

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

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU OLAN 6-13 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARDA EMOSYONEL LABİLİTE VE
DUYGU TANIMA BECERİLERİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Güner Melike GÜVELİ BOZKURT

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Elvan İŞERİ

ANKARA
HAZİRAN 2019

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

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU OLAN 6-13 YAŞ ARASI
ÇOCUKLARDA EMOSYONEL LABİLİTE VE
DUYGU TANIMA BECERİLERİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ
Dr. Güner Melike GÜVELİ BOZKURT

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Elvan İŞERİ

ANKARA
HAZİRAN 2019

KABUL VE ONAY



Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Sınav Tutanağı

Adı ve Soyadı	Güner Melike GÜVELİ BOZKURT
Baba Adı	UĞUR
Doğum Yeri/Tarihi	SİVAS/1990
Diploma Tarihi / Diploma No	07.07.2014/13827
Mezun Olduğu Fakülte	İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi
İhtisas Yaptığı Anabilim Dalı/Bilim Dalı	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
İhtisas Süresi	Yıl: 4 Ay:0
Sınav Yapılmasını İsteyen Makam	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı

UZMANLIK TEZİNİN ADI: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 6-13 Yaş Arası Çocuklarda Emosyonel Labilite Ve Duygu Tanıma Becerileri

JÜRİ KARARI: BAŞARILI

JÜRİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Elvan İŞERİ
Doç. Dr. Esra GÜNEY
Doç. Dr. Didem ÖZTOP

BASKAN
Prof. Dr. Elvan İŞERİ

ÜYE

Doç. Dr. Esra GÜNEY

ÜYE

Doç. Dr. Didem ÖZTOP

TEŞEKKÜR

Tez sürecinin başından sonuna dek engin deneyimleriyle tezime çok büyük katkılar sağlayan ve desteğini attığım her adımda hissettiren değerli tez danışmanım Prof. Dr. Elvan İŞERİ'ye ve çok değerli hocalarım Prof. Dr Yasemen TANER ve Doç. Dr. Esra GÜNEY'e,

Her zaman yanımda olan ve tez sürecinde de desteğini esirgemeyen arkadaşım Klinik Psikolog Çisem UTKU'ya, Gazi Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı aileme,

Varlığını hep yanımda hissettiğim, bana sağlamış olduğu destek ve göstermiş olduğu anlayış için değerli eşim Aruz BOZKURT'a, ilk adımdan beri elimi bırakmayan ve benim için hiçbir fedakarlıktan kaçınmayan canım anne ve babama ve biricik kardeşim D.Mert GÜVELİ'ye teşekkür ederim.

Dr. Güner Melike GÜVELİ BOZKURT

ANKARA 2018

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR DİZİNİ.....	vi
TABLolar DİZİNİ.....	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.....	5
2.1.1. Tanım ve tarihçe	5
2.1.2. Tanı ölçütleri.....	8
2.1.3. Epidemiyoloji.....	11
2.1.4. Etiyoloji	13
2.1.5. Komorbidite	16
2.1.6. Sosyal İşlevsellik ve DEHB.....	18
2.2. Emosyonel Labilite	19
2.2.1. Tanım.....	19
2.2.2. Emosyonel labilitenin nörobiyolojisi	20
2.2.3. Psikiyatrik hastalıklarda emosyonel labilite	22
2.2.4. DEHB ve emosyonel labilite	23
2.3. Duygu Tanıma	25
2.3.1. Tanım.....	25

2.3.2. Duygu tanımanın nörobiyolojisi	25
2.3.3. Psikiyatrik hastalıklarda duygu tanıma	29
2.3.4. DEHB ve duygu tanıma	31
3. YÖNTEM	35
3.1. Örneklemen Seçimi	35
3.2. Çalışmaya Dahil Olma ve Olmama Ölçütleri	36
3.2.1. DEHB grubunun dahil olma ölçütleri	36
3.2.2. DEHB grubunun dahil edilmeme ölçütleri	36
3.2.3. Kontrol grubunun dahil edilme ölçütleri:.....	37
3.2.4. Kontrol grubunun dahil edilmeme ölçütleri.....	37
3.3. İşlem	38
3.4. Veri Toplama Araçları	39
3.4.1. Sosyodemografik veri formu	39
3.4.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu-Türkçe Versiyonu (ÇGDS-ŞY-T).....	39
3.4.3. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Form (CADÖ-YU)	40
3.4.4. Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Form (CÖDÖ-YU)	40
3.4.5. Duygu Ayarlama Ölçeği	40
3.4.6. Sözel Olmayan İpuçlarını Algılama Becerilerini Değerlendirme Aracı (SOİAB).....	41
3.5. İstatistiksel Değerlendirme	42
4. BULGULAR.....	44
4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Veriler	44

4.2. DEHB Klinik Görünümlerine İlişkin Veriler	46
4.3. Conners Anababa ve Öğretmen Dereceleme Ölçeği ile İlişkili Veriler	52
4.4. Duygu Ayarlama Ölçeği Puanları ile İlişkili Veriler	68
4.5. SOİAB Alt Alan Puanları ile İlgili Veriler	70
5. TARTIŞMA	74
6. SONUÇLAR	92
7. ÖZET	94
8. ABSTRACT	97
9. KAYNAKLAR	100
EK-1: ONAM FORMLARI	113
EK-2: ETİK KURUL ONAYI	118
EK-3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU	121
EK-4: CONNERS ANABABA DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ-YENİLENMİŞ UZUN FORM (CADÖ-YU)	122
EK-5: CONNERS ÖĞRETMEN DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-YENİLENMİŞ UZUN FORM (CÖD ÖY:U)	126
EK-6: DUYGU AYARLAMA ÖLÇEĞİ	129
10. ÖZGEÇMİŞ	131

KISALTMALAR DİZİNİ

DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
EL	: Emosyonel Labilite
DE	: Dikkat Eksikliği
SOİAB	: Sözel Olmayan İpuçlarını Algılama Becerilerini Değerlendirme Aracı
DAÖ	: Duygu Ayarlama Ölçeği
DSM-II	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-II
DSM-III	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-III
DSM-III-R	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-III- Yeniden Düzenlenmiş
DSM-IV	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-IV
DSM-IV-TR	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-IV- Yeniden Düzenlenmiş
DSM-5	: Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı-5
CÖDÖ-YU	: Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Form
CADÖ-YU	: Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Form
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
ÇGDS-ŞY-T	: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu-Türkçe Versiyonu
DAT1	: Dopamin Transporter 1
DRD4	: Dopamin Reseptör D4
DRD5	: Dopamin Reseptör D5
5HTT	: Serotonin Transporter
p	: Tip 1 Hata Değeri
ss	: Standart Sapma

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 4.1. Örnekleme Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri.....	45
Tablo 4.2. Örnekleme Oluşturan Grupların Ebeveynlerine Ait Sosyodemografik Özellikler	45
Tablo 4.3. DEHB Grubunun Klinik Görünümlere Göre Dağılımı	46
Tablo 4.4. DEHB Grubunun Klinik Görünümüne Göre Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	47
Tablo 4.5. DEHB Tanılı Çocukların Klinik Görünümüne Göre Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	50
Tablo 4.6. DEHB Tanılı Çocukların Klinik Görünümüne Göre Duygu Ayarlama Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	51
Tablo 4.7. DEHB Tanılı Çocukların Klinik Görünümüne Göre SOİAB Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	52
Tablo 4.8. DEHB Tanılı Çocuklarda Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Puanları ile Yaş ve Duygu Ayarlama Ölçeği Arasındaki İlişki.....	54
Tablo 4.9. DEHB tanılı çocuklarda Conners Anababa Dereceleme Ölçeği ile SOİAB puanları arasındaki ilişki.....	55
Tablo 4.10. DEHB Tanılı Çocuklarda Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Puanları ile Yaş ve Duygu Ayarlama Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki	57
Tablo 4.11. DEHB Tanılı Çocuklarda Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Puanları ile SOİAB Puanları Arasındaki İlişki	58
Tablo 4.12. DEHB Tanılı Çocukların Cinsiyete Göre Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	59
Tablo 4.13. DEHB Tanılı Çocukların Cinsiyete Göre Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	60
Tablo 4.14. Grupların Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	63
Tablo 4.15. Grupların Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	66

Tablo 4.16. DEHB Tanılı Çocuklarda Duygu Ayarlama Ölçek Puanları ile Yaş ve SOİAB Alt Alanları Arasındaki İlişki	68
Tablo 4.17. DEHB Olan Çocukların Cinsiyete Göre Duygu Ayarlama Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	69
Tablo 4.18. Sağlıklı Kontrol Grubundaki Çocuklarda Cinsiyete Göre Duygu Ayarlama Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	69
Tablo 4.19. Grupların Duygu Ayarlama Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması.....	70
Tablo 4.20. DEHB Tanılı Çocuklarda SOİAB Puanları ile Yaş Arasındaki İlişki	71
Tablo 4.21. DEHB Olan Çocukların Cinsiyete Göre SOİAB Puanları Açısından Karşılaştırılması	71
Tablo 4.22. Sağlıklı Kontrol Grubundaki Çocuklarda SOİAB Puanları ile Yaş Arasındaki İlişki	72
Tablo 4.23. Sağlıklı Kontrol Grubundaki Çocuklarda Cinsiyete Göre SOİAB Puanlarının Karşılaştırılması	72
Tablo 4.24. Grupların SOİAB Puanları Açısından Karşılaştırılması	73

1. GİRİŞ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında yaklaşık %4-7 yaygınlık oranında görülen, temel özellikleri yaşa uygun olmayan aşırı hareketlilik, dikkatsizlik ve dürtüsellik olan nörogelişimsel bir bozukluktur (1). DEHB bilişsel ve akademik alanların yanı sıra sosyal iletişim alanında da yetersizliklere yol açmaktadır (2). DEHB tanısı olan çocukların sosyal ilişkiler kurma ve sürdürmede zorluk yaşadıkları bilinmektedir. Bu sosyal zorlukların temel nedeninin dikkatsizlik ve dürtüsellik gibi DEHB'nin çekirdek belirtileri olduğu düşünülse de, DEHB olgularının yaklaşık %30'unda bozukluğa eşlik eden emosyonel labilitenin (EL) yaşanan sosyal zorluklarla ilişkili olduğu düşünülmektedir (3). DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin duyguları tanıma alanında da zorluklar sergilediği pek çok çalışmada ortaya konulmuştur (4, 5).

Emosyonel labilite, yoğunluk ve sıklık açısından kişinin yaşına, gelişim düzeyine ve kültürüne uygun olmayan, irritabilite, öfke, düşük engellenme toleransı ve olumsuz duygulara ani, ön görülemeyen geçişler olarak tanımlanmaktadır (3, 6). Emosyonel labilite (EL); DEHB, karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), Tourette sendromu ve duygudurum bozuklukları gibi farklı çocukluk çağı bozukluklarına eşlik edebilmektedir (7).

DEHB'de görülen emosyonel labilitenin nörobiyolojik temellerini açıklamak için iki ayrı hipotez öne sürülmüştür. "Diskontrol hipotezi" olarak adlandırılan ilk hipotezde, DEHB'de görülen EL'nin bir yürütücü işlev bozukluğu olduğu,

“Affektivite hipotezi” olarak adlandırılan bir diğ er hipotezde ise yürütücü işlev bozukluğundan daha çok emosyonel i lemlemedeki bir bozukluktan kaynaklandığı savunulmaktadır (8). EL, hem çocuklar hem de yetişkinlerin özgüvenlerini , akran ilişkilerini, aile yaşamlarını, mesleki kazanımlarını ve akademik performanslarını etkileyebilmektedir (9).

Sosyal etkileşimlerin temeli olan zihinsel süreçler sosyal bili i meydana getirmektedir. Yüz ve duygu algısı, sosyal ipuçlarının algılanması ve zihin kuramı, sosyal bili i oluşturan unsurlardandır. Bireyin diğ er insanların duygularını anlama ve algılama yeteneğı “duygu tanıma becerisi” olarak adlandırılmaktadır. Duygu tanıma becerisi sosyal işlevsellik alanında bireye avantajlar sağlamaktadır. Duygu tanıma becerisi iyi olan bireyler daha empatik olma eğilimindedir ve bu bireylerin sosyal uyumlarının daha iyi olduğu bilinmektedir. Birçok araştırmacı, yüzden duygusal ifadelerin tanınmasındaki bozukluğın, sosyal zorlukların potansiyel bir nedeni olduğunu ileri sürmüştür. Yüz ifadelerini doğru yorumlamak ve bunlara doğru yanıt verebilmek diğ er bireylerle olan etkileşimin kalitesi ve bireyin sosyal çevresine aktif katılımı için oldukça önemlidir. Emosyonel ifadeleri daha az doğru tanımlayabilen bireylerin sosyal uyumunun daha zor olduğu bilinmektedir (10).

DEHB’li bireylerin hem çocukluk çağında hem de erişkin hayatta sosyal ve akademik alanlarda yaşadıkları sorunların dikkatin sürdürülmesi, planlama ve inhibisyon gibi DEHB’de bozulmuş olan çekirdek bilişsel işlevlerle ilgili olduğu d   n lse de DEHB’li  ocuk ve ergenler, başkalarının duygusal durumlarını etkin

bir şekilde değerlendirememe ve doğru duygusal tepkiler verememe de dahil olmak üzere sosyal ve duygusal işlevlerde eksiklikler göstermektedirler (4, 11).

Yapılan araştırmalarda, DEHB'li çocukların ebeveynler, akranlar, kardeşler ve öğretmenlerle olan sosyal etkileşimlerinin bozuk olduğu, kişilerarası ilişkilerde sorunlar yaşadıkları ve sosyal ipuçlarını yorumlanmakta zorluk çektikleri gösterilmiştir. Bunun nedeninin sözel olmayan sosyal ipuçlarını yakalamada yetersizlik olduğu belirtilmektedir (12). Duygusal yüz ifadelerinin tanınması, sözel olmayan alıcı dilin önemli bir alanıdır.

DEHB’de görülen bilişsel yetersizlikler çok kapsamlı çalışılmış olmasına karşın emosyonel işlevlerdeki bozuklukların doğası ve nöral altyapısı henüz tam olarak anlaşılamamıştır (13). Bu araştırmada, DEHB tanılı olgularda sosyal zorluklarla ilişkilendirilen emosyonel labilite ve duygu tanıma becerilerinin araştırılması ve DEHB belirtilerinin şiddeti ile duygu tanıma becerileri arasındaki bağlantıların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Çalışmanın Hipotezleri:

- 1) 6-13 yaş arası DEHB tanılı çocuklarda emosyonel labilite, aynı yaş grubundaki sağlıklı kontrollere göre daha fazla görülmektedir.
- 2) 6-13 yaş arası DEHB tanılı çocuklarda, Sözel Olmayan İpuçlarını Algılama Becerilerini Değerlendirme Aracı (SOİAB) kullanılarak elde edilen duygu tanıma beceri puanları, aynı yaş grubundaki sağlıklı kontrollere göre daha düşük olacaktır.

3) DEHB grubunun emosyonel labilite puanları ve yenilenmiş Conners Anababa ve Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Formlarının diğer alt ölçek puanları ile duygu tanıma beceri puanları arasında negatif korelasyon olacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım ve tarihçe

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukluk çağında %4-7 oranında görülen, temel özellikleri yaşa uygun olmayan aşırı hareketlilik, dikkatsizlik ve dürtüsellik olan nörogelişimsel bir bozukluktur (1).

Günümüzdeki DEHB belirtilerine benzer belirtiler ilk olarak 1775 yılında Alman hekim Melchior Adam Weikard tarafından tanımlanmıştır (14). On dokuzuncu yüzyılın sonuna doğru Dr. Alexander Crichton, dikkat problemleri, huzursuzluk ve okul problemleri ile karakterize bir sendroma dikkat çekmiştir (15). Yine 19. Yüzyılda, Heinrich Hoffmann hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri sergileyen bir grup çocuk tanımlayarak bu davranışsal sorunu “dürtüsel delilik (impulsive insanity)” ya da “defektif inhibisyon (defective inhibition)” olarak adlandırmıştır. Yirminci yüzyılın başlarında Sir George Still (1902), özdenetim ile ilgili problemler gösteren ve dikkati odaklamakta yaşadıkları sorun nedeniyle öğrenme güçlüğü çeken 43 çocukla ilk çalışmasını gerçekleştirmiş ve bu çocukların başka insanları dikkate almadığı üzerinde durarak, tanımladığı sendromu çocuklarda “ahlaki kontrolün eksikliği (deficit of moral control)” olarak adlandırmıştır. Bu adlandırma nedeniyle, DEHB’li çocukların davranışları üzerinde kontrol sahibi oldukları ve belirtilerinden sorumlu oldukları gibi yanlış bir algı oluşmuştur (16).

Yirminci yüzyılın başlarında bazı araştırmacılar, anoksi gibi perinatal komplikasyonların neden olduğu erken beyin hasarı ile davranış problemleri ve öğrenme güçlükleri arasında bağlantı olduğunu öne sürmüşlerdir. Bu hipotez, 1917'den 1928'e kadar dünyaya yayılan ve yaklaşık 20 milyon kişiyi etkileyen ensefalit letarjika salgını ile desteklenmiştir (17). Bu hastalığın, hastalara fiziksel ve zihinsel olarak geri dönüşümsüz zararlar verdiği düşünülmüştür (17). Epidemik ensefalitten etkilenen çocukların birçoğu anormal davranışlar göstermeye başlamıştır. Hastalığın rezidüel belirtileri daha sonra “postensefalitik davranış bozukluğu” olarak tanımlanmıştır. Bu nedenle beyin hasarı ile hiperaktivite ve dikkat eksikliği belirtileri arasında nedensel bir bağlantı olduğu varsayımı üzerinde durulmuştur (17). Takip eden yıllarda, sendrom, beyin lezyonları ile ilişkilendirilerek hastalığa “minimal beyin hasarı” ismi verilmiştir (18, 19). Bu adlandırma, bozukluğun ahlaki bir sorundan çok biyolojik bir durum olduğu algısını oluştururken bir yandan da DEHB'nin yalnızca beyindeki bir hasarın sonucu geliştiği yönünde yanlış bir varsayımın oluşmasına da neden olmuştur.

DEHB'li tüm çocukların fiziksel olarak gözlemlenebilir beyin lezyonları olmadığına fark edilmesiyle birlikte bozukluğa “minimal beyin disfonksiyonu” adlandırması uygun görülmüştür (20). Ancak minimal beyin disfonksiyonu tanımlaması çok genel ve heterojen olması nedeniyle birçok eleştiriye hedef olmuştur (16). Bazı araştırmacılar minimal beyin disfonksiyonunun “tanımlayıcı

olmaktan çok spekülâtif” bir tanımlama olduğunu, ampirik bir temele sahip olmadığını öne sürmüşlerdir (21).

DEHB’nin tedavisiyle ilgili en önemli gelişme 1937’de Bradley’nin, benzedrini DEHB’nin ilk etkili tedavisi olarak tanımlaması ile olmuştur. Bradley, benzedrinin DEHB’li çocuklarda hiperaktiviteyi azaltarak, dikkati ve akademik performansı iyileştirdiğini bildirmiştir (22) . Daha sonra, benzedrin tedavisinden en fazla yararlanabilecek olan çocukları “dikkat süresi kısa olan, duygudurumu sık değişen, hiperaktivite, dürtüsellik ve hafıza sorunları yaşayanlar” olarak belirtmiştir (23). Bu özellikler günümüzdeki DEHB ile ilişkili görünmektedir. Bradley’nin hiperaktif çocuklarda stimulan ilaç etkisiyle ilgili gözlemleri psikiyatrik tedavide önemli bir keşif olarak kabul edilmektedir.

Bugün DEHB olarak adlandırdığımız bozukluk ilk defa ‘‘Çocukluğun Hiperkinetik Reaksiyonu’’ adıyla Amerikan Psikiyatri Birliği’nin Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı’nda (DSM-II) kendisine yer bulmuştur. “Çocukluğun Hiperkinetik Reaksiyonu” aşırı aktivite, huzursuzluk, dikkatin kolay çelinebilmesi ve kısa dikkat süresi” ile karakterize bir durum olarak tanımlanmıştır. Bozukluğun, özellikle küçük yaşta çocuklarda görüldüğü ve ergenlikle beraber belirtilerin azaldığı belirtilmiştir. 1970’lerde odak, hiperaktivite belirtilerinden , etkilenen çocuklardaki dikkat eksikliği belirtilerine doğru kaymıştır (16). 1980’de DSM-III’ün yayınlanması ile Amerikan Psikiyatri Birliği tanının adını “Dikkat Eksikliği Bozukluğu (hiperaktivite olan veya olmayan)” olarak değiştirmiştir.

DSM-III'te, bozukluk için hiperaktivitenin zorunlu bir tanı ölçütü olmadığı ve sendromun “hiperaktivite olan veya olmayan” iki tipte meydana geldiği görüşü benimsenmiştir (21). DSM-III-R ile birlikte ise bu iki tip ortadan kaldırılarak bozukluğun adı “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” olarak adlandırılmaya başlanmıştır. DSM-IV öncesi yapılan çalışmalarla ise DEHB'nin üç alt tipi belirlenmiş ve DSM-III-R'ye göre oldukça heterojen olan DEHB kategorisi sonuçta üç alt tipe bölünmüştür (24). DEHB, DSM-5 ile birlikte Nörogelişimsel Bozukluklar başlığı altında yer almaya başlamıştır (25). Başlangıç yaşı ölçütü DSM-5 ile birlikte 7 yaş öncesinden 12 yaş öncesine değiştirilmiş ve Otizm Spektum Bozukluğu bir dışlama ölçütü olmaktan çıkartılmıştır (25).

2.1.2. Tanı ölçütleri

DSM-5 ölçütlerine göre aşırı hareketlilik/dürtüsellik ve dikkatsizlik boyutlarındaki 9 ölçütten en az 6' sının karşılanması ile DEHB tanısı koyulabilmektedir. DSM-5'te, DSM-4'ten farklı olarak belirtilerin başlangıç yaşı 7 yaş yerine 12 yaş olmuştur. Belirtilerin en az 6 aydır var olması, en az iki ortamda işlevsellikte bozulmaya yol açması, başka bir ruhsal bozuklukla açıklanamıyor olması ve sosyal, mesleki ve/veya akademik alanlarda bozulmaya yol açmış olması gerekliliği bulunmaktadır.

DSM-5 DEHB TANI ÖLÇÜTLERİ

A. Aşağıdakilerden A.1 ya da A.2 vardır;

A.1: Aşağıdaki dikkatsizlik belirtilerinden altısı ya da daha fazlası en az 6 ay süre ile, uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine aykırı bir derecede sürmüştür:

A.1. Dikkatsizlik:

- a. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.
- b. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da etkinliklerde dikkati dağınık.
- c. Çoğu zaman kendisi ile konuşulduğunda tam olarak dinlemiyor gibi görünür.
- d. Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz.
- e. Çoğu zaman etkinlik, görev planlamada ve düzenlemede zorluk çeker.
- f. Çoğu zaman belirli düzeyde zihinsel çaba gerektiren okul çalışması, ev ödevi gibi görevlerden hoşlanmaz, kaçınır, isteksiz davranır.
- g. Çoğu zaman yapmakta olduğu görev (iş) ya da etkinlik için gerekli olan malzemeleri (kalem, oyuncak, alet) kaybeder.
- h. Çoğu zaman dışarıdan gelen uyarılarla dikkati kolaylıkla çelinir.
- i. Günlük etkinliklerinde ve işinde çoğu zaman unutkanlıklar yaşar.

A.2. Aşağıdaki hiperaktivite-dürtüsellik belirtilerinden altısı ya da daha fazlası en az 6 ay süre ile uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine aykırı bir derecede sürmüştür.

A.2. Hiperaktivite/Dürtüsellik:

- a. Çoğu zaman eli ayağı boş durmaz, oturduğu yerde kıpırdanır durur.
- b. Çoğu zaman oturması gereken durumlarda (örn. derste) kalkıp gezinir.
- c. Çoğu zaman uygunsuz bir halde gezinir, tırmanır durur (ergen ya da yetişkin ise huzursuzdur).
- d. Çoğu zaman oyun ya da eğlence etkinliklerini sakince sürdürmekte zorlanır.
- e. Çoğunlukla hareket halindedir ya da kurulmuş motor gibidir.
- f. Çoğu zaman çok konuşur.
- g. Çoğu zaman soru bitmeden cevaplamaya kalkar.
- h. Çoğu zaman sırasını beklemekte zorlanır.
- i. Çoğu zaman başkalarını rahatsız edecek şekilde araya girer, böler, sataşır (örn. konuşmaya ya da oyuna girer).

B. Bozulmaya yol açan bazı hiperaktivite-dürtüsellik ya da dikkatsizlik belirtileri 12 yaşından önce başlamıştır.

C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır (okulda, işte, ya da evde).

D. Toplumsal, akademik ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları vardır.

E. Bu belirtiler psikotik bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygudurum bozukluğu, anksiyete bozuklukları, dissosiyatif bozukluk, kişilik bozuklukları, madde intoksikasyonu veya çekilmesi gibi) (25).

Bozukluğun üç ayrı klinik görünümü tanımlanmıştır.

Bileşik Görünüm: Son 6 ay içinde hem A1 hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır.

Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Görünüm: Son 6 ay içinde A1 tanı ölçütleri karşılanmış, ancak A2 tanı ölçütleri karşılanmamıştır.

Aşırı Hareketliliğin/ Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Görünüm: Son 6 ay içinde A2 tanı ölçütleri karşılanmış, ancak A1 tanı ölçütleri karşılanmamıştır.

DSM-5 'te bozukluğun tanı sırasındaki şiddetinin, ağır olmayan, orta derecede ve ağır olarak belirlenmesi istenmiştir. Daha önceden bütün tanı ölçütlerini karşılamış olmakla birlikte son 6 ay içinde tanı ölçütlerinden daha azını karşılamaya başlayan ancak işlevsellikteki bozulması devam eden grup içinse “tam olmayan yatışma gösteren” ibaresinin belirtilmesi istenmiştir (25).

2.1.3. Epidemiyoloji

DEHB'nin yaygınlık oranları, çocuklarda % 4–7 (1), yetişkinlerde ise % 2.5-3.4 arasında bildirilmektedir (26).

Başlangıçta yalnızca çocukluk çağında görülen bir bozukluk olarak görülmesine rağmen, DEHB'nin yaşam boyu devam eden bir bozukluk olduğu artık yaygın olarak kabul görmektedir. Belirtiler yaşla birlikte azalsa da büyük oranda erişkinlikte de devam etmektedir (27). DEHB tanılı çocukların uzunlamasına takip çalışmaları, DEHB belirtilerinin yaygın olarak erişkinlik dönemine kadar sürdüğünü, olguların üçte ikisinin yetişkinlikte de belirtilerinin

devam ettiğini göstermektedir (28). Bir başka çalışmada, DEHB tanısı alan çocukların en az %15'inin 25 yaşına kadar tam olarak tanı ölçütlerini karşılamaya devam ettiği, yaklaşık % 40'ının kısmi remisyon göstereceği ancak işlevsellikte bozulmaya neden olan belirtilerinin devam ettiği ve yine yaklaşık olarak %40'ının da tam remisyona eriştiği gözlenmiştir (29).

Epidemiyolojik örnekleme DEHB için erkek/kız oranı 3/1 olarak bildirilmektedir (30). Klinik örnekleme bu oran 9/1 şeklinde görülmektedir (31). DEHB'de çocukluk çağında yaygınlık açısından cinsiyetler arası farklılık erkek cinsiyet lehine gözlenmekte ancak yetişkin DEHB'de kadın-erkek oranı eşitlenmektedir (32). DSM-IV öncesi yapılan çalışmalarla DEHB'nin üç farklı tipi tanımlanmıştır. Bunlardan ilki hiperaktif/ dürtüsel tip, ikincisi dikkat eksikliği ön planda olan tip ve üçüncüsü ise bileşik tiptir. DEHB'nin, üç alt tipinde de erkek cinsiyet baskınlığı ön plandadır ancak, bileşik tip için erkek/kadın oranları, hiperaktif /dürtüsel ve dikkat eksikliğinin ön planda olduğu alt tiplerin yaklaşık iki katı olarak belirtilmiştir. Graetz ve arkadaşları hiperaktif / dürtüsel (1.7: 1) ve bileşik (4.6: 1) alt tiplerin erkek/kadın oranını, önceki toplum temelli çalışmalara göre sırasıyla daha düşük ve daha yüksek bulmuşlardır (33). DSM-5 ile birlikte alt tip kavramı yerini klinik görünüm kavramına bırakmış ve seyri içinde DEHB'nin klinik görünümünün değişiklik gösterebileceği vurgulanmıştır (34).

2.1.4. Etiyoloji

DEHB etiyolojisi üzerine pek çok araştırma yapılmış olmasına rağmen bozukluğun nedeni net olarak ortaya konulamamıştır (35). Genetik ve çevresel etmenlerin etkileşimlerinin bu bozukluğun ortaya çıkışında rol oynadığı düşünülmektedir (36). DEHB, ifade edilen fenotipe katkıda bulunan çok çeşitli genetik ve çevresel faktörler arasındaki etkileşimi içeren poligenik ve multifaktöryel bir hastalıktır (37).

DEHB etiyolojisinde çeşitli biyolojik mekanizmalar yer almıştır. Bunlar dopaminerjik, serotoninerjik, glutamaterjik mekanizmalar ile sinaptik vezikül, nörit büyümesi ve hücre adezyonuyla ilgili yolları içermektedir (38). DEHB aday genlerinin analizinin yapıldığı çalışmalarda sinaptik iletim, katekolaminlerle ilgili metabolik süreçler, hücre göçü ve G-protein sinyal yollarının da DEHB etiyolojisinde de rol oynayabileceği öne sürülmüştür (39). Kalsiyum kanal sinyal yollarında görev yapan genlerin de DEHB dahil olmak üzere pek çok psikiyatrik bozuklukla bağlantılı olduğu gösterilmiştir (40).

