



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

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUK VE ERGENLERDE GÖRÜLEN SALDIRGAN DAVRANIŞLARIN
NARSİSİSTİK BELİRTİLER VE BENLİK SAYGISI İLE OLAN İLİŞKİSİ

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. GÖKÇE KIRLI ÖCAL

ANTALYA-2024



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

**DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUK VE ERGENLERDE GÖRÜLEN SALDIRGAN DAVRANIŞLARIN
NARSİSİSTİK BELİRTİLER VE BENLİK SAYGISI İLE OLAN İLİŞKİSİ**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. GÖKÇE KIRLI ÖCAL

TEZ DANIŞMANI: DOÇ. DR. ÖZGE GİZLİ ÇOBAN

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

ANTALYA-2024

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince benden bilgi ve tecrübelerini esirgemeyen ve her konuda yol gösteren saygıdeğer tez hocam,

Doç. Dr. Özge GİZLİ ÇOBAN'a,

Eğitim hayatımın bir döneminde de olsa kendisinin öğrencisi olmaktan hep gurur ve mutluluk duyacağım, mesleki yaklaşımını her zaman örnek aldığım, hep ulaşılabilir ve iletişim kurulabilir bir hoca olmasının yanında kendisine olan sevgimizin, duyduğumuz saygının en temel kaynağı olan değerli hocam,

Doç. Dr. Esin ÖZATALAY'a,

Bilgisi ve tecrübeleri ile her öğrencisine çok fazla katkısı olan, zor zamanlardaki anlayışına hep minnet duyduğum ve tezime yaptığı tüm katkıları için hocam,

Doç. Dr. Arif ÖNDER'e,

Her konuda duygu ve düşüncelerimizi paylaşırken rahat hissetmemizi sağlayan, anlayışı ve hoşgörüsünün hiçbir zaman eksilmediği ve mesleki bilgi ve tecrübeleri ile bize çokça katkısı olan,

Doç. Dr. Aslı SÜRER ADANIR'a,

Bilgisi, akademik yönü, eğitime olan katkıları için, desteğini hep hissettiğimiz

Prof. Dr. Serhat NASIROĞLU'na,

Asistanlık yıllarımı güzelleştiren ve her konuda destek ve yardımlarını esirgemeyen asistan arkadaşlarıma ve sevgili psikologlarımıza,

Ailem oldukları için hep çok şanslı olduğumu düşündüğüm, her konuda önce benim ne hissettiğimi ve mutluluğumu önemseyen canım aileme,

Her konuda destekçim canım eşim Halil'e

teşekkür ederim.

İÇİNDEKİLER

Kısaltmalar Dizini	iii
Tablo Dizini	iv
1.GİRİŞ VE AMAÇ	1
2.GENEL BİLGİLER	2
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	2
2.1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı	2
2.1.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tarihçesi	2
2.1.3 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Etiyolojisi ve Nörobiyolojisi	3
2.1.4 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi	4
2.1.5 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Klinik Özellikleri	4
2.1.6 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi	5
2.2. Narsisizm	6
2.2.1 Narsisizm Tanımı	6
2.2.2 Narsisizm Tarihçesi	7
2.2.3. Narsisizm Klinik Özellikleri	8
2.2.4 Narsisizm Etiyolojisi	9
2.2.5. Narsisizm Epidemiyolojisi	10
2.2.6. Narsistik Kişilik Bozukluğu Tedavisi	11
2.2.7. Narsisizm ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi	12
2.3. Benlik Saygısı	12
2.3.1. Benlik Saygısı Tanımı	12
2.3.2. Benlik Saygısı Gelişimi	13
2.3.3. Benlik Saygısı ve Narsisizm İlişkisi	14

2.3.4. Benlik Saygısı ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi	14
2.4. Saldırganlık	15
2.4.1. Saldırganlık Tanımlama ve Sınıflandırma	15
2.4.2. Saldırganlık Etiyolojisi	16
2.4.3. Saldırganlık ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi	16
2.4.4 Saldırganlık ve Narsisizm İlişkisi	18
2.4.5. Saldırganlık Tedavisi	19
3. GEREÇ VE YÖNTEM	20
4. BULGULAR	26
5. TARTIŞMA	36
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	44
7. ÖZET	46
8. ABSTRACT	48
9. KAYNAKLAR	50
10.EKLER	71

KISALTMALAR DİZİNİ

DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

ICD-10: 10th revision of the International Classification of Diseases

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition

NICE: National Institute of Health and Clinical Excellence

BDT: Bilişsel Davranışçı Terapi

SSRI: Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

SNRI: Serotonin Norepinephrine Reuptake Inhibitor

GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi

KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

NPI: Narsisistik Kişilik Envanteri

ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder

TABLÖLAR DİZİNİ

Tablo 1: Çalışma ve kontrol grubunun sosyodemografik ve özgeçmiş özellikleri açısından karşılaştırılması

Tablo 2: Çalışma ve kontrol grubunun ailesel özellikleri açısından karşılaştırılması

Tablo 3: Hasta grubunda klinik özelliklerin değerlendirilmesi

Tablo 4: Çalışma ve kontrol gruplarının benlik saygısı, narsisistik özellikler, saldırganlık, Güçler ve Güçlükler Anketi (GGA) açısından karşılaştırılması

Tablo 5: Hasta grubunun DEHB belirtilerinin ve saldırganlık ölçeklerinin korelasyonu

Tablo 6: Hasta grubuna uygulanan ölçeklerin korelasyonu

Tablo 7: Tüm katılımcılara uygulanan ölçeklerin korelasyonu

1. GİRİŞ ve AMAÇ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), tanısal sınıflandırma sistemlerinde (ICD-10, DSM-V) tanımlanan, çocukluk çağındaki en yaygın nörogelişimsel bozukluktur (1–3). DEHB'nin tüm dünyada yaygınlığı %2-7'dir (4) DEHB; dikkatsizlik, hiperaktivite, dürtüsellik veya bu semptomların kombinasyonu ile karakterize edilir (5). Çocukluk çağı vakalarının yaklaşık dörtte üçü yetişkinliğe kadar devam ettiğinden DEHB bir halk sağlığı sorunudur (3). Benlik saygısı, kişinin bir birey olarak değerli olduğu duygusu olarak tanımlanır (6). Tipik gelişen çocuklarla karşılaştırıldığında, DEHB'li çocukların düşük benlik saygısına sahip olduğunu gösteren çalışmalar vardır (7). Narsisizm, başkaları üzerinde ayrıcalıklı bir statüye sahip olma fikrini, kişinin diğer insanlardan daha özel ve daha önemli olduğu inancını ve başkalarının ilgi ve hayranlığına duyulan ihtiyacı kapsar (8). Psikodinamik modeller narsisizmi düşük benlik saygısına karşı bir savunma mekanizması olarak tanımlamaktadır (9). Saldırgan davranışlar, çocuk ve ergenlerin psikiyatri kliniklerine başvurularının en sık nedenlerinden biridir ve birçok psikiyatrik bozuklukla birlikte görülmektedir (10). Saldırgan davranışlar DEHB'de sık görülür (11).

Bu çalışmada Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde; benlik saygısı, narsisistik belirtiler, saldırgan davranışlar ve bu belirtilerin aralarındaki ilişkilerin araştırılması planlanmıştır. Bu amaçla Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı polikliniğinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısıyla takip edilen 9-14 yaş erkek hastalar ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan, daha önce psikiyatriye başvurmamış sağlıklı gönüllü kontrol grubu çalışmaya dahil edilmiştir. Böylelikle bu riskli grubu daha iyi tanımak ve uygun politikalar, koruma ve destek programlarının hazırlanması mümkün olacaktır.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanımı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), tanısal sınıflandırma sistemlerinde (ICD-10, DSM-5) tanımlanan, çocukluk döneminde en sık görülen nörogelişimsel bozukluktur (1–3). DEHB, her yaştaki bireyleri etkileyen bir bozukluktur, yürütücü işlev bozuklukları ve duygu düzenleme güçlükleri ile ilişkilidir (12).

2.1.2. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tarihçesi

Tarihçe açısından literatür tarandığında dikkat eksikliği kavramından Melchior Adam Weikard tarafından, 1775 yılında “Der Philosophische Arzt” kitabında ilk kez bahsedilmiştir (13). Daha sonrasında 1798 yılında, Dr. Alexander Crichton, (hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinden bahsetmemekle birlikte) DEHB’nin dikkat sorunlarını “zihinsel huzursuzluk” olarak tanımlamıştır (14).

Dr. George Frederich Still 1902 yılında DEHB belirtileri de olan dışsallaştırma bozukluğu olan çocuklardan “ahlaki kontrol eksikliği” tanımıyla bahsetmiştir (15,16). DEHB, 1968 yılında yayınlanan DSM- II’de “Çocukluğun Hiperkinetik Reaksiyonu” adıyla tanımlanmıştır (17).

“Dikkat Eksikliği Bozukluğu” ismiyle 1980 yılında DSM-III’te hiperaktivite bulgularına göre iki alt tipte ele alınmıştır (18). “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu” ismi DSM-III-R’de ifade edilmiştir (19).

DSM-IV’te 1994 yılında, “Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığında DEHB üç alt tip olarak; dikkatsizlik belirtileri ön planda tip, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ön planda tip ve her iki özelliği de taşıyan birleşik tip olmak üzere bahsedilmiştir (20).

2013 yılında yayımlanan DSM-V’te “Nörogelişimsel Bozukluklar” kategorisine dahil edilmiştir: dikkat eksikliği alt görünümü, hiperaktivite/dürtüsellik

alt görünümü ve karma görünüm olmak üzere üç alt görünümde tanımlanmıştır. DSM-V ile yapılan değişiklikler ise, alt tip yerine görünüm terimi önerilmiş, semptomların başlangıç yaşı 7 yerine 12 olarak kabul edilmiş, dışlama kriterlerinden “Otizm Spektrum Bozukluğu” çıkarılmış, tanı için 17 yaş ve üstü için 5 kriter, 17 yaş altındakiler için 6 kriterin karşılanması gerektiği belirtilmiştir (2). DSM-V ve ICD-10'dan farklı olarak ICD-11'de kesin bir başlangıç yaşı, süresi veya semptom sayısı vermeden bozukluğun temel özellikleri tanımlanmaktadır (21).

2.1.3. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Etiyolojisi ve Nörobiyolojisi

DEHB'nin etiyolojisinin, kalıtsal ve çevresel faktörler arasındaki karmaşık etkileşimleri içerdiği, kalıtsallık oranlarının çocuklarda %75 civarında olduğu ve doğum öncesi ve perinatal dönemdeki çeşitli tetikleyicilerin de etkisinin olduğu gösterilmiştir (22,23). Bazı belirli “copy number varyantlarının” etiyolojideki etkisini gösteren çalışmalar olmakla birlikte daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır (24). Prematürite ve düşük doğum ağırlığı gibi pek çok doğum öncesi ve perinatal risk faktörü, DEHB ile tutarlı bir şekilde ilişkilendirilmiştir ve aile çalışmaları bu etkilerin sadece genetik nedenlerle açıklanamayacağını öne sürmektedir (25). İntrauterin tütüne maruz kalma ve hamilelik sırasındaki anne stresi ve obezite de DEHB ile ilişkilidir, ancak bunlar kısmen genetik faktörlerle de açıklanabilir (26).

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun nörobiyolojisi, fronto-dorsal striatal devre ve ilişkili dopaminerjik dallardaki (örneğin mezo-kortikal) bozukluklarla giden yürütücü işlev bozukluğu olarak izah edilir. DEHB'deki hiperaktivite ve dürtüsellik, ödül uyaranlarına yanıt olarak mezolimbik sistemin hiperdopaminerjisiyle ve bilişsel semptomlar mezo-kortikal dopaminerjik sistemin hipoaktivitesi ile ilişkilendirilmiştir (27).

2.1.4 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Epidemiyolojisi

Tüm dünyada yaygınlığı %2-7'dir (4). Genellikle erkeklerde kızlara göre daha sık görülür ve oranı 2:1 ile 9:1 arasında değişir (11). DEHB'li çocukların klinik gidişatını takip eden çalışmalar, semptomlarda genel bir azalma olduğunu göstermekle birlikte meta-analitik veriler, hastaların %15'inin yetişkinlikte tam tanı kriterleriyle devam edeceğini ve hastaların %40-60'ının kısmi remisyon olarak sınıflandırılacağını tahmin etmektedir (28).

Erişkin dönemdeki yaygınlık, çocuklardan beklenen kalıcılık oranlarından daha yüksek olduğu için gelişim sırasında yeni vakaların ortaya çıktığını düşünülmektedir. İleriye dönük olarak takip edilen çalışmalar, DEHB'nin ergenlik ve yetişkinlik döneminde ortaya çıkan yeni bir alt tipini işaret etmektedir (29).

2.1.5 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Klinik Özellikleri

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dikkatsizlik, hiperaktivite, dürtüsellik veya bu semptomların kombinasyonu ile karakterize edilir (5,30). Ağırlıklı olarak dikkatsizlik belirtilerinin olduğu görünüm, hiperaktif-dürtüsel belirtilerin ön planda olduğu görünüm ve kombine görünüm şeklinde üç alt grup tanımlanabilir (31).

Dikkat eksikliği olan bireyler, dikkatlerinin kolayca dağılması nedeniyle uzun dikkat gerektiren görevleri tamamlamakta sıklıkla zorluk yaşarlar. Hiperaktivitesi olan bireyler genellikle fiziksel huzursuzluk gösterirler. Dürtüsel bireyler, gecikmiş ödüller yerine anlık ödüllerini tercih etmeye meyillidirler ve çoğu zaman düşünmeden hareket ederler (2).

Temel semptomlar söz konusu olduğunda cinsiyete dayalı farklılıklar rapor edilmiştir; erkeklerin hiperaktif bir model sergileme olasılığı daha yüksektir ve kızlara kıyasla tepki engelleme ve bilişsel esneklikleri daha zayıftır (32).

