales-revised*. North Tonawanda, NY: Multi-Health Systems Publishing, 1997.
201. Conners, C.K., et al., *A new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity*. Journal of abnormal child psychology, 1997. 25(6): p. 487-497.
202. Kaner, S., et al., *Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu: Türk Ergenlerde Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi*. Klinik Psikiyatri Dergisi, 2011. 14(2).
203. Kaya, A. and D.M. Siyez, *KA-Sİ çocuk ve ergenler için empatik eğilim ölçeği: Geliştirilmesi geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Eğitim ve Bilim, 2010. 35(156).
204. Frick, P.J., *The inventory of callous-unemotional traits*. Unpublished rating scale, 2004.
205. Köse, S., et al., *Kati-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği-Gençlik Formu" Türkçe Uyarlamasının Psikometrik Özellikleri/ Psychometric Properties of the Turkish Version of" Inventory of Callous-Unemotional Traits-Youth Form*. The Journal of Pediatric Research, 2017. 4(3): p. 123-130.
206. Goodman, R., *The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 1997. 38(5): p. 581-586.
207. Güvenir, T., et al., *Güçler ve güçlükler anketi'nin (gga) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri*. Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health, 2008. 15: p. 65-74.
208. Beck, A.T., et al., *Beck depression inventory (BDI)*. Arch Gen Psychiatry, 1961. 4(6): p. 561-571.
209. Hisli, N., *Beck depresyon envanterinin üniversite öğrencileri için geçerliliği, güvenilirliği.(A reliability and validity study of Beck Depression Inventory in a university student sample)*. J. Psychol., 1989. 7: p. 3-13.
210. Conners, C.K., *Conners' Rating Scales--revised: User's Manual*. 1997: Multi-Health Systems, Incorporated.

211. Kaner, S., et al., *Conners anababa dereceleme ölçeği yenilenmiş uzun formu: Faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirlik çalışması*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2011. 18(1): p. 45-58.
212. Turgay, A., *Disruptive behavior disorders child and adolescent screening and rating scales for children, adolescents, parents and teachers*. West Bloomfield (Michigan): Integrative Therapy Institute Publication, 1994.
213. Ercan, E., et al., *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2001. 8(3): p. 132-144.
214. Epstein, N.B., L.M. Baldwin, and D.S. Bishop, *The McMaster family assessment device*. Journal of marital and family therapy, 1983. 9(2): p. 171-180.
215. Bulut, I., *Aile değerlendirme ölçeği el kitabı*. Ankara: Özgüzelış Matbaası, 1990: p. 6-8.
216. Dadds, M.R., et al., *A measure of cognitive and affective empathy in children using parent ratings*. Child psychiatry and human development, 2008. 39(2): p. 111-122.
217. Gümüştas, F., *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenlerde empatik yanıt verebilme, duygusal yüz ifadelerinin tanınması, empati-agresyon ilişkisi ve ilaç tedavisinin empati becerileri üzerine etkileri*. 2011.
218. Polanczyk, G.V., et al., *Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents*. J Child Psychol Psychiatry, 2015. 56(3): p. 345-65.
219. Erşan, E.E., et al., *The distribution of symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey*. European child & adolescent psychiatry, 2004. 13(6): p. 354-361.
220. Yazgan, Y., *Hiperaktivitenin klinik özellikleri*. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınlar. İzmir, 1998. 3(3): p. 417-425.
221. Barkley, R.A., K.R. Murphy, and M. Fischer, *ADHD in adults: What the science says*. 2010: Guilford Press.
222. Kaya, A., et al., *Trauma and adult attention deficit hyperactivity disorder*. Journal of International Medical Research, 2008. 36(1): p. 9-16.
223. Senol, S. and S.S.D.E.H. Bozukluğu, *İçinde Güleç C, Köroğlu E (editörler)*. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1999: p. 1119-1130.
224. Wang, X., et al., *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Risk: Interaction Between Parental Age and Maternal History of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder*. J Dev Behav Pediatr, 2019. 40(5): p. 321-329.
225. Chang, Z., et al., *Maternal age at childbirth and risk for ADHD in offspring: a population-based cohort study*. International journal of epidemiology, 2014. 43(6): p. 1815-1824.
226. Lahey, B.B., et al., *Psychopathology in the parents of children with conduct disorder and hyperactivity*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1988. 27(2): p. 163-170.