Genetik araştırmalar DEHB'nin oldukça kalıtsal olduğunu, çocukluk dönemi DEHB'de kalıtım derecesinin %75 olarak tahmin edildiğini göstermiştir (41, 42). Bununla birlikte, hastalıkla ilgili tek bir genetik risk faktörü henüz tanımlanmamıştır. Bu da DEHB'nin, her biri küçük etki gösteren çoklu genetik risk varyantları arasındaki etkileşimin bir sonucu olarak geliştiğini düşündürmektedir (35, 43). Aday genlerle ilgili meta analizlerde, DEHB ile dopamin taşıyıcı DAT1, dopamin reseptörleri DRD4 ve DRD5 ve serotonin

taşıyıcı (5HTT) varyantları arasında orta düzeyde bir ilişki olduğu ortaya koyulmuştur (43).

Manyetik rezonans görüntüleme gibi nörogörüntüleme teknikleri, DEHB olan çocukların beyinlerinde bir dizi morfolojik anormallik tanımlamıştır. Bu çocukların beyinlerinde, frontostriatal devreleri oluşturan bölgelerde, azalmış gri madde miktarı gibi bölgesel anormallikler de tanımlanmıştır (44). Ek olarak, pek çok nöral yolakta atipik beyaz madde hacmi saptanmış ve bu sayede beyin bölgelerinin arasındaki iletişimin DEHB’de zayıf olduğu çıkarımında bulunulmuştur (45).

DEHB’li bireylerde tespit edilen diğer anormalliklerden biri de kortikal incelmelerdir (46). Bu bireylerde kortikal gelişimin gecikmeli olduğu ve kortikal kalınlığın tepe noktasına erişiminin normal gelişim gösteren çocuklara göre 3 yıl daha geç olduğu öne sürülmüştür (47). Bu nedenle DEHB’nin patogeneğinde, pek çok beyin bölgesini ve bağlantı devresini içeren karmaşık yapısal anormalliklerin olduğu öne sürülmektedir (48).

DEHB’li çocukların annelerinde gestasyonel psikososyal stres, prenatal anksiyete ve depresyonun artmış olarak gözlemlendiği gösterilmiştir (49). İsveç’te kayıtlar üzerinden yapılan bir çalışmada, üçüncü trimesterdeki maternal prenatal stresin DEHB için artmış bir risk oluşturduğu bildirilmiştir (50). İki yaşındaki çocuklarda DEHB belirtilerindeki yaklaşık % 1’lik varyansın, maternal prenatal

stres ile açıklanabileceği, bir bütün olarak çevresel faktörlerin ise DEHB varyansının % 22'sini açıkladığı düşünülmektedir (51). Ancak, bu risk faktörlerinin DEHB'ye özgü olmadığı, aynı zamanda yaşamın sonraki dönemlerinde görülen diğer gelişimsel ve nöropsikiyatrik bozukluklar için de geçerli olabileceği öne sürülmüştür (49). Buna rağmen, maternal stres ve DEHB arasındaki ilişkinin bulguları literatürde tutarlı kalmaya devam etmekte, bunun DEHB için sağlam bir çevresel risk faktörü olduğunu göstermektedir.

Düşük doğum ağırlığı, DEHB için artmış risk ile ilişkilendirilmiştir. Beşinci dakika Apgar skorunun düşük olması, preterm ve postterm doğumun da DEHB için risk faktörü olduğu ileri sürülmüştür (52, 53). Yirmi altı hafta ve öncesinde doğmuş olan çocukların hem prematürite hem de düşük doğum ağırlığı nedeniyle DEHB tanısı alma olasılığının 4 kat daha yüksek olduğu bildirilmiştir (54).

Çeşitli çevresel toksinlere ve gıda katkı maddelerine maruz kalmanın da DEHB gelişimi için risk faktörleri olduğu bazı çalışmalarda bildirilmiştir (55, 56). Bir çalışmada, yüksek kan kurşun konsantrasyonlarının çocuklarda DEHB ile anlamlı bir şekilde ilişkili olduğu ve 2.0 µg / dl'nin üzerindeki konsantrasyonları olan çocukların 4.1 kat daha yüksek DEHB riskinin olduğu saptanmıştır (57). Yapılan meta-analizlerde kurşun maruziyetinin pek çok kognitif , akademik ve davranışsal sorunla ilişkili olduğu gösterilmiştir (58, 59).

Perinatal civa maruziyeti de DEHB için bir risk faktörü olarak önerilmiştir ve yakın zamanda yapılan bir meta-analizde civaya maruz kalma ile DEHB arasında

anlamalı bir ilişki olduğu gösterilmiştir (60). Diğer yandan aynı çalışmada, embriyoların veya küçük çocukların, thiomersal (civa içeren bir organik bileşik) içeren aşılarla maruz kalmasının, DEHB ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir. Bunun gibi çelişkili bulguların varlığı ve geçerli bilimsel kanıtların bulunmaması nedeniyle bu tür çevresel toksinlere maruziyetin DEHB etiyojisine katkıda bulunup bulunmadığına dair tartışmalar devam etmektedir (60).

Kesitsel çalışmalar, DEHB olan çocukların, tipik olarak gelişmekte olan çocuklara göre nutrisyonel eksiklikleri olduğunu göstermektedir. Ancak, bu eksiklikleri DEHB'de nedensel bir faktör olarak ortaya koymak için yeterli kanıt bulunmamaktadır (35).

Genel popülasyondan büyük bir örneklem büyüklüğünü dahil eden prospektif bir kohort çalışmasında, maternal depresyon, parçalanmış aile ve babada antisosyal davranış öyküsü DEHB ile ilişkili üç psikososyal risk faktörü olarak tanımlanmıştır (61).

2.1.5. Komorbidite

Çocuk ve ergenlerde DEHB ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların genel prevalansı, araştırmanın yapıldığı örnekleme bağı olarak yaklaşık %40- 80 arasında değişmektedir (62).

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) (%50-60), davranım bozukluğu (çocuklarda %20-50 ve ergenlerde %40-50), depresyon (%16-26) ve anksiyete bozuklukları (%10-40), bipolar affektif bozukluk (%11-75), tik bozuklukları (%20), obsesif kompulsif bozukluklar (%6-15) ve otizm spektrum bozuklukları (%65-80) DEHB ile sıklıkla birlikte görülen psikiyatrik bozukluklardır (63, 64).

Bununla birlikte, DEHB'li çocuk ve ergenlerde okuma, aritmetik ve heceleme bozuklukları gibi çeşitli öğrenme güçlükleri de %45 oranında gözlenmektedir. DEHB'ye öğrenme güçlüğü eşlik etme oranı farklı yayınlarda yaklaşık %25-40 arasında bildirilmiştir (65).

DEHB ile birlikte sıklıkla görülen bozukluklardan biri de tik bozukluğudur. Tik bozukluğu olan çocukların %30-50'si DEHB ölçütlerini karşılarken (66), DEHB'li çocukların yaklaşık % 20'si tik bozukluğu ölçütlerini karşılamaktadır (67). İki bozukluk arasındaki yüksek komorbidite oranlarının paylaşılan genetik bir temelden kaynaklandığı öne sürülmektedir (68).

Çeşitli araştırmalarda, otizm spektrum bozukluğu (OSB) tanılı çocukların % 22-83'ünün DEHB için DSM-IV tanı ölçütlerini karşıladığı gösterilmektedir (69). Ayrıca DEHB'li çocuklarda yapılan çalışmalarda bu çocukların % 30-65'inin klinik olarak anlamlı OSB belirtileri sergilediği gözlenmiştir (70).

İkiz, aile ve bağlantı çalışmalarında OSB ve DEHB'nin kalıtsal etiyolojilerinin bir kısmını paylaştığı tutarlı bir şekilde gösterilmiştir. OSB ve DEHB gelişimine katkıda bulunan genetik faktörlerin yaklaşık %50-72'si örtüşme göstermektedir (71). Ayrıca, yürütücü işlevler, sosyal biliş ve motor hızda gözlenen benzer defisitler hem OSB hem de DEHB ile ilişkilendirilmiştir (72).

DEHB'de, uyku bozuklukları da sağlıklı gelişen çocuk ve ergenlere kıyasla daha yaygın olarak gözlenmektedir (73, 74). Konuyla ilgili yazında, DEHB tanılı çocukların %70'inde hafıftan şiddetliye değişen düzeyde uyku bozuklukları görüldüğü bildirilmektedir. Bildirilen uyku bozukluğu yaygınlığı DEHB alt tipine göre değişmekle birlikte, en yüksek uyku bozukluğu oranları bileşik tipte DEHB'de ve eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk varlığında gözlenmektedir (75).

2.1.6. Sosyal İşlevsellik ve DEHB

DEHB'li çocukların% 52-82'sinde sosyal sorunlar bildirilmiştir ve sosyal sorunlar giderek artan bir şekilde hastalığın önemli bir özelliği olarak görülmeye başlanmıştır (76). Sosyal işlevsellikteki bozulmanın okul öncesi yıllardan itibaren başladığı ebeveynler, öğretmenler ve akranlar tarafından bildirilmektedir (77).

DEHB tanılı çocukların sosyal iletişimde yaşadıkları sorunlar bu çocukların akranları tarafından arkadaş olarak kabul görmemelerine, oyunlara kabul edilmemelerine ve dışlanmalarına sebep olmaktadır. DEHB'li çocukların

sosyal etkileşimler sırasında daha saldırgan ve müdahaleci olması, sorunun kaynağını oluşturmaktadır. DEHB'deki sosyal problemler temel olarak dürtüsellik gibi temel belirtilere ve eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklara atfedilmektedir (78). DEHB'nin davranışsal belirtileri çocuğu akranlarının gözünde istenmeyen, tercih edilmeyen bir konuma düşürmektedir. Akranlar tarafından kabul görmeme; madde bağımlılığı, okul reddi, akademik sorunlar ve daha yüksek psikopatoloji oranları dahil olmak üzere uzun vadeli olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir (79). Ayrıca, reddedilme, çocuğun sosyal becerilerini gerçek hayatta sınama fırsatını sınırlayarak sosyal sorunların daha da kötüleşmesine neden olabilmektedir (80). Bahsi geçen sosyal zorluklar çocukluk çağıyla sınırlı kalmamakta ve DEHB'li yetişkinlerde de sıklıkla iş kayıpları, artan boşanma oranları gibi sonuçlara yol açabilmektedir (81). DEHB'deki sosyal zorluklar, sosyal alandaki bilgi eksiklikleri, nöropsikolojik süreçler ve sosyal bilgiyi işleme sürecindeki yetersizliklerle ilişkilendirilmiştir (82, 83).

2.2. Emosyonel Labilite

2.2.1. Tanım

EL, herhangi bir dışsal nedene ya da uyarana bağlı olmayan, duygulardaki sık, hızlı ve yoğun değişimlerle karakterize bir durum olarak tanımlanmaktadır (84). Alanyazında, emosyonel labilite, affektif labilite, emosyonel disregülasyon ve duygudurum instabilitesi (mood instability) gibi terimler emosyonel labilite yerine kullanılabilmektedir.

Duygu düzenleme; bireyin adaptif, hedefe yönelik davranışları organize etmek için duygusal durumunu çevresel şartlara uygun olarak düzenleme yeteneği olarak tanımlanmaktadır (85). Bireyin duygusal uyaranları seçmesini, değerlendirmesini ve hedefi doğrultusunda davranışsal ve fizyolojik tepkiler vermesini sağlayan süreçlerden meydana gelmektedir. Emosyonel labilite, bu uyumsal süreçler bozulduğunda ortaya çıkmakta ve bireyin yararını hedef almayan davranışlara yol açmaktadır. Sosyal normlara göre aşırı olan ve içeriğe uygun olmayan duygusal ifadeler, deneyimler; hızlı ve ani duygu geçişleri şeklinde görülmektedir. Bu değişimler çocuğun gelişimsel seviyesine ve ortama uygun olmayacak derecede şiddetli olabilmektedir. Yüksek seviyede emosyonel labilitesi olan çocukların hayal kırıklığını tolere edemediği, sürekli huzursuzluk yaşadıkları, sık sık ağlama ve öfke nöbetleri geçirdikleri gösterilmiştir (3).

2.2.2. Emosyonel labilitenin nörobiyolojisi

“Duygu düzenleme” terimi, bireyin amaçlarına ulaşmak ve çevresel taleplere uygun şekilde yanıt vermek için duygusal bir cevabı değerlendirmesine ve değiştirmesine olanak sağlayan faaliyetler yelpazesini ifade etmek için kullanılmıştır (86).

DEHB’de görülen emosyonel labilitenin nörobiyolojik temellerini açıklamak için iki ayrı hipotez öne sürülmüştür. “Diskontrol hipotezi” olarak adlandırılan ilk hipotez, DEHB’de görülen emosyonel labilitenin bir yürütücü

işlev bozukluğundan kaynaklandığını ileri sürmektedir. “Affektivite hipotezi” olarak adlandırılan bir diğer hipotezde ise emosyonel labilitenin yürütücü işlev bozukluğundan çok emosyonel işlemelemedeki bir bozukluktan kaynaklandığı savunulmaktadır (8). EL, hem çocuklar hem de yetişkinlerin özgüvenlerini , akran ilişkilerini, aile yaşamlarını, mesleki kazanımlarını ve akademik performanslarını etkileyen önemli bir bozulma kaynağıdır (9).

Duyguların anlaşılması, ifade edilmesi ve düzenlenmesinde beynin farklı bölgelerinden oluşan geniş bir ağ sorumludur. Fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme çalışmaları kontrollere kıyasla DEHB olan çocuklarda, duygusal olarak belirgin uyarıcılara cevap olarak artan amigdala aktivasyonunu ve amigdala ile lateral prefrontal korteks arasında daha fazla bağlantı olduğunu göstermiştir. Bu çalışmalar, amigdala-kortikal işlevsellikteki bozulma ve bağlantıdaki anormalliklerin DEHB'li çocuklarda duygu düzenleme eksikliklerinin altta yatan sebebi olabileceğini düşündürmektedir (87).

Amigdala, gelen bilgilere algısal duyarlılığı düzenleyerek ve uyarana otomatik, geçici bir duygusal tepki verilmesinin ardından gelen subjektif davranışların ortaya çıkışında ve otonomik tepkilerin sağlanmasında stratejik bir role sahiptir. Amigdaladaki nöral aktivite ile sağlanan duygu düzenlemenin; lateral prefrontal korteks, anterior singulat korteks ve orbito- frontal korteksi içeren prefrontal ağ ile sağlandığı gösterilmiştir (88). Ayrıca insula ve insulanın

anterior singulat korteks ve orbito- frontal korteks ile zengin bağlantılarının da bu süreçte görev yaptığı öne sürülmektedir (89).

Duygu düzenlemedeki zorluklar pek çok bozuklukla beraber görülebilmektedir. Bu bozukluklarda, amigdala ve insula gibi duygusal tepkileri ve deneyimi şekillendirmede rol alan bölgelerde emosyonel aşırı yanıtılık saptanmıştır (90-92). Yapısal olarak, amigdala ve insula'nın gri madde hacimlerinin, bu tür bozukluklarda sıklıkla azalma gösterdiği bilinmektedir (90, 91, 93).

2.2.3. Psikiyatrik hastalıklarda emosyonel labilite

Emosyonel düzenleme sorunlarının pek çok psikopatolojinin merkezinde yer aldığı giderek daha fazla kabul görmektedir (94). Duygu düzenlemedeki zorlukların depresyon, anksiyete bozuklukları, sınırda kişilik bozukluğu, bipolar affektif bozukluk, yeme bozuklukları, alkol kötüye kullanımı gibi pek çok bozukluğa eşlik ettiği bildirilmektedir (95-97).

Duygu düzenleme süreçlerinde cinsiyetler arası farklılıklar gözlenmektedir (96). Bazı teorisyenler, duygu düzenleme konusundaki cinsiyet farklılıklarının, belirli psikopatolojilerdeki cinsiyet farklılıklarını da açıklayabileceğini öne sürmüşlerdir (98, 99).

2.2.4. DEHB ve emosyonel labilite

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi nörogelişimsel bozukluğu olan bireylerde emosyonel labilitenin yaygın olduğu uzun zamandır bilinmektedir (100). Her ne kadar DEHB'nin çekirdek belirtileri, dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellikten oluşsa da DEHB'li birçok çocuk anlamlı düzeyde emosyonel labilite göstermektedir. DEHB'li çocuk ve ergenlerde yürütülen klinik temelli çalışmalarda emosyonel labilite oranları %24-50 arasında bildirilmektedir (100). Başka bir çalışmada ise DEHB'li 5-12 yaş arası çocukların % 46'sının yüksek oranda EL deneyimlediği gösterilmiştir (101).

EL, DEHB tanılı bireylerde okul öncesi yılların başında ortaya çıkmaktadır. DEHB'li okul çağındaki çocukların ebeveynleri, çocuklarının yaşıtı diğer çocuklara göre duygularını düzenlemekte zorlandıklarını bildirmektedirler (101). DEHB tanılı ve duygu düzenleme zorlukları yaşayan çocuklar duygularını daha yoğun yaşamakta ve daha fazla olumsuz duygulanım göstermektedirler (102). Yapılan bir araştırmada DEHB tanılı ve emosyonel labilitesi olan çocukların hem olumlu hem de olumsuz duyguları daha zor düzenledikleri gözlenmiştir(103). Araştırmalar, EL ve DEHB belirtileri arasında pozitif bir korelasyon olduğunu da göstermektedir. Şiddetli emosyonel labilite, şiddetli çekirdek DEHB belirtileri (yani dikkatsizlik, hiperaktivite, dürtüsellik) ve işlevsellikte daha fazla bozulma ile ilişkilendirilmiştir (101).

Huzursuz, öfkeli ya da kontrol edilmesi zor olmak gibi infantil mizaç özellikleri ile çocuklukta ortaya çıkan DEHB arasında korelasyonlar bildirilmiştir (104, 105). Yedi bin yüz kırk çocuğun izlendiği uzunlamasına bir izlem çalışmasında, 3 yaşında duygu dışavurumunun yoğun olduğu mizaç özelliğinin, 7 yaşındaki komorbid DEHB ve içe atım bozukluklarını yordadığı gösterilmiştir (106). Bir diğer çalışmada, yalnızca hiperaktivite belirtileri olan çocukların bebekliklerinde mizaç olarak tipik bir bebekten farklılık göstermediği, ancak bu belirtilere ek olarak agresiflik ve huzursuzluğu olanların ise bebeklikte irritabilitelerinin olduğu gösterilmiştir (107). Kısacası, belirgin olumsuz duygulanımla giden erken mizaç özelliklerinin, daha sonra gelişecek DEHB ve duygu düzenleme bozukluğuyla bağlantılı olduğu düşünülmektedir.

Çocuk Davranış Değerlendirme Ölçeği (Child Behaviour Checklist)' nin kullanıldığı bir araştırmada DEHB'si ve emosyonel labilitesi olan 79 çocuk, yalnızca DEHB'si olan 98 çocuk ve DEHB'si olmayan 204 çocukla karşılaştırılmıştır. Bu çalışmada DEHB ile birlikte emosyonel labilitesi olan grubun 4 yıl sonraki takiplerinde, diğer gruplara kıyasla DEHB belirtilerinin yoğun olarak devam ettiği, daha fazla ek psikiyatrik tanı aldıkları ve sosyal işlevselliklerindeki bozulmanın daha belirgin olduğu görülmüştür (108).

Emosyonel problemlerin etkisinin araştırıldığı bir çalışmaya 1500 çocuk dahil edilmiş ve emosyonel problemlerin özgüven ve iyilik haline hiperaktivite ve dikkatsizlik belirtilerinden daha fazla etki ettiği gözlenmiştir (109). DEHB'li ve emosyonel labilitesi olan bireyler, akran ilişkilerinde, aile yaşamlarında, mesleki

ve akademik performansta, yalnızca DEHB'si olanlara göre anlamlı olarak daha fazla bozulma göstermiş ve bu sonuç, karşı olma karşı gelme bozukluğu dahil olmak üzere, komorbid durumları kontrol ettikten sonra bile aynı kalmıştır (110, 111). Özetle, emosyonel labilite bireyin hayatında önemli bir bozulma kaynağı olmakla birlikte klinik olarak daha fazla kötü sonuçla ilişkilidir (100).

2.3. Duygu Tanıma

2.3.1. Tanım

Duygu tanıma becerisi; kişilerarası iyilik hali ve sosyal uyumun gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Etkili sosyal etkileşimlerde bulunabilmek için diğerlerinin duygularıyla ilgili doğru yorumlarda bulunmak ve uygun yanıtlar verebilmek önemlidir. Duygular, yüz ifadeleri, ses tonu ve vücut duruşu gibi çeşitli bilgi kaynaklarından tanımlanabilmektedir (83, 112). Bu tür bilgileri doğru yorumlama kapasitesinin, sosyal durumlarda uygun davranışların seçimini kolaylaştırdığı düşünülmektedir (83).

2.3.2. Duygu tanımanın nörobiyolojisi

Duygular hem yüz ifadelerinde hem de sesli iletişimin prozodik bileşenlerinde dolaylı olarak ifade edilmektedir.

Normal gelişim sürecinde, duygu tanıma çocuklukta kademeli olarak ortaya çıkmakta ve zamanla gelişmektedir. Sözel olmayan duygu ipuçlarını tanıma

yeteneği, çocukluk ve ergenlik döneminde kademeli olarak olgunlaşan sosyal yeterliliğın önemli bir bileşenidir (113).

Yüz ifadeleri zengin bir duygusal bilgi kaynağıdır ve bebek araştırmalarından elde edilen kanıtlar, temel duyguları ayırt etme yeteneğinin, çocukluk ve ergenlik boyunca gelişmeye devam etse de yaşamın ilk yılında oldukça erken ortaya çıktığını göstermektedir (114). Yüz ifadelerinin gelişimi üzerine yapılan araştırmaların çoğı bebeklik ve erken çocukluk dönemine odaklanmıştır. Doğru ve tutarlı bir şekilde tanınabilen ilk duygu genellikle mutluluktur. Mutluluğın ardından üzüntü ve öfke, sonra da korku ve şaşkınlık tanınmaya başlamaktadır (115). 4-9 aylık bebekler, mutluluk, öfke, korku, üzüntü ve şaşkınlık gibi bir dizi yüz ifadesini ayırt edebilmektedir (116). Çalışmalarda 3-5 yaşları arasındaki çocukların duyguları tanımak için ağırlıklı olarak yüzden bilgi edindikleri gösterilmiştir (117). Okul öncesi yıllar ve ilkokul yılları boyunca, çeşitli duygusal yüz ifadelerini doğru tanıma ve etiketleme becerileri açısından performans artışları gözlenmektedir.

Yüz tanıma ve duygu tanıma oldukça önemli olan karmaşık kortikal fonksiyonlardır (118). Duygu tanımanın ve duyguların kortikal işlenmesinin kalıtsallığının orta düzeyde olduğu gösterilmiştir (119). Genetik bir bileşeni destekleyen diğeri gözlemlerden biri de birinci derece akrabalar arasında duygu tanıma zorluklarının daha sık görülmesidir (120). Yüz tanımadaki bozulmaların altında yatan mekanizmalardan biri, yüz uyarıcılarının işlenmesinde yer alan

görsel-hareketsel ve görsel-mekansal nörokognitif süreçlerin bütünlüğünün sağlanamamış olmasıdır (121).

Duygusal bilgilerin işlenmesi ve düzenlenmesi görevini temel olarak amigdala üstlenmektedir. Amigdala hem hayvanlarda hem de insanlarda yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında önemli bir ilgi görmüştür.

Sağlıklı bireylerde, yüzü algılamak ve yüzden duyguları tanımak, amigdala, hipokampus, fusiform girus, medial ve inferior frontal korteks, inferior oksipital korteks ve talamik alanlar gibi farklı beyin bölgelerini içeren bir ağ aktive olmaktadır (122). Temporal lobun ve özellikle de amigdalanın, duygusal uyarılara uygun bilişsel, otonomik ve davranışsal tepkilerin işlenmesinde önemli bir rol oynadığı gösterilmiştir (112). Antero-medial temporal lobun, duyguları işlemedeki rolü ve önemi fonksiyonel görüntüleme çalışmaları ile gösterilmiştir (123). Fusiform girus özellikle yüz tanıma ile ilgilidir ve aktivitesi, yüzün duygusal içeriği ile ilgili olarak amigdala tarafından düzenlenmektedir (124). Ayrıca, duyguların, özellikle öfke ifadesinin tanınması, orbitofrontal korteks ile ilişkilidir (125). Çalışmalardan elde edilen kanıtlar, sağ temporal korteks, sağ inferior parietal korteks, orbitofrontal korteks, amigdala ve sol fusiform girusun özellikle üzgün ve kızgın yüzlerin tanınmasında anahtar rolleri olduğunu göstermektedir (126, 127).

Bu alandaki mevcut araştırmaların çoğu yüzden duygu tanımaya odaklanmıştır. Hem statik hem de dinamik vücut ifadelerini içeren çalışmalar

(vücut duruşu ve hareketi kullanan) görece daha azdır. Çoğu çalışmada yüz ifadelerinden duygu tanıma statik fotoğraflar aracılığıyla, vücut hareketleri ise video klipler aracılığıyla incelenmiştir (128). Aslında, değişen yüz ifadelerini kullanan birkaç beyin görüntüleme çalışması dinamik ifadelerin beyinde statik ifadelerden daha güçlü ve farklı aktivasyon paternlerine yol açtığını göstermiştir (129). Kret ve arkadaşları tehditkar yüz ifadeleri ve vücut hareketleriyle ilgili beyin aktivasyon paternlerini karşılaştırmış ve amigdala gibi bazı alanların yüzlere daha güçlü tepki verdiğini, fusiform girus, ekstrasatriat vücut alanı, temporo-parietal kavşak ve superior parietal lobülün ise vücut hareketleri söz konusu olduğunda daha aktif olduğunu göstermiştir (129). Hayvan deneyleri ve beyin görüntüleme verileri, vücut dilini tanımayla ilgili geniş bir beyin ağı tanımlamıştır (112, 130). Bu bağlamda, inferior frontal girusun jestler ve duygusal yüz ifadeleri de dahil olmak üzere hareketlerin gözlemlenmesi ve taklit edilmesinde rol oynadığı gösterilmiştir (128, 131, 132).

İnsanlar için; sesler, sözlü içeriği iletmenin yanı sıra, konuşmacının niyetleri ve duygusal durumu hakkında çıkarımlara izin veren sözsüz bilgiyi de taşımaktadır. Konuşmadaki duygular, sesin frekansında, yoğunluğunda ve süresinde oluşan değişikliklerden oluşan affektif prozodi ile iletilmektedir (133). Normal bireylerde, dil ve spesifik olarak affektif prozodi, üst temporal girus boyunca temporal bölge ve inferior frontal girus ve orbitofrontal girusdaki frontal bölgeler dahil olmak üzere fronto-temporal beyin ağlarında işlenmektedir (133, 134). Buna ek olarak, affektif prozodi, amigdala ve bazal ganglionlar gibi

subkortikal beyin yapılarında aktivite ile de ilişkilidir (135). Sağlıklı bireylerde, affektif olarak tonlanan cümleler ile nötr cümlelerin algılanması kıyaslandığında, ilkinde superior temporal girusun sürece daha fazla dahil olduğu gözlenmiştir (136). Affektif yönü olan sesler için artmış dikkat ve işitsel algılama kapasitesi ile ilgili bir diğer önemli bölge de supramarjinal girustur. Emosyonel uyarılar, daha güçlü bilateral supramarjinal girus aktivasyonuna yol açmaktadır (137).

Konuşmanın semantik içeriği tipik olarak sol hemisferde daha fazla işlenirken, affektif prozodi sağ hemisferde daha fazla işleniyor gibi görünmektedir (138). Tipik olarak gelişmekte olan çocukların, çok erken yaşlardan itibaren affektif prozodiyi algılayıp anlama yeteneğine sahip oldukları ve bunu otomatik olarak öğrendikleri düşünülmektedir (139).

2.3.3. Psikiyatrik hastalıklarda duygu tanıma

Yüz ifadelerinin işlenmesinde veya tanınmasında anormallikler, otizm spektrum bozuklukları, şizofreni, depresyon, psikopati dahil olmak üzere çeşitli durumlar için bildirilmiştir (140-143).

Başkalarının duygusal ve zihinsel durumlarını anlamadaki zorluğun OSB'nin temel bir özelliği olduğu düşünülmektedir (144). Duyguları tanıma ve anlama yeteneği zihin teorisi ve sosyal işleyişin temel bir yapı taşı olarak değerlendirildiğinden, OSB'li bireylerle yapılan çalışmalarda , sosyal işlevsellikte

yetersizlik gösteren çocukların duygu işlemede de yetersiz kaldıkları gösterilmiştir (145).

Şizofreni tanılı bireylerin de diğer insanların emosyonel durumunu algılamakta güçlü yaşadıkları gösterilmiştir (146). Yine pek çok çalışmada, bipolar affektif bozukluğu olan bireylerin ötimik dönemlerinde bile sağlıklı kontrollere göre yüzden duygu tanıma alanında bozukluklar gösterdiği ortaya konmuştur (147, 148).

Daha önceki çalışmalar, sınırda kişilik bozukluğu tanısı alan bireylerin, yüzden duyguları tanımada, duygusal gelişimlerdeki bozukluğa bağlı olabilecek zorluklar yaşadıklarını göstermiştir (149). Duyguların işlenmesinde yer alan beyin alanları çocukluk ve ergenlik döneminde büyük bir gelişme göstermektedir ve kontrollere kıyasla sınırda kişilik bozukluğu olan bireylerde bu alanların yapısal ve işlevsel olarak farklı olduğu saptanmıştır (150, 151). Son zamanlarda bu alanların çocukluktaki olumsuz yaşam olaylarından etkilendiği de gösterilerek, gelişimsel süreçteki deneyimlerle, sınırda kişilik bozukluğu arasında bir bağlantı olduğu öne sürülmüştür (152).

Yüzden duygu tanımanın aksine, affektif prozodiden duygu tanıma nispeten daha az çalışmanın olduğu bir alandır. Bu alandaki çalışmalar antisosyal davranış örüntüleri olan popülasyonla sınırlıdır. Dawel ve arkadaşları tarafından yapılan bir meta-analizden elde edilen sonuçlar, psikopatik bireylerde affektif

prozodiden duygu tanıma becerisinin, olumsuz duyguların yanı sıra olumlu duygular için de bozuk olduğunu göstermiştir (153).