İşlevsel bozukluklar (göreve devam edememe, dikkat yeteneğinin eksikliği veya yüksek dikkat dağınıklığı gibi) çocuğun ev hayatını, akademik performansını ve/veya sosyal ilişkilerini etkiler (33).

Sosyal alanda incelediğimizde DEHB'li çocuklar yakın arkadaşlık kurma açısından daha çok sorun yaşarlar (34). DEHB'li çocuklar sınıfta daha fazla reddedilirler (35). Dürtüsel tepki verme güçlükleri, zayıf sosyal beceriler, zayıf problem çözme yeteneği ve sosyal izolasyon DEHB'li çocuklarda sosyal işlevsellikte önemli sorunlara katkıda bulunmaktadır (36).

DEHB'li yetişkinler de bu durumu olmayan bireylerle karşılaştırıldığında, istikrarlı ilişkileri sürdürmede sorunlar, antisosyal davranışlar ve daha düşük özsaygı dahil olmak üzere sosyal işlevsellikte bozulma yaşamaktadır (37).

DEHB'nin genetik bir bileşeni olduğu için, diğer aile bireylerinde DEHB belirtileri varsa, aile üyeleri arasındaki duygusal ilişki zorlukları daha da şiddetlenebilir (38).

Çocukluk çağı vakalarının yaklaşık dörtte üçü yetişkinliğe kadar devam ettiğinden DEHB bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilebilir (3).

2.1.6 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tedavisi

DEHB semptomlarının yönetimi ile ilgili olarak kılavuzların çoğu psikostimülan ilaçların kullanılmasını önermektedir (39,40). Psikostimülanlar, DEHB semptomlarının tedavisi için ilk basamak ilaçlar olmaya devam etmektedir. Psikostimülanların kısa süreli tedavide DEHB semptomlarını azaltmadaki etkinliği, hem çocuklar hem de yetişkinler üzerinde yapılan çalışmalarla gösterilmiştir (41). Stimülanlardan ülkemizde yaygın kullanılan metilfenidatlar presinaptik dopamin ve norepinefrin taşıyıcılarını bloke ederek katekolamin iletimini artırır (42).

Stimülan olmayan ilaçlar arasında norepinefrin taşıyıcı inhibitörü atomoksetin ve α -2 agonistleri guanfasin ve klonidin DEHB tedavisinde kullanılmaktadır. Tedavi kılavuzları, uyarıcı olmayan ilaçları, uyarıcılarla tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda düşünülmesi gereken ikinci basamak tedaviler olarak kabul etmektedir (40).

Çoğu kılavuz hafif semptomları ve bozukluğu olan bireyler için psikoeğitim ve davranış yönetimi ile başlamayı önermektedir (39,43). ABD kılavuzları farklılık

göstermekte ve ilaç tedavisinin başlangıç tedavisiyle birlikte düşünülmesini önermektedir (39).

6 yaşından küçük çocuklar için, tedavinin ebeveyn eğitimi şeklinde davranış yönetimi ile başlaması ve ilaç tedavisinin daha şiddetli veya yanıt vermeyen vakalara ayrılması gerektiği konusunda fikir birliği vardır. NICE kılavuzları 5 yaşından küçük çocuklar için ilaç tedavisinin yalnızca ebeveyn eğitimi denendiğinde ve küçük çocuklarda DEHB konusunda uzman bir sağlayıcıdan ikinci bir görüş alındığında düşünülmesini tavsiye etmektedir (40).

DEHB tedavisinde glutamat modülatörlerinin ve nikotinik asetilkolin reseptörlerini hedef alan ajanların denemeleri devam etmektedir (44,45).

2.2. NARSİZİZM

2.2.1 Narsisizm Tanımı

Narsisizm, başkaları üzerinde ayrıcalıklı bir statüye sahip olma fikrini, kişinin diğer insanlardan daha özel ve daha önemli olduğu inancını ve başkalarının ilgi ve hayranlığına duyulan ihtiyacı kapsar ve yüksek özgüvenden farklı bir durumdur (8).

Kişilik bozuklukları, ergenlik ya da erken erişkinlik yıllarında başlayan, sıkıntılara ya da işlevsellikte bozulmaya yol açan, esneklikten yoksun, kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden büyük ölçüde sapma gösteren, süregiden bir içsel yaşantı ve davranışlar genel örüntüsüdür (2). Narsistik kişilik bozukluğu DSM-5-TR'de erken yetişkinlik döneminde başlayan yaygın bir grandiyözite (fantezi veya davranışta), hayranlık ihtiyacı ve empati eksikliği örüntüsü olarak tanımlanmaktadır (46). Çocuk ve ergenlerde de en az bir yıldır süren kişilik özelliklerinin özel bir gelişim evresi ya da başka bir ruhsal bozuklukla açıklanamadığı durumlarda, kişilik bozukluğu tanı kategorileri uygulanabilir (2).

Patolojik narsisizm, en uç noktada narsistik kişilik bozukluğu olarak ortaya çıkan gerçekçi öz saygıyı sürdürmede zorluk olarak tanımlanır (47).

Psikodinamik modeller narsisizmi düşük benlik saygısına karşı bir savunma mekanizması olarak tanımlamaktadır (48). Narsisizmin ilk tanımları benmerkezcilik, kibir ve empati eksikliğine odaklanmıştır (49). Grandiyözite, aşağılık duygusuna karşı dinamik bir tepki olarak değerlendirilmiş ve utanç tatmin edilmemiş narsistik ihtiyaçlara bir tepki olarak kabul edilmiştir (50). Psikodinamik olarak, kibirli ve böbürlen, aynı zamanda gizliden gizliye güvensiz ve utanan bir narsist imajı oluşmuştur (51) Henry Murray’a göre narsisizm: kendini beğenmişlik, kendine acıma, otoerotizm, büyüklük sanrıları ve ilgi, övgü, yardım, şefkat için abartılı talepler ve küçümsemeye yatkınlık, aşırı duyarlılık, aşırı utangaçlık ve perseküsyon sanrıları şeklinde doğrudan tezahürler içerir. Dolaylı tezahürler ise, acımasız bir bencillik, menfaat talepleri, hakimiyet kurma girişimleri, güç gösterme girişimleri, her şeye gücü yetme sanrıları, küçümseme, şüphe veya başkalarından nefret etme, benmerkezcilik, dünyanın tamamen kişisel bir bakış açısıyla algılanması olarak tanımlanır (52).

2.2.2 Narsisizm Tarihçesi

Narsisizm kavramı, Yunan mitolojisinde kendisinin sudaki yansımasına aşık olan Narkissos’un, kendi yansıması olduğunu fark etmeyip, aşkına ulaşma isteğiyle suda boğulduğu hikayeden gelmektedir (53). Narcissus mitini kullanan ilk teorisyen olan Ellis, narsisizmi yoğun otoerotizm veya kişinin kendi cinsel bedeniyle meşgul olma durumları olarak tanımlamıştır (54). Otto Rank ve Freud makalelerinde narsisizm, bireyi düşük özsaygı duygularından korumadaki savunma işlevinin yanı sıra çağdaş teorisyenlerin de fikirlerinin öncüsü olarak, normalden patolojik boyuta kadar değişen boyutta bir psikolojik durum olarak tanımlanmıştır (55–57). Daha sonra psikanalistler, narsistik kişilik tipi üzerine çeşitli yazılar yayınlamışlardır (58,59). Heinz Kohut ve Otto Kernberg’in, narsistik kişilik bozukluğu yapısının şekillendirilmesi üzerinde en fazla etkiye sahip oldukları söylenebilir (60,61).

2.2.3 Narsisizm Klinik Özellikleri

Narsisizm; kendini beğenmişlik, büyülenmeci düşünceler, duygular ve davranışlarla (örn. kibir, teşhircilik, aşırı özgüven) olduğu kadar kırılabilir düşünceler, duygular ve davranışlarla da ortaya çıkabilir (62). Narsisizm bir kişilik yapısı, kişilik özelliklerinin bir yapılanması veya aşırı uçta bir kişilik bozukluğu olarak karşımıza çıkabilir (63).

Her ne kadar narsisizme yol açan gelişimsel süreçler daha önceki yıllarda başlıyor olsa da narsisizmin 8 yaşından önce ortaya çıkmadığı kabul edilir (64). 8 yaşından itibaren çocuklar kendilerini başkalarının bakış açısından değerlendirebilirler (65).

Patolojik olmayan narsisizm, dayanıklılık, kendine saygı, güven ve kimlik dahil olmak üzere sağlıklı işlevsellikte uyum sağlayıcı bir rol oynar (48). Bunun yanı sıra patolojik olmayan narsisizmin olumlu ilişkilerle, kendine güvenme duygusuyla ve düşük sosyal stresle alakalı olmasının yanında; davranış sorunlarıyla da bağlantısı gösterildiği için, tamamen sağlıklı bir durum olarak yorumlamak da doğru olmayabilir (66).

Patolojik narsisizm kişinin kırılabilir benlik duygusunu koruyan iki yön ile kavramsallaştırılır: kişilerarası manipülasyon, kendini yüceltme ve teşhircilik ile karakterize edilen narsistik grandiyözite ve sosyal geri çekilme, aşırı duyarlılık ve depresyon, kaygı ve utanca eğilim ile karakterize edilen narsistik kırılabilirlik (67).

Patolojik narsisizm iki alandan oluşur: grandiyöz narsisizm ve kırılabilir narsisizm (68). Narsistik kişilik bozukluğu da ‘‘grandiyöz’’ veya ‘‘açık’’ alt tip ve ‘‘kırılabilir’’ veya ‘‘gizli’’ alt tip olarak ele alınabilir (69) Narsistik kişilik bozukluğunun üçüncü, yüksek işlevli bir alt tipinin olduğunu kabul eden araştırmacılar da vardır (70).

Grandiyöz ve kırılabilir narsisizmin ortak temel özellikleri arasında kişinin kendi önemine dair ısrarcı bir his, hayranlık arzusu ve düşmanca kişilik özellikleri yer almaktadır (71). Grandiyöz narsisizm, teşhircilik, dışa dönüklük ve başkalarından hayranlık ve ilgi arama gibi belirgin özelliklerle tanımlanırken, kırılabilir narsisizm

sosyal engelleme ve eleştiriye karşı yüksek hassasiyet, kendine odaklı dikkat, duygusal dalgalanmalar ile karakterize edilir (69,72). Genel popülasyonla karşılaştırıldığında, grandiyöz narsisizme sahip kişiler, daha geçimsiz olmalarına, daha fazla kıskançlık hissetmelerine, statü peşinde koşmaya daha yatkın olmalarına rağmen, daha dışa dönük, cesur ve çekici görünürler (73). Savunmasız narsisizm, diğer insanlardan alınan geri bildirimlere bağlı olarak dalgalanan benlik saygısı ile ilişkilidir (74). Savunmasız narsisizme sahip kişiler daha içe dönük, kaygılı ve kaçınan olmakla birlikte, daha fazla öfke, utanç ve depresyonun yanı sıra daha fazla saldırganlık ve daha düşük öz saygı gösterirler (73).

Yüksek düzeyde grandiyözite mevcut olduğunda, grandiyöz ve kırılgan narsisizm aynı hastada birlikte ortaya çıkabilir (73).

Freud'a göre narsist ebeveynlerin çocuklarıyla kurduğu ilişki kendi narsisizmlerinin yeniden canlanmasına ve yeniden üretilmesine aracılık eder (75). Narsist ebeveynler, çocuklarını benliklerinin bir uzantısı olarak algılar ve kendilerine atfettikleri harika nitelikleri onlara da atfederler (76). Narcissus'un hayran olduğu gibi narsist ebeveynler de çocuklarını kendi etten ve kandan imgeleri olarak algılayıp kendi imajlarına hayran olabilirler (77). Narsist ebeveynlerin çocuklarına yönelik şişirilmiş görüşleri ve çocuklarına aşırı değer vermesi, çocuklarda narsisizmin gelişimini teşvik eder ve narsisizmin nesiller arası aktarımına katkıda bulunur (77,78).

Ergenlik sıklıkla belirgin benmerkezcilik, dikkat ihtiyacı ve büyükenmeciliğin damgasını vurduğu bir dönem olarak kabul edilir (79). Bu nedenle değerlendirme yaparken çok boyutlu düşünmek faydalı olabilir.

2.2.4. Narsisizm Etiyolojisi

Narsisizmin etiyolojisinde, sosyal öğrenme teorisi ve psikanalitik teori olmak üzere iki teori öne sürülmüştür. Sosyal öğrenme teorisinde; çocukların, ebeveynlerinin kendilerine yönelik grandiyöz görüşlerini içselleştirdiği ve narsisistik özellikler geliştirdiği görüşü öne sürülür (80). Psikanalitik teoriler tam tersi bir görüştedir ve çocukluktaki soğuk, küçümseyici ve travmatik deneyimlerin narsisistik özelliklere yol açabileceğini savunur (48,56,60).

Narsistik kişilik bozukluğu tanısı olan kişilerle yapılan bir fMRI çalışmasında, sağ ön insula, sol ön insula, rostral ve medyan singulat korteks ile prefrontal korteksin dorsolateral ve medial kısımlarında kontrollere kıyasla yapısal farklılıklar gösterilmiştir. Bu beyin bölgeleri, empati ile ilişkili olan nöral devre ile örtüşen bir alandır (81). Bir çalışmada narsisizmin kalıtım oranını %53 olarak bildirmiştir (82).

Genetik faktörlerin narsisizmin gelişimindeki etkisinin gösterilmesinin yanında sorunlu erken çocukluk deneyimlerinin etkisi de pek çok çalışmada incelenmiştir. İkiz çalışmalarında genetik faktörlere ek olarak, stresli yaşam olayları gibi paylaşılmayan çevresel koşulların narsisizmin nedeni olduğunu bulmuştur (83). Fiziksel istismar veya ihmal gibi olumsuz çocukluk deneyimlerinin narsistik kişilik bozukluğu ve narsistik kişilik özellikleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (84,85). Narsistik kişilik bozukluğu belirtileri ile cinsel istismar ihmal, duygusal veya sözlü istismar arasında ilişkiler gösterilmiştir (86).