227. Spencer, T.J., et al., *Growth deficits in ADHD children revisited: evidence for disorder-associated growth delays?* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 1996. 35(11): p. 1460-1469.
228. Biederman, J., et al., *Growth deficits and attention-deficit/hyperactivity disorder revisited: impact of gender, development, and treatment.* Pediatrics, 2003. 111(5): p. 1010-1016.
229. Greenfield, B., et al., *Sexual maturation among youth with ADHD and the impact of stimulant medication.* European child & adolescent psychiatry, 2014. 23(9): p. 835-839.
230. Poulton, A.S., et al., *Growth and pubertal development of adolescent boys on stimulant medication for attention deficit hyperactivity disorder.* Medical Journal of Australia, 2013. 198(1): p. 29-32.
231. Biederman, J., *Familial Association Between Attention Deficit Disorder.* Am J Psychiatry, 1991. 148: p. 251-256.
232. Wilens, T.E., et al., *Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD.* The Journal of clinical psychiatry, 2009. 70(11): p. 1557.
233. Hurtig, T., et al., *ADHD symptoms and subtypes: relationship between childhood and adolescent symptoms.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2007. 46(12): p. 1605-1613.
234. Biederman, J., et al., *Absence of gender effects on attention deficit hyperactivity disorder: findings in nonreferred subjects.* American Journal of Psychiatry, 2005. 162(6): p. 1083-1089.
235. Armenteros, J.L., J.E. Lewis, and M. Davalos, *Risperidone augmentation for treatment-resistant aggression in attention-deficit/hyperactivity disorder: a placebo-controlled pilot study.* Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 2007. 46(5): p. 558-565.
236. Kutcher, S., et al., *International consensus statement on attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behaviour disorders (DBDs): clinical implications and treatment practice suggestions.* European Neuropsychopharmacology, 2004. 14(1): p. 11-28.
237. Park, S., et al., *Nocturnal enuresis is associated with attention deficit hyperactivity disorder and conduct problems.* Psychiatry Investig, 2013. 10(3): p. 253-8.
238. Steer, R.A., G. Kumar, and A.T. Beck, *Use of the Conners-Wells' Adolescent Self-Report Scale: short form with psychiatric outpatients.* Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 2001. 23(4): p. 231-239.
239. KILIÇ, B.G. and Ş. ŞENER, *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Karş› t Olma-Karş› Gelme Bozukluğu/Davran› ş Bozukluğu Eş Hastalan› m› nda Aile İşlevleri ve Psikososyal Değişkenlerin Karş› laşt› r› lmas›.*
240. Gnanavel, S., et al., *Attention deficit hyperactivity disorder and comorbidity: A review of literature.* World Journal of Clinical Cases, 2019. 7(17): p. 2420.
241. Barkley, R.A., *Child behavior rating scales and checklists.* 1988.

242. Gumustas, F., et al., *Empathy and Facial Expression Recognition in Children With and Without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Effects of Stimulant Medication on Empathic Skills in Children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder*. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 2017. 27(5): p. 433-439.
243. Algorta, G.P., et al., *Diagnostic efficiency of the SDQ for parents to identify ADHD in the UK: a ROC analysis*. *European child & adolescent psychiatry*, 2016. 25(9): p. 949-957.
244. Rothenberger, A., et al., *EINAQ—A European educational initiative on Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and associated problems*. *European child & adolescent psychiatry*, 2004. 13(1): p. i31-i35.
245. Ullebø, A.K., et al., *Screening for the attention deficit hyperactivity disorder phenotype using the strength and difficulties questionnaire*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2011. 20(9): p. 451.
246. Adams, J.W., et al., *Problems of behaviour, reading and arithmetic: Assessments of comorbidity using the Strengths and Difficulties Questionnaire*. *British Journal of Educational Psychology*, 1999. 69(4): p. 571-585.
247. Hayes, L., *Problem behaviours in early primary school children: Australian normative data using the Strengths and Difficulties Questionnaire*. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 2007. 41(3): p. 231-238.
248. Biederman, J., et al., *New insights into the comorbidity between ADHD and major depression in adolescent and young adult females*. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2008. 47(4): p. 426-434.
249. Daviss, W.B., *A review of co-morbid depression in pediatric ADHD: etiologies, phenomenology, and treatment*. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 2008. 18(6): p. 565-571.
250. Everet, C. and S. Everett, *Family Therapy for ADHD: Treating Children, Adolescents, and Adult*. 1999, New York: Guilford Press.

8. EKLER

EK 1. Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

1.SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ

Cinsiyeti: Kız Erkek

Doğum Tarihi:.../.../...

Yaşadığı Yer:

Yaş:

Sınıfı:

Telefon:

Bilgi kaynağı:

Aile yapısı: Çekirdek / Geniş / A-B Ayrı / A-B Boşanmış

Anne Yaşı/Eğitimi/Mesleği...../...../.....

Baba Yaşı/Eğitimi/Mesleği...../...../.....

Kardeşler (yaş, cinsiyet)

2. ÖZGEÇMİŞ/SOYGEÇMİŞ BİLGİLERİ

GELİŞİM ÖYKÜSÜ:

Prenatal Öykü:

Annenin hastalığı:

Sigara / Alkol / Madde Kullanımı

Fetüste Hastalık

Perinatal Öykü:

Preterm / Term / Postterm

Doğum Ağırlığı

NVSD / C/S

Sorun: Hipoksi / Asfiksi / Sarılık / Enfeksiyon / Travma / Diğer

Küvöz / Yoğun Bakım İhtiyacı – Süresi:

Gelişim basamakları:

Konuşma:..... Sözcük:..... Cümle:..... Yürüme:.....

Tuvalet eğitimi:.....

Bakım veren:

0-1 yaş:..... 1-3 yaş:..... 3-6 yaş:.....

Ayrılık var mı, süresi:

Ergenlik Başlangıcı:

OKUL ÖYKÜSÜ:

Okula Başlama Zamanı:

Normal:..... Erken:..... Geç:.....

Okuma Öğrenme:

Okul Öncesi:... İlk Dönem:... 2. Dönem:... Daha Geç:.....