2.3.4. DEHB ve duygu tanıma

DEHB'li çocuklar ve ergenler, diğerlerinin duygusal durumunu etkili bir şekilde değerlendirememeye de dahil olmak üzere sosyal ve duygusal işlevlerde eksiklikler göstermektedir (3,4). DEHB'deki bilişsel defisitler yoğun bir şekilde çalışılsa da DEHB'deki emosyonel işlev bozukluğunun doğası ve nöral temeli nispeten daha az çalışılan bir alandır. DEHB tanılı bireyler duygularında ani ve çarpıcı değişiklikler yaşarken bir yandan da duygu tanıma ile ilgili sorunlar da yaşamaktadırlar (154). Bazı yazarlar yüzden duygu tanımada genel bir yetersizlik tespit ederken bir kısmı da belirli duygulara özgü işlev bozukluklarından bahsetmiştir (154, 155).

Yapılan çalışmalarda hem risk altındaki hem de DEHB tanısı almış okul çağı çocuklarında yüz ifadelerinden duygu tanıma ve etiketlemenin defektif olduğu gösterilmiştir (154, 156). Duygusal ifadelerin yüz ifadelerinden anlaşılması istendiğinde, DEHB'li çocuklar sağlıklı kontrollere göre daha az doğru yanıt vermişlerdir (157). Ayrıca, DEHB'li çocuk ve ergenlerin duygusal öyküleri, temel duyguları gösteren yüzlerle eşleştirmede de yetersiz oldukları tespit edilmiştir (158). Bir çalışmada, DEHB olan çocukların, kendi duygularını ve karşılarındaki bireylerin duygularını tanımlamada da sağlıklı çocuklara göre daha

kötü performans gösterdikleri bildirilmiştir (159). Bir diğer çalışmada ise sadece DEHB olan çocuklarda değil, DEHB riski olan erkek çocuklarda da yüz ifadesinden duygu tanımda eksiklikler bildirilmiştir (156).

DEHB'li okul çağındaki çocuklar aynı zamanda bağlamsal ipuçlarına dayanan (örneğin, bir öykü ile eşleşen) duyguları tanımakta da zorluklar yaşamaktadırlar (154). Dahası, DEHB riski altındaki okul çağındaki çocuklar sınırlı bir duygu dağarcığına sahiptir ve kendilerinin ve diğerlerinin duygularını sözelleştirmekte de zorlanmaktadır (160). Sjöwall ve arkadaşları DEHB'li çocuklarda farklı tipte duyguların algılanmasını karşılaştırmış ve tikslenme dışındaki duygularda DEHB 'li çocukların duygu tanımasının bozulmuş olduğunu gözlemlemişlerdir (161).

DEHB'de duygu tanıma konusundaki önceki çalışmaların çoğu yüz duygularının tanınmasına odaklanmıştır. Bununla birlikte, belirli durumlarda, bağlamsal ipuçlarının duygusal bilgileri yargılamak için yüz ifadelerinden daha yararlı olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (162, 163). Nitekim, günlük yaşamda, yüzler ortamdan bağımsız olarak nadiren görülebilmektedir. Bağlamsal ipuçlarının duygu tanımadaki rolüyle ilgili bir gözden geçirmede, yüz ifadelerinin bağlamı dışında görüntülediği takdirde yanlış yorumlanabileceği öne sürülmektedir (164).

DEHB'nin, prefrontal korteksten amigdala kadar beyin matürasyonunda yapısal gecikme ile karakterize bir nörogelişimsel bozukluk olduğu bilinmektedir (93). Nörogelişimsel immatüritenin DEHB'li bireylerdeki duygu tanıma becerilerindeki potansiyel rolünün değerlendirilmesi bu nedenle önemlidir. Ergenlik döneminde prefrontal korteksin ve muhtemelen subkortikal bağlantılarının gecikmiş gelişimi, çocuk ve ergenlerin, yetişkinlerle karşılaştırıldığında duygusal ifadelerdeki değişikliklere karşı daha az hassas olduklarını öne süren kanıtlarla uyumludur. Thomas ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada nötral, korkmuş ve öfkeli yüz ifadeleri değerlendirilmiş ve yetişkinlerin duygusal ifadelerdeki değişikliklere daha duyarlı oldukları görülmüştür (165).

Duygusal bilgilerin işlenmesi görevini temel olarak amigdala üstlenmektedir. DEHB'li bireylerde yapılan çalışmalarda amigdala yapısında ve fonksiyonunda değişiklik olduğu öne sürülmektedir. Örneğin, DEHB'li çocuklar ve yetişkinler, yüzden ve bağlamdan duygu işleme gibi tipik olarak amigdala ile ilişkili spesifik fonksiyonlarda eksiklikler göstermektedir (154, 166). Çocukluk ve ergenlik döneminde amigdala ve prefrontal korteksin olgunlaşmasının hala devam ediyor oluşunun yüz ve duygu tanıma ile bağlantılı olduğu düşünülmektedir (165).

Amigdalanın rolüne ek olarak, bozulmuş amigdala-prefrontal etkileşiminin de DEHB'deki sosyal işlevsellikteki bozulmayla ilişkili olabileceği öne sürülmektedir (167).

Duygusal sinyaller yalnızca yüz ifadeleriyle değil, aynı zamanda konuşma diliyle de aktarılabilir. Affektif prozodi, hece uzunluğu, ses yüksekliği ve ses tonu

gibi farklı konuşma öğelerinden oluşmakta ve duyguların ifade edilmesine aracılık etmektedir. DEHB ile ilgili daha önceki araştırmalar, yüzden duygu tanımadaki sorunların yanı sıra, DEHB'li bireylerin bir konuşmacının duygusal durumunu affektif prozodiden saptamakta ek zorluklar yaşadığını göstermektedir (168).

Prefrontal korteksteeki bozukluğun, DEHB'nin bilişsel, davranışsal ve emosyonel belirtilerinden sorumlu olduğu bilinmektedir (169). DEHB'li çocuklarda özellikle bilişsel ve emosyonel kontrolde görev alan, medial ve superior prefrontal ve presentral alanlarda korteks kalınlığının azalmış olması da bu görüşü destekler niteliktedir (170). Nörogörüntüleme çalışmalarının birçoğu, prefrontal kontrol mekanizmaları ile DEHB'nin affektif olmayan (çalışma belleği, dikkatin bilişsel kontrolü ve yanıt inhibisyonu gibi) belirtileri arasındaki ilişkiyi araştırmaya yoğunlaşmıştır (171, 172). Buna karşın, DEHB'de duyguların işlenmesi ve kontrolü ile ilgili nöral mekanizmalar hakkında çok daha az çalışma bulunmaktadır.

3. YÖNTEM

3.1. Örneklemin Seçimi

Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 26.11.2018 tarihli onayının alınmasının ardından Aralık 2018- Mayıs 2019 arası Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine ayaktan başvuran 6-13 yaş arasındaki çocuklardan DSM-5 tanı ölçütlerine göre “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” tanı ölçütlerini karşılayan ve klinik değerlendirmede komorbiditesi olmadığı düşünülen çocuklar tespit edilmiş, ardından bu çocuklara ve ebeveynlerine Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu-Türkçe Versiyonu (ÇGDŞ-ŞY-T) uygulanmıştır. Yarı yapılandırılmış görüşmede DEHB’ye eşlik eden psikiyatrik bozukluğu olduğu saptanan DEHB olguları örneklemden dışlanarak komorbiditesi olmayan 53 DEHB olgusu çalışmaya dahil edilmiştir. Sağlıklı kontrol grubu için ise yine polikliniğimize başvuran ve muayenelerinin ardından herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almayan, aynı yaş grubundan çocuklar ve Akyurt İlçe Milli Eğitim Müdürlüğü, okul müdürlükleri ve ailelerden alınan onamın ardından bir ilkokul ve bir ortaokuldan çalışmaya katılmaya gönüllü olan, herhangi bir psikiyatrik bozukluğu olmayan çocuklar araştırmaya dahil edilmiştir. Örneklemi oluşturan bütün çocuklardan ve ebeveynlerden, çalışmayla ilgili hem sözlü hem de yazılı olarak onamları alınmıştır. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur formları ekte sunulmuştur.

3.2. Çalışmaya Dahil Olma ve Olmama Ölçütleri

3.2.1. DEHB grubunun dahil olma ölçütleri

1. Çocuğun 6-13 yaş aralığında olması
2. DSM-5 tanı ölçütlerine göre ve ÇGDŞ-ŞY-T uygulaması sonucunda DEHB tanısı almış olması
3. ÇGDŞ-ŞY-T uygulaması sonucunda DEHB dışında ek psikiyatrik tanı almamış olması (KOKGB, davranım bozukluğu vb.)
4. Tanısı konmuş nörolojik, metabolik ya da bilişsel işlevleri etkileyen hastalığının ya da düzeltilmemiş duyuşsal kusurunun olmaması
5. DEHB için tıbbi tedavi almamış ya da son 1 ay boyunca ilaç kullanmamış olması
6. Klinik değerlendirmesinde normal zeka düzeyinde olması ve özgül öğrenme güçlüğü olmaması
7. Gönüllü olur formunu doldurması ve araştırmada bulunmaya gönüllü olması

3.2.2. DEHB grubunun dahil edilmeme ölçütleri

1. ÇGDŞ-ŞY-T uygulaması ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre yapılan değerlendirmede DEHB tanı ölçütlerini karşılamıyor olması
2. ÇGDŞ-ŞY-T uygulaması sonucunda DEHB dışında ek psikiyatrik tanı almış olması (KOKGB, davranım bozukluğu vb.)
3. DEHB nedeniyle ilaç tedavisi alıyor olması

4. Klinik olarak saptanmış zihinsel yetersizlik ya da özgül öğrenme güçlüğü olması
5. Tanısı konmuş nörolojik, metabolik ya da bilişsel işlevleri etkileyen başka bir hastalığının ya da düzeltilmemiş duyuşal kusurunun olması
6. Çocuğun ya da ebeveynin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi

3.2.3. Kontrol grubunun dahil edilme ölçütleri:

1. Çocuğun 6-13 yaş aralığında olması
2. Yapılan değerlendirme sonrası herhangi bir psikiyatrik tanı almamış olması
3. Klinik değerlendirme ile saptanan normal zeka düzeyinde olması ve özgül öğrenme güçlüğü bulgularının olmaması
4. Tanısı konmuş nörolojik, metabolik ya da bilişsel işlevleri etkileyen hastalığının ya da düzeltilmemiş duyuşal kusurunun olmaması
5. Bilişsel işlevleri etkileyen ilaç kullanımı olmaması
6. Gönüllü olur formunu doldurması ve araştırmada bulunmaya gönüllü olması

3.2.4. Kontrol grubunun dahil edilmeme ölçütleri

1. Değerlendirme sonrası herhangi bir psikiyatrik tanı almış olması
2. Tanısı konmuş nörolojik, metabolik ya da bilişsel işlevleri etkileyen hastalığının bulunması
3. Düzeltilmemiş duyuşal kusurunun olması

4. Klinik olarak saptanmış zihinsel yetersizlik ya da özgül öğrenme güçlüğü olması
5. Bilişsel işlevleri etkileyen ilaç kullanımı olması
6. Çocuğun ya da ebeveynin araştırmaya katılmayı istememesi

3.3. İşlem

DSM-5 tanı ölçütlerine göre “dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu” tanı ölçütlerini karşılayan çocuklar ve ebeveynlerine Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu-Türkçe Versiyonu (ÇGDS-ŞY-T) uygulanmıştır. Klinik değerlendirme sırasında ya da yarı yapılandırılmış görüşmede DEHB’ye eşlik eden psikiyatrik hastalığı olduğu tespit edilen DEHB olguları örneklemden dışlanmıştır. Çalışma hakkında bilgilendirme yapılması ve hem çocuğun hem de ebeveyninin onamının alınmasının ardından çocuklara sessiz bir odada araştırmacı tarafından Sözel Olmayan İpuçlarını Algılama Becerilerini Değerlendirme Aracı (SOİAB) uygulanmış ve cevapları kaydedilmiştir. Çocukların ebeveynlerine doldurmaları için sosyodemografik veri formu, Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ) ve Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Form (CADÖ-YU), öğretmenlerine iletilmesi için de Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Form (CÖDÖ-YU) verilmiştir. Çocukların zeka düzeyleri klinik olarak değerlendirilmiştir. Anamnezinde öğrenme güçlüğü öyküsü ve muayenesinde öğrenme güçlüğü bulguları olan olgular çalışmadan dışlanmıştır.

3.4. Veri Toplama Araçları

3.4.1. Sosyodemografik veri formu

Sosyodemografik veri formu (EK-3) çalışmaya katılacak çocukların sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Formda, çocuğa ve ebeveynlere ait demografik veriler yanı sıra çocuğun prenatal, postnatal ve gelişimsel öyküsü, özgeçmiş, soy geçmiş bilgileri yer almaktadır.

3.4.2. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu-Türkçe Versiyonu (ÇGDS-ŞY-T)

Kaufman ve arkadaşlarının (1997), DSM-5 tanı ölçütlerine göre güncelledikleri yarı yapılandırılmış bu görüşme çizelgesinin Türkçe uyarlaması Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (173, 174). Görüşme çizelgesinin ilk bölümünde çocuğun ve ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri, çocuğun gelişim öyküsü, sağlık durumu, işlevselliği ile ilgili sorular mevcuttur. İkinci bölümde geçmişte ve şu andaki 200'den fazla belirtiyi değerlendiren tarama soruları yer almaktadır. Son bölüm, DSM 5 tanılarını doğrulamak için yapılan değerlendirme ve gözlem sonuçlarından oluşmaktadır. Bilgi kaynaklarının tümünden alınan bilgiler klinisyenin kendi gözlemiyle birleştirilerek puanlama yapılmaktadır (174).

3.4.3. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Form (CADÖ-YU)

Formdaki soruların ebeveynler tarafından dörtlü likert skalası üzerinden yanıtlandığı, toplam 80 maddeden oluşan bir formdur. ‘‘Hiçbir zaman’’, ‘‘nadiren’’, ‘‘sıklıkla’’ ve ‘‘her zaman’’ seçenekleri sırasıyla 0-1-2-3 puan almaktadır. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (175).

3.4.4. Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Form (CÖDÖ-YU)

Bu formda öğretmenlerden, son bir ayı dikkate alarak çocukları değerlendirmeleri istenmektedir. CÖDÖ-YU toplam 59 maddeden oluşmaktadır. Sorular öğretmen tarafından dörtlü likert skalası üzerinden yanıtlanmaktadır. ‘‘Hiçbir zaman’’, ‘‘nadiren’’, ‘‘sıklıkla’’ ve ‘‘her zaman’’ seçenekleri sırasıyla 0-1-2-3 puan olarak puanlanmaktadır (176). Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Kaner ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (175). Bireyin bir ölçekten yüksek puan alması, o alt ölçekteki problemlere o ölçüde çok sahip olduğunu göstermektedir (177).

3.4.5. Duygu Ayarlama Ölçeği

Ölçek, çocuğun duygu ayarlama becerileri hakkında bilgi vermektedir. Shields ve Cicchetti tarafından geliştirilen ölçeğin asıl adı Emotion Regulation Checklist'dir (178). 24 maddeden oluşan ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Kapçı,

Uslu, Akgün ve Acer tarafından yapılmıştır (179). Ölçek, Değişkenlik/Olumsuzluk ve Duygu Ayarlama olmak üzere iki alt-ölçekten oluşmuştur. Ölçekte yer alan maddeler “1 (Hiçbir zaman)” ile “4 (Hemen her zaman)” arasında puanlanmaktadır. Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği ile çocuğun duygu ayarlama becerileri arasında ters yönde ilişki vardır (179).

3.4.6. Sözel Olmayan İpuçlarını Algılama Becerilerini Değerlendirme Aracı (SOİAB)

Sözel Olmayan İpuçlarını Algılama Becerilerini Değerlendirme Aracı (SOİAB), sözel olmayan ipuçları ile aktarılan duyguları algılama becerilerini ölçmek üzerine geliştirilmiş bilgisayar sunum programı şeklinde bir uygulamadır. Sıklıkla kullanılan altı temel duygu olan mutluluk, üzüntü, kızgınlık, şaşkınlık, korku ve tiksinnmeyi içermektedir. Değerlendirme, yüz ifadeleri alt alanı, hareket/duruş alt alanı, ses tonları alt alanı ve sosyal hikayeler alt alanı olmak üzere dört alt alanda yapılmaktadır. Sunumda tüm duygular karışık ve arka arkaya gelmeyecek şekilde sıralanmaktadır. Bütün sorularda şıklar aynı sırada verilmektedir. Birey her alt alanda doğru yanıtlar için 1, yanlış yanıtlar için 0 puan almaktadır (180, 181). Testin bütün alt alanlarında, anlaşılmayan sorunun bir kez daha izlenmesi ya da dinlenmesine izin verilmektedir.

SOİAB’ın dört alt alanı bulunmaktadır.

Yüz ifadeleri alt alanı:

Bu bölümde yetişkin bir erkek ve kadın, bir kız çocuğu ve bir erkek çocuğunun SOİAB’da kullanılan 6 temel duyguyu yüz ifadeleriyle canlandırdıkları 24 adet yüz fotoğrafı bulunmaktadır.

Hareket/duruş alt alanı:

Bu bölümde ise bir yetişkin kadın, bir yetişkin erkek, bir kız çocuk ve iki erkek çocuğun kızgınlık, üzüntü, korku ve mutluluk olmak üzere 4 adet duyguyu beden hareketleriyle temsil ettikleri 8 adet video bulunmaktadır. Bu videolarda kişilerin yüz ifadeleri görünmemektedir. Her bir video yaklaşık 1-3 saniye sürmektedir.

Ses tonları alt alanı:

Bu bölümde ‘‘Yemeğin tadına baktın mı?’’ cümlesi, iki yetişkin kadın, iki yetişkin erkek, bir kız çocuk ve bir erkek çocuk tarafından 6 temel duyguyu yansıtacak biçimde farklı vurgularla seslendirilmiştir. Bu bölümde 12 adet soru yer almaktadır.

Sosyal hikayeler alt alanı:

Bu bölümde farklı duyguları yansıtacak sosyal durumlardan oluşan 12 adet kısa hikayeyer almaktadır. Sosyal hikayeler okunurken nötr bir tonda okunacak, herhangi bir duygu ifadesine yer verilmeyecektir.

3.5. İstatistiksel Değerlendirme

Bu araştırmada katılımcılardan elde edilen verilerin analizleri SPSS 21.0 IBM paket programı kullanılarak yapılmıştır. Tüm değerlendirmelerde örneklem

grubu normal dağılımı gösterdiğinden parametrik testler kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, gruplar arası karşılaştırma yaparken, T-Testi ve Ki-Kare, bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için de Pearson Korelasyon analiz yöntemleri kullanılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde 6-13 yaş aralığındaki 53 DEHB tanılı ve 53 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 106 çocukta araştırılan, emosyonel labilite, duygu ayarlama ve sözel olmayan ipuçlarından duygu tanıma becerilerine ait verilere ilişkin bulgulara yer verilmiştir.

4.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Veriler

Çalışmada yer alan gruplara ilişkin sosyodemografik özelliklere ait bilgiler **Tablo 4.1.** ve **4.2.**'de gösterilmiştir.

Gruplar arasında yaş ($t=-1.186$, $p=.238$), doğum haftası ($t=-1.175$, $p=.243$) doğum ağırlığı ($t=0.792$, $p=.430$), anne yaşı ($t=-1.330$, $p=.186$), baba yaşı ($t=-1.533$, $p=.128$), annenin eğitim düzeyi ($X^2=5.730$, $p=.126$), babanın eğitim düzeyi ($X^2=2.051$, $p=.562$) ve annenin gebelik yaşı ($t=-1.524$, $p=.131$), açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 4.1. Örneklemi Oluşturan Grupların Sosyodemografik Özellikleri

Demografik Özellikler	DEHB (N=53)		Sağlıklı Kontrol (N=53)		Toplam (N=106)	
	N	%	N	%	N	%
Cinsiyet						
Kız	9	50	9	50	18	100
Erkek	44	50	44	50	88	100
	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.
Yaş (Ay)	114.38	23.05	109.26	21.31	111.82	22.24
Doğum Haftası	37.74	2.80	38.30	2.11	38.02	2.48
Doğum Ağırlığı	3280.57	751.19	3184.34	466.24	3232.45	624.06

Tablo 4.2. Örneklemi Oluşturan Grupların Ebeveynlerine Ait Sosyodemografik Özellikler

Demografik Özellikler	DEHB (N=53)		Sağlıklı Kontrol (N=53)		Toplam (N=106)	
	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.	Ort.	s.s.
Annenin Yaşı	36.38	5.85	37.89	5.83	37.13	5.86
Babanın Yaşı	40.23	6.48	42.06	5.79	41.14	6.18
Annenin Gebelik Yaşı	26.72	5.37	28.30	5.34	27.51	5.39
Annenin Eğitim Durumu						
İlkokul	6	42.9	8	57.1	14	100
Ortaokul	8	57.1	6	42.9	14	100
Lise	26	61.9	16	38.1	42	100
Üniversite	13	36.1	23	63.9	36	100
Babanın Eğitim Durumu						
İlkokul	6	46.2	7	53.8	13	100
Ortaokul	8	53.3	7	46.7	15	100
Lise	26	56.5	20	43.5	46	100
Üniversite	13	40.6	19	59.4	32	100

4.2. DEHB Klinik Görünümlerine İlişkin Veriler

Klinik değerlendirme ve Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu-Türkçe Versiyonu (ÇGDS-ŞY-T) uygulaması ile belirlenen klinik görünümünün DEHB’li çocuklardaki dağılımları **Tablo 4.3.**’de gösterilmektedir. Örneklem içinde yalnızca bir adet Hiperaktivite/Dürtüsellik ön planda klinik görünümde hasta olduğundan, klinik görünümle ilgili analizlerde bu grup örnekleminden dışlanmıştır.

Tablo 4.3. DEHB Grubunun Klinik Görünümlere Göre Dağılımı

DEHB Klinik Görünümü	Bileşik Görünüm	Dikkat Eksikliği Ön Planda Görünüm	Hiperaktivite/Dürtüsellik Ön Planda Görünüm
n	41	11	1
%	77.3	20.8	1.9

DEHB tanılı çocuklarda klinik görünüme göre Conners Anababa Dereceleme Ölçeği alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için Mann Whitney U analizi yapılmıştır (**Tablo 4.4.**). Sonuçta gruplar arasında “Karşı Gelme” (U=132.5, p<.05), “Hiperaktivite” (U=126.5, p<.05), “Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite” (U=91.5, p<.01) ve “Conners Global İndeks- Toplam” (U=100, p<.01) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu, diğer alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bileşik görünümde olan çocuklar (Ort.=28.77), dikkat eksikliği ön planda

görünümüne sahip olanlara (Ort.=18.05) göre anlamlı olarak daha yüksek “Karşı Gelme” alt ölçek puanı almışlardır. Benzer şekilde, bileşik görünümde olan çocuklar (Ort.=28.91), dikkat eksikliği ön planda görünümüne (Ort.=17.5) göre anlamlı olarak daha yüksek “Hiperaktivite” alt ölçek puanına sahiptir. Yine, bileşik görünümde olan çocuklar (Ort.=29.77), dikkat eksikliği ön planda görünümüne olanlara (Ort.=14.32) göre anlamlı olarak daha yüksek “Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite” alt ölçek puanı almışlardır. Bileşik görünümde olan çocuklar (Ort.=29.56), dikkat eksikliği ön planda görünümüne olanlara (Ort.=15.09) göre anlamlı olarak daha yüksek “Conners Global İndeks Toplam” puanına sahiptirler.

Tablo 4.4. DEHB Grubunun Klinik Görünümüne Göre Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

Conners Anababa Dereceleme Ölçeği - Alt Ölçekler	DEHB Klinik Görünüm	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
Karşı Gelme	Bileşik Görünüm	41	28.77	1179.5	132.5*	.037
	DE Ön Planda Görünüm	11	18.05	198.5		
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	Bileşik Görünüm	41	26.55	1088.5	223.5	.964
	DE Ön Planda Görünüm	11	26.32	289.5		
Hiperaktivite	Bileşik Görünüm	41	28.91	1185.5	126.5*	.026
	DE Ön Planda Görünüm	11	17.5	192.5		
Kaygı-Utangaçlık	Bileşik Görünüm	41	24.89	1020.5	159.5	.138
	DE Ön Planda Görünüm	11	32.5	357.5		
Mükemmeliyetçilik	Bileşik Görünüm	41	26.23	1075.5	214.5	.805

	DE Ön Planda Görünüm	11	27.5	302.5		
Sosyal Problemler	Bileşik Görünüm	41	24.91	1021.5	160.5	.143
	DE Ön Planda Görünüm	11	32.41	356.5		
Psikosomatik	Bileşik Görünüm	41	26.76	1097	215	.813
	DE Ön Planda Görünüm	11	25.55	281		
DEHB İndeksi	Bileşik Görünüm	41	27.24	1117	195	.494
	DE Ön Planda Görünüm	11	23.73	261		
Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite	Bileşik Görünüm	41	29.77	1220.5	91.5**	.003
	DE Ön Planda Görünüm	11	14.32	157.5		
Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik	Bileşik Görünüm	41	27.72	1136.5	175.5	.259
	DE Ön Planda Görünüm	11	21.95	241.5		
Conners Global İndeks Toplam	Bileşik Görünüm	41	29.56	1212	100**	.005
	DE Ön Planda Görünüm	11	15.09	166		
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik	Bileşik Görünüm	41	26.56	1089	223	.955
	DE Ön Planda Görünüm	11	26.27	289		
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik	Bileşik Görünüm	41	28.39	1164	148	.082
	DE Ön Planda Görünüm	11	19.45	214		
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam	Bileşik Görünüm	41	27.59	1131	181	.318
	DE Ön Planda Görünüm	11	22.45	247		
Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Toplam	Bileşik Görünüm	41	27.72	1136.5	175.5	.263
	DE Ön Planda Görünüm	11	21.95	241.5		

*p<.05, **p<.01

DEHB tanılı çocuklarda DEHB klinik görünümüne göre Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmış, sonuçlar **Tablo 4.5.’te** gösterilmiştir. Buna göre, gruplar arasında “Karşı Gelme” (U=128, $p<.05$), “Hiperaktivite” (U=103.5, $p<.01$), “DEHB İndeks-Hiperaktivite” (U=117.5, $p<.05$), “Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik” (U=125, $p<.05$) ve “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik” alt ölçek (U=118, $p<.05$) puanları açısından anlamlı bir fark olduğu, diğer alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Bileşik görünümdeki çocuklar (Ort.=28.88), dikkat eksikliği ön planda görünümde olanlara (Ort.=17.64) göre anlamlı olarak daha yüksek “Karşı Gelme” alt ölçek puanı almışlardır. Benzer şekilde, bileşik görünümdeki çocuklar (Ort.=29.48), dikkat eksikliği ön planda görünümde olanlara (Ort.=15.41) göre anlamlı olarak daha yüksek “Hiperaktivite” alt ölçek puanına sahiptir. Yine, bileşik görünümdeki çocuklar (Ort.=29.13), dikkat eksikliği ön planda görünümde olanlara (Ort.=16.38) göre anlamlı olarak daha yüksek “DEHB İndeks-Hiperaktivite” alt ölçek puanı almışlardır. Bileşik görünümdeki çocuklar (Ort.=28.95), dikkat eksikliği ön planda görünümde olanlara (Ort.=17.36) göre anlamlı olarak daha yüksek “Conners Global İndeks- Duygusal Değişkenlik” alt ölçek puanına sahiplerdir. Bileşik görünümdeki çocuklar (Ort.=29.12), dikkat eksikliği ön planda görünümde olanlara (Ort.=16.73) göre anlamlı olarak daha yüksek “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik” puanı almışlardır.