2.2.5. Narsisizm Epidemiyolojisi

Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da yapılan çalışmalardan yola çıkarak genel popülasyonda narsistik kişilik bozukluğu prevalansının yüzde 0 ile yüzde 6,2 arasında değiştiği tahmin edilmektedir ve yaşam boyu yaygınlık oranı %6,2 ve erkeklerde görülme sıklığı kadınlara göre daha yüksektir (87). 2010 yılında yapılan bir çalışmada ise narsistik kişilik bozukluğunun yaygınlığı yaklaşık %1 olarak saptanmıştır (88). 2020 yılında yapılan bir çalışmada genel popülasyonun %1-%2'sinde, klinik popülasyonun %1,3-%20'sinde görüldüğünü tespit edilmiştir (89). 34.653 yetişkinle yüz yüze yapılan bir çalışmada, narsistik kişilik bozukluğu prevalansı tüm kişilerde %6,2 bulunmuş olup erkeklerde (%7,7) kadınlara (%4,8) göre daha yüksek oranda saptanmıştır (90).

2.2.6. Narsistik Kişilik Bozukluğu Tedavisi

Narsistik özellikler gösteren veya narsistik kişilik bozukluğu olan bireylerin; başkalarını suçlayarak sorunları dışsallaştırma eğilimleri ve kişilik özelliklerinin zorluklara sebep olduğuna dair sınırlı farkındalıkları, tedaviye katılımlarını zorlaştırabilir (91). Narsistik kişilik bozukluğu tedavisinde psikoterapötik tedavi daha uygun görülmüştür (92). Bireylerin eşlik eden bozukluklar veya kriz sırasında tedaviye başvurma olasılıklarının daha yüksek olması beklenir (92). Psikanalitik/psikodinamik ve bilişsel-davranışçı psikoterapiler tedavi için geliştirilmiştir (91). Psikodinamik terapi (93), kısa süreli dinamik terapi (94), bilişsel terapi (95) ve şema odaklı terapinin etkin olabileceği öne sürülmüştür (96). Destekleyici psikoterapi, akut krizleri ve/veya işlevsellikteki bozulmayı yönetmek için kısa süreli veya sürekli tedavi olarak yapılandırılabilir (107). Yakeley aktarım odaklı psikoterapiyi, narsistik kişilik bozukluğu tedavisinde en önde gelen psikodinamik psikoterapi olarak tanımlamıştır (91). Aktarım odaklı psikoterapi önce sınırda kişilik bozukluğu olan hastalar için kullanılmış ve narsistik kişilik bozukluğu veya narsistik özellikler gösteren bireylere uyarlanmış ve başarıyla uygulanmıştır (97). Borderline kişilik bozukluğunda etkinliği kanıtlanmış başka psikoterapi yöntemleri de narsistik kişilik bozukluğu tedavisi için uyarlanmıştır. Bunlar zihinselleştirme temelli terapi, aktarım odaklı psikoterapi, şema odaklı psikoterapi ve diyalektik davranışçı terapidir (98–101) Destekleyici-dışavurumcu psikoterapi (102) ve son zamanlarda yayınlanan çalışmalar incelendiğinde “dışavurumcu terapiler rehberliğinde sanat terapisinin” de narsistik kişilik bozukluğunun tedavisinde faydalı olduğu fakat ileri çalışmalara ihtiyaç duyulduğu görülmüştür (103). “Kontrol-ustalık terapisi” bütünleştirici bir bilişsel-dinamik psikoterapi teorisidir ve bu yöntemin de narsistik kişilik bozukluğu tedavisinde kullanılabileceğini öne süren araştırmacılar vardır (104,105).

2.2.7. Narsisizm ile Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi

DEHB'li çocuklarda sıklıkla ciddi ilişki problemleri ortaya çıkmakta ve bu durum ikincil nevrotik süreçlere yol açmaktadır. Bu çocuklarda belirgin öz saygı sorunları, narsisistik incinmeye yatkınlık ve hayal kırıklığına uğrama sonucu ortaya çıkan öfke görülebilir (106). Çalışmalarda da çocukluk döneminde DEHB tanısı alan bireylerin geç ergenlik döneminde kişilik bozukluğu tanısı alma riskinin daha yüksek olduğu gösterilmiş ve spesifik olarak narsisistik, paranoid, borderline ve anti-sosyal kişilik bozukluklarında yüksek oranlar bulunmuştur (107). Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda DEHB'si olanların, DEHB'si olmayanlara kıyasla daha yüksek oranda Eksen I ve Eksen II kişilik bozukluklarına sahip olduğu görülmüştür. DEHB'li yetişkinlerde narsisistik kişilik bozukluğu görülme olasılığı daha yüksek olarak saptanmıştır (108). Komorbid DEHB'nin eşlik ettiği (%28 oranda) KOKGB olan çocuk ve ergenlerde narsisizm, benlik saygısı düzeyleri kontrol edildikten sonra bile çocukların duygusal sorunlarıyla ilişkilendirilmiştir (109) Bunlara ek olarak şu da göz önünde bulundurulmalıdır ki dikkatsizliğin, konsantre olamamanın, okul veya iş başarısızlığının ve/veya hiperaktivite/dürtüselliliğinin öne çıkması, ders çalışma veya iş yapma kapasitesinin bozulması, ağır bir kişilik bozukluğunun dürtüselliliği ve duygusal değişkenliği ile de karıştırılabilir (110).

2.3. BENLİK SAYGISI

2.3.1. Benlik Saygısı Tanımı

Benlik saygısı, bireyin bir kişi olarak öz değerine ilişkin subjektif değerlendirmesi olarak tanımlanabilir (111). Benlik saygısı; yeterlilik, başarı, öz değer yargısı gibi farklı alanları içeren çok boyutlu bir yapıdır (112) Benlik saygısı, motivasyonu ve göreve katılımı teşvik eden yüksek düzeyde öz yeterlilik ile ilişkilidir (113). Yüksek benlik saygısının, kişinin okulda ve işte daha başarılı olmasında, arkadaş edinmesinde, psikolojik iyi oluş yaşamasında yardımcı olduğu savunulmuştur (114). Benlik saygısı yüksekliği, öğrencilerin zorluklara karşı daha uyumlu bilişsel ve

duygusal tepkiler sergileme olasılıklarını artırır, bu da onların okulda başarılı olma olasılığını artırır (115).

2.3.2. Benlik Saygısı Gelişimi

Ebeveyn sıcaklığı ve desteğinin çocukluk, ergenlik ve genç yetişkinlikte bireylerin özsaygısını yordadığını kabul eden araştırmacılar vardır (116). Akran kabulünün orta ve geç çocukluk döneminde benlik saygısındaki artışta etkili olduğu da ileri sürülür (117). Çeşitli modeller benlik saygısı ve sosyal ilişkilerin arasındaki ilişkiyi izah etmiştir. Sosyometre modeline göre, benlik saygısı statü izleme özelliğine sahiptir, yani bireyin benlik saygısı algıladığı ilişkisel değeriyle alakalıdır. Algılanan değer azalırsa, birey özsaygısında düşüş yaşayarak özsaygısını artırmak için telafi edici davranışlarda bulunabilir. Bu model, insanların özsaygıyı kendi iyiliği için önemsemediğini, özsaygının ilişkisel değeri gösterdiği için önemsendiğini savunur (118). Benlik saygısı statü-sinyal modeli, benlik saygısı ve sosyal çevrenin karşılıklı etkileşiminden bahseder. Bireyin benlik saygısı düzeyinin, o bireyin kendisini başkalarına nasıl sunduğundan ve çevresi tarafından nasıl algılandığından etkilenebileceğini öne sürer (119). Kişinin kendi değeriyle ilgili duyguları hakkında sinyaller iletme yeteneğinin, sosyal konumunu oluşturma, sosyal ilişkiler kurma ve sürdürme açısından oldukça önemli olabileceği kabul edilir (120). Yansıyan değerlendirme teorisi, bireylerin kendilerine bakış açılarını şekillendirmede başkalarından algılanan değerlendirmelerin önemini vurgular (121). Bu teori, benliğin yalnızca dolaylı olarak, önemli diğer kişilerin ve genelleştirilmiş toplumun gözünden deneyimlendiğini öne sürer (122). Bağlanma teorisi, ilişkisel bağların doğrudan benlik saygısıyla ilişkili olduğunu savunur (123,124). Risk düzenleme modeli, benlik saygısının insanların sosyal etkileşim ve ilişkilerdeki davranışlarını şekillendirdiğini ve ilişkilerinin kalitesi üzerinde uzun vadeli sonuçları olduğunu varsayar (125). Tüm bunların yanı sıra benlik saygısının mutluluk dışında neredeyse hiçbir şeyin önemli bir belirleyicisi ya da nedeni olmadığı görüşünde olan araştırmacılar da vardır (126).

2.3.3. Benlik Saygısı ve Narsisizm İlişkisi

Benlik saygısı, kişinin bir kişi olarak değerli olduğu duygusu olarak tanımlanırken (127), narsisizm ise kişinin önemine ve hak ettiğine dair abartılı bir duygu olarak tanımlanır (6). Yüksek benlik saygısı, kişinin mutlaka kendisinin başkalarından üstün olduğuna inandığı anlamına gelmez (128). Narsisizm, karakteristik bilişleri (algılanan üstünlük ve kişinin kendinden memnuniyeti) ve kökenleri bakımından benlik saygısından farklıdır (129). Benlik saygısı, kendini kabul etme ve kendine saygı duygularını ifade ederken, narsisizm üstünlük, büyülenme ve ben merkezilik duygularıyla karakterize edilir (130). Yüksek benlik saygısı sosyal ilişkiler üzerinde ileriye dönük olumlu bir etkiye sahipken, çevresindeki kişiler narsist bireyleri daha iyi tanıdıkça narsisizm olumsuz bir etkiye sahiptir (131). Ergenlik döneminde düşük benlik saygısının, cinsiyet, zeka ve depresyon kontrol edildiğinde bile okulu bırakmayı ve üniversite diploması alma olasılığını azalttığını saptanmıştır (132).

Yetişkinlikte narsisizmin benlik saygısıyla olumlu yönde ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar olsa da (9), çocuklar için bu ilişkinin ihmal edilebilir hatta biraz olumsuz olduğu görüşü de vardır (133). Çocukların benlik saygılarını yükseltme çabalarının ters teptiği, gerçek bir öz-değer duygusunu teşvik etmek yerine narsisizmde bir artışa yol açtığı yönünde çalışmalar da vardır (134).

2.3.4. Benlik Saygısı ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi

DEHB hastalarında benlik saygısının daha düşük olduğu önceki çalışmalarda gösterilmiştir (112,135). 2020 yılında yapılan bir çalışmada DEHB'li ergenlerin kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha düşük benlik saygısı düzeylerine sahip olduğu gösterilmiştir (136). 2024 yılında yayınlanan bir çalışmada 6-12 yaş arasındaki DEHB'li çocukların üçte ikisinin düşük özsaygı puanlarına sahip olduğu gösterilmiştir (137).

DEHB tedavisinin benlik saygısı puanlarındaki iyileşme ile ilişkili olduğu kabul edilebilir (135). DEHB'li bireylerde, olmayanlara kıyasla bozukluğun tedavisini

takiben sonuçların genel popülasyonla benzer olma olasılığının daha yüksek olduğunu saptanmıştır (135) Metilfenidat tedavisi alan DEHB'li çocukların ilaç almayan çocuklara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek benlik saygısına sahip olduğunu gösterilmiştir (138). Atomoksetin ile tedavi edilen hastalarda da benlik saygısında bir iyileşme olduğu ve bu iyileşmenin yaşam kalitesi üzerinde olumlu bir etkiye yol açtığı saptanmıştır (139).

Ayrıca DEHB'li çocukların yaşadıkları çeşitli sorunlara rağmen kendi yetkinliklerini abartma eğiliminde oldukları düşünülmüş, "pozitif yanılsamalı önyargı" olarak adlandırılan, kendini koruma aracı da olabilecek pozitif yanılsamalarla karakterize edilen bir düşünme tarzını kullandıkları savunulmuştur (140).

DEHB hastalarının alt görünüşleri kendi aralarında karşılaştırıldığında hiperaktivitenin baskın olduğu görünümde anlamlı derecede daha yüksek benlik saygısı saptanmıştır (141). Olumlu öz saygının DEHB'li çocukların günlük yaşamdaki başarısızlıklar veya zorluklarla başa çıkmalarına yardımcı olabileceğini ifade edilmiştir (142).

Ayrıca benlik saygısının sağlıklı bir şekilde gelişmesinin koruyucu ruh sağlığı açısından önemli olduğu düşünülmektedir (136).

2.4. SALDIRGANLIK

2.4.1. Saldırganlık Tanımlama ve Sınıflandırma

Saldırganlık, başka bir kişiye doğrudan veya dolaylı olarak zarar vermek amacıyla yapılan sözlü ve/veya fiziksel eylemler olarak tanımlanmaktadır (143). Saldırgan davranışlar, çocuk ve ergenlerin psikiyatri kliniklerine başvurularının en sık nedenlerinden biridir ve birçok psikiyatrik ve nörolojik bozuklukta karşımıza çıkmaktadır (144,145). Çocuk ve ergen kliniklerinde saldırgan davranışların görüldüğü tanılar; DEHB, aralıklı patlayıcı bozukluk, yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu olarak sayılabilir (2). Saldırganlık türleri, fiziksel ve ilişkisel saldırganlık olarak iki başlıkta

ele alınabilir. Fiziksel saldırganlık, vurma, tekmeleme ve ısırma gibi davranışları içerir ve zarar verme niyeti veya tehdidini işaret eder (146). İlişkisel saldırganlık, dışlama, dedikodu ve arkadaşlıktan çıkarma tehditleri gibi davranışları içerir ve ilişki yoluyla incitme, zarar verme niyetini gösterir (146). Fiziksel saldırganlık genellikle açık, ilişkisel saldırganlık ise genellikle gizli ve dolaylıdır (147). Saldırganlık aynı zamanda proaktif ve reaktif saldırganlık olarak da ifade edilebilir. Proaktif saldırganlık, dışsal uyaranların tetiklediği, kasıtlı, hedefe yönelik bir davranıştır (148) Reaktif saldırganlık ise başkalarının davranışlarının düşmanca ve tehditkâr olarak yorumlandığı durumlara verilen şiddetli bir tepkidir (149).