Başarı Düzeyi:

AİLE ÖYKÜSÜ:

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü :

Ailede tıbbi hastalık öyküsü :

Ailede yaşanmış şiddet olayı öyküsü :

Tanımlanmış kişilik bozukluğu öyküsü :

Alkol/madde kullanım öyküsü :

TIBBİ ÖYKÜSÜ:

Tıbbi hastalık öyküsü:

Kullandığı psikiyatrik ilaçlar ve süresi:

Geçmişteki psikiyatrik öykü:

Sigara Öyküsü:

Alkol/madde kullanım öyküsü:

3. KLİNİK BİLGİ

Psikiyatri polikliniğine hiç başvurduysa ilk başvuru yaşı:

Kaç defa değerlendirilmiş:

Başvuru yakınmasının tanımı:

Eş hastalanım: DEHB / KOKGB / ÖÖG / depresyon / Diğer

İlaç tedavisi aldıysa tedavisi:

Sosyal destek:

Hobi / uğraşlar:

Sosyal beceriler:

Okula devamlılık:

EK 2. Gözlerden Zihin Okuma Testi

alıştırma

kıskanmış

korkmuş



Rahatlamış

nefret ediyor

Child Eyes Test

Katılımcı No:

E	İ	kıskanmış	korkmuş	rahatlamış	nefret ediyor
K	1.	nefret ediyor	şaşırmış	nazik	öfkeli
K	2.	kaba	öfkeli	şaşırmış	üzgün
E	3.	arkadaşça	üzgün	şaşırmış	endişeli
E	4.	rahatlamış	canı sıkkın	şaşırmış	heyecanlı
E	5.	yaptığı şey için üzgün hissediyor	birine bir şey yaptırıyor	şaka yapıyor	rahatlamış
E	6.	nefret ediyor	kaba	endişeli	sıkılmış
E	7.	Yaptığı şey için üzgün hissediyor	sıkılmış	bir şey ilgisini çekmiş	şaka yapıyor
E	8.	Bir şeyi hatırlıyor	mutlu	arkadaşça	kızgın
K	9.	rahatsız olmuş	nefret ediyor	şaşırmış	bir şey düşünüyor
E	10.	nazik	utangaç	inanmıyor	üzgün
E	11.	emrediyor	umut ediyor	kızgın	iğrenmiş
E	12.	aklı karışmış	şaka yapıyor	üzgün	ciddi
K	13.	bir şey düşünüyor	canı sıkkın	heyecanlı	mutlu
E	14.	mutlu	bir şey düşünüyor	heyecanlı	nazik
K	15.	inanmıyor	arkadaşça	oynamak istiyor	rahatlamış
K	16.	kararını vermiş	şaka yapıyor	şaşırmış	sıkılmış
K	17.	kızgın	arkadaşça	kaba	biraz endişeli
E	18.	üzücü bir şey hakkında düşünüyor	kızgın	emrediyor	arkadaşça
K	19.	kızgın	hayal kuruyor	üzgün	bir şey ilgisini çekmiş
E	20.	nazik	şaşırmış	memnun değil	heyecanlı
K	21.	bir şey ilgisini çekmiş	şaka yapıyor	rahatlamış	mutlu
K	22.	şen	nazik	şaşırmış	bir şey düşünüyor
K	23.	şaşırmış	bir şey hakkında emin	şaka yapıyor	mutlu
E	24.	ciddi	yaptığından utanmış	kafası karışmış	şaşırmış
E	25.	utangaç	suçlu	hayal kuruyor	endişeli
K	26.	şaka yapıyor	rahatlamış	sinirli	pişman
E	27.	yaptığından utanmış	heyecanlı	inanmıyor	memnun
E	28.	iğrenmiş	nefret ediyor	mutlu	sıkılmış