Tablo 4.5. DEHB Tanılı Çocukların Klinik Görünüme Göre Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği - Alt Ölçekler	DEHB Görünümü	Klinik	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
Karşı Gelme	Bileşik Görünüm		41	28.88	1184	128*	.028
	DE Ön Planda Görünüm		11	17.64	194		
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	Bileşik Görünüm		41	26.16	1072.5	211.5	.753
	DE Ön Planda Görünüm		11	27.77	305.5		
Hiperaktivite	Bileşik Görünüm		41	29.48	1208.5	103.5**	.006
	DE Ön Planda Görünüm		11	15.41	169.5		
Kaygı-Utangaçlık	Bileşik Görünüm		41	24.79	1016.5	155.5	.115
	DE Ön Planda Görünüm		11	32.86	361.5		
Mükemmeliyetçilik	Bileşik Görünüm		41	24.56	1007	146	.072
	DE Ön Planda Görünüm		11	33.73	371		
Sosyal Problemler	Bileşik Görünüm		41	25.89	1061.5	200.5	.573
	DE Ön Planda Görünüm		11	28.77	316.5		
DEHB İndeks-Dikkatsizlik	Bileşik Görünüm		41	26.17	1073	212	.762
	DE Ön Planda Görünüm		11	27.73	305		
DEHB İndeks-Hiperaktivite	Bileşik Görünüm		41	29.13	1194.5	117.5*	.015
	DE Ön Planda Görünüm		11	16.38	183.5		
Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite	Bileşik Görünüm		41	28.23	1157.5	154.5	.110
	DE Ön Planda Görünüm		11	20.05	220.5		
Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik	Bileşik Görünüm		41	28.95	1187	125*	.024
	DE Ön Planda Görünüm		11	17.36	191		

Conners Global İndeks Toplam	Bileşik Görünüm	41	28.55	1170.5	141.5	.059
	DE Ön Planda Görünüm	11	18.86	207.5		
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik	Bileşik Görünüm	41	25.78	1057	196	.508
	DE Ön Planda Görünüm	11	29.18	321		
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik	Bileşik Görünüm	41	29.12	1194	118*	.016
	DE Ön Planda Görünüm	11	16.73	184		
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam	Bileşik Görünüm	41	27.91	1144.5	167.5	.193
	DE Ön Planda Görünüm	11	21.23	233.5		
Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Toplam	Bileşik Görünüm	41	27.74	1137.5	174.5	.253
	DE Ön Planda Görünüm	11	21.86	240.5		

* $p < .05$, ** $p < .01$

DEHB tanılı çocuklar, klinik görünümüne göre Duygu Ayarlama Ölçeği ve SOİAB Puanları açısından karşılaştırılmış ve sonuçlar **Tablo 4.6. ve 4.7.’de** gösterilmiştir. Sonuçta, gruplar arasında Duygu Ayarlama Ölçeği ve SOİAB puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 4.6. DEHB Tanılı Çocukların Klinik Görünümüne Göre Duygu Ayarlama Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçekler	DEHB Klinik Görünümü	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
Duygu Ayarlama Ölçeği Duygu Ayarlama Alt Ölçeği	Bileşik Görünüm	41	25.9	1062	201	.582
	DE Ön Planda Görünüm	11	28.73	316		
Duygu Ayarlama Ölçeği-Toplam	Bileşik Görünüm	41	27.78	1139	173	239
	DE Ön Planda Görünüm	11	21.73	239		

Tablo 4.7. DEHB Tanılı Çocukların Klinik Görünüme Göre SOİAB Puanları Açısından Karşılaştırılması

SOİAB	DEHB Klinik Görünümü	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
SOİAB-Yüz İfadeleri Alt Alanı	Bileşik Görünüm	41	26.43	1083.5	222.5	.945
	DE Ön Planda Görünüm	11	26.77	294.5		
SOİAB-Hareket/Duruş Alt Alanı	Bileşik Görünüm	41	25.83	1059	198	.529
	DE Ön Planda Görünüm	11	29	319		
SOİAB-Ses Tonları Alt Alanı	Bileşik Görünüm	41	25.35	1039.5	178.5	.284
	DE Ön Planda Görünüm	11	30.77	338.5		
SOİAB-Sosyal Hikayeler Alt Alanı	Bileşik Görünüm	41	24.77	1015.5	154.5	.107
	DE Ön Planda Görünüm	11	32.95	362.5		
SOİAB-Toplam	Bileşik Görünüm	41	24.73	1014	153	.102
	DE Ön Planda Görünüm	11	33.09	364		

4.3. Conners Anababa ve Öğretmen Dereceleme Ölçeği ile İlişkili Veriler

DEHB tanılı çocuklarda, Conners Anababa Dereceleme Ölçeği puanları ile yaş ve Duygu Ayarlama Ölçeği arasındaki ilişkiye bakılmış, sonuçlar **Tablo 4.8.’de** gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde yaş ile “Hiperaktivite” ($r=-.280$, $p<.05$) ve “DSM-IV Semptomları, Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik” alt ölçek ($r=-.357$, $p<.01$) puanları arasında negatif yönde, “Sosyal Problemler” ($r=.364$, $p<.01$) ve “Psikosomatik” alt ölçek ($r=.336$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki varken diğer ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki yoktur. Duygu Ayarlama Ölçeği- Duygu Ayarlama alt ölçeği puanları ile “Karşı Gelme” ($r=.333$, $p<.05$), “Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik” ($r=.411$, $p<.01$),

“Hiperaktivite” ($r=.330$, $p<.05$), “Kaygı-Utangaçlık” ($r=.494$, $p<.01$), “Sosyal Problemler” ($r=.345$, $p<.05$), “Psikosomatik” ($r=.463$, $p<.01$), “DEHB İndeksi” ($r=.356$, $p<.01$), “Conners Global İndeks-Huzurluk-İmpulsivite” ($r=.434$, $p<.01$), “Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik” ($r=.454$, $p<.01$), “Conners Global İndeks Toplam” ($r=.484$, $p<.05$), “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik” ($r=.411$, $p<.01$), “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam” ($r=.441$, $p<.01$) ve “Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Toplam” puanları ($r=.454$, $p<.01$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Duygu Ayarlama Ölçeği Toplam puanları ile “Karşı Gelme” ($r=.724$, $p<.01$), “Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik” ($r=.481$, $p<.01$), “Hiperaktivite” ($r=.636$, $p<.01$), “Kaygı-Utangaçlık” ($r=.507$, $p<.01$), “Sosyal Problemler” ($r=.464$, $p<.01$), “Psikosomatik” ($r=.441$, $p<.01$), “DEHB İndeksi” ($r=.525$, $p<.01$), “Conners Global İndeks-Huzurluk-İmpulsivite” ($r=.729$, $p<.01$), “Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik” ($r=.746$, $p<.01$), “Conners Global İndeks Toplam” ($r=.812$, $p<.01$), “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik” ($r=.497$, $p<.01$), “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik” ($r=.510$, $p<.01$), “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam” ($r=.636$, $p<.01$) ve “Conners Anababa Ölçek Toplam” ($r=.746$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.8. DEHB Tanılı Çocuklarda Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Puanları ile Yaş ve Duygu Ayarlama Ölçeği Arasındaki İlişki

Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Alt	Yaş	Duygu Ayarlama Ölçeği- Duygu Alt	Duygu Ayarlama Ölçeği Toplam
Karşı Gelme	.163	.333*	.724**
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	.187	.411**	.481**
Hiperaktivite	-.280*	.330*	.636**
Kaygı-Utangaçlık	.219	.494**	.507**
Mükemmeliyetçilik	-.083	-.107	.192
Sosyal Problemler	.364**	.345*	.464**
Psikosomatik	.336*	.463**	.441**
DEHB İndeksi	.115	.356**	.525**
Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite	.052	.434**	.729**
Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik	.163	.454**	.746**
Conners Global İndeks Toplam	.089	.484*	.812**
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik	.133	.411**	.497**
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik	-.357**	.243	.510**
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam	-.118	.441**	.636**
Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Toplam	.163	.454**	.746**

* $p < .05$, ** $p < .01$

DEHB tanılı çocuklarda Conners Anababa Dereceleme Ölçeği ile SOİAB puanları arasındaki ilişki incelenmiş, sonuçlar **Tablo 4.9.**'da gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde “SOİAB-Hareket/Duruş Alt Alanı” ile sadece “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik” alt ölçek ($r = -.286$, $p < .05$) ve “SOİAB Toplam” puanıyla “Hiperaktivite” alt ölçek puanları arasında negatif

yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.9. DEHB tanılı çocuklarda Conners Anababa Dereceleme Ölçeği ile SOİAB puanları arasındaki ilişki

Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Alt Ölçekler	Yüz İfadeleri Alt Alanı	Hareket/Duruş Alt Alanı	Ses Tonları Alt Alanı	Sosyal Hikayeler Alt Alanı	SOİAB Toplam
Karşı Gelme	.050	-.088	-.046	.031	-.017
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	-.070	.041	.083	.206	.092
Hiperaktivite	-.235	-.234	-.157	-.266	-.320*
Kaygı-Utangaçlık	-.145	-.007	-.010	.048	-.038
Mükemmeliyetçilik	.107	-.173	-.307*	-.057	-.143
Sosyal Problemler	.154	.004	.075	.220	-.169
Psikosomatik	-.034	.234	.029	.116	.112
DEHB İndeksi	-.038	-.067	.063	.157	.042
Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite	-.074	-.179	-.076	-.075	-.149
Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik	-.147	.074	-.075	.027	-.045
Conners Global İndeks Toplam	-.123	-.118	-.106	-.066	-.151
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik	-.027	.001	-.008	.105	.021
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik	-.160	-.286*	-.064	-.213	-.255
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam	-.111	-.169	-.019	-.043	-.121
Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Toplam	-.147	.074	-.075	.027	-.045

DEHB tanılı çocuklarda, Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği puanları ile yaş ve Duygu Ayarlama Ölçeği Puanları arasındaki ilişki incelenmiştir (**Tablo 4.10.**). Duygu Ayarlama Ölçeği-Toplam puanları ile Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği “Karşı Gelme” ($r=.403$, $p<.05$), “Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik” ($r=.445$, $p<.01$), “Hiperaktivite” ($r=.272$, $p<.05$), “Sosyal Problemler” ($r=.290$, $p<.05$), “DEHB İndeks-Dikkatsizlik” ($r=.341$, $p<.05$), “DEHB İndeks-Hiperaktivite” ($r=.321$, $p<.05$), “Conners Global İndeks-Huzurluk-İmpulsivite” ($r=.311$, $p<.05$), “Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik” alt ölçekleri ($r=.315$, $p<.05$), “Conners Global İndeks Toplam” ($r=.389$, $p<.01$), “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik” ($r=.367$, $p<.01$), “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik” ($r=.287$, $p<.05$), “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam” ($r=.369$, $p<.01$) ve “Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Toplam” ($r=.315$, $p<.05$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir.

Tablo 4.10. DEHB Tanılı Çocuklarda Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Puanları ile Yaş ve Duygu Ayarlama Ölçeği Puanları Arasındaki İlişki

Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği -Alt Ölçekler	Yaş	Duygu Ayarlama Ölçeği- Duygu Ayarlama Alt Ölçeği	Duygu Ayarlama Toplam
Karşı Gelme	.102	.061	.403*
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	-.123	.207	.445**
Hiperaktivite	-.024	.004	.272*
Kaygı-Utangaçlık	-.010	.065	-.120
Mükemmeliyetçilik	.224	.010	-.193
Sosyal Problemler	.034	.096	.290*
DEHB İndeks-Dikkatsizlik	-.219	.204	.341*
DEHB İndeks-Hiperaktivite	-.056	.017	.321*
Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite	-.184	.001	.311*
Conners Global İndeks- Duygusal Değişkenlik	-.166	.020	.315*
Conners Global İndeks Toplam	-.111	.058	.389**
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik	-.174	.218	.367**
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Düstüsellik	-.053	.032	.287*
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam	-.120	.127	.369**
Conners Öğretmen Ölçek Toplam	-.116	.020	.315*

DEHB tanılı çocuklarda Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği puanları ile SOİAB puanları arasındaki ilişki incelenmiş ve **Tablo 4.11.**'de gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde “SOİAB- Yüz İfadeleri Alt Alanı” ile sadece “Sosyal Problemler” alt ölçeği puanları arasında ($r=-.291$, $p<.05$) negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Tablo 4.11. DEHB Tanılı Çocuklarda Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Puanları ile SOİAB Puanları Arasındaki İlişki

Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği -Alt Ölçekler	Yüz İfadeleri Alt Alanı	Hareket/ Duruş Alt Alanı	Ses Tonları Alt Alanı	Sosyal Hikayeler Alt Alanı	SOİAB Toplam
Karşı Gelme	.209	.043	-.096	-.073	.011
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	.053	-.150	-.043	.001	-.060
Hiperaktivite	.210	-.049	.061	-.087	.034
Kaygı-Utangaçlık	-.042	-.052	.000	-.149	-.078
Mükemmeliyetçilik	.231	.044	-.022	.059	.121
Sosyal Problemler	.291*	-.150	.064	.125	.119
DEHB İndeks-Dikkatsizlik	.151	-.099	.021	-.009	.009
DEHB İndeks-Hiperaktivite	.249	-.083	.030	-.057	.037
Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite	.168	-.100	-.008	-.070	-.020
Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik	.112	-.168	-.076	-.251	-.146
Conners Global İndeks Toplam	.160	-.096	-.022	-.157	-.057
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik	.176	-.152	.020	.005	.004
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Düstüsellik	.245	-.053	.086	-.092	.054
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam	.248	-.109	.067	-.059	.038
Conners Öğretmen Ölçek Toplam	.112	-.168	-.076	-.251	-.146

DEHB tanılı çocuklarda cinsiyete göre Conners Anababa Dereceleme Ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığını belirlemek için de Mann Whitney U analizi yapılmıştır (**Tablo 4.12.**). Sonuçta gruplar arasında sadece “Karşı Gelme” alt ölçek puanı açısından anlamlı bir fark olduğu ($U=89.5$, $p<.05$), diğer ölçek puanları açısından ise anlamlı bir fark olmadığı belirlenmiştir. Buna göre, erkek çocuklar (Ort.=29.47), kız çocuklara (Ort.=14.94) göre anlamlı olarak daha fazla “Karşı Gelme” alt ölçek puanı almışlardır.

Tablo 4.12. DEHB Tanılı Çocukların Cinsiyete Göre Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Alt Ölçekler	Cinsiyet	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
Karşı Gelme	Erkek	43	29.47	1296.5	89.5*	.010
	Kız	9	14.94	134.5		
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	Erkek	43	26.02	1145	155	.307
	Kız	9	31.78	286		
Hiperaktivite	Erkek	43	26.83	1180.5	190.5	.859
	Kız	9	27.83	250.5		
Kaygı-Utangaçlık	Erkek	43	26.49	1165.5	175.5	.593
	Kız	9	29.5	265.5		
Mükemmeliyetçilik	Erkek	43	27.86	1226	160	.366
	Kız	9	22.78	205		
Sosyal Problemler	Erkek	43	26.65	1172.5	182.5	.712
	Kız	9	28.72	258.5		
Psikosomatik	Erkek	43	26.67	1173.5	183.5	.730
	Kız	9	28.61	257.5		
DEHB İndeksi	Erkek	43	26.55	1168	178	.635
	Kız	9	29.22	263		
Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite	Erkek	43	27.9	1227.5	158.5	.348
	Kız	9	22.61	203.5		
Conners Global İndeks- Duygusal Değişkenlik	Erkek	43	27.02	1162	171	.584
	Kız	9	24	216		
Conners Global İndeks Toplam	Erkek	43	27.91	1228	158	.342
	Kız	9	22.56	230		
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik	Erkek	43	26.24	1154.5	164.5	.426
	Kız	9	30.72	276.5		

DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Düstüsellik	Erkek	43	27.43	1207	179	.652
	Kız	9	24.89	224		
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam	Erkek	43	26.43	1163	173	.553
	Kız	9	29.78	268		
Conners Anababa Ölçek Toplam	Erkek	43	27.01	1188.5	197.5	.991
	Kız	9	26.94	242.5		

* $p < .05$

DEHB tanılı çocuklarda cinsiyete göre Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmış, sonuçlar **Tablo 4.13.’te** gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, gruplar arasında hiçbir ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.13. DEHB Tanılı Çocukların Cinsiyete Göre Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği -Alt Ölçekler	Cinsiyet	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
Karşı Gelme	Erkek	43	28.41	1250	136	.140
	Kız	9	20.11	181		
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	Erkek	43	26.55	1168	178	.634
	Kız	9	29.22	263		
Hiperaktivite	Erkek	43	28.05	1234	152	.274
	Kız	9	21.89	197		
Kaygı-Utangaçlık	Erkek	43	25.93	1141	151	.264
	Kız	9	32.22	290		
Mükemmeliyetçilik	Erkek	43	25.43	1119	129	.099
	Kız	9	34.67	321		

Sosyal Problemler	Erkek	43	26.15	1150.5	160.5	.371
	Kız	9	31.17	280.5		
DEHB İndeks-Dikkatsizlik	Erkek	43	26.63	1171.5	181.5	.695
	Kız	9	28.83	259.5		
DEHB İndeks-Hiperaktivite	Erkek	43	27.55	1212	174	.568
	Kız	9	24.33	219		
Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite	Erkek	43	26.84	1181	191	.868
	Kız	9	27.78	250		
Conners Global İndeks- Duygusal Değişkenlik	Erkek	43	27.6	1187	146	.248
	Kız	9	21.22	191		
Conners Global İndeks Toplam	Erkek	43	27.31	1201.5	184.5	.749
	Kız	9	25.5	229.5		
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik	Erkek	43	26.26	1155.5	165.5	.441
	Kız	9	30.61	275.5		
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Düstüsellik	Erkek	43	27.8	1223	163	.406
	Kız	9	23.11	208		
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam	Erkek	43	27.16	1195	191	.868
	Kız	9	26.22	236		
Conners Öğretmen Ölçek Toplam	Erkek	43	27.13	1193.5	192.5	.896
	Kız	9	26.39	237.5		

DEHB tanılı çocuklar ile sağlıklı kontrol grubundaki çocuklar, Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Form alt ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır (**Tablo 4.14.**). Gruplar arasında, “Mükemmelliyetçilik” alt ölçek puanları hariç ($t=-0.385$, $p=.701$) diğer tüm alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark vardır. DEHB tanılı çocuklar ($Ort.=13.13\pm6.91$), sağlıklı kontrol

grubundaki çocuklardan (Ort.=6.91±5.47) anlamlı olarak daha yüksek “Karşı Gelme” alt ölçek puanı almışlardır. Benzer şekilde, DEHB olan çocuklar (Ort.=22.04±7.60), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=4.19±4.59) anlamlı olarak daha yüksek “Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik” puanına sahiptirler. Yine, DEHB olan çocuklar (Ort.=12.81±5.90), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=3.91±3.87) anlamlı olarak daha yüksek “Hiperaktivite” puanı almışlardır. “Kaygı-Utangaçlık” puanları açısından bakıldığında, DEHB olan çocuklar (Ort.=7.49±5.19), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=4.89±3.63) anlamlı olarak daha yüksek puana sahiptirler. DEHB olan çocuklar (Ort.=4.30±3.52), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=1.26±1.78) anlamlı olarak daha yüksek “Sosyal Problemler” puanı almışlardır. Aynı şekilde, DEHB olan çocuklar (Ort.=5.08±4.90), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=1.60±2.48) anlamlı olarak daha yüksek “Psikosomatik” alt ölçek puanına sahiptirler. “DEHB İndeksi” puanları açısından, DEHB olan çocuklar (Ort.=24.66±7.35), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=5.55±5.59) anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. DEHB olan çocuklar (Ort.=11.92±4.50), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=3.16±3.43) anlamlı olarak daha yüksek “Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite” puanına sahiptirler. DEHB tanılı çocuklar (Ort.=4.21±2.54), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=1.79±1.89) anlamlı olarak daha yüksek “Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik” puanı almışlardır. DEHB olan çocuklar (Ort.=16.24±6.37), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=4.85±4.77) anlamlı olarak daha yüksek “Conners Global

İndeks-Toplam” puanı almışlardır. DEHB olan çocuklar (Ort.=17.40±6.19), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=3.04±3.76) anlamlı olarak daha yüksek “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik” puanı almışlardır. DEHB olan çocuklar (Ort.=14.68±6.13), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=5.26±5.13) anlamlı olarak daha yüksek “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik” puanı almışlardır. DEHB olan çocuklar (Ort.=30.34±9.19), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=7.43±7.02) anlamlı olarak daha yüksek “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam” puanı almışlardır. Son olarak, Conners Anababa Dereceleme Ölçeği toplam puanı açısından da DEHB tanılı çocuklar (Ort.=112.59±35.58), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=40.70±26.16) anlamlı olarak daha yüksek puana sahiptir.

Tablo 4.14. Grupların Conners Anababa Dereceleme Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Alt Ölçekler	Grup	N	Ortalama	s	sd	t	p
Karşı Gelme	DEHB	53	13.13	6.91	104	5.144***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	6.91	5.47			
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	DEHB	53	22.04	7.60	104	14.641***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	4.19	4.59			
Hiperaktivite	DEHB	53	12.81	5.90	104	9.189***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	3.91	3.87			
Kaygı-Utangaçlık	DEHB	53	7.49	5.19	104	2.994**	.003
	Sağlıklı Kontrol	53	4.89	3.63			
Mükemmeliyetçilik	DEHB	53	5.85	4.03	104	-0.385	.701
	Sağlıklı Kontrol	53	6.17	4.53			
Sosyal Problemler	DEHB	53	4.30	3.52		5.612***	.000

	Sağlıklı Kontrol	53	1.26	1.78	104		
Psikosomatik	DEHB	53	5.08	4.90	104	4.602***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	1.60	2.48			
DEHB İndeksi	DEHB	53	24.66	7.35	104	15.074***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	5.55	5.59			
Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite	DEHB	53	11.92	4.50	104	11.290***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	3.16	3.43			
Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik	DEHB	53	4.21	2.54	104	5.542***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	1.79	1.89			
Conners Global İndeks Toplam	DEHB	53	16.24	6.37	104	10.423***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	4.85	4.77			
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik	DEHB	53	17.40	6.19	104	14.436***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	3.04	3.76			
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Düstüsellik	DEHB	53	14.68	6.13	104	8.576***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	5.26	5.13			
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam	DEHB	53	30.34	9.19	104	14.419***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	7.43	7.02			
Conners Anababa Ölçek Toplam	DEHB	53	112.59	35.58	104	11.849***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	40.70	26.16			

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

DEHB tanılı çocuklar ile sağlıklı kontrol grubundaki çocuklar, Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği puanları açısından karşılaştırılmıştır (**Tablo 4.15**). Gruplar arasında, “Kaygı-Utangaçlık” alt test puanları hariç ($t=0.482$, $p=.631$) diğer tüm ölçek puanları açısından anlamlı bir fark vardır. DEHB olan çocuklar (Ort.= 4.81 ± 4.46), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.= 1.66 ± 1.98) anlamlı olarak daha yüksek “Karşı Gelme” puanı almışlardır. Benzer şekilde, DEHB olan çocuklar (Ort.= 8.76 ± 4.60), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan

(Ort.=2.30±3.04) anlamlı olarak daha yüksek “Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik” puanına sahiptirler. Yine, DEHB olan çocuklar (Ort.=8.81±5.39), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=3.91±3.87) anlamlı olarak daha yüksek “Hiperaktivite” puanı almışlardır. “Mükemmelliyetçilik” puanları açısından bakıldığında, DEHB olan çocuklar (Ort.=3.43±3.03), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=5.09±3.74) anlamlı olarak daha düşük puana sahiptirler. DEHB olan çocuklar (Ort.=4.70±4.41), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=2.04±3.48) anlamlı olarak daha yüksek “Sosyal Problemler” puanı almışlardır. Aynı şekilde, DEHB olan çocuklar (Ort.=10.72±4.52), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=2.17±3.06) anlamlı olarak daha yüksek “DEHB İndeks-Dikkatsizlik” puanına sahiptirler. “DEHB İndeksi-Hiperaktivite” puanları açısından, DEHB olan çocuklar (Ort.=6.62±5.14), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=1.11±2.30) anlamlı olarak daha yüksek puan almışlardır. DEHB olan çocuklar (Ort.=7.70±4.09), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=1.62±2.31) anlamlı olarak daha yüksek “Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite” puanına sahiptirler. DEHB olan çocuklar (Ort.=5.08±3.29), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=1.79±2.22) anlamlı olarak daha yüksek “Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik” puanı almışlardır. DEHB olan çocuklar (Ort.=12.92±6.83), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=3.45±4.02) anlamlı olarak daha yüksek “Conners Global İndeks-Toplam” puanı almışlardır. DEHB olan çocuklar (Ort.=14.66±6.17), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=3.20±4.07) anlamlı olarak daha yüksek “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik” puanı almışlardır.

DEHB olan çocuklar (Ort.=11.72±8.44), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=2.68±4) anlamlı olarak daha yüksek “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik” puanı almışlardır. DEHB olan çocuklar (Ort.=26.38±12.72), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=5.85±6.7) anlamlı olarak daha yüksek “DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam” puanı almışlardır. Son olarak, Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği toplam puanı açısından da DEHB olan çocuklar (Ort.=69.64±), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=26.11±15.97) anlamlı olarak daha yüksek puana sahiptir.

Tablo 4.15. Grupların Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği -Alt Ölçekler	Grup	N	Ortalama	s	sd	t	p
Karşı Gelme	DEHB	53	4.81	4.46	104	4.701***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	1.66	1.98			
Bilişsel Problemler/Dikkatsizlik	DEHB	53	8.76	4.60	104	8.514***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	2.30	3.04			
Hiperaktivite	DEHB	53	8.81	5.39	104	8.318***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	1.94	2.66			
Kaygı-Utangaçlık	DEHB	53	6.49	3.41	104	0.482	.631
	Sağlıklı Kontrol	53	6.19	3.02			
Mükemmeliyetçilik	DEHB	53	3.43	3.03	104	-2.510*	.014
	Sağlıklı Kontrol	53	5.09	3.74			
Sosyal Problemler	DEHB	53	4.70	4.41	104	3.448**	.001
	Sağlıklı Kontrol	53	2.04	3.48			

DEHB İndeks-Dikkatsizlik	DEHB	53	10.72	4.52	104	11.404***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	2.17	3.06			
DEHB İndeks-Hiperaktivite	DEHB	53	6.62	5.14	104	7.125***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	1.11	2.30			
Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite	DEHB	53	7.70	4.09	104	9.415***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	1.62	2.31			
Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik	DEHB	53	5.08	3.29	104	6.025***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	1.79	2.22			
Conners Global İndeks Toplam	DEHB	53	12.92	6.83	104	8.694***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	3.45	4.02			
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Dikkatsizlik	DEHB	53	14.66	6.17	104	11.321***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	3.20	4.07			
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Düstüsellik	DEHB	53	11.72	8.44	104	7.043***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	2.68	4.00			
DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Toplam	DEHB	53	26.38	12.72	104	10.296***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	5.85	6.70			
Conners Öğretmen Ölçek Toplam	DEHB	53	69.64	27.84	104	9.873***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	26.11	15.97			

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

4.4. Duygu Ayarlama Ölçeği Puanları ile İlişkili Veriler

DEHB tanılı çocuklarda, Duygu Ayarlama Ölçeği puanları ile yaş ve SOİAB alt alanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır (**Tablo 4.16.**). Buna göre, Duygu Ayarlama Ölçeği- Duygu Ayarlama alt ölçeği puanları ile sadece yaş ($r=.286$, $p<.05$) arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Diğer ölçek puanları arasında ise anlamlı ilişki olmadığı gözlenmiştir.

Tablo 4.16. DEHB Tanılı Çocuklarda Duygu Ayarlama Ölçek Puanları ile Yaş ve SOİAB Alt Alanları Arasındaki İlişki

Ölçekler	Duygu Ayarlama Ölçeği -Duygu Ayarlama Alt Ölçeği	Duygu Ayarlama Ölçeği Toplam
Yaş	.286*	.202
Yüz İfadeleri Alt Alanı	-.124	-.086
Hareket/Duruş Alt Alanı	-.041	.006
Ses Tonları Alt Alanı	.002	-.043
Sosyal Hikayeler Alt Alanı	-.136	-.077
SOİAB Toplam	-.105	-.076

* $p<.05$

DEHB olan çocuklarda cinsiyete göre Duygu Ayarlama Ölçeği puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmış, sonuçlar **Tablo 4.17.’de** gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, gruplar arasında hiçbir ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.17. DEHB Olan Çocukların Cinsiyete Göre Duygu Ayarlama Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçekler	Cinsiyet	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
Duygu Ayarlama Ölçeği Duygu Ayarlama Alt Ölçeği	Erkek	43	26.55	1141.5	191.5	.962
	Kız	9	26.28	236.5		
Duygu Ayarlama Toplam	Erkek	43	27.31	1174.5	158.5	.397
	Kız	9	22.61	203.5		

Sağlıklı kontrol çocuklarda cinsiyete göre Duygu Ayarlama ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır (**Tablo 4.18.**). Gruplar arasında Duygu Ayarlama Ölçeği- “Duygu Ayarlama” alt ölçeği (U=114, p<.05) ve Duygu Ayarlama Ölçeği Toplam (U=69, p<.01) puanları açısından anlamlı bir fark varken, diğer ölçek puanları açısından anlamlı bir fark yoktur. Buna göre, erkek çocuklar (Ort.=28.91) kız çocuklara (Ort.=17.67) göre anlamlı olarak Duygu Ayarlama Ölçeği-“Duygu Ayarlama” Alt Ölçeği puanı almıştır. Yine, erkek çocuklar (Ort.=29.93) kız çocuklara (Ort.=12.67) göre anlamlı olarak Duygu Ayarlama Toplam puanlarına sahiptir.

Tablo 4.18. Sağlıklı Kontrol Grubundaki Çocuklarda Cinsiyete Göre Duygu Ayarlama Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Ölçekler	Cinsiyet	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
Duygu Ayarlama Ölçeği Duygusal Ayarlama Alt Ölçeği	Erkek	44	28.91	1272	114*	.045
	Kız	9	17.67	159		
Duygu Ayarlama Toplam	Erkek	44	29.93	1317	69**	.002
	Kız	9	12.67	114		

*p<.05, **p<.01

DEHB tanılı çocuklar ile sağlıklı kontrol grubundaki çocuklar, Duygu Ayarlama Ölçeği puanları açısından da karşılaştırılmıştır (**Tablo 4.19**). Gruplar arasında, Duygu Ayarlama Ölçeği-“Duygu Ayarlama” Alt Ölçeği ($t=3.992$, $p<.001$), Duygu Ayarlama Ölçeği Toplam ($t=6.779$, $p<.001$) puanları açısından anlamlı fark bulunmaktadır. DEHB olan çocuklar ($Ort.=18.94\pm4.52$), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan ($Ort.=15.64\pm3.97$) anlamlı olarak daha yüksek Duygu Ayarlama Ölçeği-“Duygu Ayarlama” Alt Ölçeği puanı almışlardır. Duygu Ayarlama Ölçeği Toplam puanları açısından bakıldığında da DEHB olan çocuklar ($Ort.=51.53\pm10.99$), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan ($Ort.=39.74\pm6.28$) anlamlı olarak daha yüksek puana sahiptirler.

Tablo 4.19.Grupların Duygu Ayarlama Ölçeği Puanları Açısından Karşılaştırılması

Ölçekler	Grup	N	Ortalama	s	sd	t	p
Duygu Ayarlama Ölçeği Duygu Ayarlama Alt Ölçeği	DEHB	53	18.94	4.52	104	3.992***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	15.64	3.97			
Duygu Ayarlama Toplam	DEHB	53	51.53	10.99	104	6.779***	.000
	Sağlıklı Kontrol	53	39.74	6.28			

4.5. SOİAB Alt Alan Puanları ile İlgili Veriler

DEHB tanılı çocuklarda, yaş ile SOİAB puanları arasındaki ilişkiye bakılmış ve sonuçlar **Tablo 4.20.’de** gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde yaş ile “Yüz İfadeleri Alt Alanı” ($r=.347$, $p<.05$), “Hareket/Duruş Alt Alanı” ($r=.472$, $p<.01$),

“Ses Tonları Alt Alanı” ($r=.360$, $p<.01$), “Sosyal Hikayeler Alt Alanı” ($r=.476$, $p<.01$) ve “SOİAB Toplam” ($r=.599$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Tablo 4.20. DEHB Tanılı Çocuklarda SOİAB Puanları ile Yaş Arasındaki İlişki

Ölçekler	Yaş
Yüz İfadeleri Alt Alanı	.347*
Hareket/Duruş Alt Alanı	.472**
Ses Tonları Alt Alanı	.360**
Sosyal Hikayeler Alt Alanı	.476**
SOİAB Toplam	.599**

* $p<.05$, ** $p<.01$

DEHB olan çocuklarda cinsiyete göre SOİAB puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmış, sonuçlar **Tablo 4.21.’de** gösterilmiştir. Tablo incelendiğinde, gruplar arasında hiçbir ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür.