2.4.2. Saldırganlık Etiyolojisi

Saldırgan davranışlar sıklıkla bir nesilden diğerine aktarılır (150). İkiz çalışmaları ve genom çapında ilişkilendirme çalışmaları, saldırganlıktaki varyansın yaklaşık yarısının genetik faktörlerle açıklanabileceğini göstermiştir (151,152). Serotonerjik ve dopaminerjik yolların aşırı uyarılmasının, proaktif ve reaktif saldırganlıkla ilişkili olabileceği gösterilmiştir (153). Antipsikotik ilaçların, dopaminerjik reseptör antagonizmasıyla saldırgan davranışları azaltmasından yola çıkarak dopaminerjik sistemin saldırganlığa dahil olduğu fikri desteklenebilir (154). Ayrıca endokrin sistemler ve HPA yolu, saldırganlıkla ilişkili dürtüsellik ve stres tepkisinin düzenlenmesinde görev alır (153). Prenatal ve postnatal stres gibi erken yaşam olaylarının, saldırganlık gelişimindeki etkileri gösterilmiştir. Olumsuz erken yaşam olayları ve saldırganlık açısından incelendiğinde sitokinleri düzenleyen genlerde, HPA ekseninde ve 5-HT'de epigenetik değişiklikler saptanmıştır (155) Tüm bunların yanı sıra saldırgan davranışların yalnızca nörotransmitterler veya hormonal süreçlerle değil, nöron devrelerinin kurulmasına, nöronlar arası bağlantıya ve beyin plastisitesine dahil olan moleküllerle de alakalı olduğu ifade edilmiştir (152).

2.4.3. Saldırganlık ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi

Saldırgan davranışların karşımıza çıktığı en yaygın psikiyatrik bozukluklar DEHB ile komorbidite gösteren karşıt olma-karşı gelme bozukluğu, davranım

bozukluğu veya yıkıcı duygudurum düzensizliği bozukluğudur (156). DEHB'li çocuklarla yapılan bir çalışmada 579 çocuktan 267'sinin (%46) saldırganlıkla ilgili belirtiler gösterdiği gösterilmiştir (10). Reaktif saldırganlık DEHB'de sık görülür ve yürütücü işlev eksiklikleri de dahil olmak üzere öz düzenleme güçlükleriyle ilişkilidir (157,158)

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu da dahil olmak üzere nörogelişimsel bozuklukları olan bireylerde duygu düzenleme güçlüğü'nün yaygın olduğu uzun zamandır bilinmektedir (159). DEHB'li çocukların %24 ila 50'sinde ve duygu düzenleme bozukluğu gözlenmektedir (160,161). Daha yakın zamanda yapılan bir çalışmada DEHB'deki duygusal düzensizlik semptomlarına ilişkin kanıtlar incelenmiş ve DEHB'li gençlerin %40-50 kadarının önemli ölçüde bozulmuş öfke, düşük hayal kırıklığı toleransı, öfke ve sinirlilik yaşadığını belirtilmiştir (162) Duygu düzenlemeyi, bireyin duygusal durumunu uyum sağlayıcı, hedefe yönelik davranışları teşvik edecek şekilde değiştirme yeteneği olarak tanımlıyoruz (163). DEHB'de duygu düzenleme bozukluğu, duygusal uyaranlara yönelme, onları tanıma ve/veya dikkati onlara dağıtmadaki eksikliklerden kaynaklanabilir; bu eksiklikler striato-amigdalo-medial prefrontal kortikal ağ içindeki işlev bozukluğunu işaret eder (159). Duygu düzenleme bozukluğunun aynı zamanda, DEHB'li çocuklarda yüksek oranda eşlik eden komorbiditelerden de bir miktar sorumlu olduğu öne sürülmüştür (159). DEHB'si ve yüksek düzeyde saldırganlığı olan çocuklar, düşük düzeyde saldırganlığa sahip olanlarla karşılaştırıldığında daha yetersiz duygusal başa çıkma stratejileri gösterirler (164). DEHB ve duygu düzenleme bozukluğu olan çocuklar daha yüksek düzeyde işlevsel bozulma (165), saldırgan davranışlar, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, duygudurum ve anksiyete bozuklukları göstermektedir (166). Saldırgan tepkinin yoğunluğu, sıklığı, süresi veya ciddiyeti, nedenleriyle orantısızdır ve beklenebilir öncül sosyal ipuçlarının yokluğunda ortaya çıkabilir (167).

2.4.4 Saldırganlık ve Narsisizm İlişkisi

Narsistler diğer kişilere karşı olan üstünlük hislerini geri kazanmak için saldırgan davranışlar gösterebilirler (9).

Yakın tarihli bir metaanalize göre normal ve patolojik narsisizm saldırganlıkla ilişkili bulunmuştur. Ayrıca narsisizmin tüm saldırganlık biçimleriyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (168). Doğu ve batı kültüründen alınan iki örneklemlili bir çalışmada düşük benlik saygısının reaktif saldırganlıkla ilişkisi ve yüksek düzeyde narsisizmin ise proaktif saldırganlıkla ilişkisi gösterilmiştir (169) Kırılgan narsisizmin saldırganlık açısından grandiyöz narsisizmden çok daha ciddi bir risk faktörü olduğu yakın tarihli bir çalışmada ifade edilmiştir. Saldırganlık gözlemlenebilir/dışsal (fiziksel ve sözel) ve bilişsel/içsel (öfke ve düşmanlık) saldırganlık olarak ele alınmış olup, kırılgan narsisizm dört saldırganlık alt tipinin her biriyle pozitif ilişkili bulunmuşken, grandiyöz narsisizm sadece sözel saldırganlıkla ilişkili bulunmuştur (170).

Özellikle grandiyöz narsisizmin saldırganlığa neden olma ihtimalinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar literatürde mevcuttur (171). Yetişkinlerde grandiyöz narsisizm antisosyal davranışlar, öfke ve saldırganlıkla ilişkilidir ve bu bulgular çocuklarda ve ergenlerde tekrarlanmıştır (172).

Ayrıca kırılgan narsisizm, kaçınma eğiliminden kaynaklanan bir savunmacı tutum içerir; tehdide karşı aşırı tetikte olmayı ve duygusal düzensizliği içerir (173). Yetişkinlerde kırılgan narsisizm, çocuklar ve ergenler için de geçerli olan duygusal belirtiler, düşük öz saygı ve saldırganlık ile ilişkilidir (174,175).

Çocuk ve ergenlerde de narsisizm ile çeşitli saldırgan davranış biçimleri arasında tutarlı bağlantılar olduğunu gösterilmiştir (176). İçselleştirme ve dışsallaştırma sorunları açısından risk altındaki ergenlerle yapılan çalışmalarda, narsisizmin proaktif saldırgan davranışlarla ilişkili olduğu gösterilmiştir (177,178).

2.4.5. Saldırganlık Tedavisi

Psikososyal yaklaşımlar ve bilişsel davranışçı terapi, hafif ve orta şiddetli saldırganlık davranışında tedavide ilk seçenektir (179). Çocuklarda davranış sorunlarının iyileşmesi için sosyal öğrenme teorisi ile desteklenen ebeveynlik müdahalelerinin faydası gösterilmiştir (180). Bilişsel davranışçı terapinin de faydaları gösterilmiştir. Beceri eğitiminin, saldırgan davranışların azaltılmasında ve sosyal becerilerin geliştirilmesindeki etkisi, problem çözme tedavilerinin ise öfkeyi azaltmadaki etkisi gösterilmiştir (181). Özetle BDT, dışsallaştırma bozuklukları için etkili bir tedavi seçeneği olarak kabul edilebilir (182).

Yıkıcı davranış sorunu olan çocuklarda saldırganlığın tedavisinde kanıt düzeyi en çok olan ilaç risperidondur (179). Altta yatan depresyonla ilişkili saldırganlık, SSRI ve/veya BDT tedavisinden fayda görebilir (183). Lityum, antikonvülzanlar, SSRI, SNRI ve alfa-2 agonistlerinin saldırganlığı azalttığı gösterilmiştir; ancak etkilerinin en iyi ihtimalle düşük ila hafif olduğu ifade edilebilir (184).

2. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. ARAŞTIRMANIN ÖRNEKLEMİ

Bu araştırma için 28.03.2024 tarihinde 174 karar no ile Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları bölümünde takipleri süren, 9-14 yaş aralığındaki Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almış erkek çocuk ve ergenler dahil edilmiştir. Kontrol grubu olarak herhangi bir sebeple çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurusu olmayan, bilinen önemli bir tıbbi rahatsızlık öyküsü ve zihinsel gelişim geriliği bulunmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile eşleştirilmiş ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan bireyler dahil edildi.

Çalışmaya Alınma Kriterleri:

- 9-14 yaş arasında olmak
- Erkek cinsiyetine sahip olmak
- Araştırma hakkında detaylı olarak bilgilendirildikten sonra katılmayı kabul etmek
- Aydınlatılmış onam formunu okuyup imzalamak.
- Okuma yazma biliyor olmak.
- Bilişsel açıdan çalışmada kullanılacak ölçekleri ve yönergeleri anlayabilecek düzeyde biliş ve zekaya sahip olmak

Çalışmadan Dışlanma Kriterleri:

- 9 yaş altı ve 14 yaş üstü olmak
- Kadın cinsiyetine sahip olmak
- Okuma yazma bilmemek
- Ölçekleri anlama ve doldurmasını engelleyecek düzeyde bir zeka geriliğine (IQ puan < 70) ve fiziksel hastalığa sahip olmak, gerçeği değerlendirmesini bozacak ve bilişsel işlevlerini ciddi anlamda etkileyecek bir psikiyatrik hastalığa sahip olmak

3.2. UYGULAMA

Bireyler çalışma hakkında detaylı olarak bilgilendirilmiş olup; bireylere çalışma içeriğinde isimlerinin kullanılmayacağı, her türlü kişisel bilginin gizli kalacağı, çalışmaya katılmaktan çalışmanın herhangi bir aşamasında vazgeçebileceği, çalışmaya katılmama ya da çalışmaya katılmaktan vazgeçme sebebiyle tedavi programında herhangi bir etkilenme olmayacağı anlatılarak gönüllü katılım belgesi imzalatıldı.

Çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özelliklerini tespit etmek için sosyodemografik veri formu, var olabilecek psikopatolojileri saptamak için; Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children–Present and Lifetime Version, K-SADS-PL] uygulandı. Ebeveynlere Güçler ve Güçlükler Anketi (Ebeveyn Formu), Çocuklar için Saldırganlık Ölçeği ailelere uygulanan Anne-Baba Formu (ÇSÖ-ABF), Narsistik Kişilik Envanteri, Turgay DEHB Belirti Tarama Ölçeği uygulandı. Çocuk ve ergenlere yönelik Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Çocukluk Çağı Narsisizm Ölçeği kullanıldı.

3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

Sosyodemografik Veri Formu: Bu form katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri hakkında bilgi edinmeye yönelik bu konuda daha önce yapılmış çalışmaların ışığında araştırmanın amacına uygun şekilde araştırmacılar tarafından geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bilgi toplama aracıdır. Çocuğun adı-soyadı, cinsiyeti, yaşı, boy/kilosu, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, doğum esnasındaki ve sonrasındaki gelişim özellikleri, anne ve babanın meslekleri ve eğitim durumları, anne ve babanın birlikte, boşanmış veya vefat durumu sorularını içermektedir. Bu ölçek ebeveynlerden alınan bilgilere göre araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli: Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve 6-18 yaş grubuna uygulanan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur

(185). Çocuk ve ergenlerin geçmişteki ve mevcut psikopatolojilerini DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre belirlemek amacıyla oluşturulmuştur. Bu form, "Tanı Amaçlı Tarama Görüşmesi" olarak adlandırılmakta olup, yaklaşık 200 belirti ve davranış değerlendirmektedir. Ebeveynler ve çocuk ile yapılan görüşmeler sonucunda doldurulan formda, her belirtiyi değerlendirmek için çeşitli sorular ve değerlendirme kriterleri bulunmaktadır. Tarama görüşmesi sırasında bazı belirtiler pozitif olarak değerlendirildiğinde, tanıyı doğrulamak amacıyla beş tanı alanında (Duygulanım Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar, Anksiyete Bozuklukları, Davranış Bozuklukları, Madde Kötüye Kullanımı ve Diğer Bozukluklar) ek puanlama yapılmaktadır. Belirti listelerinin her biri, bozukluğun mevcut ve geçmişteki en ağır ataklarını değerlendirmek için kriterler içermektedir. ÇDŞG-ŞY-T'nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (186). Çalışmamızda ebeveynler ve çocuk/ergenlerle yapılan görüşmeler sonucu araştırmacı tarafından puanlanmıştır.