EK 3. Conners - Wells Ergen Özbildirim Ölçeği Uzun Formu

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Ebeveynlerimin çok sert bir disiplini vardır.	0	1	2	3
2	Kendimi ağlamaklı hissederim.	0	1	2	3
3	Fırsat bulduğumda kuralları bozarım.	0	1	2	3
4	İstediğimden daha yavaş öğreniyorum.	0	1	2	3
5	Kolayca parlarım.	0	1	2	3
6	Çok uzun süre hareketiz kalamam.	0	1	2	3
7	Ebeveynlerim yalnızca kötü davranışlarımı fark ederler.	0	1	2	3
8	Dikkatsizce hatalar yaparım ya da ayrıntılara dikkat etmede sorun yaşarım.	0	1	2	3
9	Evimizdeki cezalandırma adil değildir.	0	1	2	3
10	Cesaretsizim.	0	1	2	3
11	Oynarken ya da çalışırken dikkatimi sürdürmekte sorun yaşarım.	0	1	2	3
12	Polisle başım derde girer.	0	1	2	3
13	Okul çalışmalarımı düzenlemekte sorun yaşarım.	0	1	2	3
14	Kolayca patlamaya hazırım.	0	1	2	3
15	Çok uzun süre hareketsiz oturmayacak kadar çok enerjim var.	0	1	2	3
16	Ebeveynlerim benim iyi davranışlarımı ödüllendirmez ya da fark etmezler.	0	1	2	3
17	Bana söylenenleri dinlemekte sorun yaşarım.	0	1	2	3
18	Ebeveynlerim çok katıdırlar.	0	1	2	3
19	Kendimi mutsuz ve sıkıntılı hissederim.	0	1	2	3
20	Okul çalışmalarımı ya da günlük işlerimi bitirmekte sorun yaşarım.	0	1	2	3
21	Kuralları çiğnerim.	0	1	2	3
22	Öğrendiğim şeyleri unuturum.	0	1	2	3
23	Kızgın bir yapım var.	0	1	2	3
24	Genellikle kıpır kıpırdanır ve yerinde duramam.	0	1	2	3
25	Ebeveynlerim benden çok şey beklerler.	0	1	2	3
26	İşlerimi ve etkinliklerimi düzenlemede sorun yaşarım.	0	1	2	3
27	Ebeveynlerim beni her zaman eleştiriyor gibidirler.	0	1	2	3
28	Ufak tefek şeyler için çok endişelenirim.	0	1	2	3
29	Bazı insanları incitmek hoşuma gider.	0	1	2	3
30	Okul çalışmalarımı tamamlamam için çok çabalamam gerekir.	0	1	2	3
31	Sinirlerime hakim olamıyorum.	0	1	2	3
32	Hareket etmeden otursam bile içten içe huzursuz hissederim.	0	1	2	3
33	Çalışırken, gürültüler beni yaptığım işten alıkoyar.	0	1	2	3
34	Çok fazla düşünmemi gerektiren okul çalışmalarından ve ev ödevlerinden hoşlanmam.	0	1	2	3
35	Evimizde çok fazla bağırma olur.	0	1	2	3
36	Başkalarına itiraf etmesem de pek çok şey beni korkutur.	0	1	2	3
37	İçimde beni gerçekten kötü şeyler yapmaya iten bir şeyler var.	0	1	2	3
38	Bir şeylerle birkaç dakikadan fazla uğraşmam zordur.	0	1	2	3
39	Öfkem başımı derde sokar.	0	1	2	3
40	Ev ödevlerimi yaparken kalkıp dolaşmalıyım.	0	1	2	3
41	Pek çok şey hakkındaki kararlarım yerinde değildir.	0	1	2	3

42	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybederim (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar ya da araçlar).	0	1	2	3
43	Evimizdeki kurallar çok net değildir.	0	1	2	3
44	Dışarıya karşı kendimden emin davransam da kendi içimde öyle değilim.	0	1	2	3
45	Başkalarının malına zarar veririm.	0	1	2	3
46	Düşüncelerimi sistemli bir şekilde düzenlemekte sorun yaşarım.	0	1	2	3
47	Pek çok şey beni sınırlendirir	0	1	2	3
48	Yemek sırasında hareketsiz oturmakta sorun yaşarım.	0	1	2	3
49	Sessizce oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerini yapmakta sorun yaşarım.	0	1	2	3
50	Etrafımda olup bitenler dikkatimi dağıtır.	0	1	2	3
51	Ailem eğlenceli bir çok şeyi birlikte yapmaz.	0	1	2	3
52	Tek başına kalmaktan korkarım.	0	1	2	3
53	Günlük etkinliklerimde unutkanım.	0	1	2	3
54	Tehlikeli şeyler yapmaktan hoşlanırım.	0	1	2	3
55	Yapmak zorunda olduğum işlerin sırasını karıştırırım.	0	1	2	3
56	İnsanlar beni kızdırlar ve öfkelenirler.	0	1	2	3
57	Ellerim ayaklarım hiç durmaz, oturduğum yerde kıpırdanırım.	0	1	2	3
58	Aynı yerde durmaktansa hareket halinde olmayı severim.	0	1	2	3
59	Derslerimde geriyim.	0	1	2	3
60	Oturmam beklenen durumlarda (örneğin, okulda) yerimden kalkarım.	0	1	2	3
61	Aileme çok yakın değilim.	0	1	2	3
62	Sinirlenirim.	0	1	2	3
63	Huzursuzum ya da aşırı hareketliyim.	0	1	2	3
64	Okuldan kaçırım (Örneğin izinsiz okuldan ayrılırım).	0	1	2	3
65	Bir konuya bir kerede konsantre olmakta sorun yaşarım.	0	1	2	3
66	Hala öfkemi kontrol etmede sorun yaşarım.	0	1	2	3
67	Yalnız biriyim.	0	1	2	3
68	Bazen kendimi bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hissederim.	0	1	2	3
69	Alınanım ya da kolayca kızdırılırım.	0	1	2	3
70	Sürekli hareket halindeyim.	0	1	2	3
71	Ebeveynlerim beni gerçekten umursamazlar .	0	1	2	3
72	Gelecek bana ümitsiz görünüyor.	0	1	2	3
73	Bana ait olmayan şeyleri alırım.	0	1	2	3
74	Sıra ev ödevlerini yapmaya gelince çok düzensizim.	0	1	2	3
75	Çok fazla konuşurum.	0	1	2	3
76	Bir çok ağrım ve sızım vardır.	0	1	2	3
77	Alkollü içecekler içerim.	0	1	2	3
78	Büyük bir gayretle ve yavaş okurum.	0	1	2	3
79	Soruların tamamlanmasını beklemeden cevap veririm.	0	1	2	3
80	Uyuşturucu kullanırım	0	1	2	3
81	Okumada ve yazmada sorun yaşarım.	0	1	2	3
82	Sırada beklemekte ya da sıranın bana gelmesini beklemekte sorun yaşarım.	0	1	2	3
83	El yazım kötüdür.	0	1	2	3
84	Okurken okuduğum yeri kaybederim.	0	1	2	3
85	Başım kolaylıkla derde girer.	0	1	2	3
86	Çalışırken ya da oynarken başkalarını engellerim.	0	1	2	3
87	Geceleri kabus görürüm.	0	1	2	3