Tablo 4.21. DEHB Olan Çocukların Cinsiyete Göre SOİAB Puanları Açısından Karşılaştırılması

SOİAB	Cinsiyet	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
Yüz İfadeleri Alt Alanı	Erkek	43	27.84	1197	136	.155
	Kız	9	20.11	181		
Hareket/Duruş Alt Alanı	Erkek	43	26.4	1135	189	.912
	Kız	9	27	243		
Ses Tonları Alt Alanı	Erkek	43	26.4	1135	189	.912
	Kız	9	27	243		
Sosyal Hikayeler Alt Alanı	Erkek	43	26.01	1118.5	172.5	.607
	Kız	9	28.83	259.5		
SOİAB Toplam	Erkek	43	26.83	1153.5	179.5	.734
	Kız	9	24.94	224.5		

Sağlıklı kontrol grubundaki çocuklarda da yaş ve SOİAB alt alan puanları arasındaki ilişkiye bakılmıştır (**Tablo 4.22.**). Buna göre, yaş ile “Yüz İfadeleri Alt Alanı” ($r=.272$, $p<.05$), “Hareket/Duruş Alt Alanı” ($r=.373$, $p<.01$), “Ses Tonları Alt Alanı” ($r=.444$, $p<.01$), “Sosyal Hikayeler Alt Alanı” ($r=.363$, $p<.01$) ve “SOİAB Toplam” ($r=.547$, $p<.01$) puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür

Tablo 4.22. Sağlıklı Kontrol Grubundaki Çocuklarda SOİAB Puanları ile Yaş Arasındaki İlişki

SOİAB Alt Alanları	Yaş
Yüz İfadeleri Alt Alanı	.272*
Hareket/Duruş Alt Alanı	.373**
Ses Tonları Alt Alanı	.444**
Sosyal Hikayeler Alt Alanı	.363**
SOİAB Toplam	.547**

Sağlıklı kontrol grubunda cinsiyete göre SOİAB alt alan puanları açısından anlamlı bir fark olup olmadığına bakılmıştır (**Tablo 4.23.**). Gruplar arasında SOİAB alt alan ve toplam puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Tablo 4.23. Sağlıklı Kontrol Grubundaki Çocuklarda Cinsiyete Göre SOİAB Puanlarının Karşılaştırılması

SOİAB	Cinsiyet	N	Ortalama	Ortalama Toplamı	U	p
Yüz İfadeleri Alt Alanı	Erkek	44	26.23	1154	164	.415
	Kız	9	30.78	277		
Hareket/Duruş Alt Alanı	Erkek	44	27.43	1207	179	.633
	Kız	9	24.89	224		
Ses Tonları Alt Alanı	Erkek	44	26.65	1172.5	182.5	.707
	Kız	9	28.72	258.5		
Sosyal Hikayeler Alt Alanı	Erkek	44	26.56	1168.5	178.5	.636
	Kız	9	29.17	262.5		
SOİAB Toplam	Erkek	44	26.55	1168	178	.634
	Kız	9	29.22	263		

* $p<.05$, ** $p<.01$

DEHB tanılı çocuklar ile sağlıklı kontrol grubundaki çocuklar, SOİAB puanları açısından da karşılaştırılmıştır (**Tablo 4.24**). Gruplar arasında, “SOİAB-Yüz İfadeleri Alt Alanı” ($t=-2.058$, $p<.05$), “SOİAB-Hareket/Duruş Alt Alanı” ($t=-3.375$, $p<.01$) ve “SOİAB Toplam” ($t=-2.698$, $p<.01$) puanları açısından anlamlı bir fark varken, diğer alt alan puanları açısından anlamlı bir fark yoktur. DEHB olan çocuklar (Ort.=18.36±1.64), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=19.06±1.84) anlamlı olarak daha düşük “SOİAB-Yüz İfadeleri Alt Alanı” puanı almışlardır. Aynı şekilde, DEHB olan çocuklar (Ort.=6.11±1.52), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=6.98±1.10) anlamlı olarak daha düşük “SOİAB-Hareket/Duruş Alt Alanı” puanına sahiptirler. “SOİAB Toplam” puanları açısından da DEHB olan çocuklar (Ort.=41.09±4.87), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan (Ort.=43.45±4.09) anlamlı olarak daha düşük puan almışlardır.

Tablo 4.24. Grupların SOİAB Puanları Açısından Karşılaştırılması

SOİAB	Grup	N	Ortalama	s	sd	t	p
Yüz İfadeleri Alt Alanı	DEHB	53	18.36	1.64	104	-2.058*	.042
	Sağlıklı Kontrol	53	19.06	1.84			
Hareket/Duruş Alt Alanı	DEHB	53	6.11	1.52	104	-3.375**	.001
	Sağlıklı Kontrol	53	6.98	1.10			
Ses Tonları Alt Alanı	DEHB	53	7.92	1.83	104	-1.329	.187
	Sağlıklı Kontrol	53	8.36	1.52			
Sosyal Hikayeler Alt Alanı	DEHB	53	8.66	1.90	104	-1.104	.272
	Sağlıklı Kontrol	53	9.06	1.79			
SOİAB Toplam	DEHB	53	41.09	4.87	104	-2.698**	.008
	Sağlıklı Kontrol	53	43.45	4.09			

5. TARTIşMA

Bu alışmada, DEHB tanısı almış 6-13 yaş arasındaki çocuklar ile yaş ve cinsiyet açısından eşlenmiş sağlıklı çocuklar arasında emosyonel labilite, duygu ayarlama, duygu tanıma becerileri ve ilişkili değişkenler incelenmiştir. Alanyazında, DEHB’de emosyonel labilite şiddeti ile ilgili pek çok çalışmaya rastlansa da emosyonel labilite ve duygu tanıma becerilerini birlikte ele alan bir çalışma bulunmamaktadır.

DEHB grubu ve sağlıklı kontrol grubu incelendiğinde grupların yaş, cinsiyet, anne-baba yaşları, anne baba eğitim durumları, doğum zamanı, doğum ağırlığı ve doğum şekilleri açısından benzer oldukları görülmüştür. Bu değişkenlerin gruplar arasında farklılık göstermiyor olması, araştırılan değişkenler açısından güvenilir sonuçlara ulaşmayı kolaylaştırmaktadır.

Epidemiyolojik rnekleme DEHB için erkek/kız oranı 3/1 olarak bildirilmektedir (30). Klinik rnekleme bu oran 9/1 şeklinde görülmektedir (31). Bizim alışmamızda da DEHB grubunda erkek/ kız oranı yaklaşık 4.8/1 olarak saptanmıştır.

ocuk ve ergenlerde DEHB ile ilişkili psikiyatrik bozuklukların genel prevalansı araştırmanın yapıldığı örnekleme bağlı olarak yaklaşık %40- 80 arasında değişmektedir (62). DEHB’li bireylerin yaşadığı sosyal problemlerin

büyük bir kısmının eşlik eden davranım bozukluğu, KOKGB gibi komorbiditelere bağlı olduğu bilinmektedir. Liu ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada 2015 DEHB tanılı (komorbid KOKGB'si olan ve olmayan) çocuk, 745 sağlıklı çocukla karşılaştırılmıştır. Çalışmanın sonunda DEHB grubunun emosyonel labilite puanlarının sağlıklı çocuklardan anlamlı olarak yüksek olduğu ve DEHB grubu içinde de KOKGB komorbiditesi olan grubun daha yüksek EL puanları aldığı saptanmıştır (182). DEHB'de emosyonel labilite ve duygu tanıma becerileri ile ilgili yapılan çalışmalarda, emosyonel labilitenin ve duygu tanıma zorluklarının oldukça yüksek oranda eşlik ettiği davranım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu gibi komorbid tanıların dışlanmadığı görülmektedir. Skirrow ve Asherson, DEHB'li erişkinlerde EL'nin, yalnızca DEHB ile birlikte ortaya çıkan diğer psikiyatrik bozukluklar veya eşik altı sendromlar tarafından açıklanamayacağını göstermiştir (183). Komorbiditeler dışlandığında dahi DEHB'li bireylerin sağlıklı kontrollere kıyasla daha fazla emosyonel labilite yaşadığı bilinmektedir (184). Çalışmamızda amaçlanan, DEHB'de gözlenen emosyonel labilite ve duygu tanıma zorluklarının araştırılması olduğundan eşlik eden psikiyatrik hastalığı olan DEHB tanılı çocuklar çalışmadan dışlanmıştır. Böylece elde edilen sonuçların komorbiditelerin değil, DEHB'nin emosyonel labilite ve duygu tanıma becerileri ile olan ilişkisinin ortaya konulmasında önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu çalışmada DEHB tanılı ve komorbid psikiyatrik hastalığı olmayan 6-13 yaş arasındaki çocuklar, yaş ve cinsiyet bakımından eşlenmiş sağlıklı kontrollerle

emosyonel labilite şiddetleri ve duygu tanıma becerileri açısından karşılaştırılmıştır.

DEHB tanılı çocuklarda, Conners Anababa Dereceleme Ölçeği puanları ile yaş arasındaki ilişki incelendiğinde DEHB grubunda yaş ile Hiperaktivite alt ölçeği ve DSM-IV Semptomları- Hiperaktivite-Dürtüsellik alt ölçek puanları arasında negatif yönde anlamlı görülen ilişkinin, DEHB'nin klinik seyri süresince yaş arttıkça hiperaktivite/ dürtüsellik belirtilerinin azalarak dikkatsizlik belirtilerinin ön plana çıktığı yönündeki bilgiyi desteklediği düşünülmektedir.

DEHB'de görülen emosyonel labilite şiddetinin klinik görünümlere göre farklılık gösterdiğine dair çalışmalar mevcuttur ve bu çalışmalarda bileşik görünümdeki DEHB tanılı hastaların diğer görünümlere kıyasla daha fazla emosyonel labilite sergiledikleri öne sürülmektedir (182). Çalışmamızın örnekleminde Hiperaktif/ Dürtüsel klinik görünüme sahip yalnızca bir DEHB tanılı hasta olması sebebiyle, klinik görünüm açısından yapılan değerlendirmede bu hasta analizden dışlanarak yalnızca bileşik ve dikkat eksikliği ön planda olan klinik görünümde olanlar karşılaştırılmıştır. DEHB tanılı çocuklar klinik görünüme göre Conners Anababa Dereceleme Ölçeği alt ölçek puanları açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında Karşı Gelme, Hiperaktivite, Conners Global İndeks-Huzursuzluk-İmpulsivite ve Conners Global İndeks Toplam alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olduğu, diğer alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür. Aynı grupta Conners

Öğretmen Dereceleme Ölçeği alt ölçek puanları açısından değerlendirme yapıldığında, gruplar arasında Karşı Gelme, Hiperaktivite, DEHB İndeks-Hiperaktivite, Conners Global İndeks- Duygusal Değişkenlik ve DSM-IV Semptomları Alt Ölçeği: Hiperaktivite-Dürtüsellik alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark olduğu gözlenmiştir. Çalışmanın bu alandaki sonuçları, özellikle klinik görünümleri birbirinden ayırmakta kullandığımız belirti kümeleri açısından gruplar arasında farklılık olduğunu, klinik değerlendirme ve ÇGDŞ-ŞY-T uygulaması ile belirlenen DEHB klinik görünümünün sonuçlarımızla uyumlu olduğunu göstermektedir.

Conners Anababa Dereceleme Ölçeği alt ölçek puanları açısından değerlendirildiklerinde bileşik görünümde olan çocuklar ile dikkat eksikliği ön planda görünüme sahip olanlar arasında “Global İndeks: Duygusal Değişkenlik” alt ölçeği açısından anlamlı fark olmadığı ancak Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği’nin aynı alt ölçeğinde bileşik görünümdeki çocukların, dikkat eksikliği ön planda görünümde olanlara göre anlamlı olarak daha yüksek puana sahip oldukları gözlenmiştir. Ebeveyn ve öğretmenler tarafından doldurulan ölçeklerde farklı bir sonucun gözlenmiş olması, ev ve aile ortamından farklı olarak sınıf gibi yapılandırılmış ortamlarda bileşik görünümdeki çocukların duygularını düzenlemekte daha çok zorluk yaşadıkları şeklinde yorumlanabilir. Benzer şekilde yine ebeveyn tarafından doldurulan Duygu Ayarlama Ölçeği puanlarında da klinik görünüm arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuçlar anne babaların çocuk yetiştirme tutumları, sınır koyma uygulamaları ve mizaç özellikleri ile

ilişkili olabilir. Bileşik görünüme sahip çocukların öğretmen değerlendirmelerinde daha yüksek emosyonel labilite puanlarına sahip olmaları, okul ortamında ev ortamına göre çocuğun duygu dışavurumunun artışına sebep olacak çatışma kaynaklarının daha fazla olması ile açıklanabilir. Klinik deneyimlerimize göre DEHB bileşik görünümdeki çocuklar, dikkat eksikliği ön planda görünümde olanlara göre öğretmenleri tarafından daha olumsuz olarak değerlendirilmektedir. Bu konunun daha detaylı araştırılması için ev ve okul ortamının, ebeveynlerin mizaç özelliklerinin, çocuk yetiştirme tutumlarının ve öğretmenlerin DEHB'nin davranışsal belirtileri ile ilgili algılarının değerlendirildiği kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Emosyonel labilite; irritabilite, öfke patlamaları, düşük engellenme toleransı, disfori gibi olumsuz duygulara ani öngörülemez geçişlerle karakterize bir durum olarak tanımlanmaktadır. Emosyonel labilitede duyguların yoğunluğu ve sıklığı yaş, gelişim evresi ve kültüre göre oldukça artmış ve uyumsuz olarak gözlenmektedir. Alanyazında, emosyonel labilite, affektif labilite, emosyonel disregülasyon ve duygudurum instabilitesi gibi terimler emosyonel labilite yerine kullanılabilir. DEHB'li okul çağındaki çocukların ebeveynleri, çocuklarının ruh halinin sağlıklı yaşlıtlarına göre daha değişken olduğunu ve duygularını düzenlemekte zorluk çektiklerini bildirmektedir (101, 185). Benzer şekilde, DEHB belirtilerinin duygu düzenlemedeki zorluklar ve emosyonel labilite ile ilişkisi pek çok çalışmada gösterilmiştir (3, 186). Yapılan bir çalışmada

DEHB'nin çekirdek belirtileriyle, emosyonel labilite şiddeti arasında anlamlı pozitif ilişki gösterilmiştir (3).

Bizim çalışmamızda DEHB tanılı çocuklar ile sağlıklı kontrol grubundaki çocuklar, Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Form ve Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği Yenilenmiş Uzun Form- Global İndeks-Duygusal Değişkenlik alt ölçek puanları açısından karşılaştırılmıştır. Conners Anababa Dereceleme Ölçeği- Global İndeks: Duygusal Değişkenlik alt ölçeği 3 madde içermektedir. “Öfke patlamaları vardır”, “Sık sık ve kolayca ağlar”, “Ruh hali ani ve çarpıcı bir şekilde değişir” ibarelerinden oluşan maddelerle çocuğun duygusal değişkenliği değerlendirilmektedir. Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği- Global İndeks: Duygusal Değişkenlik alt ölçeği ise “Öfke patlamaları vardır; aniden parlayan, önceden kestirilemeyen davranışlar gösterir”, “Sık sık ve kolayca ağlar”, “İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir”, “Ruh hali çok ani ve çarpıcı bir şekilde değişir”, “Kolay heyecanlanır, düşünmeden hareket eder” ibarelerini içeren 5 maddeden oluşmaktadır.

Çalışmamızda DEHB tanılı çocukların sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan her iki ölçekte de anlamlı olarak daha yüksek “Global İndeks-Duygusal Değişkenlik” alt ölçek puanı aldıkları gözlenmiştir. Çocuğun duygu ayarlama becerilerini değerlendirmeye yarayan bir diğer ölçek olan Duygu Ayarlama Ölçeği açısından her iki grup karşılaştırıldığında ise DEHB grubundaki çocukların sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek Duygu Ayarlama Ölçeği- Duygu Ayarlama Alt Ölçeği ve Duygu Ayarlama Ölçeği

toplam puanı aldıkları görülmüştür. Çalışmamızın bu alandaki sonuçları DEHB grubunun sağlıklı kontrollere kıyasla emosyonel labiliteyi değerlendiren ölçeklerden daha yüksek puan aldıklarını göstermektedir. Bu yönüyle çalışmanın sonuçları DEHB’de emosyonel labilite şiddetinin değerlendirildiği çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. Alanyazındaki pek çok çalışmada benzer şekilde DEHB grubunun emosyonel labilite şiddeti, sağlıklı kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (187-189).

Çalışmamızda kullanılan Conners Anababa Dereceleme Ölçeği- Global İndeks-Duygusal Değişkenlik alt ölçeği puanları ile Duygu Ayarlama Ölçeği- Duygu Ayarlama alt ölçeği ve Duygu Ayarlama Ölçeği toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu bulunmuştur. Emosyonel labiliteyi değerlendirmek için kullanılabilecek iki ayrı ölçeğin sonuçlarının tutarlılık gösteriyor olmasının çalışmamızın sonuçları açısından önemli olduğu düşünülmüştür.

Duygu Ayarlama Ölçeği- Duygu Ayarlama alt ölçeği puanları ile yaş arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Duygu Ayarlama Ölçeği’nden alınan toplam puan, çocuğun ya da ergenin duygu düzenleme becerisinin düşük olduğunu göstermektedir. Duygu Ayarlama Ölçeği, Değişkenlik/Olumsuzluk ve Duygu Ayarlama Alt Ölçekleri olmak üzere iki alt ölçekten oluşmaktadır. Yaşla birlikte artan Duygu Ayarlama Ölçeği Puanları’nın

ergenlik döneminin normal gelişimsel özelliklerinden etkilenmiş olabileceği düşünülmektedir.

DEHB’de duygu tanıma becerileri ile ilgili yapılmış çalışmaların bir kısmında, DEHB tanılı çocukların duyguları tanıma konusunda sağlıklı kontrollerden farklı olmadığı öne sürülmektedir (190). Ancak, çalışmaların genelinde, DEHB tanılı okul çağı çocuklarının, yüz ifadelerinden duygu tanıma, emosyonel yüz ifadelerini duyguyla eşleme, hikayeye uyumlu olan duyguyu tespit etme gibi görevlerde güçlük çektikleri gösterilmiştir (154, 191-193). Yapılan çalışmalarda DEHB’li çocuk ve ergenlerin hem statik resimlerden hem de sosyal bağlamda karmaşık duygu tanıma görevlerinde daha uzun reaksiyon zamanına sahip oldukları ve daha fazla hata yaptıkları gözlenmiştir (4, 154, 156, 193). DEHB ‘li çocukların emosyonları işlemlemede yaşadığı zorluklar, Singh ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen, 5-13 yaşları arasındaki 50 çocuğun altı temel duygusal ifadeyi (korku, öfke, üzüntü, tiksinti, mutluluk ve şaşkınlık) gösteren fotoğraflarla değerlendirildiği bir çalışmada test edilmiştir (158). Bu çalışmada DEHB’li çocukların yüzden duygu tanıma konusunda zorluk yaşadıkları gösterilmiştir. Çalışmamızda DEHB tanılı çocuklar ile sağlıklı kontrol grubundaki çocuklar, duygu tanıma becerilerini değerlendiren SOİAB puanları açısından karşılaştırıldığında DEHB olan çocukların sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan anlamlı olarak daha düşük SOİAB- Toplam puanı aldıkları görülmüştür. Bu bulguya dayanarak, sözel olmayan ipuçlarını kullanarak duygu tanıma becerisinin DEHB grubu ve sağlıklı kontrol grubu arasında anlamlı

farklılık gösterdiği saptanmıştır. SOİAB alt alanları açısından incelendiğinde ise iki grup arasında yalnızca SOİAB-Yüz İfadeleri Alt Alanı ve SOİAB-Hareket/Duruş Alt Alanı açısından anlamlı fark olduğu görülmüştür. Çalışmamızda alanyazınla uyumlu olarak DEHB grubundaki çocukların yüzlerden ve vücut hareketlerinden duygu tanıma konusunda, sağlıklı kontrollere göre daha kötü performans gösterdikleri ve bu performans farkının istatistiksel olarak anlamlı olduğu gözlenmiştir. DEHB tanılı çocuklar, sağlıklı kontrol grubundaki çocuklar ile karşılaştırıldığında SOİAB Ses Tonu Alt Alanı ve SOİAB Sosyal Hikayeler Alt Alanı puanları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır.

Affektif prozodi algısı DEHB’li çocuklarda değişiklikler göstermektedir. Corbett ve Glidden’ın çalışmasında kızgınlık, mutluluk , üzüntü ifadeleri ve nötr ifade taşıyan, semantik olarak nötral içerikte olan cümleler DEHB’li çocuklara dinletilmiş ve DEHB’li çocukların sağlıklı kontrollere göre prozodiden duygu tanıma alanında eksiklikler sergilediği gösterilmiştir (4). Bu konuda yapılan çalışmalardan bir diğerinde de DEHB’li çocuklardan affektif prozodiyi içerikle eşleştirmeleri istendiğinde, çocukların bu görevde zorluk yaşadıkları gösterilmiştir.

DEHB tanılı çocukların affektif prozodiyi tanımlamakta sağlıklı kontrollere göre daha kötü performans sergiledikleri bazı çalışmalarda gösterilse de bizim çalışmamızda bu alanda DEHB grubu ve sağlıklı kontrollerin performansı arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak bu çalışmalarda DEHB’ye sıklıkla eşlik edebilecek depresyon, davranım bozukluğu, karşıt olma

karşı gelme bozukluğu vb. komorbid psikiyatrik hastalıkların dışlanmamasının bulguları bu yönde etkilemiş olabileceği düşünülmektedir (194). Sonuçların farklılığı affektif prozodiyi algılamayı bozabilecek komorbid durumların varlığıyla açıklanabilir. Çalışmamızda SOİAB Sosyal Hikayeler Alt Alanı puanları açısından da iki grup arasında anlamlı fark gözlenmemiştir. DEHB tanılı çocukların hikayeyle ilgili duyguyu tespit etme ve adlandırma konusunda güçlükler yaşadığıyla ilgili yayınlar olmakla birlikte, çalışmalarda kullanılan yöntemlerin çeşitliliği nedeniyle bu alandaki sonuçların tutarsız olduğu gözlenmiştir. Alt alanlardan bağımsız olarak değerlendirildiğinde, toplam duygu tanıma beceri puanlarındaki düşüklük, DEHB’li çocukların sözel olmayan ipuçlarını kullanarak duyguları değerlendirmekte zorluk yaşadığı yönünde yorumlanabilmektedir. Çalışmamızın bu bulgusu, alanyazın bilgisiyle uyumluluk göstermektedir. Klinik görünüm özelinde duygu tanıma becerileri karşılaştırıldığında ise klinik görünümle arasında SOİAB ile değerlendirilen duygu tanıma becerileri açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

DEHB’li çocukların% 52-82’sinde sosyal sorunlar bildirilmiştir ve sosyal sorunlar giderek artan bir şekilde hastalığın önemli bir özelliği olarak görülmeye başlanmıştır (76). DEHB’deki sosyal problemler temel olarak dürtüsellik gibi temel belirtilere ve eşlik eden diğer psikiyatrik bozukluklara atfedilmektedir (78). Çalışmamızda DEHB tanılı çocuklar hem Conners Anababa hem de Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği’nden sağlıklı kontrol grubundaki çocuklara göre anlamlı olarak daha yüksek “Sosyal Problemler” alt ölçek puanı almışlardır. Bu

bulgu alanyazında pek çok kez üstünde durulan, DEHB tanılı çocukların sağlıklı gelişen akranlarına göre daha fazla sosyal problem yaşadığı bilgisiyle uyumludur (76). DEHB tanılı çocuklarda Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği puanları ile SOİAB puanları arasındaki ilişki incelendiğinde “SOİAB- Yüz İfadeleri Alt Alanı” ile “Sosyal Problemler” alt ölçeği puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Bu bulgu yüzden duygu tanıma konusundaki zorluğun sosyal problemlerde artışa yol açtığına yönelik sonuçları olan çalışmalarla uyumludur. Araştırmacılar, yüzden duygusal ifadelerin tanınmasındaki zorluğun, sosyal zorlukların potansiyel bir nedeni olduğunu ileri sürmektedir. Yüz ifadelerini isabetli bir biçimde yorumlamanın ve bunlara doğru duygusal tepkiler verebilmenin kişiler arası ilişkilerde oldukça önemli olduğu bilinmektedir. Emosyonel ifadeleri tanımlamakta zorluk yaşayan bireylerin sosyal uyumunun daha zor olduğu bilinmektedir (10).

DEHB’li grubun duygu tanıma becerilerinin ölçüldüğü SOİAB toplam puanlarının yalnızca Conners Anababa Dereceleme Ölçeği hiperaktivite alt ölçek puanları ile negatif yönde ilişkili olduğu gözlenmiştir. Bu bulgudan hareketle DEHB’nin çekirdek belirtilerinden biri olan hiperaktivitenin duygu tanıma ile ilgili görevlerde bozucu bir etmen olduğu söylenebilir.

Cinsiyetin DEHB’de emosyonel labilite ve duygu tanıma becerileri ile olan ilişkisine dair veriler oldukça yetersiz olsa da bu alanda yapılmış bazı çalışmalarda duygu düzenleme süreçlerinde cinsiyetler arası farklılıklar gözlemlendiği öne sürülmüştür (96). Bizim çalışmamızda Conners Anababa ve Öğretmen Dereceleme ölçeklerinin Duygusal Değişkenlik alt ölçek puanları açısından ve Duygu Ayarlama Ölçeği puanları açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark olmadığı görülmüştür. Duygu tanıma becerileri açısından değerlendirildiğinde ise SOİAB puanları açısından DEHB grubunda cinsiyetler arasında fark saptanmamıştır. Alanyazında bu konuda tutarlı bir veriye rastlanmamıştır.

Çalışmamızda DEHB ve sağlıklı kontrol gruplarının her ikisinde de yaş ile SOİAB Yüz İfadeleri, SOİAB Hareket/Duruş, SOİAB Ses Tonları, SOİAB Sosyal Hikayeler Alt Alanları ve SOİAB Toplam puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Duygu tanıma becerileri, diğer kognitif işlevlerden ayrı düşünülemez. İlerleyen yaşla birlikte bireyin duygu tanımadan sorumlu nöral devrelerinin giderek olgunlaşması ve sosyal ilişkiler yoluyla deneyimleri ile duygu tanıma becerilerinin gelişimi söz konusu olmaktadır. Normal gelişim sürecinde sözel olmayan duygu ipuçlarını tanıma yeteneği, çocukluk ve ergenlik döneminde kademeli olarak olgunlaşmaktadır (113). Araştırmalardan elde edilen kanıtlar, temel duyguları ayırt etme yeteneğinin, çocukluk ve ergenlik boyunca gelişmeye devam ettiğini göstermektedir (114). Okul öncesi yıllar ve ilköğretim yılları boyunca, çeşitli duygusal ifadeleri doğru tanıma ve etiketleme becerileri

açısından performans artışları gözlenmektedir. Çalışmamızın sonuçları bu alanda da yazın bilgisiyle uyum göstermektedir.

EL ve DEHB'nin birbiriyle ilişkisine dair detaylar hala netlik kazanmamış ve yazında farklı şekillerde kavramsallaştırılmıştır. DEHB’de görülen emosyonel labilitenin yürütücü işlevlerdeki bozukluktan kaynaklı nöropsikolojik bir sorun olabileceği öne sürülmektedir (195). “Diskontrol Hipotezi” olarak adlandırılan bu hipotezde, emosyonel uyaranlara karşı yanıtın yukarıdan aşağıya (top-down) baskılanma sürecinde bir sorun olduğu öne sürülmektedir. Diskontrol hipotezine göre, DEHB tanılı çocuklarda duygusal işleme büyük oranda normaldir. Bununla birlikte, hiperaktif çocuklar, duygusal tepkileri baskılama, düzenleme veya engelleme kapasitelerinde bozulma göstermekte ve bu nedenle, aşırı ya da uygunsuz duygusal tepkiler ortaya koymaktadırlar. Emosyonel labilitenin çeşitli subkortikal (amigdala, hipokampus, ventral striatum) ve/veya kortikal beyin alanlarının disfonksiyonunu ya da bağlantılarındaki değişikliği kapsayan, artmış aşağıdan yukarıya (bottom-up) emosyonel reaktivite ile ilişkili olduğuna dair hipotez ise “Affektivite Hipotezi” olarak adlandırılmıştır (11, 196, 197). Bu karşıt hipotez, DEHB’li çocuklarda emosyonel labilitenin, bozulmuş yürütücü işlevlerden değil, doğrudan işlevsel olmayan emosyonel işleme nedeniyle ortaya çıktığını savunmaktadır. Bu hipoteze göre duygusal uyaranlar, DEHB olan çocuklarda aşırı derecede güçlü duygusal tepkiler ortaya çıkarmaktadır.

Yürütücü işlev bozuklukları, ödül işleme ve emosyonel düzenleme, birbirleriyle yakından ilişkili nöroanatomik devreleri ve nörotransmitter sistemlerini içermektedir (198). DEHB’de görülen emosyonel labilitenin yürütücü işlevlerle ilişkisi pek çok çalışmada test edilmiştir (199, 200). DEHB, affektif olmaktan çok bilişsel bir bozukluk olarak tanımlandığından, “affektivite hipotezi”yle ilgili araştırma sayısı sınırlıdır. Bu açıdan bakıldığında “diskontrol hipotezi”nin DEHB’de görülen emosyonel labiliteyle ilgili daha bütünleşik bir açıklama getirdiği söylenebilmektedir. Karşıt görüş olan “affektivite hipotezi” ise emosyonel işlemede görevli nörobiyolojik mekanizmaların önemini vurgulayarak DEHB patofizyolojisine farklı bir bakış açısı kazandırmaktadır. Yakın zamanda gerçekleştirilen işlevsel nörogörüntüleme çalışmalarında bu iki hipotez de test edilmeye başlanmış ve tipik olarak yürütücü işlevlerle ilişkili olmayan frontolimbik devrelerdeki anormalliklerin DEHB’li çocuklarda emosyonel labiliteye neden olabileceğini öne sürülmüştür (8). Stimülan ilaçların emosyonel labiliteye etkisiyle ilgili yapılan çalışmalarda ise bu ilaçların amigdala ve medial prefrontal korteks gibi duygularla ilişkili bölgelerde ve inferior frontal girus gibi inhibitör kontrol ile ilişkili bölgelerde iyileşme sağlama yoluyla atipik duygusal işlemlemeyi azaltabileceği gösterilmiştir (87). Yapılan bu çalışmaların sonuçları her iki hipotezi de destekler görünmektedir. DEHB’de EL için önerilen nedensel mekanizmaların ileride yapılacak çalışmalarla aydınlatılması gerekmektedir.