Turgay Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği(T-DSM-IV-Ö): Atilla Turgay tarafından geliştirilen bu ölçek, DEHB, KOKGB ve davranım bozuklukları için DSM-IV tanı ölçütleri dikkate alınarak tasarlanmıştır (187) Ölçek, anne/baba veya öğretmenler tarafından doldurulabilir ve DEHB ile alt tipleri, KOKGB veya davranım bozukluğu tanısı olasılığı bulunan bireylerde tarama ve değerlendirme amaçlı kullanılmaktadır. Ölçekte toplam 41 madde yer almakta ve her bir maddenin şiddeti dört dereceli Likert tipi puanlama sistemi ile değerlendirilmektedir. Eşik puanı geçmek için, dikkat eksikliğini değerlendiren dokuz maddeden en az altısının, hiperaktivite/dürtüsellliği değerlendiren dokuz maddeden en az altısının, KOKGB'yi değerlendiren sekiz maddeden en az dördünün ve davranım bozukluğunu değerlendiren on beş maddeden en az üçünün "iki" veya "üç" olarak puanlanması gerekmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir (188) Çalışmamızda ebeveynler tarafından çocuklarına yönelik olarak doldurulmuştur.

Güçler ve Güçlükler Anketi (Ebeveyn Formu): Bu ölçek, çocuk ve ergenlerde ruhsal sorunların taranması amacıyla Robert Goodman tarafından 1997 yılında geliştirilmiştir (189) Güvenir ve arkadaşları tarafından Türkçe'ye çevrilen ölçeğin, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (190) Ölçeğin üç farklı formu bulunmaktadır: 4-16 yaş grubundaki çocuklar ve ergenler için anne-baba ve okul formu ve 11-16 yaş grubundaki ergenler için ergenin kendisinin doldurduğu ergen formu. Ölçek, üçlü Likert tipi puanlama sistemine sahiptir. Seçenekler; “Doğru Değil=0 puan”, “Biraz Doğru=1 puan” ve “Kesinlikle Doğru=2 puan” şeklindedir. GGA 25 sorudan oluşur ve beş alt boyuta ayrılmıştır: davranış sorunları (5, 7, 12, 18 ve 22. sorular), dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik (2, 10, 15, 21 ve 25. sorular), duygusal sorunlar (3, 8, 13, 16 ve 24. sorular), akran sorunları (6, 11, 14, 19 ve 23. sorular) ve sosyal davranışlar (1, 4, 9, 17 ve 20. sorular). Sosyal davranışlar alt boyutundaki yüksek puanlar olumlu olarak değerlendirilirken diğer alt boyutlardaki yüksek puanlar sorunların arttığını gösterir. Ölçekten alınabilecek toplam puan 0 ile 40 arasında değişmektedir. Ölçeğin 7, 11, 14, 21 ve 25. soruları ters madde olarak puanlanmaktadır. Toplam güçlük puanı ne kadar yüksekse, çocuk veya ergendeki sorunlu davranışlar o kadar fazladır. Çalışmamızda ebeveynler tarafından çocuklarının özelliklerine göre doldurulmuştur.

Çocuklar için Saldırganlık Ölçeği ailelere uygulanan Anne-Baba Formu (ÇSÖ-ABF): ÇSÖ-ABF, 33 madde ve beş alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin geçerliliği kriter ölçeklerle ilişkileri incelenerek saptanmış ve yapı geçerliliği bağlamında doğrulayıcı faktör analizi yapılmıştır. Güvenilirlik içinse iç tutarlılık hesaplanmıştır. ÇSÖ-ABF'nin Türkçe formunun araştırma ve tedavi alanında kullanılabilecek güvenilir ve geçerli bir ölçüm aracı olduğu düşünülmektedir (191). Çalışmamızda ebeveynler çocuklarının saldırganlık davranışlarına göre bu formu doldurmuştur.

Narsistik Kişilik Envanteri: Raskin ve Hall, NPI'yi ilk olarak 1979 yılında geliştirmiştir. NPI, narsisizmi değerlendiren en erken ve en etkili ölçeklerden biri olarak kabul edilmektedir. İlk sürümünde 54 madde yer alıyordu (192) Emmons,

NPI'nin faktör analizini yaparak ölçeğin yapısal geçerliliğini incelemiştir. Çalışmaları, ölçeğin çeşitli faktörlerini belirlemeye yardımcı olmuş ve NPI'nin güvenilirliğini test etmiştir (193,194) Raskin ve Terry, ölçeğin alt boyutlarını incelemiş ve 40 madde haline getirmişlerdir (195). Ames ve ekibi, NPI'yi daha kısa ve pratik bir form olan NPI-16'ya dönüştürmüştür (196) Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması S. Atay tarafından yapılmıştır (197). Çalışmamızda ebeveynler kendileri açısından soruları yanıtlamıştır.

Çocuklar için Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği: Rosenberg (1965) tarafından geliştirilen ölçek, bireylerin benlik saygısı düzeylerini belirlemek amacıyla kullanılmaktadır (128). Bu ölçek 12 alt kategoriden oluşan 63 maddeden oluşmaktadır. Bu çalışmada 10 maddeden oluşan Benlik Saygısı alt kategorisi kullanılmıştır. Çuhadaroğlu tarafından 1986 yılında Türkçeye uyarlanan ölçeğin geçerlik katsayısı 0.71 olarak hesaplanmıştır. Ölçeğin test-tekrar test güvenirlik katsayısının ise 0.75 olduğu rapor edilmiştir. Ölçeğin Türkçeye uyarlanması ve geçerlik ile güvenirlik çalışmaları, 205 kişilik bir örnekleme Ankara'da Füsun Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Ölçek, toplamda 12 alt boyut ve 63 maddeden oluşmaktadır ve yalnızca ilk alt boyutu benlik saygısı ile ilgilidir. Ölçekteki her madde için “Çok doğru”, “Doğru”, “Yanlış” ve “Çok yanlış” seçenekleri bulunmaktadır. Ölçekten 0-6 arasında puan alınmaktadır. 0-1 puan yüksek, 2-4 puan orta ve 5-6 puan düşük benlik saygısını göstermektedir. Ölçeğin geçerlik katsayısı $\alpha=0,71$ ve güvenirlik katsayısı $\alpha=0,75$ olarak bulunmuştur (198) Çalışmamızda bu ölçek çocuk tarafından doldurulmuştur.

Çocukluk Çağı Narsisizm Ölçeği: Çocukluk Çağı Narsisizm Ölçeği: Thomaes ve ark. (2008) tarafından geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçek 10 ifadeden oluşmaktadır. Çocukluk Çağı Narsisizm Ölçeği (Childhooh Narcissism Scale) tek boyutlu bir ölçektir. 10 maddeden oluşmakta ve ters (reverse) madde bulunmamaktadır. Ölçek 0=hiç doğru değil, 1= çok da doğru değil, 2=oldukça doğru, 3=kesinlikle doğru şeklinde derecelendirilmiştir. Maddeler pozitif ifadelidir. Ölçek, çocukluk çağı narsisizmini kişilik bozukluğu olarak değil, kişilik özelliği olarak ölçer.

Yüksek puanlar patolojik kişiliği göstermez. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirliğini 9 ile 14 yaşları arasında değişen 238 ilköğretim öğrencisi üzerinde yürütülmüştür. Ölçeğin iç tutarlılık güvenirlik katsayısı .72 olarak bulunmuştur. Çocukluk Çağı Narsisizm Ölçeği orta çocukluktan ergenliğe kadar geniş bir gelişimsel aralıkta kullanılabilir. Bu sonuçlara göre Çocukluk Çağı Narsisizm Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerli ve güvenilir bir ölçme aracı olduğu söylenebilir (199). Çalışmamızda bu ölçek çocuk tarafından doldurulmuştur.

3.4. İSTATİKSEL ANALİZ

İstatistiksel değerlendirmeler “SPSS (Statistical Package for social Sciences) for Windows 20.0” programı ile değerlendirildi. Çalışmaya katılan hasta ve kontrol grubunun karşılaştırılmasında Student's t testi ve Mann Whitney U testi kullanıldı. Verilerin normal dağılımı dağılmadığını değerlendirmek için Kolmogorov Smirnov testi kullanıldı. Kategorik veriler (cinsiyet dağılımı, ailede ruhsal hastalık öyküsü vs.) ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Devamlı verilerin (yaş, ölçek puanları vs.) ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistiksel değerleri belirtildi. Hastaların ve kontrollerin sosyodemografik, klinik ve ölçek puanları arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için Spearman bağıntı analizi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık sınırı $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

4.1. DEMOGRAFİK VERİLER

Çalışmamızda, hasta ve kontrol grubuna ait sosyodemografik ve özgeçmiş özellikleri **Tablo 1’** de verilmiştir. Yaş ortalaması hasta grubunda $11,59\pm1,85$, kontrol grubunda ise $11,61\pm1,67$ olarak bulunmuş olup aralarında anlamlı fark yoktur. Kardeş sayısı ortalaması hasta grubunda $1,13\pm0,77$, kontrol grubunda $1,20\pm0,93$ ’tür ve gruplar arasındaki fark anlamlı değildir. Kaçınıcı çocuk olduğu ortalaması hasta grubunda $1,39\pm0,61$, kontrol grubunda $1,51\pm0,64$ ’tür ve gruplar arasındaki fark anlamlı değildir. Hasta grubu ile kontrol grubu arasında doğum kilosu, doğum şekli, doğum zamanı ve doğum komplikasyonu açısından anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 1: Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik ve özgeçmiş özellikler açısından karşılaştırılması

	Hasta N=80 (Ort+SS) N (%)	Kontrol N=41 (Ort+SS) N (%)	P
Yaş (yıl)	11,59±1,85	11,61±1,67	0,949 ¹
Kardeş sayısı	1,13±0,77	1,20±0,93	0,781 ¹
Kaçınıcı çocuk	1,39±0,61	1,51±0,64	0,316 ¹
Doğum şekli			
NSVY	27 (%33,8)	16 (%39)	0,566 ³
C/S	53 (%66,3)	25 (%61)	
Doğum zamanı			
Prematüre	13 (%16,3)	9 (%22)	0,442 ³
Miad	67 (%83,8)	32 (%78)	
Doğum komplikasyonu			
Var	23 (%28,7)	8 (%19,5)	0,271 ³
Yok	57 (%71,3)	33 (%80,5)	

1: T testi, 2 Mann Whitney U, 3:Ki Kare Ort: ortalama,SS: standart sapma, N: örneklem sayısı, p: anlamlılık değeri. Yüzde dağılımı her değişken için sütun toplamına göre yapılmıştır.

Çalışmamızda hasta ve kontrol grubunun ailesel özellikler açısından karşılaştırılması **Tablo 2’ de** verilmiştir. Hasta grubu ile kontrol grubu arasında anne eğitim durumu, baba eğitim durumu ve aile durumu açısından anlamlı fark yoktur.

Tablo 2: Hasta ve kontrol grubunun ailesel özellikler açısından karşılaştırılması

	Hasta	Kontrol	P
	N=80	N=41	
	N (%)	N (%)	
Eğitim durumu (Anne)			
İlkokul ve altı	10 (%12,5)	3 (%7,3)	0,764 ³
Ortaokul	10 (%12,5)	7 (%17,1)	
Lise	23 (%28,7)	11 (%26,8)	
Lisans/yükseklisans	37 (%46,3)	20 (%48,8)	
Eğitim durumu (Baba)			
İlkokul ve altı	12 (%15)	3 (%7,3)	0,508 ³
Ortaokul	13 (%16,3)	5 (%12,2)	
Lise	21 (%26,3)	11 (%26,8)	
Lisans/yükseklisans	34 (%42,5)	22 (%53,7)	

1: T testi, 2 Mann Whitney U, 3: Ki Kare N: örneklem sayısı, p: anlamlılık değeri. Yüzde dağılımı her değişken için sütun toplamına göre yapılmıştır.

4. 2. KLİNİK ÖZELLİKLER

Çalışmaya katılan hastaların klinik özellikleri **Tablo 3’ de** verilmiştir. Çalışmadaki hastaların DEHB tanı süresi 1 yıldan az olanların oranı %18,8 (n:15) iken, hastaların DEHB tanı süresi 1 yıl ve üzeri olanların oranı %81,3 (n:65)’tir. Çalışmaya katılan hastaların mevcut tedavilerinde en fazla %78,8 (n:63) oranda metilfenidat kullanımı mevcuttu. Çalışmaya katılan hastaların %6,3 ‘ünün mevcut tedavisi yoktu. Çalışmaya katılan hastaların %65 (n:52) oranında metilfenidat kullanım öyküsü mevcuttu. Çalışmadaki hastaların %71.3 oranında (n=57) ÇDŞG-ŞY-T tanısı mevcuttu.

Tablo 3: Hasta grubunda klinik özelliklerin değerlendirilmesi

	Hasta (N=80)
	N (%)
DEHB tanı süresi	
1 yıldan az	15 (%18,8)
1 yıl ve üzeri	65 (%81,3)
DEHB mevcut tedavi	
Metilfenidat	63 (%78,8)
Atomoksetin	8 (%10)
Guanfasin	2 (%2,5)
Metilfenidat+ Atomoksetin	1 (%1,3)
Metilfenidat+ Guanfasin	1 (%1,3)
İlaç kullanmıyor	5 (%6,3)
DEHB ilaç öyküsü	
Metilfenidat	52 (%65)
Guanfasin	4 (%5)
Metilfenidat+ Atomoksetin	16 (%20)
Metilfenidat+ Guanfasin	3 (%3,8)
Yok	5 (%6,3)
ÇDŞG-ŞY-T tanı	
Var	57 (%71,3)
Yok	23(%28,7)

N: örneklem sayısı, Yüzde dağılımı her değişken için sütun toplamına göre yapılmıştır.