EK 4. KA-Sİ Çocuk ve Ergenler İçin Empatik Eğilim Ölçeği – Ergen Formu (KA-Sİ – EEÖ - Ergen Formu)

		Bana hiç uygun değil	Bana biraz uygun	Bana oldukça uygun	Bana tamamen uygun
1	Bir arkadaşım başarısından dolayı ödül aldığında onun sevincini ben de hissederim.				
2	Bir arkadaşım öğretmen tarafından azarlandığında ben de üzülürüm.				
3	Sıkıntısı olan arkadaşlarım konuşmak için önce benim yanıma gelirler.				
4	Karşımdaki kişiyi uzun süre dikkatle dinleyebilirim.				
5	Arkadaşları tarafından dışlanan birini gördüğümde üzülürüm.				
6	Karşımda ağlayan birini gördüğümde üzülürüm.				
7	Bir arkadaşım başından geçen üzücü bir olay anlattığında ben de kendimi üzgün hissederim.				
8	Arkadaşlarımın canını sıkan bir şeyler olduğunda onlar söylemeseler de hal ve hareketlerinden anlarım.				
9	Arkadaşlarımı anlama konusunda başarılı olduğuma inanıyorum.				
10	Arkadaşlarım sorunlarını benimle rahatlıkla paylaşırlar.				
11	Arkadaşlarım benimle konuştuktan sonra kendilerini iyi hissettiklerini söylerler.				
12	Üzgün ve morali bozuk bir arkadaşımı gördüğümde benim de moralim bozulur.				
13	Karşımda acı çeken birini gördüğümde aynı acıyı ben de hissederim.				
14	Bir arkadaşım haksızlığa uğradığında üzülürüm.				
15	Televizyonda ya da sinemada üzücü şeyler izlediğimde ben de üzülürüm.				
16	Bir arkadaşımın sorununu anlamak için onu sonuna kadar dinlerim.				
17	Canı yanmış bir hayvan gördüğümde üzülürüm.				

EK 5. Katı-Duygusuz Özellikleri Tarama Ölçeği (ICU-TR)

Lütfen Açıklamaları dikkatlice okuyunuz. Size en uygun gelen cevabı işaretleyiniz.

	Kesinlikle Doğru Değil	Biraz Doğru	Çok Doğru	Kesinlikle Doğru
1.Duygularımı açıkça ifade edebilirim.	0	1	2	3
2.Benim 'doğru' ve 'yanlış' olarak düşündüklerim, diğerlerinin düşündüklerinden farklıdır.	0	1	2	3
3.İşte veya okulda nasıl daha iyi olacağımı önemsemem.	0	1	2	3
4.İstedığımı elde etmek için kime zarar verdiğimi önemsemem.	0	1	2	3
5.Yanlış bir şeyler yaptığımda kendimi kötü ve suçlu hissederim.	0	1	2	3
6.Duygularımı başkalarına göstermem.	0	1	2	3
7.Bir yerde zamanında bulunmak umurumda değildir.	0	1	2	3
8.Başkalarının hissettiklerinden dolayı endişelenirim.	0	1	2	3
9.Başımın belaya girmesini önemsemem.	0	1	2	3
10.Duygularımın beni kontrol etmesine izin vermem.	0	1	2	3
11.İyi şeyler yapmak umurumda değildir.	0	1	2	3
12.Başkalarını önemsemem ve soğuk görünürüm.	0	1	2	3
13.Kolaylıkla haksız olduğumu kabul ederim.	0	1	2	3
14. Başkaları için ne hissettiğimi söylemek benim için kolaydır.	0	1	2	3
15.Her zaman elimden gelenin en iyisini yapmaya çalışırım.	0	1	2	3
16.Zarar verdiğim insanlardan özür dilerim.	0	1	2	3
17.Başkalarının duygularına zarar vermeye çalışırım.	0	1	2	3
18.Yanlış bir şeyler yaptığımda vicdan azabı duymam.	0	1	2	3
19.Çok etkileyici ve duygusalımdır.	0	1	2	3
20.İyi şeyler yapmak için beklemeyi sevmem.	0	1	2	3
21.Başkalarının hissettikleri benim için önemli değildir.	0	1	2	3
22.Duygularımı başkalarından gizlerim.	0	1	2	3
23.Yaptığım her işte çok çalışırım	0	1	2	3
24.Başkalarını iyi hissettirmek için bir şeyler yaparım.	0	1	2	3

EK 6. Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA)

		Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru
1	Diğer insanların duygularını önemserim.			
2	Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramam.			
3	Sıkça bas ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınırım.			
4	Diğer çocuklarla kolayca paylaşırım.			
5	Sıkça öfke nöbetlerim olur ya da aşırı sinirliyimdir.			
6	Daha çok tek basıyım, yalnız oynama eğilimindeyim.			
7	Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yaparım.			
8	Birçok kaygım vardır. Sıkça endişeli görünürüm.			
9	Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş ya da kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olurum.			
10	Sürekli ellerim ayaklarım kıpır kıpırdır ya da oturduğum yerde kıpırdanıp dururum.			
11	En az bir yakın arkadaşım vardır.			
12	Sıkça diğer çocuklarla kavga eder ya da onlarla alay ederim.			
13	Sıkça mutsuz görünür, kederli ya da ağlamaklıyım.			
14	Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilirim.			
15	Dikkatim kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çekerim.			
16	Yeni ortamlarda gergin ya da huysuzumdur. Kendime güvenimi kolayca kaybederim.			
17	Kendimden küçüklere iyi davranırım.			
18	Sıkça yalan söyler ya da hile yaparım.			
19	Diğer çocuklar bana takarlar ya da benimle alay ederler.			
20	Sıkça başkalarına (anne, baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olurum.			
21	Bir şeyi yapmadan önce düşünürüm.			
22	Ev, okul ya da başka yerlerden çalarım.			
23	Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinirim.			
24	Pek çok korkum var. Kolayca ürkerim.			
25	Başladığım işi bitirir, dikkat sürem iyidir.			

EK 7. Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ)

Aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Her madde bir çeşit ruh durumunu anlatmaktadır. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

- 1) 0.Kendimi üzgün hissetmiyorum.
1.Kendimi üzgün hissediyorum.
2.Her zaman üzüntülüymüm ve bundan kurtulamıyorum.
3.O kadar üzüntülü ve sıkıntılıym ki artık dayanamıyorum.
- 2) 0.Gelecek hakkında umutsuz değilim.
1.Gelecek hakkında umutsuzum.
2.Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3.Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.
- 3) 0.Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.
1.Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2.Geçmişe baktığımda pek çok başarısızlıklarım olduğunu görüyorum.
3.Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.
- 4) 0.Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.
1.Her şeyden eskisi kadar zevk alamıyorum.
2.Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3.Her şeyden sıkılıyorum.
- 5) 0.Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.
1.Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2.Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3.Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.
- 6) 0.Cezalandırılıyormuşum gibi duygular içinde değilim.
1.Sanki, bazı şeyler için cezalandırılabilirmişim gibi duygular içindeyim.
2.Cezalandırılacakmışım gibi duygular yaşıyorum.
3.Cezalandırıldığımı hissediyorum.
- 7) 0.Kendimden memnunum.
1.Kendimden pek memnun değilim.
2.Kendimden hiç hoşlanmıyorum.
3.Kendimden nefret ediyorum.

- 8) 0.Başkalarından daha kötü bir durumda olduğumu sanmıyorum.
 1.Zayıf yanlarım veya hatalarım için kendimi eleştiririm.
 2.Hatalarımdan dolayı ve her zaman kendimi suçlarım.
 3.Her aksilik karşısında kendimi suçluyorum.
- 9) 0.Kendimi öldürmek gibi düşüncelerim yok.
 1.Bazen kendimi öldürmeyi düşünüyorum fakat böyle bir şeyi yapamam.
 2.Kendimi öldürebilmeyi isterdim.
 3.Fırsatını bulsam kendimi öldürürüm.
- 10) 0.Her zamankinden fazla içimden ağlamak gelmiyor.
 1.Zaman zaman içimden ağlamak geliyor.
 2.Çoğu zaman ağlıyorum.
 3.Eskiden ağlayabilirdim şimdi istesem de ağlayamıyorum.
- 11) 0.Eskisine göre daha sinirli veya tedirgin sayılmam.
 1.Eskisine kıyasla daha kolay kızıyor ya da sinirleniyorum.
 2.Çoğu zaman sinirli ve tedirginim.
 3.Şimdilerde her an için sinirli ve tedirginim.
- 12) 0.Başkaları ile görüşmek, konuşmak isteğimi kaybetmedim.
 1.Eskisine göre başkalarıyla daha az konuşmak, görüşmek istiyorum.
 2.Diğer insanlara karşı ilgimin çoğunu kaybettim.
 3.Hiç kimseyle konuşmak ve görüşmek istemiyorum.
- 13) 0.Rahat ve kolay karar verebiliyorum.
 1.Eskiden olduğu kadar kolay karar veremiyorum, erteliyorum.
 2.Karar verirken eskisine kıyasla çok güçlük çekiyorum.
 3.Artık hiç karar veremiyorum.
- 14) 0.Aynada kendime baktığımda değişiklik görmüyorum.
 1.Daha yaşlanmış ve çirkinleşmişim gibi geliyor.
 2.Görünüşümün çok değiştiğini ve çirkinleştiğimi hissediyorum.
 3.Kendimi çok çirkin buluyorum.
- 15) 0.Eskisi kadar iyi çalışabiliyorum.
 1.Bir şeyler yapabilmek için gayret göstermem gerekiyor.
 2.Herhangi bir şeyi yapabilmek için kendimi çok zorlamam gerekiyor.
 3.Hiç çalışmıyorum.
- 16) 0.Her zamanki gibi iyi uyuyabiliyorum.
 1.Eskiden olduğu gibi kolay ve rahat uyuyamıyorum.
 2.Eskisine göre 1-2 saat daha erken uyanıyorum ve tekrar uyumakta güçlük çekiyorum.
 3.Her zamankinden çok daha erken uyanıyor ve tekrar uyuyamıyorum.