Çalışmamızda DEHB’li çocuklarda duygu tanıma becerileri ve emosyonel labilite puanları araştırılmıştır. Duygu tanıma becerileri ile emosyonel labilite arasında doğrudan bir ilişkinin gösterilememiş olmasının daha çok, emosyonel labilitenin bir yürütücü işlev bozukluğu olduğu yönündeki “diskontrol hipotezini” desteklediği düşünülmektedir. Bu hipotezin test edilebilmesi için emosyonel labilite puanlarının elde edilmesinin yanında DEHB tanılı çocukların nöropsikolojik test bataryaları ile de değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir. Çalışmaya dikkatin odaklanmasını ve kişinin motive olmasını gerektiren ancak duygusal içeriği olmayan kontrol görevlerinin dahil edilmesinin hipotezi sınamak açısından önemi büyüktür.

DEHB'deki sosyal biliş eksikliği hakkındaki bilgi ve farkındalığı artırmak giderek önem kazanmaktadır. Duygu tanıma alanındaki zorluklar, DEHB'li çocukların ve ergenlerin sosyal sorunlarının artmasında önemli bir rol oynamaktadır. DEHB'de duygu tanımadaki bozulmaların altta yatan nedenleri henüz yeterince dikkate alınmamıştır. Bu durumun netleştirilmesi, DEHB gibi bilişsel işlevlerdeki bozulmanın temel belirtilerin oluşumundan sorumlu olduğu psikiyatrik hastalıklar için çok önemlidir.

Klinik yaklaşımımızda, emosyonel labiliteyi nasıl tanımlayabileceğimiz ve ölçebileceğimiz konusu, öncelikle netleştirilmesi gereken alanlardan birisidir. DEHB’de emosyonel labiliteyi değerlendirecek altın standart bir yöntem henüz mevcut değildir. DEHB’li bireylerin bu alanda yaşadıkları zorlukları kolaylıkla

tespit edebilmemize olanak verecek araçların geliştirilmesi ve kullanımının artması gerekmektedir. DEHB'li çocuklarda emosyonel labilitenin tespitini sağlayacak güvenilir ve evrensel olarak kabul edilmiş ölçüm araçları geliştirmek için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır. Bu tür ölçüm araçlarının geliştirilmesinin emosyonel labiliteye yönelik potansiyel tedavilerin etkinliğinin değerlendirilmesine de olanak sağlayacağı düşünülmektedir.

DEHB'li çocukların ebeveynleri, DEHB farmakolojik olarak tedavi edildiğinde, çocuklarının duygu düzenleme becerilerinde de iyileşme olduğunu bildirmektedir. Ancak sorunun çözümünde yalnızca farmakoterapiye bağlı kalmamak ve DEHB'li bireylerin gelişimsel süreç içinde bu sosyal becerileri kazanmasına yönelik girişimleri desteklemek gerekmektedir. DEHB'li çocuklar ve ebeveynlerine verilecek psikoeğitime, bu çocukların deneyimledikleri sosyal ve duygusal zorlukların da dahil edilmesi, günlük hayatta yaşadıkları zorlukları anlamlandırmalarına yardım edebilir. Sosyal açıdan önemli beceriler konusunda hastaları eğitmek ve güçlendirmek için uygulamalı kurslar gibi bireysel yaklaşımlar, DEHB'li hastalar için gerçekleştirilen psikoterapi ve psikoeğitim programlarına dahil edilmelidir. Böylelikle DEHB'li çocuklar, sosyal bilişteki eksikliklerinin üstesinden gelmek için çeşitli ipuçlarını kullanmayı öğrenebilirler. Çalışmamızın DEHB'de görülen emosyonel labilite ve duygu tanıma zorlukları konusunda farkındalık artışına yol açacağı ve emosyonel labilitenin nedenlerini anlamaya yönelik yeni çalışmalar için başlangıç noktası olacağına inanmaktayız.

ÇALIŞMANIN GÜÇLÜ YANLARI

Çalışmaya dahil edilen ki grubun yaş ortalamaları ve cinsiyet açısından eşleştirilmeleri ve gruplar arasında anne-baba yaşları, anne baba eğitim durumları, doğum zamanı, doğum ağırlığı ve doğum şekilleri açısından farklılık olmaması çalışmamızda elde edilen sonuçların güvenilirliğini artırmaktadır.

Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla DEHB’li olgularda emosyonel labilite şiddeti ve duygu tanıma becerilerini birlikte değerlendiren ilk çalışmadır.

Yine, DEHB’ye eşlik eden, davranım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, anksiyete bozuklukları, depresyon ve öğrenme güçlükleri olan olguların çalışmadan dışlanması da sonuçların yalnızca DEHB’den kaynaklanan süreçlere genellenebilmesini kolaylaştırdığı düşünülmektedir.

Bilindiği üzere özgül öğrenme güçlüğü olgularındaki vizüo-spasyal defisitler, bu bireylerin sosyal etkileşimler sırasında sözel olmayan emosyonel ipuçlarını yakalamasını güçleştirmektedir (201). Özellikle pek çok çalışmada göz ardı edilen ve DEHB ile sıklıkla birlikte görülen özgül öğrenme güçlüğü olgularının çalışmamızda klinik olarak dışlanmış olmasının önemli olduğu düşünülmektedir.

DEHB’ye büyük oranda başka psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği düşünüldüğünde yalnızca DEHB tanısı alan olgulardan oluşan örneklemimizin büyüklüğünün çalışmanın güvenilirliğini artırdığı söylenebilir.

Ayrıca, çocukla ilgili pek çok kaynaktan bilgi almanın önemli olduğunu düşünmemiz nedeniyle, çalışmamızda emosyonel labiliteyi değerlendirmek için

hem öğretmenlerden hem de ebeveynlerden bilgi almış olmamızın önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Ayrıca tüm ebeveynlere duygu ayarlama becerisini değerlendiren iki ayrı ölçek verilmesinin ve ebeveynlere verilen bu ölçeklerin puanlarının birbiriyle pozitif yönde uyumlu olmasının da elde edilen sonuçların güvenilirliğini artırdığını düşünmekteyiz.

ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

Çalışmamızın DEHB’li çocukları belirli bir zaman aralığında değerlendiren kesitsel bir çalışma olmasının çalışmayla ilgili bir kısıtlılık olduğu ve bu konuda yapılacak uzunlamasına izlem çalışmalarının gerekli olduğunu düşünmekteyiz.

Zeka düzeyi ve bilişsel işlevlerden etkilendiği bilinen, duygu tanıma becerilerinin değerlendirildiği çalışmamızda katılımcıların bilişsel kapasitesinin nesnel bir zeka testiyle değerlendirilmemiş olmasının ve Özgül Öğrenme Güçlüğü Bataryası’nın uygulanmamış olmasının çalışmamızın kısıtlılıklarından olduğunu düşünmekteyiz.

DEHB’li grupta etkilendiği çalışmalarla ortaya koyulmuş olan yürütücü işlevlerin nöropsikolojik testlerle değerlendirilmemiş olmasının da çalışmamızın kısıtlılıklarından biri olduğunu düşünmekteyiz.

6. SONUÇLAR

1. DEHB grubu ve sağlıklı kontrol grubu incelendiğinde grupların yaş, cinsiyet, anne-baba yaşları, anne baba eğitim durumları, doğum zamanı, doğum ağırlığı ve doğum şekilleri açısından benzer oldukları görülmüştür.
2. Conners Anababa ve Öğretmen Dereceleme Ölçekleri- Global İndeks- Duygusal Değişkenlik alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında DEHB tanılı çocukların sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan her iki ölçekte de anlamlı olarak daha yüksek Duygusal Değişkenlik alt ölçek puanı aldıkları gözlenmiştir.
3. Her iki grup çocuğun duygu ayarlama becerilerini değerlendirmekte kullanılan Duygu Ayarlama Ölçeği açısından karşılaştırıldığında, DEHB grubundaki çocukların sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan anlamlı olarak daha yüksek Duygu Ayarlama Ölçeği- Duygu Ayarlama Alt Ölçeği ve Duygu Ayarlama Ölçeği toplam puanı aldıkları görülmüştür.
4. DEHB tanılı çocuklar ile sağlıklı kontrol grubundaki çocuklar, duygu tanıma becerilerini değerlendiren SOİAB puanları açısından karşılaştırıldığında DEHB olan çocukların sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan anlamlı olarak daha düşük SOİAB-Yüz İfadeleri Alt Alanı ve SOİAB-Hareket/Duruş Alt Alanı puanları aldıkları ve iki grup arasında SOİAB- Toplam puanları açısından anlamlı fark olduğu görülmüştür.

5. Gruplar Conners Anababa Dereceleme Ölçeği ile değerlendirildiğinde Mükemmelliyetçilik alt ölçekleri dışındaki diğer tüm alt ölçek puanlarının DEHB grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür.
6. Gruplar, Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği puanları açısından karşılaştırıldığında, Kaygı-Utangaçlık alt ölçek puanları hariç diğer tüm ölçek puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir fark olduğu görülmüştür.
7. Duygu tanıma becerilerini değerlendiren SOİAB puanları ile yaş arasındaki ilişki değerlendirildiğinde hem DEHB grubunda hem de sağlıklı çocuklarda yaş ile birlikte duygu tanıma becerilerinin arttığı gözlenmiştir.
8. Duygu tanıma becerileri ile Conners Anababa Dereceleme Ölçeği alt ölçekleri arasındaki ilişkiye bakıldığında yalnızca “hiperaktivite” alt ölçeği ile SOİAB toplam puanları arasında negatif bir korelasyon gözlenmiş, “duygusal değişkenlik” alt ölçeği ile SOİAB arasında herhangi bir korelasyon gözlenmemiştir.

7. ÖZET

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 6-13 Yaş Arası Çocuklarda Emosyonel Labilite ve Duygu Tanıma Becerileri

Amaç: Çalışmada eş tanı almamış DEHB tanılı 6-13 yaş çocukların emosyonel labilitelerinin ve duygu tanıma becerilerinin değerlendirilmesi ve aynı yaştaki sağlıklı kontrollerle karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine ayaktan başvuran 6-13 yaş arasındaki çocuklardan DSM-5'e göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan 53 çocuk ve muayenelerinin ardından herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almayan, aynı yaş grubundan gönüllü 53 çocuk çalışmaya dahil edilmiştir. Ardından bu çocuklara ve ebeveynlerine Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu-Türkçe Versiyonu (ÇGDS-ŞY-T) uygulanarak DEHB dışında kalan psikiyatrik hastalıklar dışlanmıştır. Katılımcıların zekalarının değerlendirilmesi klinik olarak yapılmıştır. Görüşmenin ardından çocuklara sessiz bir odada araştırmacı tarafından Sözel Olmayan İpuçlarını Algılama Becerilerini Değerlendirme Aracı (SOİAB) uygulanmış ve cevapları kaydedilmiştir. Çocukların ebeveynlerine doldurmaları için sosyodemografik veri formu, Duygu Ayarlama Ölçeği ve Conners Anababa Dereceleme Ölçeği-Yenilenmiş Uzun Form, öğretmenlerine iletilmesi için de Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği- Yenilenmiş Uzun Form verilmiştir. Bu araştırmada katılımcılardan elde edilen verilerin analizlerinde, örneklem grubu

normal dağılımı gösterdiğinden parametrik testler kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin değerlendirilmesinde betimsel analiz yöntemleri, gruplar arası karşılaştırma yaparken, T-Testi ve Ki-Kare, bağımlı değişkenler arasındaki ilişkiyi incelemek için de Pearson Korelasyon analiz yöntemleri kullanılmıştır.

Sonuç: DEHB grubu ve sağlıklı kontrol grubu incelendiğinde grupların yaş, cinsiyet, anne-baba yaşları, anne baba eğitim durumları, doğum zamanı, doğum ağırlığı ve doğum şekilleri açısından benzer oldukları görülmüştür. Gruplar arasında, Conners Anababa Dereceleme Ölçeği- Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik” Alt Ölçeği puanları ($t=5.542$, $p<.001$), Conners Öğretmen Dereceleme Ölçeği-Uzun Formu-Conners Global İndeks-Duygusal Değişkenlik” alt ölçeği puanları ($t=6.025$, $p<.001$), Duygu Ayarlama Ölçeği-Duygu Ayarlama alt ölçeği puanları ($t=3.992$, $p<.001$), Duygu Ayarlama Ölçeği Toplam puanları ($t=6.779$, $p<.001$) açısından anlamlı bir fark saptanmıştır. DEHB tanılı çocuklar ($Ort.=18.36\pm1.64$), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan ($Ort.=19.06\pm1.84$) anlamlı olarak daha düşük SOİAB Yüz İfadeleri Alt Alanı puanı almışlardır. Aynı şekilde, DEHB tanılı çocuklar ($Ort.=6.11\pm1.52$), sağlıklı kontrol grubundaki çocuklardan ($Ort.=6.98\pm1.10$) anlamlı olarak daha düşük SOİAB Hareket/Duruş Alt Alanı ve SOİAB Toplam puanına sahiptirler.

Tartışma: DEHB tanısı alan çocukların yaş ve cinsiyet olarak eşlenmiş sağlıklı kontrol grubundaki çocuklara göre emosyonel labilitelerinin daha fazla olduğu ve duygu tanıma becerilerinin daha yetersiz olduğu sonucuna varılmıştır. Çalışmamızın bu bulguları yazındaki pek çok çalışmayla uyumlu görünmektedir.

Çalışmamız bildiğimiz kadarıyla DEHB’li olgularda emosyonel labilite şiddeti ve duygu tanıma becerilerini birlikte değerlendiren ilk çalışmadır. Yine, DEHB’ye eşlik eden komorbid psikiyatrik bozukluğu olan olguların çalışmadan dışlanması da çalışmamızın sonuçları açısından önemli olduğu düşünülmektedir. İleriki çalışmalarda DEHB’nin çekirdek belirtilerinin oluşumundan sorumlu yürütücü işlev bozukluklarının değerlendirilmesinin, DEHB’de görülen emosyonel sorunların nedeninin aydınlatılmasına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

8. ABSTRACT

Evaluation of Emotional Lability and Emotion Recognition Skills of Children between 6-13 Years of Age with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

OBJECTIVE: The aim of this study is to evaluate the emotional lability and emotion recognition skills of children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and compare these findings with healthy controls.

METHODS: Fifty three children among 6–13 years old age, diagnosed with ADHD based on DSM-5 criteria, recruited from Gazi University Faculty of Medicine - Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic were included in the study, namely the “ADHD group”. Fifty-three healthy children from the same age group, who were not diagnosed with any psychiatric disorder were included as well, namely the “healthy control group”. After a complete description of the study, informed written consent was obtained from parents and children. Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) was performed to exclude patients with comorbid psychiatric disorders from the ADHD group. Following the semi-structured diagnostic interview, Test of Perception of Affect Via Nonverbal Cues (TPANC) was applied to all children to measure their emotion recognition skills. Emotional lability (EL) scores derived from Conners Parent Rating Scale- Global Index- EL subscale, Conners Teacher Rating Scale- Global Index- EL subscale and Emotion Regulation Checklist. Socio-demographic Data Questionnaire were answered by parents of each children. Both groups were assessed for symptoms of EL and

emotion recognition skills. Exclusion criteria applying to both groups included comorbid psychiatric disorders, epilepsy, mental retardation or learning disorders, brain disorders and any genetic or medical disorder associated with externalizing behaviors that might mimic ADHD. In the data analysis, parametric tests were used. Descriptive analysis methods were used to evaluate sociodemographic data. Pearson Correlation analysis methods were used to investigate the relationship between dependent variables and T-Test and Chi-Square test were used for comparison between the groups.

RESULTS: Data analysis revealed that the ADHD group and the healthy control group were similar in terms of age, gender, parental age, parental education status, delivery time, birth weight and delivery patterns. There was a significant difference between the groups in terms of Conners Parents Rating Scale - Global Index – EL subscale scores ($t = 5.542, p < .001$), Conners Teacher Rating Scale - Global Index - EL subscale scores ($t = 6.025, p < .001$), Emotion Regulation Checklist Emotion Regulation subscale scores ($t = 3.992, p < .001$), Emotion Regulation Checklist Total scores ($t = 6.779, p < .001$). Children diagnosed with ADHD (Mean = 18.36 ± 1.64) had significantly lower TPANC- Facial Expressions subscale scores than children in the healthy control group (Mean = 19.06 ± 1.84). Similarly, children with ADHD (Mean = 6.11 ± 1.52) had significantly lower TPANC- Movement / Posture subscale scores than children in the healthy control group (Mean = 6.98 ± 1.10).

CONCLUSION: In conclusion, the children diagnosed with ADHD had more emotional lability than age and sex matched healthy control group. Emotion

recognition skills of children with ADHD are more impaired than healthy controls. These findings appear consistent with what is previously reported in the literature. Exclusion of the patients with comorbid psychiatric disorders from the ADHD group is thought to be important for the meaning of the findings of this study. In future studies, evaluation of executive dysfunctions which contribute to the formation of core symptoms of ADHD, may provide a deeper look about the cause of emotional problems seen in this disorder.

9. KAYNAKLAR

1. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LAJlJoe. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. 2014;43(2):434-42.
2. Goulardins JB, Rigoli D, Loh PR, Kane R, Licari M, Hands B, et al. The relationship between motor skills, social problems, and ADHD symptomatology: Does it vary according to parent and teacher report? 2015;1087054715580394.
3. Sobanski E, Banaschewski T, Asherson P, Buitelaar J, Chen W, Franke B, et al. Emotional lability in children and adolescents with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): clinical correlates and familial prevalence. 2010;51(8):915-23.
4. Corbett B, Glidden HJCN. Processing affective stimuli in children with attention-deficit hyperactivity disorder. 2000;6(2):144-55.
5. Sinzig J, Morsch D, Lehmkuhl GJEC, Psychiatry A. Do hyperactivity, impulsivity and inattention have an impact on the ability of facial affect recognition in children with autism and ADHD? 2008;17(2):63-72.
6. Rosen PJ, Walerius DM, Fogleman ND, Factor PIJAAD, Disorders H. The association of emotional lability and emotional and behavioral difficulties among children with and without ADHD. 2015;7(4):281-94.
7. Kim-Spoon J, Cicchetti D, Rogosch FAJCD. A longitudinal study of emotion regulation, emotion lability-negativity, and internalizing symptomatology in maltreated and nonmaltreated children. 2013;84(2):512-27.
8. Posner J, Rauh V, Gruber A, Gat I, Wang Z, Peterson BSJPRN. Dissociable attentional and affective circuits in medication-naïve children with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2013;213(1):24-30.
9. Bunford N, Evans SW, Langberg JMJload. Emotion dysregulation is associated with social impairment among young adolescents with ADHD. 2018;22(1):66-82.
10. Combs DR, Adams SD, Penn DL, Roberts D, Tiegreen J, Stem PJSr. Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders: preliminary findings. 2007;91(1-3):112-6.
11. Barkley RAJPb. Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. 1997;121(1):65.
12. Pelc K, Kornreich C, Foisy M-L, Dan BJPN. Recognition of emotional facial expressions in attention-deficit hyperactivity disorder. 2006;35(2):93-7.
13. Williams LM, Hermens DF, Palmer D, Kohn M, Clarke S, Keage H, et al. Misinterpreting emotional expressions in attention-deficit/hyperactivity disorder: evidence for a neural marker and stimulant effects. 2008;63(10):917-26.

14. Barkley RA, Peters HJload. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of "attention deficit"(Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). 2012;16(8):623-30.
15. Palmer ED, Finger SJCP, Review P. An early description of ADHD (inattentive subtype): Dr Alexander Crichton and 'Mental Restlessness'(1798). 2001;6(2):66-73.
16. Lange KW, Reichl S, Lange KM, Tucha L, Tucha OJAAD, Disorders H. The history of attention deficit hyperactivity disorder. 2010;2(4):241-55.
17. Rafalovich AJDB. the conceptual history of attention deficit hyperactivity disorder: idiocy, imbecility, encephalitis and the child deviant, 1877? 1929. 2001;22(2):93-115.
18. Hohman LBJHHB. Post-encephalitic behavior disorders in children. 1922;33:372-5.
19. Kahn E, Cohen LHJNEJoM. Organic drivenness a brain-stem syndrome and an experience. 1934;210(14):748-56.
20. Clements SD, Peters JEJAoGP. Minimal brain dysfunctions in the school-age child: diagnosis and treatment. 1962;6(3):185-97.
21. Rie HJACR. Definition problems; Handbook of Minimal Brain Dysfunction. 1980:3-17.
22. Bradley CJAjoP. The behavior of children receiving benzedrine. 1937;94(3):577-85.
23. Conners CKJJoAD. Attention-deficit/hyperactivity disorder—historical development and overview. 2000.
24. Lahey BB, Applegate B, McBurnett K, Biederman J, Greenhill L, Hynd GW, et al. DMS-IV field trials for attention deficit hyperactivity disorder in children and adolescents. 1994.
25. Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®): American Psychiatric Pub; 2013.
26. Ramos-Quiroga JA, Montoya A, Kutzelnigg A, Deberdt W, Sobanski EJCmr, opinion. Attention deficit hyperactivity disorder in the European adult population: prevalence, disease awareness, and treatment guidelines. 2013;29(9):1093-104.
27. Geissler J, Lesch K-PJErn. A lifetime of attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnostic challenges, treatment and neurobiological mechanisms. 2011;11(10):1467-84.
28. Brookes K, Xu X, Chen W, Zhou K, Neale B, Lowe N, et al. The analysis of 51 genes in DSM-IV combined type attention deficit hyperactivity disorder: association signals in DRD4, DAT1 and 16 other genes. 2006;11(10):934.
29. Franke B, Michelini G, Asherson P, Banaschewski T, Bilbow A, Buitelaar JK, et al. Live fast, die young? A review on the developmental trajectories of ADHD across the lifespan. 2018.
30. Willcutt EGJN. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. 2012;9(3):490-9.
31. Gershon J, Gershon JJload. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. 2002;5(3):143-54.

32. Kooij SJ, Bejerot S, Blackwell A, Caci H, Casas-Brugué M, Carpentier PJ, et al. European consensus statement on diagnosis and treatment of adult ADHD: The European Network Adult ADHD. 2010;10(1):67.
33. Graetz BW, Sawyer MG, Hazell PL, Arney F, Baghurst P, JotAAoC, Psychiatry A. Validity of DSM-IV ADHD subtypes in a nationally representative sample of Australian children and adolescents. 2001;40(12):1410-7.
34. Lahey BB, Pelham WE, Loney J, Lee SS, Willcutt E, JAoGP. Instability of the DSM-IV subtypes of ADHD from preschool through elementary school. 2005;62(8):896-902.
35. Thapar A, Cooper M, Eyre O, Langley K, JJoCP, Psychiatry. Practitioner review: what have we learnt about the causes of ADHD? 2013;54(1):3-16.
36. Sharma A, Couture J, JAoP. A review of the pathophysiology, etiology, and treatment of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). 2014;48(2):209-25.
37. Halperin JM, Healey D, MJN, Reviews B. The influences of environmental enrichment, cognitive enhancement, and physical exercise on brain development: Can we alter the developmental trajectory of ADHD? 2011;35(3):621-34.
38. Bonvicini C, Faraone S, Scassellati C, JMp. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults: a systematic review and meta-analysis of genetic, pharmacogenetic and biochemical studies. 2016;21(7):872.
39. Cristino AS, Williams SM, Hawi Z, An J, Bellgrove MA, Schwartz CE, et al. Neurodevelopmental and neuropsychiatric disorders represent an interconnected molecular system. 2014;19(3):294.
40. Lancet C-D, GotPGCJT. Identification of risk loci with shared effects on five major psychiatric disorders: a genome-wide analysis. 2013;381(9875):1371-9.
41. Faraone SV, Mick E, JPC. Molecular genetics of attention deficit hyperactivity disorder. 2010;33(1):159-80.
42. Faraone SV, Perlis RH, Doyle AE, Smoller JW, Goralnick JJ, Holmgren MA, et al. Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. 2005;57(11):1313-23.
43. Gizer IR, Ficks C, Waldman I, DJHg. Candidate gene studies of ADHD: a meta-analytic review. 2009;126(1):51-90.
44. Nakao T, Radua J, Rubia K, Mataix-Cols D, JJoP. Gray matter volume abnormalities in ADHD: voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. 2011;168(11):1154-63.
45. Nagel BJ, Bathula D, Herting M, Schmitt C, Kroenke CD, Fair D, et al. Altered white matter microstructure in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2011;50(3):283-92.
46. Batty MJ, Liddle EB, Pitiot A, Toro R, Groom MJ, Scerif G, et al. Cortical gray matter in attention-deficit/hyperactivity disorder: a structural magnetic resonance imaging study. 2010;49(3):229-38.

47. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch J, Greenstein D, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. 2007;104(49):19649-54.
48. Cortese S, Kelly C, Chabernaud C, Proal E, Di Martino A, Milham MP, et al. Toward systems neuroscience of ADHD: a meta-analysis of 55 fMRI studies. 2012;169(10):1038-55.
49. Talge NM, Neal C, Glover V, Early Stress TR, Fetal PSN, Child NEd, et al. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? 2007;48(3-4):245-61.
50. Class QA, Abel KM, Khashan AS, Rickert ME, Dalman C, Larsson H, et al. Offspring psychopathology following preconception, prenatal and postnatal maternal bereavement stress. 2014;44(1):71-84.
51. Nikolas MA, Burt SAJoap. Genetic and environmental influences on ADHD symptom dimensions of inattention and hyperactivity: a meta-analysis. 2010;119(1):1.
52. Li J, Olsen J, Vestergaard M, Obel CJTJop. Low Apgar scores and risk of childhood attention deficit hyperactivity disorder. 2011;158(5):775-9.
53. Schwenke E, Fasching PA, Faschingbauer F, Pretscher J, Kehl S, Peretz R, et al. Predicting attention deficit hyperactivity disorder using pregnancy and birth characteristics. 2018;298(5):889-95.
54. Johnson S, Hollis C, Kochhar P, Hennessy E, Wolke D, Marlow NJJotAAoC, et al. Psychiatric disorders in extremely preterm children: longitudinal finding at age 11 years in the EPICure study. 2010;49(5):453-63. e1.
55. Bateman B, Warner JO, Hutchinson E, Dean T, Rowlandson P, Gant C, et al. The effects of a double blind, placebo controlled, artificial food colourings and benzoate preservative challenge on hyperactivity in a general population sample of preschool children. 2004;89(6):506-11.
56. Ericson JE, Crinella FM, Clarke-Stewart KA, Allhusen VD, Chan T, Robertson RTJN, et al. Prenatal manganese levels linked to childhood behavioral disinhibition. 2007;29(2):181-7.
57. Braun JM, Kahn RS, Froehlich T, Auinger P, Lanphear BPJEhp. Exposures to environmental toxicants and attention deficit hyperactivity disorder in US children. 2006;114(12):1904-9.
58. Marcus DK, Fulton JJ, Clarke EJJJoCC, Psychology A. Lead and conduct problems: a meta-analysis. 2010;39(2):234-41.
59. Goodlad JK, Marcus DK, Fulton JJJCPR. Lead and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms: A meta-analysis. 2013;33(3):417-25.
60. Yoshimasu K, Kiyohara C, Takemura S, Nakai KJN. A meta-analysis of the evidence on the impact of prenatal and early infancy exposures to mercury on autism and attention deficit/hyperactivity disorder in the childhood. 2014;44:121-31.

61. Galéra C, Côté SM, Bouvard MP, Pingault J-B, Melchior M, Michel G, et al. Early risk factors for hyperactivity-impulsivity and inattention trajectories from age 17 months to 8 years. 2011;68(12):1267-75.
62. Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon NJP. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. 2011;127(3):462.
63. Jensen PS, Martin D, Cantwell DPJotAAoC, Psychiatry A. Comorbidity in ADHD: implications for research, practice, and DSM-V. 1997;36(8):1065-79.
64. Spencer TJ, Biederman J, Mick EJopp. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. 2007;32(6):631-42.
65. DuPaul GJ, Gormley MJ, Laracy SDJJold. Comorbidity of LD and ADHD: Implications of DSM-5 for assessment and treatment. 2013;46(1):43-51.
66. Robertson MMJTLp. A personal 35 year perspective on Gilles de la Tourette syndrome: prevalence, phenomenology, comorbidities, and coexistent psychopathologies. 2015;2(1):68-87.
67. Hirschtritt ME, Lee PC, Pauls DL, Dion Y, Grados MA, Illmann C, et al. Lifetime prevalence, age of risk, and genetic relationships of comorbid psychiatric disorders in Tourette syndrome. 2015;72(4):325-33.
68. Tsetsos F, Padmanabhuni SS, Alexander J, Karagiannidis I, Tsifintaris M, Topaloudi A, et al. Meta-analysis of Tourette syndrome and attention deficit hyperactivity disorder provides support for a shared genetic basis. 2016;10:340.
69. Matson JL, Rieske RD, Williams LWJRiDD. The relationship between autism spectrum disorders and attention-deficit/hyperactivity disorder: an overview. 2013;34(9):2475-84.
70. Ronald A, Simonoff E, Kuntsi J, Asherson P, Plomin RJJoCp, Psychiatry. Evidence for overlapping genetic influences on autistic and ADHD behaviours in a community twin sample. 2008;49(5):535-42.
71. Lichtenstein P, Carlström E, Råstam M, Gillberg C, Anckarsäter HJAJoP. The genetics of autism spectrum disorders and related neuropsychiatric disorders in childhood. 2010;167(11):1357-63.
72. Rommelse NN, Geurts HM, Franke B, Buitelaar JK, Hartman CAJN, Reviews B. A review on cognitive and brain endophenotypes that may be common in autism spectrum disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder and facilitate the search for pleiotropic genes. 2011;35(6):1363-96.
73. Cortese SJSm. Sleep and ADHD: what we know and what we do not know. 2015;16(1):5-6.
74. Kirov R, Brand SJEron. Sleep problems and their effect in ADHD. 2014;14(3):287-99.
75. Accardo JA, Marcus CL, Leonard MB, Shults J, Meltzer LJ, Elia JJod, et al. Associations between psychiatric comorbidities and sleep disturbances in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2012;33(2):97.
76. Landau S, Milich R, Diener MBJR, Difficulties WQOL. Peer relations of children with attention-deficit hyperactivity disorder. 1998;14(1):83-105.