Tablo 4: Hasta ve kontrol gruplarının benlik saygısı, narsisistik özellikler ve saldırganlık özellikleri açısından karşılaştırılması

	Hasta N:80	Kontrol N:41	p
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Rosenberg çocuk	28,43±4,63	30,71±6,48	0,049 ¹
Narsisizm çocuk	15,03±4,02	11,32±5,41	<0,01 ¹
Narsisizm erişkin	4,75±4,02	5,61±3,89	0,211 ²
GGA ebeveyn	24,21±5,88	17,83±5,73	<0,01 ²
Sözel saldırganlık	11,33±8,44	3,34±4,21	<0,01 ²
Nesne-hayvan saldırganlık	2,06±1,89	0,88±1,12	<0,01 ¹
Kışkırtılmış fiziksel saldırganlık	3,81±3,79	1,12±1,79	<0,01 ²
Kışkırtılmadan fiziksel saldırganlık	2,23±3,18	0,59±1,22	0,001 ²
Silah kullanımı	0,13±0,60	0	0,147 ²

¹ T Testi ² Mann whitney u testi. GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi, Ort: ortalama, SS: standart sapma, N: örneklem sayısı, p: anlamlılık değeri

Hasta ve kontrol gruplarını rosenberg çocuk benlik saygısı puanları açısından karşılaştırdığımızda kontrol grubunda çocuk benlik saygısı puanları anlamlı olarak daha fazladır (p<0.05). Hasta grubunda çocuk narsisizm puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0.05). Her iki grup arasında ebeveyn narsisizm puanları açısından anlamlı fark yoktur. Hasta grubunda GGA ebeveyn puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazladır (p<0.05). Çalışmamızda hasta grubunda saldırganlık ölçeği alt grupları (sözel saldırganlık, nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık, kışkırtılmış fiziksel saldırganlık, kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel

saldırganlık) puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazladır ($p<0.05$). Çalışmamızda hasta grubu ile kontrol grubu arasında saldırganlık ölçeği alt grubu olan silah kullanımı puanları açısından anlamlı fark yoktur ($p>0.05$).

Tablo 5: Hasta grubunun Turgay DEHB belirti ölçeklerinin ve saldırganlık ölçeklerinin korelasyonu

		Turgay dikkat eksikliği	Turgay hiperaktivite dürtüsellik	Turgay KOKGB	Turgay davranım bozukluğu	Sözel saldırganlık	Nesne hayvan saldırganlık	Kışkırtılmış fiziksel saldırganlık	Kışkırtılmadan fiziksel saldırganlık
Turgay dikkat eksikliği	r	-	0,34**	0,11	0,03	0,04	0,06	-0,00	-0,03
Turgay hiperaktivite dürtüsellik	r		-	0,71**	0,52**	0,32**	0,30**	0,22*	0,20
Turgay KOKGB	r			-	0,75**	0,36**	0,38**	0,30**	0,32**
Turgay davranım bozukluğu	r				-	0,18	0,25*	0,27*	0,26*
Sözel saldırganlık	r					-	0,51**	0,54**	0,55**
Nesne hayvan saldırganlık	r						-	0,51**	0,47**
Kışkırtılmış fiziksel saldırganlık	r							-	0,73**
Kışkırtılmadan fiziksel saldırganlık	r								-

r: Spearman korelasyon katsayısı, KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu , $r= 0.00-0.24$:zayıf derecede , $r= 0.25-0.49$:orta derecede , $r=0.50-0.74$:iyi derecede $r= 0.75-1.00$:çok iyi derecede * $p<0,05$,** $p<0.01$

Hasta grubunun Turgay dikkat eksikliği puanları ile Turgay hiperaktivite/dürtüsellik puanları arasında pozitif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon vardı ($p<0.05$). Hasta grubunun Turgay dikkat eksikliği puanları ile Turgay KOKGB puanları arasında korelasyon saptanmadı.

Hasta grubunun Turgay dikkat eksikliği puanları ile Turgay davranım bozukluğu puanları arasında korelasyon saptanmadı. Hasta grubunun Turgay dikkat eksikliği puanları ile saldırganlık ölçeği alt grupları (sözel saldırganlık, nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık, kışkırtılmış fiziksel saldırganlık, kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlık) arasında korelasyon saptanmadı.

Hasta grubunun Turgay hiperaktivite/dürtüsellik puanları ile Turgay KOKGB puanları arasında pozitif yönlü iyi derecede anlamlı korelasyon vardı ($p<0.05$). Hasta grubunun Turgay hiperaktivite/dürtüsellik puanları ile Turgay davranım bozukluğu puanları arasında pozitif yönlü iyi derecede anlamlı korelasyon vardı ($p<0.05$). Hasta grubunun Turgay hiperaktivite/dürtüsellik puanları ile saldırganlık ölçeği alt grupları (sözel saldırganlık, nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık) puanları arasında pozitif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon vardı ($p<0.05$). Hasta grubunun Turgay hiperaktivite/dürtüsellik puanları ile saldırganlık ölçeği alt grubu kışkırtılmış fiziksel saldırganlık puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede anlamlı korelasyon vardı ($p<0.05$). Hasta grubunun Turgay hiperaktivite/dürtüsellik puanları ile saldırganlık ölçeği alt grubu kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlık puanları arasında korelasyon saptanmadı.

Çalışmamızdaki hasta grubunun Turgay KOKGB puanları ile Turgay davranım bozukluğu puanları arasında pozitif yönlü çok iyi derecede anlamlı korelasyon vardı ($p<0.05$). Hasta grubunun Turgay KOKGB puanları ile saldırganlık ölçeği alt grupları (sözel saldırganlık, nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık, kışkırtılmış fiziksel saldırganlık, kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlık) arasında pozitif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon vardı ($p<0.05$).

Hasta grubunun Turgay davranım bozukluğu puanları ile saldırganlık ölçeği alt grupları (nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık, kışkırtılmış fiziksel saldırganlık, kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlık) puanları arasında pozitif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon vardı ($p<0.05$). Hasta grubunun Turgay davranım bozukluğu puanları ile saldırganlık ölçeği alt grubu sözel saldırganlık puanları arasında korelasyon saptanmadı.

Tablo 6: Hasta grubuna uygulanan ölçeklerin korelasyonu

		GGA ebeveyn	Rosenberg çocuk	Narsisizm çocuk	Narsisizm ebeveyn	Turgay KOKGB	Sözel saldırganlık	Nesne- hayvan saldırganlık
GGA ebeveyn	r	-	-0,39**	0,04	0,18	0,08	0,25*	0,27*
Rosenberg çocuk	r		-	0,27*	-0,18	-0,24*	-0,07	-0,26*
Narsisizm Çocuk	r			-	0,19	0,02	0,12	-0,06
Narsisizm ebeveyn	r				-	0,09	0,10	0,22
Turgay KOKGB	r					-	0,36**	0,38**
Sözel saldırganlık	r						-	0,51**
Nesne- hayvan saldırganlık	r							-

*r: Spearman korelasyon katsayısı, GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi, KOKGB: Karşıt Olma Karşıt Geleme Bozukluğu, r= 0.00-0.24: zayıf derecede, r= 0.25-0.49 :orta derecede, r=0.50-0.74 :iyi derecede r= 0.75-1.00 :çok iyi derecede *p<0,05, **p<0.01*

Hasta grubunda GGA ebeveyn toplam güçlük puanları, benlik saygısı puanları, ebeveynlerin ve çocukların narsisistik özelliklerinin puanları, Turgay ölçeği KOKGB puanları, saldırganlık puanları arasındaki korelasyon incelenmiştir (**Tablo 6**).

Hasta grubunun GGA ebeveyn toplam puanları ile Rosenberg çocuk benlik saygısı puanları arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon vardı ($p<0.05$). Hasta grubunun GGA ebeveyn toplam puanları ile çocuk narsisizm ölçeği puanları arasında korelasyon saptanmadı. Hasta grubunun GGA ebeveyn toplam puanları ile ebeveyn narsisizm ölçeği puanları arasında korelasyon saptanmadı ($p>0.05$). Çalışmamızdaki hasta grubunun GGA ebeveyn toplam puanları ile Turgay KOKGB puanları arasında korelasyon saptanmadı. Çalışmamızdaki hasta grubun GGA ebeveyn toplam puanları ile saldırganlık ölçeği alt grupları (sözel saldırganlık, nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık) arasında pozitif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon saptandı ($p<0.05$).

Çalışmamızdaki hasta grubunun Rosenberg çocuk benlik saygısı puanları ile çocuk narsisizm ölçeği puanları arasında pozitif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon saptandı ($p<0.05$). Hasta grubunun Rosenberg çocuk benlik saygısı puanları ile ebeveyn narsisizm ölçeği puanları arasında korelasyon saptanmadı. Çalışmamızdaki hasta grubunun Rosenberg çocuk benlik saygısı puanları ile Turgay KOKGB puanları arasında negatif yönlü zayıf derecede anlamlı korelasyon saptandı ($p<0.05$). Çalışmamızdaki hasta grubunun Rosenberg çocuk benlik saygısı puanlarıyla; saldırganlık ölçeği alt grubu arasında nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık puanları arasında negatif yönde orta derece anlamlı korelasyon saptanmışken, saldırganlık ölçeği alt gruplarından sözel saldırganlık puanları arasında ise korelasyon saptanmadı.

Çalışmamızdaki hasta grubunun çocuk narsisizm ölçeği puanları ile ebeveyn narsisizm ölçeği puanları arasında korelasyon saptanmadı. Hasta grubunun çocuk narsisizm ölçeği puanları ile Turgay KOKGB puanları arasında korelasyon saptanmadı. Hasta grubunun çocuk narsisizm ölçeği puanları ile saldırganlık ölçeği alt grupları (sözel saldırganlık, nesne-hayvan saldırganlık) puanları arasında korelasyon saptanmadı.

Çalışmamızdaki hasta grubunun ebeveyn narsisizm ölçeği puanları ile Turgay KOKGB puanları arasında korelasyon saptanmadı. Hasta grubunun ebeveyn narsisizm ölçeği puanları ile saldırganlık ölçeği alt grupları (sözel saldırganlık, nesne-hayvan saldırganlık) puanları arasında korelasyon saptanmadı.

Çalışmamızdaki hasta grubunun Turgay KOKGB puanları ile saldırganlık ölçeği alt grupları (sözel saldırganlık, nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık) puanları arasında pozitif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon saptandı ($p<0.05$).

Hasta grubunu, ÇDŞG-ŞY-T tanılarına göre içselleştirme bozukluğu ve dışsallaştırma bozukluğu olarak iki gruba ayırdığımızda narsisizm puanları, sözel saldırganlık, nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık, kışkırtılmış fiziksel saldırganlık puanları arasında korelasyon saptanmadı ($p>0.05$). Dışsallaştırma bozukluğu olan DEHB'li çocuk ve ergenlerde, kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlık puanları daha yüksekti. Kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlık açısından iki grup arasında anlamlı fark tespit ettik ($p<0,05$).

Tablo 7: Tüm katılımcılara uygulanan ölçeklerin korelasyonu

						SALDIRGANLIK				
		GGA toplam puanı	Rosenberg çocuk	Çocuk narsisizm	Ebeveyn narsisizm	Sözel saldırganlık	Nesne-hayvan saldırganlık	Kışkırtılmış fiziksel saldırganlık	Kışkırtılmadan fiziksel saldırganlık	Silah kullanımı
GGA toplam puanı	r	-	-0,41**	0,22*	-0,08	0,48**	0,39**	0,35**	0,28**	0,23*
Rosenberg çocuk	r		-	0,17	-0,05	-0,25**	-0,29**	-0,10	-0,09	-0,24**
Çocuk narsisizm	r			-	0,09	0,27**	0,10	0,19*	0,16	-0,10
Ebeveyn narsisizm	r				-	0,05	0,14	0,06	0,11	0,03
Sözel saldırganlık	r					-	0,62**	0,58**	0,55**	0,14
Nesne-hayvan saldırganlık	r						-	0,50**	0,43**	0,15
Kışkırtılmış fiziksel saldırganlık	r							-	0,68**	0,09
Kışkırtılmadan fiziksel saldırganlık	r								-	0,03
Silah kullanımı	r									-

r: Spearman korelasyon katsayısı, GGA: Güçler ve Güçlükler Anketi ,, r= 0.00-0.24:zayıf derecede , r= 0.25-0.49 :orta derecede ,r=0.50-0.74 :iyi derecede r= 0.75-1.00 :çok iyi derecede *p<0,05 , **p<0.01

Tüm katılımcılara uygulanan ölçeklerle çocuk ve ebeveyn narsisistik özellikleri, çocuk benlik saygısı, saldırganlık davranışı, GGA toplam güçlük puanı aralarındaki korelasyon incelenmiştir (**Tablo 7**).

Çalışmamızdaki katılımcıların GGA ebeveyn toplam puanları ile Rosenberg çocuk benlik saygısı puanları arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon vardı (p<0.05). Çalışmamızdaki katılımcıların GGA ebeveyn toplam puanları ile çocuk narsisizm ölçeği puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede anlamlı korelasyon vardı (p<0.05). Katılımcıların GGA ebeveyn toplam puanları ile ebeveyn narsisizm ölçeği puanları arasında korelasyon saptanmadı. Çalışmamızdaki katılımcıların GGA toplam puanları ile saldırganlık ölçeği alt grupları (sözel saldırganlık, nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık, kışkırtılmış fiziksel saldırganlık,

kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlık) arasında pozitif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon saptandı ($p<0.05$). Katılımcıların GGA toplam puanları ile saldırganlık ölçeği alt grubu silah kullanımı puanları arasında pozitif yönlü zayıf derecede anlamlı korelasyon saptandı ($p<0.05$).

Çalışmaya katılanların Rosenberg çocuk benlik saygısı puanları ile çocuk narsisizm ölçeği puanları arasında korelasyon saptanmadı. Katılımcıların Rosenberg çocuk benlik saygısı puanları ile ebeveyn narsisizm ölçeği puanları arasında korelasyon saptanmadı. Çalışmaya katılanların Rosenberg çocuk benlik saygısı puanlarıyla; saldırganlık ölçeği alt grup puanları (sözel saldırganlık, nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık) arasında negatif yönde orta derece anlamlı korelasyon saptanmışken, saldırganlık ölçeği alt gruplarından silah kullanımı ile negatif yönde zayıf derecede anlamlı korelasyon saptandı ($p<0.05$). Katılımcıların Rosenberg çocuk benlik saygısı puanları ile saldırganlık ölçeği alt grupları puanları (kışkırtılmış fiziksel saldırganlık, kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlık) arasında korelasyon saptanmadı.