- 17) 0. Her zamankinden daha çabuk yorulmuyorum.
1. Her zamankinden daha çabuk ve kolay yoruluyorum.
2. Artık, neredeyse her şeyden kolay ve çabuk yoruluyorum.
3. Kendimi hemen hiçbir şey yapamayacak kadar yorgun hissediyorum.
- 18) 0. İştahım her zamanki gibi.
1. İştahım her zamanki kadar iyi değil.
2. İştahım çok azaldı.
3. Artık hiç iştahım yok.
- 19) 0. Son zamanlarda kilo vermedim.
1. Son zamanlarda istemediğim halde iki kilodan fazla kilo verdim.
2. Beş kilodan fazla kilo verdim.
3. Yedi buçuk kilodan fazla kilo kaybettim.
- 20) 0. Sağlığım beni fazla endişelendirmiyor.
1. Son zamanlarda ağrı, sızı, mide bozukluğu, kabızlık gibi sıkıntıları var.
2. Sağlığım beni endişelendirdiği için başka şeyleri düşünmek zorlaşıyor.
3. Sağlığım hakkında o kadar endişeliyim ki başka hiçbir şey düşünmüyorum.
- 21) 0. Son zamanlarda cinsel konulara olan ilgimde bir değişme fark etmedim.
1. Eskisine göre cinsel konularla daha az ilgileniyorum.
2. Şimdilerde cinsellikle pek ilgili değilim.
3. Cinsel konulara olan ilgimi tamamen kaybettim.

EK 8. Connors Anababa Dereceleme Ölçeği - Yenilenmiş/Uzun CADÖ-Y/U)

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Öfkeli ve alıngandır.	0	1	2	3
2	Ev ödevlerini yapmada ya da tamamlamada güçlük çeker	0	1	2	3
3	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder.	0	1	2	3
4	Ürkektir, kolayca korkar	0	1	2	3
5	Her şey yerli yerinde olmalıdır	0	1	2	3
6	Hiç arkadaşı yoktur .	0	1	2	3
7	Karını ağrır.	0	1	2	3
8	Kavga eder.	0	1	2	3
9	Uzun süreli zihinsel çaba göstermeyi gerektiren görevlerden (okul çalışmaları ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır.	0	1	2	3
10	Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker.	0	1	2	3
11	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
12	Ödevlerini tamamlamayı başaramaz	0	1	2	3
13	Çarşıda ya da marketlerde alışveriş sırasında kontrolü zordur	0	1	2	3
14	İnsanlardan korkar	0	1	2	3
15	Bir şeyleri tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
16	Çabuk arkadaş kaybeder	0	1	2	3
17	Ağrıları ve sızıları olur.	0	1	2	3
18	Huzursuzdur ya da aşırı hareketlidir.	0	1	2	3
19	Sınıfta dikkatini toplamada sorunu vardır.	0	1	2	3
20	Kendisine söyleneni dinlemiyor görünür.	0	1	2	3
21	Hiddetlenir.	0	1	2	3
22	Ödevlerini yaparken yakından denetlenmesi gerekir	0	1	2	3
23	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
24	Yeni durumlardan korkar.	0	1	2	3
25	Temizlik konusunda titizdir.	0	1	2	3
26	Nasıl arkadaş edineceğini bilemez.	0	1	2	3
27	Okula gitmeden önce ağrıları, sızıları ya da karın ağrıları olur.	0	1	2	3
28	Kolay heyecanlanır, düşünmeden hareket eder.	0	1	2	3
29	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını, günlük ev işlerini ya da iş yerindeki görevlerini bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil)	0	1	2	3
30	Görevleri ve etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker.	0	1	2	3
31	Sinirlidir.	0	1	2	3
32	Kıpır kıpırdır, huzursuzdur.	0	1	2	3
33	Yalnız kalmaktan korkar.	0	1	2	3
34	Her şey, her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.	0	1	2	3
35	Arkadaşlarının evlerine çok sık davet edilmez.	0	1	2	3
36	Başı ağrır.	0	1	2	3
37	Başladığı işi bitiremez.	0	1	2	3
38	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
39	Çok konuşur.	0	1	2	3
40	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder.	0	1	2	3
41	Ayrıntılara dikkatini veremez ya da okul çalışmalarında iş ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3