77. DuPaul GJ, McGoeys KE, Eckert TL, VanBrakle JJotAAoC, Psychiatry A. Preschool children with attention-deficit/hyperactivity disorder: impairments in behavioral, social, and school functioning. 2001;40(5):508-15.
78. Mikami AY, Ransone ML, Calhoun CDJoAD. Influence of anxiety on the social functioning of children with and without ADHD. 2011;15(6):473-84.
79. Greene RW, Biederman J, Faraone SV, Sienna M, Garcia-Jetton JJoc, psychology c. Adolescent outcome of boys with attention-deficit/hyperactivity disorder and social disability: Results from a 4-year longitudinal follow-up study. 1997;65(5):758.
80. Hoza BJJopp. Peer functioning in children with ADHD. 2007;32(6):655-63.
81. Friedman SR, Rapport LJ, Lumley M, Tzelepis A, VanVoorhis A, Stettner L, et al. Aspects of social and emotional competence in adult attention-deficit/hyperactivity disorder. 2003;17(1):50.
82. Huang-Pollock CL, Mikami AY, Piffner L, McBurnett KJJoACP. Can executive functions explain the relationship between attention deficit hyperactivity disorder and social adjustment? 2009;37(5):679-91.
83. Crick NR, Dodge KAJ Pb. A review and reformulation of social information-processing mechanisms in children's social adjustment. 1994;115(1):74.
84. Marwaha S, He Z, Broome M, Singh S, Scott J, Eyden J, et al. How is affective instability defined and measured? A systematic review. 2014;44(9):1793-808.
85. Thompson RAJMotsfricd. Emotion regulation: A theme in search of definition. 1994;59(2-3):25-52.
86. Eisenberg N, Spinrad TLJCd. Emotion-related regulation: Sharpening the definition. 2004;75(2):334-9.
87. Hulvershorn LA, Mennes M, Castellanos FX, Di Martino A, Milham MP, Hummer TA, et al. Abnormal amygdala functional connectivity associated with emotional lability in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2014;53(3):351-61. e1.
88. Wessa M, Linke JJIrop. Emotional processing in bipolar disorder: behavioural and neuroimaging findings. 2009;21(4):357-67.
89. Craig AD, Craig AJNrn. How do you feel--now? The anterior insula and human awareness. 2009;10(1).
90. Blair RJJCpr. Neuroimaging of psychopathy and antisocial behavior: a targeted review. 2010;12(1):76-82.
91. Glenn AL, Raine AJNRN. Neurocriminology: implications for the punishment, prediction and prevention of criminal behaviour. 2014;15(1):54.
92. Krause-Utz A, Winter D, Niedtfeld I, Schmahl CJCpr. The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. 2014;16(3):438.
93. Rubia K, Alegría AA, Brinson HJRN. Brain abnormalities in attention-deficit hyperactivity disorder: a review. 2014;58(Suppl 1):S3-16.
94. Werner K, Gross J, Kring A, Sloan D. Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment. Guilford Press; 2010.

95. Campbell-Sills L, Barlow DH. Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. 2007.
96. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer SJ*Cpr*. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. 2010;30(2):217-37.
97. Johnson SL*Cpr*. Life events in bipolar disorder: towards more specific models. 2005;25(8):1008-27.
98. Hyde JS, Mezulis AH, Abramson LY*Pr*. The ABCs of depression: integrating affective, biological, and cognitive models to explain the emergence of the gender difference in depression. 2008;115(2):291.
99. Zahn-Waxler C, Shirtcliff EA, Marceau K*ARCP*. Disorders of childhood and adolescence: Gender and psychopathology. 2008;4:275-303.
100. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E*JAJoP*. Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. 2014;171(3):276-93.
101. Anastopoulos AD, Smith TF, Garrett ME, Morrissey-Kane E, Schatz NK, Sommer JL, et al. Self-regulation of emotion, functional impairment, and comorbidity among children with AD/HD. 2011;15(7):583-92.
102. Martel MM, Nigg JT*JoCP, Psychiatry*. Child ADHD and personality/temperament traits of reactive and effortful control, resiliency, and emotionality. 2006;47(11):1175-83.
103. Okado I, Mueller CW, Nakamura BJ*Joad*. Positive and negative affect in clinic-referred youth with ADHD. 2016;20(1):53-62.
104. Stringaris A, Goodman RJ*JotAAoC, Psychiatry A*. Longitudinal outcome of youth oppositionality: irritable, headstrong, and hurtful behaviors have distinctive predictions. 2009;48(4):404-12.
105. Olson SL, Bates JE, Sandy JM, Schilling EM*JoCP, Psychiatry*. Early developmental precursors of impulsive and inattentive behavior: From infancy to middle childhood. 2002;43(4):435-47.
106. Stringaris A, Maughan B, Goodman RJ*JotAAoC, Psychiatry A*. What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the Avon longitudinal study. 2010;49(5):474-83.
107. Sanson A, Smart D, Prior M, Oberklaid F*JotAAoC, Psychiatry A*. Precursors of hyperactivity and aggression. 1993;32(6):1207-16.
108. Biederman J, Spencer TJ, Petty C, Hyder LL, O'Connor KB, Surman CB, et al. Longitudinal Course of Deficient Emotional Self-Regulation CBCL Profile in Youth with ADHD: Prospective Controlled Study. 2012.
109. Riley AW, Spiel G, Coghill D, Döpfner M, Falissard B, Lorenzo MJ, et al. Factors related to health-related quality of life (HRQoL) among children with ADHD in Europe at entry into treatment. 2006;15(1):i38-i45.
110. Wehmeier PM, Schacht A, Barkley RA*JoAh*. Social and emotional impairment in children and adolescents with ADHD and the impact on quality of life. 2010;46(3):209-17.

111. Biederman J, Petty C, Monuteaux MC, Evans M, Parcell T, Faraone SV, et al. The CBCL-pediatric bipolar disorder profile predicts a subsequent diagnosis of bipolar disorder and associated impairments in ADHD youth growing up: a longitudinal analysis. 2009;70(5):732.
112. Adolphs RJB, reviews cn. Recognizing emotion from facial expressions: psychological and neurological mechanisms. 2002;1(1):21-62.
113. Morningstar M, Nelson EE, Dirks MAJN, Reviews B. Maturation of vocal emotion recognition: Insights from the developmental and neuroimaging literature. 2018;90:221-30.
114. Flom R, Bahrick LE. The development of infant discrimination of affect in multimodal and unimodal stimulation: The role of intersensory redundancy. *Developmental psychology*. 2007;43(1):238-52.
115. Herba CM, Landau S, Russell T, Ecker C, Phillips MLJoCP, Psychiatry. The development of emotion-processing in children: Effects of age, emotion, and intensity. 2006;47(11):1098-106.
116. Serrano JM, Iglesias J, Loeches A. Visual discrimination and recognition of facial expressions of anger, fear, and surprise in 4- to 6-month-old infants. *Developmental psychobiology*. 1992;25(6):411-25.
117. Hoffner C, Badzinski DMJCD. Children's integration of facial and situational cues to emotion. 1989:411-22.
118. Stanghellini G, Ballerini MJCoip. Criterion B (social dysfunction) in persons with schizophrenia: the puzzle. 2007;20(6):582-7.
119. Anokhin AP, Golosheykin S, Heath ACJBg. Heritability of individual differences in cortical processing of facial affect. 2010;40(2):178-85.
120. Allott KA, Rice S, Bartholomeusz CF, Klier C, Schlogelhofer M, Schafer MR, et al. Emotion recognition in unaffected first-degree relatives of individuals with first-episode schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2015;161(2-3):322-8.
121. Loughland CM, Williams LM, Gordon EJSr. Visual scanpaths to positive and negative facial emotions in an outpatient schizophrenia sample. 2002;55(1-2):159-70.
122. Kanwisher N, McDermott J, Chun MMJJon. The fusiform face area: a module in human extrastriate cortex specialized for face perception. 1997;17(11):4302-11.
123. Adolphs RJCoin. Fear, faces, and the human amygdala. 2008;18(2):166-72.
124. Rotshtein P, Malach R, Hadar U, Graif M, Hendler TJN. Feeling or features: different sensitivity to emotion in high-order visual cortex and amygdala. 2001;32(4):747-57.
125. Blair R, Morris JS, Frith CD, Perrett DI, Dolan RJB. Dissociable neural responses to facial expressions of sadness and anger. 1999;122(5):883-93.
126. Kesler ML, Andersen AH, Smith CD, Avison MJ, Davis CE, Kryscio RJ, et al. Neural substrates of facial emotion processing using fMRI. 2001;11(2):213-26.
127. Surguladze SA, Brammer MJ, Young AW, Andrew C, Travis MJ, Williams SC, et al. A preferential increase in the extrastriate response to signals of danger. 2003;19(4):1317-28.

128. Carr L, Iacoboni M, Dubeau M-C, Mazziotta JC, Lenzi GLJPotnAoS. Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. 2003;100(9):5497-502.
129. Kret M, Pichon S, Grèzes J, de Gelder BJN. Similarities and differences in perceiving threat from dynamic faces and bodies. An fMRI study. 2011;54(2):1755-62.
130. de Gelder B, Van den Stock J, Meeren HK, Sinke CB, Kret ME, Tamietto MJN, et al. Standing up for the body. Recent progress in uncovering the networks involved in the perception of bodies and bodily expressions. 2010;34(4):513-27.
131. Lindenberg R, Uhlig M, Scherfeld D, Schlaug G, Seitz RJHbm. Communication with emblematic gestures: shared and distinct neural correlates of expression and reception. 2012;33(4):812-23.
132. Rizzolatti G, Craighero LJARN. The mirror-neuron system. 2004;27:169-92.
133. Fruhholz S, Grandjean D. Towards a fronto-temporal neural network for the decoding of angry vocal expressions. NeuroImage. 2012;62(3):1658-66.
134. Kotz SA, Kalberlah C, Bahlmann J, Friederici AD, Haynes JD. Predicting vocal emotion expressions from the human brain. Human brain mapping. 2013;34(8):1971-81.
135. Wiethoff S, Wildgruber D, Grodd W, Ethofer TJN. Response and habituation of the amygdala during processing of emotional prosody. 2009;20(15):1356-60.
136. Ethofer T, Van De Ville D, Scherer K, Vuilleumier P. Decoding of emotional information in voice-sensitive cortices. Current biology : CB. 2009;19(12):1028-33.
137. Kochel A, Schongassner F, Schienle A. Cortical activation during auditory elicitation of fear and disgust: a near-infrared spectroscopy (NIRS) study. Neuroscience letters. 2013;549:197-200.
138. Bulman-Fleming MB, Bryden MJN. Simultaneous verbal and affective laterality effects. 1994;32(7):787-97.
139. Blasi A, Mercure E, Lloyd-Fox S, Thomson A, Brammer M, Sauter D, et al. Early specialization for voice and emotion processing in the infant brain. 2011;21(14):1220-4.
140. Pelphrey KA, Sasson NJ, Reznick JS, Paul G, Goldman BD, Piven JJJoA, et al. Visual scanning of faces in autism. 2002;32(4):249-61.
141. Kohler CG, Turner TH, Bilker WB, Brensinger CM, Siegel SJ, Kanes SJ, et al. Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. 2003;160(10):1768-74.
142. Dalili M, Penton-Voak I, Harmer C, Munafò MJPM. Meta-analysis of emotion recognition deficits in major depressive disorder. 2015;45(6):1135-44.
143. Blair R, Mitchell D, Peschardt K, Colledge E, Leonard R, Shine J, et al. Reduced sensitivity to others' fearful expressions in psychopathic individuals. 2004;37(6):1111-22.
144. Karmiloff-Smith A, Klima E, Bellugi U, Grant J, Baron-Cohen SJJocN. Is there a social module? Language, face processing, and theory of mind in individuals with Williams syndrome. 1995;7(2):196-208.

145. Lindner JL, Rosén LAJJoA, disorders d. Decoding of emotion through facial expression, prosody and verbal content in children and adolescents with Asperger's syndrome. 2006;36(6):769-77.
146. Sachs G, Steger-Wuchse D, Kryspin-Exner I, Gur RC, Katschnig HJSr. Facial recognition deficits and cognition in schizophrenia. 2004;68(1):27-35.
147. Addington J, Addington DJSr. Facial affect recognition and information processing in schizophrenia and bipolar disorder. 1998;32(3):171-81.
148. Bozikas VP, Tonia T, Fokas K, Karavatos A, Kosmidis MHJJoA. Impaired emotion processing in remitted patients with bipolar disorder. 2006;91(1):53-6.
149. Bland AR, Williams CA, Scharer K, Manning SJliMHN. Emotion processing in borderline personality disorders. 2004;25(7):655-72.
150. Hall J, Olabi B, Lawrie SM, McIntosh AMJP, Health M. Hippocampal and amygdala volumes in borderline personality disorder: A meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. 2010;4(3):172-9.
151. Mauchnik J, Schmahl CJCpr. The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. 2010;12(1):46-55.
152. Perepletchikova F, Ansell E, Axelrod SJCm. Borderline personality disorder features and history of childhood maltreatment in mothers involved with child protective services. 2012;17(2):182-90.
153. Dawel A, O'kearney R, McKone E, Palermo RJN, Reviews B. Not just fear and sadness: Meta-analytic evidence of pervasive emotion recognition deficits for facial and vocal expressions in psychopathy. 2012;36(10):2288-304.
154. Da Fonseca D, Segulier V, Santos A, Poinso F, Deruelle CJCp, development h. Emotion understanding in children with ADHD. 2009;40(1):111.
155. Kochel A, Leutgeb V, Schienle A. Disrupted response inhibition toward facial anger cues in children with attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an event-related potential study. *Journal of child neurology*. 2014;29(4):459-68.
156. Kats-Gold I, Besser A, Priel BJJoACP. The role of simple emotion recognition skills among school aged boys at risk of ADHD. 2007;35(3):363-78.
157. Cadesky EB, Mota VL, Schachar RJJotAAoC, Psychiatry A. Beyond words: how do children with ADHD and/or conduct problems process nonverbal information about affect? 2000;39(9):1160-7.
158. Singh SD, Ellis CR, Winton AS, Singh NN, Leung JP, Oswald DPJBM. Recognition of facial expressions of emotion by children with attention-deficit hyperactivity disorder. 1998;22(2):128-42.
159. Casey RJJEdiac. Emotional competence in children with externalizing and internalizing disorders. 1996:161-83.
160. Kats-Gold I, Priel BJPitS. Emotion, understanding, and social skills among boys at risk of attention deficit hyperactivity disorder. 2009;46(7):658-78.

161. Sjöwall D, Roth L, Lindqvist S, Thorell LBJJoCP, Psychiatry. Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. 2013;54(6):619-27.
162. Carroll JM, Russell JAJJop, psychology s. Do facial expressions signal specific emotions? Judging emotion from the face in context. 1996;70(2):205.
163. Kolb B, Wilson B, Taylor LJB, Cognition. Developmental changes in the recognition and comprehension of facial expression: Implications for frontal lobe function. 1992;20(1):74-84.
164. de Gelder B, Meeren HK, Righart R, Van den Stock J, Van de Riet WA, Tamietto MJPIbr. Beyond the face: exploring rapid influences of context on face processing. 2006;155:37-48.
165. Thomas LA, De Bellis MD, Graham R, LaBar KSJDs. Development of emotional facial recognition in late childhood and adolescence. 2007;10(5):547-58.
166. Miller M, Hanford RB, Fassbender C, Duke M, Schweitzer JBJJoAD. Affect recognition in adults with ADHD. 2011;15(6):452-60.
167. Uekermann J, Kraemer M, Abdel-Hamid M, Schimmelmann BG, Hebebrand J, Daum I, et al. Social cognition in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD). 2010;34(5):734-43.
168. Kochel A, Schongassner F, Feierl-Gsodam S, Schienle A. Processing of affective prosody in boys suffering from attention deficit hyperactivity disorder: A near-infrared spectroscopy study. Social neuroscience. 2015;10(6):583-91.
169. Arnsten AFJTJop. The emerging neurobiology of attention deficit hyperactivity disorder: the key role of the prefrontal association cortex. 2009;154(5):I.
170. Shaw P, Lerch J, Greenstein D, Sharp W, Clasen L, Evans A, et al. Longitudinal mapping of cortical thickness and clinical outcome in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2006;63(5):540-9.
171. Mills KL, Bathula D, Costa Dias TG, Iyer SP, Fenesy MC, Musser ED, et al. Altered cortico-striatal-thalamic connectivity in relation to spatial working memory capacity in children with ADHD. 2012;3:2.
172. Casey B, Epstein JN, Buhle J, Liston C, Davidson MC, Tonev ST, et al. Frontostriatal connectivity and its role in cognitive control in parent-child dyads with ADHD. 2007;164(11):1729-36.
173. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. 1997;36(7):980-8.
174. ÜNAL F, ÖKTEM F, ÇETİN ÇUHADAROĞLU F, ÇENGEL KÜLTÜR SE, AKDEMİR D, FOTO ÖZDEMİR D, et al. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5 Kasım 2016-Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) Geçerlik ve Güvenirliği. 2019;30(1).

175. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E, Ak A, Özaydın LJTCAMH. Conners' parent rating scale long form-revised: factor structure, reliability and validity studies. 2011;18(1):45-58.
176. Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E, Ak A, Özaydın LJJoCP. Conner's Teachers Rating Scale/Revised Long: Assessing the Psychometric Characteristics of Turkish Children.14(3):150-63.
177. Conners CK. Conners' Teacher Rating Scale--Revised (L): Multi-Health Systems North Tonawanda, NY; 1997.
178. Shields A, Cicchetti DJDp. Emotion regulation among school-age children: The development and validation of a new criterion Q-sort scale. 1997;33(6):906.
179. Kapçı E, Uslu R, Akgün E, Acer DJÇvGRSD. İlköğretim çağı çocuklarında duygu ayarlama: Bir ölçek uyarlama çalışması ve duygu ayarlamayla ilişkili etmenlerin belirlenmesi. 2009;16(1):13-20.
180. Tülü BK, Ergül CJAÜEBFÖED. Öğrenme Güçlüğü Olan Çocukların Duyguları Tanıma Becerileri. 2016:207-29.
181. Kılıç-Tülü B, Ergül CJTPD. Öğrenme güçlüğü olan çocukların sözel olmayan ipuçları ile aktarılan duyguları algılama becerileri. 2015;30(76):32-44.
182. Liu L, Chen W, Sun L, Cheng J, Su Y, Rudaizky D, et al. The characteristics and age effects of emotional lability in ADHD children with and without oppositional defiant disorder. 2017:1087054717745594.
183. Skirrow C, Asherson PJJoAD. Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. 2013;147(1-3):80-6.
184. Reimherr FW, Marchant BK, Strong RE, Hedges DW, Adler L, Spencer TJ, et al. Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. 2005;58(2):125-31.
185. Seymour KE, Chronis-Tuscano A, Halldorsdottir T, Stupica B, Owens K, Sacks TJJoacp. Emotion regulation mediates the relationship between ADHD and depressive symptoms in youth. 2012;40(4):595-606.
186. Seymour KE, Chronis-Tuscano A, Iwamoto DK, Kurdziel G, MacPherson LJJoacp. Emotion regulation mediates the association between ADHD and depressive symptoms in a community sample of youth. 2014;42(4):611-21.
187. Overgaard KR, Oerbeck B, Aase H, Torgersen S, Reichborn-Kjennerud T, Zeiner PJJoAD. Emotional lability in preschoolers with symptoms of ADHD. 2018;22(8):787-95.
188. van Stralen JJAAD, Disorders H. Emotional dysregulation in children with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2016;8(4):175-87.
189. Lugo-Candelas C, Flegenheimer C, McDermott JM, Harvey EJJoacp. Emotional understanding, reactivity, and regulation in young children with ADHD symptoms. 2017;45(7):1297-310.

190. Shin D-W, Lee S, Kim B-J, Park Y, Lim S-WJN. Visual attention deficits contribute to impaired facial emotion recognition in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. 2008;39(06):323-7.
191. Norvilitis J, Casey R, Brooklier K, Bonello PJJAD. Emotion appraisal in children with attention-deficit/hyperactivity disorder and their parents. 2000;4(1):15-26.
192. Boakes J, Chapman E, Houghton S, West JCN. Facial affect interpretation in boys with attention deficit/hyperactivity disorder. 2007;14(1):82-96.
193. Yuill N, Lyon JJE, psychiatry a. Selective difficulty in recognising facial expressions of emotion in boys with ADHD. 2007;16(6):398-404.
194. Shapiro EG, Hughes SJ, August GJ, Bloomquist MLJDN. Processing of emotional information in children with attention-deficit hyperactivity disorder. 1993;9(3-4):207-24.
195. Sonuga-Barke EJ, Sergeant JA, Nigg J, Willcutt EJC, America apcoN. Executive dysfunction and delay aversion in attention deficit hyperactivity disorder: nosologic and diagnostic implications. 2008;17(2):367-84.
196. Posner J, Kass E, Hulvershorn LJCP. Using stimulants to treat ADHD-related emotional lability. 2014;16(10):478.
197. Drabant EM, Hariri AR, Meyer-Lindenberg A, Munoz KE, Mattay VS, Kolachana BS, et al. Catechol O-methyltransferase val158met genotype and neural mechanisms related to affective arousal and regulation. Archives of general psychiatry. 2006;63(12):1396-406.
198. Nigg JT, Casey BJD, psychopathology. An integrative theory of attention-deficit/hyperactivity disorder based on the cognitive and affective neurosciences. 2005;17(3):785-806.
199. Gisbert L, Richarte V, Corrales M, Ibanez P, Bosch R, Bellina M, et al. The Relationship Between Neuropsychological Deficits and Emotional Lability in Adults With ADHD. Journal of attention disorders. 2018;1087054718780323.
200. Van Cauwenberge V, Sonuga-Barke EJ, Hoppenbrouwers K, Van Leeuwen K, Wiersema JR. "Turning down the heat": Is poor performance of children with ADHD on tasks tapping "hot" emotional regulation caused by deficits in "cool" executive functions? Research in developmental disabilities. 2015;47:199-207.
201. Petti VL, Voelker SL, Shore DL, Hayman-Abello SEJJD, Disabilities P. Perception of nonverbal emotion cues by children with nonverbal learning disabilities. 2003;15(1):23-36.

EK-1: ONAM FORMLARI

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 6-13 Yaş Arası Çocuklarda Emosyonel Labilite ve Duygu Tanıma Becerileri

Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Elvan İŞERİ

Diğer Araştırmacıların Adı: Dr. Güner Melike GÜVELİ BOZKURT

Destekleyici (varsa):

Sevgili.....

Benim adım Dr. Elvan İŞERİ

Senin şu andaki hastalığın olan, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu konusunda bir araştırma yapıyoruz. Bu bozukluğa sahip olan çocukların duyguları tanımada güçlük çektiği daha önceki çalışmalarla da ortaya konmuştur. Duyguları tanımak ve anlamadaki bu zorluk ders başarısını, aile ve arkadaşlarıyla ilişkini olumsuz olarak etkileyebilir. Amacımız, bu bozukluğa sahip çocukların deneyimlediği bu zorluğun neden ortaya çıktığını anlamak ve böylece sana ve bu bozukluğa sahip diğer çocuklara bunu aşmalarında yardımcı olmaktır.

Araştırmaya ben, Dr. Melike ve bazı başka doktorlar katılacaklar. Eğer sen de bu araştırmaya katılmayı istersen, sana tedavin için yapılan işlemlerin dışında herhangi bir şey yapılmayacak. Sadece, tedavin sırasında zaten yapılacak olan görüşmeler sırasında bu araştırma yürütülecektir. Görüşmemiz sırasında sana bilgisayar ekranından bazı insan yüzleri gösterip, bazı sesler dinleteceğim ve sana bu insanların ne hissettiklerini soracağım. Vereceğin cevaplarla çalışmaya büyük bir katkı sağlayacaksın.

Bu araştırmanın sonuçlarını başka doktorlara da söyleyeceğiz ancak senin adın ve tahlil sonuçlarını kimseye açıklamayacağız.

Bu araştırma hakkında anne ve babana bilgi vereceğiz ve senin de bu çalışmaya katılıp katılmaman için onlardan izin alacağız. Sen de bu konuyu anne ve/veya baban ile konuşabilirsin. Eğer katılmak istemezsen hiç kimse sana kızmaz veya küsmez. Doktorlar sana önceden olduğu gibi iyi davranacak, tedavini aynen sürdürecektir.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek soruları bana sorabilirsin.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan lütfen aşağıya adını ve soyadını yazarak imzanı at. Daha sonra bu formun bir kopyası sana ve ailene verilecektir.

Çocuğun adı- soyadı:

Çocuğun imzası:

Tarih:

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

Araştırmacının adı-soyadı, ünvanı: Prof. Dr. Elvan İŞERİ

Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tel: 0312 2025426

İmza:

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 6-13 Yaş Arası Çocuklarda Emosyonel Labilite ve Duygu Tanıma Becerileri

Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Elvan İŞERİ

Diğer Araştırmacıların Adı: Dr. Güner Melike GÜVELİ BOZKURT

Destekleyici (varsa):

Değerli anne ve babalar;

Çocuğunuzun, kliniğimizde yapılması planlanan ‘‘Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda emosyonel labilite şiddetinin duygu tanıma becerileri ile ilişkisinin araştırılması’’ isimli bir çalışmada yer alabilmesi için sizden izin istiyoruz. Çocuğunuzun bu çalışmaya davet edilmesinin nedeni onda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu hastalığının görülmüş olmasıdır. Bu çalışma, araştırma amaçlı olarak yapılmaktadır ve katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çocuğunuzun çalışmaya katılması konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer çocuğunuzun katılmasını isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma hakkında çocuğunuza da bilgi vereceğiz ve ondan da bu çalışmaya katılması için izin alacağız.

Çalışmanın amaçları ve dayanağı nelerdir, çocuğumdan başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

DEHB tanılı çocuklarda duygusal değişkenlik (emosyonel labilite) çok sık gözlenmektedir. Sizin de farkettiğiniz gibi bu çocuklar çok çabuk kızabilmekte, kolaylıkla öfke patlamaları yaşayabilmekte, sık sık ve kolayca ağlayabilmekte ve ruh halleri çabucak değişebilmektedir. Bu araştırmada amaçlanan bu duygusal değişkenliğin DEHB’li çocuklarda normal çocuklara kıyasla neden daha fazla görüldüğü ve bu zorluğun hangi sebeple ortaya çıktığını saptamaktır. Çalışmaya DEHB tanısı almış 35 çocuk ve tamamen sağlıklı olan 35 çocuk dahil edilecektir.

Çocuğum bu çalışmaya katılmalı mı?

Çocuğunuzun bu çalışmada yer alıp almaması tamamen size bağlıdır. Eğer katılmasına izin verirsiniz bu yazılı bilgilendirilmiş olur formu imzalanmak için size verilecektir. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda çocuğunuzu çalışmadan çekebilirsiniz. Eğer katılmasını istemezseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından çocuğunuz için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çocuğunuzun çalışmaya devam etmesinin yararlı olmayacağına karar verebilir ve onu çalışma dışı bırakabilir.

Çocuğum bu çalışmaya katılırsa onu neler bekliyor?

Bu araştırma kapsamında çocuğunuza, tedavisi için yapılan rutin işlemlerin dışında herhangi bir girişim yapılmayacaktır. Çalışma yalnızca, tedavisi sırasında zaten uygulanacak olan prosedür izlenerek yürütülecektir. Yapılacak psikiyatrik görüşmenin ardından sizlere dolrumanız için ölçekler verilecek çocuğunuza da araştırmacı tarafından duygu tanıma ile ilgili bir test uygulanacaktır. Bu test sırasında çocuğunuza insan yüzlerinden oluşan fotoğraflar gösterilecek, farklı sesler dinletilerek ses tonundan duygu tanıma becerisi ölçülecektir. Çocuğunuzdan bu çalışma için herhangi bir biyolojik materyal (kan, idrar vs.) alınmayacaktır. Çocuğunuzun bu çalışmada kalma süresi 6 ay olarak düşünülmüştür.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları nelerdir, çocuğumun görebileceği olası bir zarar durumunda ne yapılacak?

Bu çalışma çocuğunuz açısından herhangi bir risk taşımamaktadır. Çocuğunuzun rutin tanı ve tedavisi sırasında izlenecek prosedüre ek olarak çocuğunuzdan yalnızca insan yüzleri ve seslerinden duyguları tanımasını istediğimiz bilgisayar temelli bir test uygulayacağız.

Çocuğumun bu çalışmada yer almasının yararları nelerdir?

Çocuğunuz bu araştırmaya katılarak, bu tanıya sahip çocuklarda sıklıkla görülen duygusal değişkenliğin sebeplerinin aydınlatılmasına katkı sağlayacaktır.

Çocuğumun bu çalışmaya katılmasının maliyeti nedir?

Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Çocuğumun kişisel bilgileri nasıl kullanılacak?

Çalışma doktorunuz çocuğunuz ile ilgili kişisel bilgileri, araştırmayı ve istatistiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak çocuğunuzun kimlik bilgileri gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, çocuğunuz ile ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, sonuçlar hakkında bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak çocuğunuzun kimliği açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi, yardım ve iletişim için kime başvurabilirim?

Çalışma ilacı ile ilgili bir sorunuz olduğunda ya da çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI: Dr. Güner Melike GÜVELİ BOZKURT

GÖREVİ: Araştırma Görevlisi Doktor

TELEFON: 0312 202 54 26

(Katılımcı çocuğun ebeveyninin beyanı)

GÜTF Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalında, Dr. Melike tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum.