Çalışmaya katılanların çocuk narsisizm ölçeği puanları ile ebeveyn narsisizm ölçeği puanları arasında korelasyon saptanmadı. Katılımcıların çocuk narsisizm ölçeği puanları ile saldırganlık ölçeği alt gruplarından sözel saldırganlık puanları arasında pozitif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon saptandı ($p<0.05$). Çalışmaya katılanların çocuk narsisizm ölçeği puanları ile saldırganlık ölçeği alt grup puanları (nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık, kışkırtılmadan fiziksel saldırganlık, silah kullanımı) arasında korelasyon saptanmadı. Çalışmaya katılanların çocuk narsisizm ölçeği puanları ile saldırganlık ölçeği alt gruplarından kışkırtılmış fiziksel saldırganlık puanları arasında pozitif yönde zayıf derecede anlamlı korelasyon saptandı ($p<0.05$).

Çalışmaya katılanların ebeveyn narsisizm ölçeği puanları ile saldırganlık alt ölçeği puanları arasında korelasyon saptanmadı.

Çalışmaya katılanların saldırganlık ölçeği alt gruplarından silah kullanımı puanları ile diğer saldırganlık ölçeği alt grupları (sözel saldırganlık, nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık, kışkırtılmış fiziksel saldırganlık, kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlık) arasında korelasyon saptanmadı. Çalışmaya katılanlarda vücut kitle indeksi ile benlik saygısı ve narsisizm puanları arasında korelasyon saptanmadı.

5. TARTIŞMA

DSM-V'e göre kişilik bozuklukları sıkıntılara ya da işlevsellikte bozulmaya yol açan, esneklikten yoksun bir içsel yaşantı ve davranışlar örüntüsüdür. Çocuk ve ergenlerin uyumunu bozan bir takım kişilik özelliklerinin, özel bir gelişim evresi ya da başka bir ruhsal bozuklukla sınırlı olmadığı ve en az bir sene bu durumun sürdüğü durumlarda çocuklara ya da ergenlere de kişilik bozukluğu tanı kategorileri uygulanabilir (2). Narsisizm kavramını ise normal ve patolojik boyutları olan bir psikolojik durum olarak ifade edebiliriz (55–57).

DEHB çocukluk döneminde en sık görülen nörogelişimsel bozukluk olması sebebiyle üzerine pek çok çalışma yapılan bir alandır (3,4,11). Literatürde çocukluk döneminde DEHB tanısı alan bireylerin, geç ergenlik döneminde (16-26 yaşlarında) kişilik bozukluğu tanısı alma riskinin daha yüksek olduğunu ve narsistik kişilik bozukluğu özelinde de bu durumun geçerli olduğunu gösteren bir çalışma mevcuttur (107). Yetişkinlerle yapılan çalışmalarda da DEHB'si olanların, DEHB'si olmayanlara kıyasla daha yüksek oranda Eksen I ve Eksen II kişilik bozukluklarına sahip olduğu ve DEHB'li yetişkinlerde narsistik kişilik bozukluğu görülme olasılığının daha yüksek olduğu saptanmıştır (108). Bunların yanı sıra literatürde DEHB'li bireylerde çocukluk dönemindeki narsistik kişilik özelliklerini inceleyen çalışma sayısı oldukça azdır.

Ocak 1980'den Aralık 2011'e kadar yayınlanmış 127 çalışmayı inceleyen sistematik bir derlemede, tedavi edilmemiş DEHB'li kişilerin, DEHB'si olmayan kontrollere kıyasla daha düşük benlik saygısına sahip olduğu saptanmıştır (135). 6-12 yaş arasındaki DEHB'li çocukların benlik saygısının değerlendirildiği bir çalışmada DEHB'li çocukların üçte ikisinin düşük özsaygı puanlarına sahip olduğu gösterilmiştir (137)

Narsisizm, psikodinamik perspektifte düşük benlik saygısına karşı bir savunma mekanizması olarak tanımlanmaktadır (48).

DEHB ve narsisizmin ortak paydası olan “düşük benlik saygısı” bizde bu alanda bir merak uyandırmış ve literatürü incelediğimizde narsistlerin, benlik saygılarını tehdit edilmiş algıladıklarında saldırmaya eğilimli olabildiklerini gösteren çalışmalar bizi tüm bu alanların birbiriyle ilişkisini araştırmaya sevk etmiştir (48,137,200).

Çalışmamızda hasta ve kontrol grupları arasında sosyodemografik özellikler açısından anlamlı fark saptanmadı. Bu sonuçlar iki grubun diğer parametreler açısından kıyaslanırken daha homojen ve karşılaştırılabilir olmasını sağlamıştır.

Literatürde DEHB tanılı çocuk ve ergenlerde narsisizmin incelendiği çok az çalışma mevcuttur. 7 ila 11 yaşlarındayken DEHB tanısı konmuş 96 çocuk, ergenlik döneminde kişilik bozuklukları açısından hiç DEHB tanısı konmamış bir kontrol grubuyla (N = 85) karşılaştırılmıştır. Bu çalışma çocukluk çağında DEHB tanısı konan bireylerin geç ergenlik döneminde narsistik kişilik bozukluğu tanısı alma olasılığının daha yüksek olduğunu saptamıştır (107). 17 ile 74 yaş arasında DEHB tanısı konan 335 bireyin incelendiği bir çalışmada, DEHB tanısı olanların DEHB tanısı olmayanlara kıyasla daha yüksek oranda Eksen I ve Eksen II bozukluğuna sahip olduğu saptanmıştır. Ayrıca dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik özelliklerinin bir arada olduğu DEHB kombine alt tipi olan yetişkinlerde narsistik kişilik bozukluğu görülme olasılığı daha yüksek bulunmuştur (108). DEHB tanılı 78 kişinin incelendiği bir çalışmada, narsistik kişilik bozukluğu komorbiditesi %73 olarak bulunmuştur (201). Başka bir çalışmada 164 yetişkin DEHB hastasının %9,5'inin narsistik kişilik bozukluğunun olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada patolojik narsisizm envanteri ile değerlendirilen narsisizmin, DEHB'nin hiperaktivite ve dürtüsellik belirtileri ile anlamlı bir ilişkisinin olduğu, ancak dikkatsizlik belirtileri ile ilişkisinin olmadığını bulunmuştur (202) Çalışmamızda, literatürle uyumlu olarak DEHB'li çocuk ve ergenlerin sağlıklı kontrollere göre anlamlı düzeyde daha fazla narsistik özellikler gösterdiği saptandı. DEHB'li çocukların tanının getirdiği dezavantajlardan dolayı akran ilişkilerinin bozulması, akademik başarısızlık yaşamaları, sürekli uyarı almaları; düşük benlik saygılarını kompanse etmek için narsistik savunma geliştirmelerine sebep oluyor olabilir.

1980 yılının ocak ayından, 2011 yılının aralık ayına kadar yayınlanmış 127 çalışmayı tarayan bir derlemede, tedavi edilmemiş DEHB'li kişilerin, DEHB'si olmayan kontrollere kıyasla daha düşük benlik saygısına sahip olduğu saptanmıştır (135). 8-15 yaş arasındaki 85 DEHB tanılı çocuk ve ergenle 26 sağlıklı kontrolü karşılaştıran bir çalışmada hasta grubu kontrollere kıyasla tüm benlik saygısı alanlarında anlamlı düzeyde daha düşük puanlar göstermiştir (112). Bizim çalışmamızda da hasta grubunda benlik saygısı puanları kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde düşük saptandı. DEHB'li çocuk ve ergenlerin yürütücü işlev sorunları yaşlılarıyla giriştikleri aynı işlerde daha fazla efor sarfetmelerini gerektirdiği için, bu durum benlik saygılarını zedeliyor olabilir. DEHB'nin çekirdek belirtilerinden olan hiperaktivite ve dürtüselliğin, oyunlarda, derslerde, ikili ilişkilerde sorunlara sebep olması, DEHB'li çocuk ve ergenlerin dışlanmalarına, tercih edilmemelerine ve zorbalık yaşamalarına sebep olabilir. Akran ilişkilerinin önemli olduğu çocukluk ve ergenlik döneminde bu durumun bireyin benlik saygısına olumsuz etkide bulunması anlaşılabilir bir durumdur. Bunun yanı sıra benlik saygısı ile dikkat eksikliği alt ölçeklerinden karşıt olma karşıt gelme ve davranım bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Çocuklar benlik saygıları düşük olduğunda daha fazla davranış problemi gösterebilirler veya tam tersi açıdan ele aldığımızda davranış problemi olan çocukların çevrelerinden aldığı olumsuz geri bildirimler sonucunda benlik saygıları düşebilir.

13-17 yaşları arasında DEHB tanılı 60 ergen ile DEHB tanısı olmayan 60 ergenden oluşan kontrol grubunun karşılaştırmasında, DEHB'li ergenlerde saldırganlık oranı kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur (203). DEHB'li 268 çocuk ve ergen ile 100 sağlıklı kontrolün incelendiği bir çalışmada tüm saldırganlık ölçümlerinde, DEHB'li çocukların toplum kontrollerinden daha fazla saldırgan davranış gösterdikleri saptanmıştır (204) DEHB'li çocuklarla yapılan bir çalışmada 579 çocuktan 267'sinin (%46) saldırganlıkla ilgili belirtiler gösterdiği gösterilmiştir (10). Çalışmamızda DEHB tanılı çocuk ve ergenler kontrol grubuyla kıyaslandığında; sözel saldırganlık, nesne ve hayvanlara yönelik saldırganlık, kışkırtılmış fiziksel saldırganlık ve kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlık davranışları DEHB'li grupta anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin duygu düzenleme becerilerindeki sorunlar ve tepki ketleme sorunları

öfkelenediklerinde saldırgan davranışları sağlıklı bireylere nazaran daha fazla göstermelerine sebep olabilir. Silah kullanımı açısından iki grup kıyaslandığında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Silah kullanım oranının her iki grupta da çok düşük olması bu duruma yol açmış olabilir.

Çalışmamızda duygusal sorunların, davranış sorunlarının, akran ilişkilerinin, dikkat eksikliği ve hiperaktivite semptomlarının, sosyal davranışların incelendiği güçler ve güçlükler anketinin toplam güçlük puanı incelendiğinde; hasta grubunun kontrol grubuna kıyasla anlamlı düzeyde daha fazla güçlük yaşadığı saptanmıştır. Ölçeğin DEHB semptomlarına yönelik soruları ve DEHB'li çocuklarda tanının, bireylerin ev hayatlarını, akademik performanslarını ve sosyal ilişkilerini etkilemesi bu duruma sebep olmuş olabilir (33). Literatürde de yüksek katılımcılı bir çalışma incelenmiş; 10 Avrupa ülkesinde yaşayan 1.459 DEHB'li çocuğun (6-18 yaş) ebeveynlerinin doldurduğu GGA değerlendirilmiş ve DEHB'li çocukların kontrol grubundaki çocuklardan daha fazla sorun yaşadığı görülmüştür (205).

2015 yılında yayınlanan bir çalışmada, çocuklarda narsisizm gelişiminin ebeveynlerin çocuklarına aşırı değer vermesiyle gerçekleştiği gösterilmiştir. Ebeveyn aşırı değer verme ölçeği kullanılmış olup, ölçek "çocuğum diğer çocuklardan daha özeldir" ve "çocuğum özel muameleyi hak ediyor" gibi maddeler içermektedir. Ebeveyn narsisizmi ve aşırı değer verme zayıf ila orta düzeyde ilişkili bulunmuştur. Bu durumdan dolayı ebeveynlerin aşırı değer vermelerinin, ebeveynlerin kendi narsisizm seviyelerinin ötesinde çocuklarda narsisizmin gelişimine katkıda bulunduğu yorumu yapılmıştır (206). İtalya'da yaşları 9 ila 11 arasında değişen 519 çocukla yapılan bir çalışmada, çocukların ve anne-babalarının narsisistik özellikleri incelenmiş olup her iki ebeveynin narsisizmi, çocuklarının narsisizmiyle ilişkili bulunmuştur. Babalar ile çocukların narsisistik özellikleri arasındaki pozitif ilişkiye, babaların aşırı değer verme davranışlarının aracılık ettiği bulunmuşken; anneler ile çocukların narsisistik özellikleri arasındaki ilişkiye aşırı değer vermenin aracılık etmediği gösterilmiştir (78). 2016'da yayınlanan bir çalışmada ebeveynlerin çocuklarına yönelik onaylamama davranışının çocuk narsisizmiyle ilişkili olduğu gösterilmiştir (207). Bizim çalışmamızda ise çalışma ve kontrol grupları ebeveyn narsisizm özellikleri açısından anlamlı farklılık göstermedi. Çocuk narsisizmi ve ebeveyn narsisizmi arasında bir ilişki bulunmamıştır. Narsisizmi değerlendirirken kişilerin

kendilerine dair subjektif görüşlerini almamız ve ebeveynlerin kendilerine yönelik gelişebilecek olası önyargıdan kaçınma eğilimi sonuçların bu şekilde bulunmasına yol açmış olabilir.