42	Sırada beklemekte ya da oyunlarda ve grup etkinliklerinde sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlüğü vardır.	0	1	2	3
43	Pek çok korkuları vardır.	0	1	2	3
44	Mutlaka gerçekleştirdiği kalıpsal davranış biçimleri vardır	0	1	2	3
45	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
46	Hiçbir şeyi yokken hastalıktan yakınır.	0	1	2	3
47	Öfke patlamaları vardır.	0	1	2	3
48	Bir şey yapması için yönergeler verildiğinde dikkati dağılır.	0	1	2	3
49	Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
50	Günlük etkinliklerde unutkanlıdır.	0	1	2	3
51	Matematiği kavrayamaz	0	1	2	3
52	Yemekte lokmalar arasında koşturur durur.	0	1	2	3
53	Karanlıktan, hayvanlardan ya da böceklerden korkar.	0	1	2	3
54	Kendisi için çok yüksek hedefler koyar.	0	1	2	3
55	Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıpır kıpırdır.	0	1	2	3
56	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
57	Alıngandır ya da başkaları tarafından kolayca kızdırılır.	0	1	2	3
58	Özensiz bir el yazısı vardır.	0	1	2	3
59	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker.	0	1	2	3
60	Utangaçtır, çekiniktir.	0	1	2	3
61	Kendi hataları ya da yanlış davranışları nedeniyle başkalarını suçlar.	0	1	2	3
62	Yerinde duramaz.	0	1	2	3
63	Evde ya da okulda dağınık ya da düzensizdir.	0	1	2	3
64	Bir başkası ona ait şeyleri yeniden düzenlerse bundan rahatsız olur.	0	1	2	3
65	Anne babasına ya da diğer yetişkinlere yapışır.	0	1	2	3
66	Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
67	Başkalarını kızdıran şeyleri kasıtlı olarak yapar.	0	1	2	3
68	İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir.	0	1	2	3
69	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir	0	1	2	3
70	Kincidir ya da öç almak ister.	0	1	2	3
71	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar)	0	1	2	3
72	Başkalarıyla kıyaslandığında kendini küçük görür.	0	1	2	3
73	Çoğu zaman yorgun ya da bitkin görünür.	0	1	2	3
74	İmlası zayıftır.	0	1	2	3
75	Sık sık ve kolayca ağlar.	0	1	2	3
76	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar.	0	1	2	3
77	Ruh hali ani ve çarpıcı bir şekilde değişir.	0	1	2	3
78	Çabalamaktan çabuk vazgeçer.	0	1	2	3
79	Dışsal uyaranlarla dikkati kolayca dağılır.	0	1	2	3
80	Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır.	0	1	2	3

**EK 9. Turgay Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği - Ebeveyn Formu, Turgay Ölçeği-
The Turgay DSM-IV**

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

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

EK 10. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.				
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.				
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.				
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.				
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.				
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.				
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.				
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçırırız.				
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.				
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.				
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.				
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.				
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.				
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.				
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.				
17.Evde herkes başına buyruktur.				
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.				
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.				
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.				
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçırırız.				
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.				
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.				
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.				
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.				
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.				
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.				
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.				
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.				
	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum

30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.				
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.				
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.				
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.				
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.				
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.				
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacak ilgi gösteririz.				
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.				
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.				
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.				
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.				
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.				
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.				
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.				
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.				
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.				
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.				
48.Bizim evde aklımıza gelen her şey olabilir.				
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.				
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.				
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.				
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.				
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.				
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.				
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.				
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.				
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.				
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.				
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				

EK 11. Griffith Empati Ölçeği - Anne Baba Değerlendirme Formu

		Hiç uygun değil	Biraz uygun	Oldukça uygun	Tamamen uygun
1	Başka çocuklar üzgün olduğunda çocuğum da üzülür.				
2	Yaramazlık yaptığı için cezalandırılan bir çocuğu gördüğünde üzülür.				
3	Etrafındaki insanların ruh hallerinden etkilenmiş görülür.				
4	Biri mutsuz ve üzüntülü olduğunda o da mutsuz olur.				
5	Bir çocuğu ağlarken gördüğünde ağlar veya üzülür.				
6	Acıklı bir film ya da TV programı izlerken üzülür.				
7	Etrafındaki diğer çocuklar gergin olduğunda o da gerginleşir.				
8	Biri mutlu olduğunda o da mutlu ve keyifli olur.				
9	Çevresindeki insanlar üzgün olsa bile kendini iyi hissetmeye devam edebilir.				
10	Diğer insanların niçin/niye üzüldüklerini anlayamaz.				
11	Diğer insanların niye ağladıklarını nadiren anlar.				
12	Son kurabiyeyi başkasının yemek istediğini bilse bile kendisi yiyebilir.				
13	Toplum içinde öpüşen ve sarılan insanlara kötü tepkiler verir.				
14	Bir insanın mutluluktan ağlamasını anlayamaz.				
15	Benim üzüldüğümü fark etmiş gibi görünmez.				
16	Oyun arkadaşı bulamayan bir çocuk gördüğünde onun için üzülür.				
17	Kedi ve köpeklere onların da duyguları varmış gibi davranır.				
18	Üzölmüş bir çocuk için kendini kötü hisseder.				
19	Başkalarının hediye paketlerini açmasını izlemek, hediye onun için olmasa bile hoşuna gider.				
20	Bir çocuğun yaralandığını gördüğünde üzülür.				
21	Gölen bir çocuk gördüğünde o da güler.				
22	Yaralanmış bir hayvan gördüğünde üzülür.				
23	Fiziksel özürlü insanlar için üzülür.				