Çocuğumun araştırmaya katılması konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer çocuğumun çalışmaya katılmasını reddedersem, bu durumun çocuğumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden çocuğumu araştırmadan çekebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorununun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında herhangi bir sorum olduğunda, Dr. Güner Melike GÜVELİ BOZKURT'u, 03122025426 numaralı telefondan arayabileceğimi ve kendisine Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'nden ulaşabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla, çocuğumun söz konusu klinik araştırmaya katılmasını gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Tarih:

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

Araştırmacının adı-soyadı, ünvanı: Prof. Dr. Elvan İŞERİ

Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tel: 0312 2025426

İmza:

SAĞLIKLI ÇOCUKLAR İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 6-13 Yaş Arası Çocuklarda Emosyonel Labilite ve Duygu Tanıma Becerileri

Sorumlu Araştırmacının Adı:

Diğer Araştırmacıların Adı:

Destekleyici (varsa):

Sevgili.....

Benim adım Dr. Elvan İŞERİ. Senin yaşlarında olup da Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda bir araştırma yapıyoruz. Bu bozukluğa sahip olan çocukların duyguları tanımada güçlük çektiği daha önceki çalışmalarla da ortaya konmuş. Duyguları tanımak ve anlamaktaki bu zorluk, bu bozukluğa sahip arkadaşlarının ders başarısını, aile ve arkadaşlarıyla ilişkisini olumsuz olarak etkileyebilir. Amacımız, bu bozukluğa sahip çocukların deneyimlediği bu zorluğun neden ortaya çıktığını anlamak ve böylece bu bozukluğa sahip arkadaşlarına bunu aşmalarında yardımcı olmaktır.

Bu araştırmayı sürdürebilmek için hasta çocukların yanı sıra onların yaşlarına yakın olan sağlıklı çocukları da araştırmaya katmamız gerekiyor. Araştırmaya ben, Dr. Melike ve bazı başka doktorlar katılacaklar. Eğer sen de bu araştırmaya katılmayı istersen görüşmemiz sırasında sana bilgisayar ekranından bazı insan yüzleri gösterip, bazı sesler dinleteceğim ve sana bu insanların ne hissettiklerini soracağım. Vereceğin cevaplarla çalışmaya büyük bir katkı sağlayacaksın.

Bu araştırmanın sonuçlarını başka doktorlara da söyleyeceğiz ancak senin adını ve tahlil sonuçlarını kimseye açıklamayacağız.

Eğer bu çalışmaya katılırsan hasta çocukların daha güvenilir ve başarılı bir şekilde tanı almasına ve tedavi edilmesine katkı sağlamış olacaksın.

Bu araştırma hakkında anne ve babana bilgi vereceğiz ve senin de bu çalışmaya katılıp katılmaman için onlardan izin alacağız. Sen de bu konuyu anne ve/veya baban ile konuşabilirsin. Eğer katılmak istemezsen hiç kimse sana kızmaz veya küsmez.

Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek soruları bana sorabilirsin. Telefon numaram ve adresim aşağıda yazıyor.

Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan lütfen aşağıya adını ve soyadını yazarak imzanı at. Daha sonra bu formun bir kopyası sana ve ailine verilecektir.

Çocuğun adı- soyadı:

Çocuğun imzası:

Tarih:

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

Araştırmacının adı-soyadı, ünvanı: Prof. Dr. Elvan İŞERİ

Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tel: 0312 2025426

İmza:

SAĞLIKLI ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİNE YÖNELİK BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 6-13 Yaş Arası Çocuklarda Emosyonel Labilite ve Duygu Tanıma Becerileri
Sorumlu Araştırmacının Adı: Prof. Dr. Elvan İŞERİ
Diğer Araştırmacıların Adı: Dr. Güner Melike GÜVELİ BOZKURT
Destekleyici (varsa):

Değerli anne ve babalar;

Benim adım Dr. Elvan İŞERİ. Sizin çocuğunuzun yaşlarında olup da Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuklarda bir araştırma yapıyoruz. DEHB tanılı çocuklarda duygusal değişkenlik (emosyonel labilite) çok sık gözlenmektedir. Bu çocuklar normal çocuklara göre çok çabuk kızabilmekte, kolaylıkla öfke patlamaları yaşayabilmekte, sık sık ve kolayca ağlayabilmekte ve ruh halleri çabucak değişebilmektedir. Bu çalışmada amaçlanan bu duygusal değişkenliğin DEHB'li çocuklarda normal çocuklara kıyasla neden daha fazla görüldüğü ve bu zorluğun hangi sebeple ortaya çıktığını saptamaktır. Çalışmaya DEHB tanısı almış 50 çocuk ve tamamen sağlıklı olan 50 çocuk dahil edilecektir.

Bu çalışmayı sürdürebilmek ve sonuçları doğru değerlendirilebilmek için aynı yaş gruplarında sağlıklı çocuklar ile karşılaştırılmalarına gereksinim vardır.

Araştırmaya ben, Dr. Melike ve bazı başka doktorlar katılacaklar. Eğer sizin çocuğunuzun da bu araştırmaya katılmasını isterseniz çocuğunuza araştırmacı tarafından duygu tanıma ile ilgili bir test uygulanacaktır. Bu test sırasında çocuğunuza insan yüzlerinden oluşan fotoğraflar gösterilecek, farklı sesler dinletilerek ses tonundan duygu tanıma becerisi ölçülecektir. Çocuğunuzdan bu çalışma için herhangi bir biyolojik materyal (kan, idrar vs.) alınmayacaktır.

Bu araştırmanın sonuçlarını başka doktorlara da söyleyeceğiz ancak sizin çocuğunuzun adını ve tahlil sonuçlarını kimseye açıklamayacağız.

Eğer çocuğunuzun bu çalışmaya dahil edilmesine izin verirseniz Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu isimli hastalığa sahip olan akranlarının daha güvenilir ve başarılı bir şekilde tanı almasına ve tedavi edilmesine katkı sağlamış olacaksınız.

Bu araştırma hakkında çocuğunuza da bilgi vereceğiz ve ondan da bu çalışmaya katılması için izin alacağız. Aklınıza şimdi gelen veya daha sonra gelecek soruları bana sorabilirsiniz. Telefon numaram ve adresim aşağıda bulunmaktadır.

Çocuğunuzun bu araştırmaya katılmasını kabul ediyorsanız lütfen aşağıya adını ve soyadını yazarak imzanızı atınız. Daha sonra bu formun bir kopyası size verilecektir.

Çocuğun adı- soyadı:

Çocuğun imzası:

Tarih:

Velisinin adı- soyadı:

Velisinin imzası:

Tarih:

Araştırmacının adı-soyadı, ünvanı: Prof. Dr. Elvan İŞERİ

Adres: Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tel: 0312 2025426

İmza:

EK-2: ETİK KURUL ONAYI

“Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 6-13 Yaş Arası Çocuklarda Emosyonel Labilite ve Duygu Tanıma Becerileri ”adlı çalışma Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nda 26.11.2018 tarihinde onaylanmıştır.



T.C.
GAZİ ÜNİVERSİTESİ
Tıp Fakültesi Dekanlığı



Sayı : 24074710-604.01.01- 47
Konu : Toplantı Kararları

29.11.2018

Sayın *Prof. Dr. Elvan İseri*
Proje Yürütücüsü

Fakültemiz Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 26 Kasım 2018 tarihinde yapmış olduğu toplantı kararları ekte sunulmuştur.
Bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Taner AKAR
Dekan a.
Dekan Yardımcısı

**GAZİ ÜNİVERSİTESİ KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU
GİRİŞİMSSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR KARAR FORMU**

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUNUN ADI	Gazi Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRES	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlık Binası 06500 Beşevler/Ankara
	TELEFON	0312 202 69 58
	FAKS	0312 202 46 73
	E-POSTA	tipetikkurul@gazi.edu.tr

BAŞVURU BİLGİLERİ	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 6-13 Yaş Arası Çocuklarda Emosyonel Labilite ve Duygu Tanıma Becerileri			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Prof. Dr. Elvan İŞERİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI /UZMANLIK ALANI/ BULUNDUĞU MERKEZ	Çocuk ve Ergen Ruh Sağ.ve Hast. AD. / G.Ü.T.F.			
	DESTEKLEYİCİ (Varsa)				
	ARAŞTIRMANIN TÜRÜ	Anket çalışmaları – Diğer: Bilişsel işlevlerin bilgisayar temelli bir program aracılığıyla değerlendirilmesi - Uzmanlık tezi			
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☒	ÇOK MERKEZLİ ☐	ULUSAL ☒	ULUSLARARASI ☐

DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Ver.No	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	14.11.2018	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU	14.11.2018	1	Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı			Açıklama
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ		☐	
	BİYOLOJİK MATERYAL TRANSFER FORMU		☐	
	DİĞER		☐	

KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 874	Toplantı tarihi: 26.11.2018
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, araştırma dosyasında belirtilen merkez/merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına, G.Ü. Klinik Araştırmalar Etik Kurulu üyelerinin oybirliği ile karar verilmiştir.	

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU									
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI				İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu					
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:				Prof. Dr. Canan ULUOĞLU					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza	
Prof. Dr.Canan ULUOĞLU BAŞKAN	Tıbbi Farmakoloji A.D	G.Ü.T.F	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Birol DEMİREL BAŞKAN YARD.	Adli Tıp AD.	G.Ü.T.F	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Gonca AKBULUT RAPORTÖR	Fizyoloji AD.	G.Ü.T.F.	E ☐ K ☒	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		
Prof. Dr. Bülent BOYACI ÜYE	Kardiyoloji AD.	G.Ü.T.F	E ☒ K ☐	E ☐ H ☒	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐	E ☒ H ☐		

Prof. Dr. Öznur L. BOYUNAĞA ÜYE	Radyoloji AD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Prof. Dr. Mustafa KAVUTÇU ÜYE	Tıbbi Biyokimya A.D.	G.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmad
Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU ÜYE	Tıp Tarihi ve Etik AD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmad
Prof. Dr. Aslı KURUOĞLU ÜYE	Psikiyatri AD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. Hakan KAYIR ÜYE	Tıbbi Farmakoloji	COMMAT Ltd.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmad
Doç. Dr. Mutlu DOĞAN ÜYE	İç Hast. AD. Tıbbi Onkoloji BD.	Ank.Numune Eğt. ve Araşt.Hast.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Doç. Dr. N.Arda DEMİRKAN ÜYE	Genel Cerrahi AD.	A.Ü.T.F.	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılma
Doç. Dr. Anıl TAPISIZ ÜYE	Çocuk Sağlığı ve Hast.AD.Ç.Nör. BD.	G.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	7
Prof. Dr. Pınar ÖZDEMİR ÜYE	Biyostatistik AD.	H.Ü.T.F.	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	Katılmad
Doktor Öğr. Üyesi Mustafa GÖKSU ÜYE	Hukukçu	A.H.B.V.Ü Hukuk Fakültesi	E ☒	K ☐	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	
Aysel ÖZER ÜYE	Sivil Temsilci	Emekli Öğr. Üyesi	E ☐	K ☒	E ☐	H ☒	E ☒	H ☐	

* :Araştırma ile İlişki
** :Toplantıda Bulunma

EK-3: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

ÇOCUĞUN ADI-SOYADI:

TARİH:

FORMU DOLDURAN KİŞİ: ANNE / BABA

TELEFON NUMARASI:

ANNE:

BABA:

ÇOCUĞUNUZUN....

CİNSİYETİ:

DOĞUM TARİHİ:

KARDEŞ SAYISI:

1 / 2 / 3 / 4 VE ÜSTÜ

ÇOCUĞUNUZ....

YAZI YAZARKEN HANGİ ELİNİ KULLANIYOR? SAĞ/ SOL

KAÇINCI SINIFA DEVAM EDİYOR?

OKUL ÖNCESİ EĞİTİM ALDI MI?

EVET (NE KADAR SÜRE İLE OLDUĞUNU BELİRTİNİZ)

HAYIR

GELİŞİMSEL ÖYKÜ/ÖZGEÇMİŞ:

ANNENİN GEBELİK YAŞI:

ANNE-BABA ARASINDA AKRABALIK (VAR / YOK)

VARSA DERECESİNİ BELİRTİNİZ.....

ÇOCUĞUNUZ KAÇ HAFTALIKKEN DOĞDU?.....

AŞAĞIDAKİ DURUMLARDAN GEBELİKTE VAR OLANLARI İŞARETLEYİNİZ.

DÜŞÜK TEHDİDİ

KAZA

ENFEKSİYON

SİGARA KULLANIMI

AMELİYAT

ALKOL / SİGARA KULLANIMI

GEBELİK ZEHİRLENMESİ (PREEKLAMPSİ)

İLAÇ KULLANIMI

GEBELİK ŞEKERİ

DOĞUM ŞEKLİ.... NORMAL / SEZARYEN

DOĞUM AĞIRLIĞI GR

DOĞUM SIRASI VE SONRASINDA SORUN YAŞANDI MI? (MORARMA , SARILIK, OKSİJENSİZ KALMA ÖYKÜSÜ ,KAN UYUŞMAZLIĞI, NÖBET???)

EVET İSE BELİRTİNİZ (.....)

HAYIR

ÇOCUĞUNUZUN BİLİNER BİR HASTALIĞI VAR MI?

EVET İSE BELİRTİNİZ (.....)

ÇOCUĞUNUZ DAHA ÖNCE HERHANGİ BİR SEBEPLE NÖBET GEÇİRDİ Mİ? (EPİLEPSİ-SARA NÖBETİ VB.)

EVET İSE KAÇ YAŞINDA GEÇİRDİ ? (.....)

HAYIR

ÇOCUĞUNUZ BUGÜNE DEK HERHANGİ BİR KAZA / AMELİYAT GEÇİRDİ Mİ?

EVET İSE BELİRTİNİZ (.....)

HAYIR

ÇOCUĞUNUZDA TANISI KONMUŞ İŞİTME / GÖRME SORUNU VAR MI?

EVET İSE BELİRTİNİZ(.....)

HAYIR

ÇOCUĞUNUZUN SÜREKLİ KULLANDIĞI BİR İLAÇ VAR MI?

EVET İSE BELİRTİNİZ (.....)

HAYIR

ÇOCUĞUNUZ NE ZAMAN YÜRÜMEYE BAŞLADI?

ÇOCUĞUNUZ İLK ANLAMLI KELİMESİNİ NE ZAMAN SÖYLEDİ?

ÇOCUĞUNUZ TUVALET EĞİTİMİNİ TAM OLARAK NE ZAMAN ALDI?.....

SOYGEÇMİŞ:

ANNE :

SAĞ / VEFAT ETMİŞ (ÖLÜM NEDENİ)

YAŞI:

MESLEĞİ:

EĞİTİM DURUMU:

BİLİNER TIBBİ HASTALIK :

:

ANNEDE PSİKİYATRİK HASTALIK:

VARSA BELİRTİNİZ.....

BABA:

SAĞ / VEFAT ETMİŞ (ÖLÜM NEDENİ)

YAŞI:

MESLEĞİ:

EĞİTİM DURUMU:

BİLİNER TIBBİ HASTALIK :

:

BABADA PSİKİYATRİK HASTALIK:

VARSA BELİRTİNİZ.....

EK-4: CONNERS ANABABA DERECELENDİRME ÖLÇEĞİ-
YENİLENMİŞ UZUN FORM (CADÖ-YU)

Öğrencinin Adı -----			
Cinsiyeti:		K	E
Doğum tarihi -----/-----/-----			
Yaşı:	Sınıfı:		
Ay	Gün	Yıl	
Anne ya da Babanın Adı: -----			Bugünün
Tarihi : -----/-----/-----			
	Ay	Gün	Yıl

Yönerge: Aşağıda çocukların yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, çocuğunuzun son bir ay içerisindeki davranışlarına göre derecelendiriniz .Her bir madde için kendinize ‘Son bir ay içinde bu sorunun ne kadar görüldüğü’ sorusunu sorunuz ve her madde için en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer o davranış hiçbir zaman görülmüyorsa ya da çok seyrek, nadiren görülmüyorsa 0’ı işaretleyiniz. Eğer çok sık görülmüyorsa 3 ü işaretleyiniz. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1’i ya da 2’yi işaretleyiniz. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	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	Karnı 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	Hiç bir 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 unuttandır.	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	0	1	2	3

	düzensizdir				
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

- Bu proje, M.E.B. Eğitim Araştırma ve Geliştirme Dairesi tarafından desteklenmektedir.
- Copyright 1997, 2000 by Psychological Assessment Resource, Inc.
- Türkçe çeviri ve uyarlama çalışması (*) Prof. Dr. Sema Kaner, Doç. Dr. Elvan Karacan, Yrd. Doç. Dr. Şener Büyüköztürk, Aylin Ak ve Latife Özaydın tarafından Psychological Assessment Resource, Inc. izni ile yapılmaktadır.
- *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Bölümü Öğretim Üyesi

EK-5: CONNERS ÖĞRETMEN DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ-
YENİLENMİŞ UZUN FORM (CÖD ÖY:U)

Öğrencinin Adı -----	Cinsiyeti: K E
Doğum tarihi -----/-----/-----	Yaşı: _____
Sınıfı: _____	
Ay Gün Yıl	
Öğretmenin Adı:-----	Bugünün Tarihi : -----/-----/-----
Yıl	Ay Gün

Yönerge: Aşağıda çocukların okulda yaşadıkları yaygın pek çok sorun vardır. Lütfen her bir maddeyi, problemin son bir ay içerisinde görülme sıklığına göre derecelendiriniz. Her bir madde için kendinize “son bir ay içerisinde bu sorunun ne kadar görüldüğü” sorusunu sorunuz ve en uygun yanıtı yuvarlak içine alınız. Eğer bu problem hiçbir zaman görülüyorsa ya da nadiren ya da çok az görülüyorsa 0’ı yuvarlak içine alınız. Eğer çok doğruysa ya da çok sık görülüyorsa 3’ ü yuvarlak içine alınız. Bu ikisi arasında kalan derecelendirmeler için 1’ ya da 2’yi yuvarlak içine alınız. Lütfen bütün maddeleri yanıtlayınız.

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
1	Karşı gelir.	0	1	2	3
2	Kıvrır kıpırdır, huzursuzdur.	0	1	2	3
3	Öğrendiklerini hemen unuttur.	0	1	2	3
4	Görüldüğü kadarıyla gruba alınmaz.	0	1	2	3
5	Duyguları kolayca incinir.	0	1	2	3
6	Mükemmelliyetçidir	0	1	2	3
7	Öfke patlamaları vardır; aniden parlayan, önceden kestirilemeyen davranışlar gösterir.	0	1	2	3
8	Kolay heyecanlanır, düşünmeden hareket eder	0	1	2	3
9	Ayrıntılara dikkatini veremez ya da okul çalışmalarında, yaptığı işlerde ya da diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.	0	1	2	3
10	Küstahtır	0	1	2	3
11	Sürekli hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi hareket eder .	0	1	2	3
12	Uzun süreli zihinsel çaba gerektiren görevlerden (okul ödevleri ya da ev ödevleri gibi) kaçınır, isteksizlik gösterir ya da yapmakta zorlanır	0	1	2	3

13	Takımlara ya da oyunlara en son seçilen kişilerden biridir	0	1	2	3
14	Duygusal bir çocuktur.	0	1	2	3
15	Her şey yerli yerinde olmalıdır	0	1	2	3
16	Huzursuzdur ya da aşırı hareketlidir	0	1	2	3
17	Başladığı işi bitiremez	0	1	2	3
18	Kendisine söylenenleri dinlemiyor görünür	0	1	2	3
19	Yetişkinlerin isteklerine açıkça karşı gelir ya da uymayı reddeder	0	1	2	3
20	Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda yerinden kalkar	0	1	2	3

		HİÇ DOĞRU DEĞİL (Hiçbir zaman, nadiren)	BİRAZ DOĞRU (Bazen)	OLDUKÇA DOĞRU (Çoğu kez, Sık sık)	ÇOK DOĞRU (Pek çok kez, Çok sık sık)
21	Kelimedeki harfleri doğru sırada yazamaz	0	1	2	3
22	Hiç arkadaşı yoktur	0	1	2	3
23	Ürkektir, kolayca korkar.	0	1	2	3
24	Bir şeyleri tekrar tekrar kontrol eder.	0	1	2	3
25	Sık sık ve kolayca ağlar	0	1	2	3
26	Dikkatsizdir, dikkati kolayca dağılır	0	1	2	3
27	Görevleri ya da etkinlikleri düzenlemede güçlük çeker	0	1	2	3
28	Görevlerde ya da oyun etkinliklerinde dikkatini sürdürmede güçlük çeker	0	1	2	3
29	Sıranın kendisine gelmesini beklemekte güçlük çeker.	0	1	2	3
30	Beklenen düzeyde okuyamaz.	0	1	2	3
31	Nasıl arkadaş edineceğini bilemez.	0	1	2	3
32	Eleştiriye duyarlıdır.	0	1	2	3
33	Göründüğü kadarıyla ayrıntılarla çok fazla uğraşır.	0	1	2	3
34	Yerinde duramaz.	0	1	2	3
35	Diğer çocukları rahatsız eder.	0	1	2	3
36	Çok konuşur.	0	1	2	3
37	Yetişkinlerle tartışır.	0	1	2	3
38	Hareket etmeden duramaz.	0	1	2	3
39	Uygun olmayan ortamlarda aşırı bir şekilde koşuşturur ya da tırmanır.	0	1	2	3
40	Okul çalışmalarına ilgisizdir.	0	1	2	3
41	Sosyal becerileri zayıftır.	0	1	2	3
42	Sakin bir biçimde oyun oynamakta ya da boş zaman etkinliklerine katılmakta güçlük çeker	0	1	2	3

43	Her şeyin düzgün ve temiz olmasını ister .	0	1	2	3
44	Elleri ayakları hiç durmaz ya da oturduğu yerde kıpır kıpırdır.	0	1	2	3
45	İstekleri hemen karşılanmalıdır-kolayca sinirlenir.	0	1	2	3
46	Sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabı yapıştırır.	0	1	2	3
47	Kincidir ya da öç almak ister.	0	1	2	3
48	Dikkat süresi kısadır.	0	1	2	3
49	Görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder (örneğin okul ödevleri, kalemler, kitaplar, araç gereçler ya da oyuncaklar)	0	1	2	3
50	Yalnızca gerçekten ilgi duyduğu şeylere dikkatini verir.	0	1	2	3
51	Utangaçtır, çekiniktir.	0	1	2	3
52	Dikkatinin dağınıklığı ya da dikkatinin süresi sorun yaratır.	0	1	2	3
53	Her şey her zaman aynı şekilde yapılmalıdır.	0	1	2	3
54	Ruh hali çok ani ve çarpıcı bir şekilde değişir.	0	1	2	3
55	Başkalarını böler ya da zorla araya girer (örneğin başkalarının konuşmalarına ya da oyunlarına burnunu sokar).	0	1	2	3
56	Matematikte zayıftır.	0	1	2	3
57	Yönergeleri izlemez ve okul çalışmalarını bitiremez (karşı gelme davranışından ya da yönergeleri anlamadığından değil).	0	1	2	3
58	Dış uyaranlarla dikkati kolayca dağılır	0	1	2	3
59	Huzursuzdur, her an ayakta ve hareket halindedir.	0	1	2	3

- Bu proje, M.E.B. Eğitim Araştırma ve Geliştirme Dairesi tarafından desteklenmektedir.
- Copyright 1997, 2000 by Psychological Assessment Resource, Inc.
- Türkçe çeviri ve uyarlama çalışması (*) Prof. Dr. Sema Kaner, Doç. Dr. Elvan Karacan, Yrd. Doç. Dr. Şener Büyüköztürk, Aylin Ak ve Latife Özaydın tarafından Psychological Assessment Resource, Inc. izni ile yapılmaktadır.

EK-6: DUYGU AYARLAMA ÖLÇEĞİ

Çocuğum;	Hiçbir zaman	Bazen	Sık sık	Hemen her zaman
1. Neşeli bir çocuktur.	1	2	3	4
2. Duygularında aşırı değişiklikler gösterir (Olumlu duygulardan olumsuz duygulara hızla geçtiği için duygusal durumunu önceden tahmin etmek güçtür).	1	2	3	4
3. Yetişkinlerin sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumlu tepki verir.	1	2	3	4
4. Bir etkinlikten başka bir etkinliğe kolayca geçer; bunu yaparken kaygı, öfke, sıkıntı ya da aşırı heyecan belirtileri göstermez.	1	2	3	4
5. Üzüntüsünden ya da sıkıntısından kolayca kurtulabilir (Örneğin, onu üzen bir olaydan sonra kırgınlığını, kaygısını ya da üzüntüsünü uzun süre sürdürmez).	1	2	3	4
6. Bir engelle karşılaştığında kolayca vazgeçer.	1	2	3	4
7. Yaşıtlarının sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumlu tepki verir.	1	2	3	4
8. Kolayca öfke patlamaları ya da öfke krizleri geçirir.	1	2	3	4
9. İsteddiği bir şeye kavuşmayı erteleyebilir.	1	2	3	4
10. Başkalarının sıkıntısından ya da acısından keyif alır (Örneğin, birisinin canı yandığında ya da birisi cezalandırıldığında güler; başkalarını kızdırmaktan hoşlanır).	1	2	3	4
11. Heyecan verici durumlarda coşkusunu denetleyebilir (Örneğin, hareketli oyunlarda kendini kaybetmez; ya da uygun olmayan ortamlarda azmaz).	1	2	3	4
12. Yetişkinlere yapışır ya da mızız davranır.	1	2	3	4
13. Taşkınlık yapmaya ve enerjisini yıkıp dökerek boşaltmaya yatkındır.	1	2	3	4
14. Yetişkinlerin kural ya da sınır koymalarına öfkeyle tepki verir.	1	2	3	4
15. Üzüldüğünde, kızdığında ya da korktuğunda duygularını anlatır.	1	2	3	4

16. Üzgün ya da cansız görünür.	1	2	3	4
17. Başkalarıyla oyun başlatmaya çalışırken aşırı taşkın davranır.	1	2	3	4
18. Duygusal olarak donuk görünür (yüz ifadesi boş ve anlamsızdır; olaylara duygusal olarak katılmıyor gibidir).	1	2	3	4
19. Yaşıtlarının sıradan ya da dostça yakınlık kurma çabalarına olumsuz tepki verir (Örneğin, öfkeli bir sesle konuşur ya da ürkek bir tepki verir).	1	2	3	4
20. Dürtüseldir (Aklına eseni düşünmeden yapar).	1	2	3	4
21. Başkalarının duygularını anlar; başkaları üzgün ya da sıkıntılıyken onlarla ilgilenir.	1	2	3	4
22. Başkalarının işine karışacak ya da onları rahatsız edecek biçimde taşkınlık yapar.	1	2	3	4
23. Yaşıtlarının düşmanca, saldırgan ya da müdahaleci davranışlarına karşı öfke, korku, düş kırıklığı ya da sıkıntı gibi uygun olumsuz duygularını gösterir.	1	2	3	4
24. Başkalarıyla oyun başlatmaya çalışırken olumsuz duygular gösterir.	1	2	3	4

Duygu Ayarlama Ölçeği (DAÖ);

- 1- Çocuğun duygu ayarlaması hakkında bilgi vermektedir.
- 2- Shields ve Cicchetti (1997) tarafından geliştirilmiştir.
- 3- Asıl adı Emotion Regulation Checklist'dir.
- 4- Uyarlayan; Kapçı, Uslu, Akgün ve Acer (2009)
- 5- Ölçek toplam 24 maddeden oluşmuştur.
- 6- *Değişkenlik/Olumsuzluk* ve *Duygu Ayarlama* olmak üzere iki alt-ölçekten oluşmuştur.
- 7- Her bir alt-ölçekte yer alan maddeler aşağıdaki tabloda verilmiştir:

Alt-ölçek	Alt-ölçekte Bulunan Maddeler
Değişkenlik/Olumsuzluk	22, 12, 17, 20, 24, 8, 10, 13, 2, 14, 19, 6, 9, 11, 5
Duygu Ayarlama	7, 1, 16, 18, 3, 21, 15, 4, 23

- 8- Ters çevrilecek maddeler 9, 11, 5, 7, 1, 3, 21, 15, 4, 23
 - 9- Ölçekte yer alan maddeler “1 (Hiçbir zaman)” ile “4 (Hemen her zaman)” arasında değişen değerler almaktadır.
 - 10- Ölçekten alınan toplam puanın yüksekliği çocuğun duygu ayarlamasının düşük düzeyli olduğunu göstermektedir.
- Kapçı, E.G., Uslu, R.I., Akgün, E ve Acer, D. (2009). İlköğretim çağı çocuklarında duygu ayarlama: Bir ölçek uyarlama çalışması ve duygu ayarlamayla ilişkili etmenlerin belirlenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 16, 13-20.

10. ÖZGEÇMİŞ

Adı: Güner Melike

Soyadı: GÜVELİ BOZKURT

Doğum Yeri ve Tarihi: SİVAS, 04.01.1990

Akademik Eğitimi:

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, 2019

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, 2014

Çorum Fen Lisesi, 2008

Çorum-Bahçelievler İlköğretim Okulu, 2004

Yabancı Dili: İngilizce (ileri)

Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar:

Türkiye Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği

Türkiye Psikiyatri Derneği

Bilimsel Etkinlikleri:

Uzmanlık Tezi: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan 6-13 Yaş Arası Çocuklarda Emosyonel Labilite ve Duygu Tanıma Becerileri

Bildiri ve Yayınları:

- Poster Bildiri- Olgu Sunumu: Kobalamin C defekti tanılı bir otizm olgusu-28. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatri Kongresi -9-12 May 2018
- Taner, Y, Güveli GM. (2018). Çocuk Ruh Sağlığı. Ankara: Maya Akademi Publication.
- GÜVELİ, GM., & İŞERİ, E. (2016). Anksiyete Bozukluklarının Etiyolojisi. Türkiye Klinikleri Journal of Child Psychiatry-Special Topics, 2(3), 7-13.
- Oyun Çocuklarında Dikkatin Gelişimi. In Oyun Donemi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Turkish Associations of Child and Adolescent Psychiatry Publication.

Diğer Eğitimleri:

- Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) - DSM-5 Kasım 2016 - Yapılandırılmış Görüşme Teknikleri Eğitimi, Fatih Ünal. (2018).
- Tıpta İletişim Becerileri Eğitimi - Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (2017).