Çalışmamızda DEHB tanısı olan grupta benlik saygısı ve çocuk narsisizm özellikleri pozitif ilişkili saptandı. Çocuk narsisizm ölçeğimiz patolojik olanı değil narsisizm özelliklerini irdelediği için bu sonuçları; patolojik olmayan narsisizmin, kişinin kendisine güveninin artmasına ve beraberinde benlik saygısının yükselmesine sebep olmasıyla açıklayabiliriz. Her iki grubu beraber incelendiğimizde benlik saygısı ve çocuk narsisizm özellikleri arasında anlamlı ilişki bulunmamıştır. Sağlıklı kontrol grubumuz psikiyatrik tanısı olmayan çocuk ve ergenlerden oluştuğu için bu grupta benlik saygısı herhangi bir psikiyatrik defisitten etkilenmemiş ve narsisizmden bağımsız bir gelişim göstermiş olabilir. Bulgumuzu destekler şekilde literatürde, narsisizm ile benlik saygısı arasında bağlantı gösterilmeyen çalışmalar mevcuttur (109,208). 2024 yılında yapılan bir başka çalışmada sosyal medyada yorum yapan kullanıcılar ile yapılan bir çalışmada 153'ü kadın ve 63'ü erkek 216 katılımcı incelenmiş ve grandiyöz narsisizm daha yüksek öz saygıyla ilişkilendirilmiş ve kırılğan narsisizm benlik saygısıyla negatif ilişkili bulunmuştur (209). 8 ila 13 yaş aralığında 238 çocukla yapılan bir çalışmada, bizim de kullandığımız ‘‘çocuk narsisizm ölçeği’’ ve ‘‘rosenberg benlik saygısı ölçeği’’ kullanılmış ve aralarında zayıf bir korelasyon olduğu gösterilmiştir (172). 2024 yılında yapılan bir çalışmada narsisizm ve benlik saygısının farklılığının altı çizilmiş yalnızca fenotip ve sonuçlar açısından değil, aynı zamanda altta yatan gelişim süreçleri açısından da farklılık gösterdikleri saptanmıştır (210). Narsisizm ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin netleşmesi için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğu aşıkardır.

Çalışmamızda iki grubu da incelediğimizde çocuk narsisizmi ile sözel saldırganlık arasında ve çocuk narsisizmi ile kışkırtılmış fiziksel saldırganlık arasında pozitif yönde ilişki saptadık. Narsistlerin kendileri ile ilgili algıları dışarıya bağımlı olduğu için günlük hayatta karşılaştıkları eleştiriler, hoşlarına gitmeyen tutumlar ve davranışlar narsistik incinme yaşamalarına ve bunun sonucunda seslerinin yükselmesine ve saldırgan davranışlar göstermelerine sebep olabilir. Çocuk narsisizmi ile; nesne ve hayvanlara yönelik saldırganlık ile kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlık arasında ise ilişki saptamadık. Çalışmamızda davranım bozukluğu tanısı,

nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık ve kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlık için karıştırıcı faktör olarak değerlendirilebileceği için bu iki saldırganlık alt ölçeği ile narsisizm arasında ilişki saptanmamış olabilir. Literatürde narsisizm ve saldırganlık ilişkisini gösteren pek çok çalışma mevcuttur. Saldırganlık davranışının farklı kaynaklarla irdelendiği bir çalışmada; narsisizmin bireylerin kendilerinin bildirdikleri saldırganlıkla ilişkili olduğu, ancak ebeveyn ve öğretmen tarafından değerlendirilen saldırganlıkla ilişkili olmadığını bulunmuştur (129). Narsisistik özelliklerin genç ergenlerde kendi kendine bildirilen proaktif saldırganlıkla pozitif ilişkili olduğu gösterilmiştir (211). 16-18 yaş aralığında 251 erkek ergenle yapılan çalışmada grandiyöz narsisizm saldırganlıkla ilişkili bulunmamış ve kırılğan narsisizm sadece reaktif saldırganlıkla anlamlı ilişkili bulunmuş; patolojik olmayan narsisizm, hem proaktif hem reaktif saldırganlıkla anlamlı ilişkili bulunmuştur (178). Farklı bir çalışmada daha yüksek narsisizm, daha yüksek proaktif saldırganlık, reaktif saldırganlık ve davranış sorunlarıyla ilişkili bulunmuştur (208). Lisans öğrencileri ile yapılan bir çalışmada yüksek narsistik özellik gösterenler diğerlerine kıyasla daha saldırgan bulunmuştur ancak sadece hakaret veya aşağılama ile kışkırtıldıklarında bu tavrı gösterdikleri saptanmıştır (171). Yine saldırganlığın bağlamının değerlendirildiği bir çalışmada narsisistik çocuklar sadece utandırıldıktan sonra diğerlerinden daha saldırgan davranışlarda bulunmuşlardır (212). Yaşları 10 ile 17 arasında olan 370 öğrenci (176 erkek ve 194 kız) incelenmiş ve saldırgan öğrencilerin saldırgan olmayan öğrencilere kıyasla narsisizm konusunda önemli ölçüde daha yüksek puan aldıkları gösterilmiş. 20 yıllık süreyi tarayan bir derleme incelendiğinde; 50.456 katılımcının olduğu 105 çalışma ve 118 bağımsız örnek (ortalama yaş 27,38 ve örneklemin %52,73 kadın) incelenmiş ve narsisizm puanlarının üç saldırganlık türüyle de (genel, proaktif, reaktif) pozitif ve orta düzeyde bir ilişki gösterdiğini tespit edilmiştir (213). Farklı çalışmalarda da narsisizmin gençleri agresif davranmaya yatkın hale getirdiğini öne sürülmüştür (214,215).

Tüm katılımcıları incelediğimizde benlik saygısı ile sözel saldırganlık ve nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık arasında pozitif bir ilişki bulduk. Erkeklerde benlik saygısının daha yüksek olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiş olup, erkeklerde saldırgan davranışların daha fazla olduğu bilinmektedir (216). Bizim çalışmamızın örnekleminin de sadece erkek bireylerden oluşması bu sonuca sebep olmuş olabilir.

Hasta grubunda ise benlik saygısı nesne ve hayvanlara yönelik saldırganlıkla negatif yönde anlamlı ilişkili bulunmuştur. Benlik saygısı azaldıkça kişiler kendilerini ifade etmek için yıkıcı davranışlara başvurabilir. Pek çok çalışma düşük benlik saygısını saldırgan davranışlarla ilişkilendirmiştir (65,217). Literatürde düşük benlik saygısının saldırganlık ile ilişkisinin olmadığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (171,212,218). Çocukların kendilerinin, ebeveynlerinin ve öğretmenlerinin görüşlerinin alındığı bir çalışmada benlik saygısı saldırganlıkla ilişkili bulunmamıştır (129).

Narsisizm, benlik saygısı, saldırganlık kavramları bir arada incelendiğinde çocuklarla yapılan çalışmalarda narsisizmin düşük benlik saygısı ile birleşerek saldırgan davranış veya düşünceleri öngördüğü bulunmuştur (219,220). Düşük benlik saygısının saldırganlık üzerindeki etkisini narsisizmden bağımsız olarak saptayan ve sağlıklı benlik saygısı ile narsisistik benlik algıları ayrıştırıldığında, düşük benlik saygısı ile saldırganlık arasındaki ilişkinin daha da güçlendiğini savunan araştırmacılar da vardır (217) Ayrıca narsisizmin, yüksek benlik saygısı ile birleştiğinde olağanüstü yüksek saldırganlığa yol açtığını gösteren çalışmalar da vardır (171,212).

Genç yetişkinlerle yapılan bir çalışmada düşük benlik saygısına sahip kişilerin öfke ve düşmanlık nedeniyle daha fazla reaktif saldırganlığa eğilimli olduğunu, yüksek narsisizm düzeylerine sahip kişilerin ise bir hedefe ulaşmak için kasıtlı, planlı saldırganlıkla hareket edebildiğini göstermektedir. Narsisizmdeki yüksek puanlar proaktif saldırganlıkla anlamlı bulunmuş fakat reaktif saldırganlıkla önemli ölçüde ilişkili bulunmamıştır (169). Benlik saygısı, saldırganlık ve narsisizmin aralarındaki ilişkiyi aydınlatmaya yönelik daha fazla çalışma ihtiyaç vardır.

Fenilketonürlü hastalarla yapılan bir çalışmada rosenberg benlik saygısı ölçeği ile GGA ölçeğinin alt ölçekleri olan duygusal sorunlar, davranış sorunları, akran sorunları, hiperaktivite ve toplam puanlarla negatif korelasyon gösterdiği bulunmuştur (221). Çalışmamızda da her iki grup birlikte değerlendirildiğinde benlik saygısı ve toplam güçlük puanları negatif yönde anlamlı korelasyon göstermiştir. Benlik saygısı tanım olarak, kişinin bir kişi olarak değerine ilişkin öznel değerlendirmesi olarak ele alınırsa (222); bu değerlendirmenin kişinin hayatındaki farklı alanları etkilemesi ve GGA ile irdelenen alanlarda bireyin zorluk yaşanması anlaşılabilir bir durumdur.

Son olarak, çalışmanın güçlü yanlarına baktığımızda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanıılı bireylerin, çocukluk ve ergenlik dönemindeki narsisistik özelliklerinin irdelendiğı nadir çalışmalardandır ve literatüre katkı sağlamaktadır. Çalışmanın kısıtlılıklarını ise kadın cinsiyetinin dahil edilmemiş olması ve kesitsel nitelikte olması olarak ifade edebiliriz.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

1. Hasta ve kontrol gruplarını Rosenberg çocuk benlik saygısı puanları açısından karşılaştırdığımızda kontrol grubunda çocuk benlik saygısı puanları anlamlı olarak daha fazladır.
2. Hasta grubunda çocuk narsisizm puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazladır.
3. Hasta grubunda GGA ebeveyn toplam güçlük puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazladır.
4. Çalışmamızda hasta grubunda saldırganlık ölçeği alt grupları (sözel saldırganlık, nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık, kışkırtılmış fiziksel saldırganlık, kışkırtılmadan gerçekleşen fiziksel saldırganlık) puanları kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazladır.
5. Çalışmamızdaki hasta grubunun Rosenberg çocuk benlik saygısı puanları ile çocuk narsisizm ölçeği puanları arasında pozitif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon saptandı.
6. Çalışmamızdaki hasta grubunun GGA ebeveyn toplam puanları ile saldırganlık ölçeği alt grupları (sözel saldırganlık, nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık) arasında pozitif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon saptandı.
7. Çalışmaya katılanların Rosenberg çocuk benlik saygısı puanlarıyla; saldırganlık ölçeği alt grup puanları (sözel saldırganlık, nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık) arasında negatif yönde orta derece anlamlı korelasyon saptanmıştır.
8. Çalışmamızdaki hasta grubunun Rosenberg çocuk benlik saygısı puanları ile çocuk narsisizm ölçeği puanları arasında pozitif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon saptandı.
9. Çalışmaya katılanların Rosenberg çocuk benlik saygısı puanlarıyla; saldırganlık ölçeği alt grup puanları (sözel saldırganlık, nesne-hayvanlara yönelik saldırganlık) arasında negatif yönde orta derece anlamlı korelasyon saptanmıştır.

10. Tüm katılımcıların çocuk narsisizm ölçeği puanları ile saldırganlık ölçeği alt gruplarından sözel saldırganlık ve kışkırtılmış fiziksel saldırganlık puanları arasında pozitif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon saptandı.

Sonuç olarak; DEHB tanısı ile takip edilen çocuk ve ergenlerin bir psikiyatrik tanısı olmayan çocuk ve ergenlere kıyasla daha düşük benlik saygısına, daha fazla narsisistik özelliklere ve daha fazla saldırganlık davranışına sahip olma ihtimali vardır. DEHB tanılı çocuklar; duygusal olarak, davranışsal olarak, akran ilişkilerinde ve sosyal hayatta daha fazla güçlük yaşayabilir. Narsisistik özelliklerin, kişinin hayatında bireysel ve ilişkisel alanlarda sorunlara yol açma riski göz önüne alındığında; DEHB’li çocuk ve ergenlerin hem tanının hem komorbiditelerin getirdiği davranış ve duygu düzenleme sorunlarının da eklenmesiyle işlevsellikleri daha da olumsuz etkilenebilir. DEHB’li çocuk ve ergenlerde saldırgan davranışlara sık rastlamaktayız fakat her DEHB’li çocuk ve ergen saldırgan davranışlar göstermez. DEHB’li çocuk ve ergenlerin psikiyatrik takiplerinde çocuklardaki narsisistik özelliklerin değerlendirilmesi ve bu alanda görüşmeler yapılması; çocuklardaki saldırgan davranışların azaltılmasına katkı sağlayabilir.

7. ÖZET

Bu çalışmada Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde; benlik saygısı, narsisistik belirtiler, saldırgan davranışlar ve ilişkili faktörlerin araştırılması planlanmıştır.

Bu amaçla Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı polikliniğinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısıyla takip edilen 9-14 yaş erkek hastalar ve herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan, daha önce psikiyatriye başvurmamış cinsiyet ve yaş olarak hasta grubuyla eşleştirilmiş sağlıklı gönüllülerden oluşan kontrol grubu çalışmaya dahil edildi. Çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özelliklerini tespit etmek için sosyodemografik veri formu, var olabilecek psikopatolojileri saptamak için; Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children–Present and Lifetime Version, K-SADS-PL] uygulandı. Ebeveynlere Güçler ve Güçlükler Anketi (Ebeveyn Formu), Çocuklar için Saldırganlık Ölçeği ailelere uygulanan Anne-Baba Formu (ÇSÖ-ABF), Narsistik Kişilik Envanteri, Turgay DEHB Belirti Tarama Ölçeği uygulandı. Çocuk ve ergenlere yönelik Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, Çocukluk Çağı Narsisizm Ölçeği kullanıldı.

Hasta ve kontrol grupları sosyodemografik veriler açısından anlamlı farklılık göstermedi. Hasta ve kontrol gruplarını benlik saygısı açısından karşılaştırdığımızda kontrol grubunun benlik saygısını anlamlı olarak daha yüksek bulduk. Hasta grubunun narsisistik özelliklerinin, kontrol grubundan anlamlı düzeyde daha fazla olduğunu saptadık. Hasta grubunun ebeveyn GGA toplam güçlük puanını kontrol grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulduk. Hasta grubunda saldırganlık davranışını silah kullanımı haricindeki tüm alt ölçeklerde kontrol grubundan anlamlı seviyede fazla bulduk. Hasta grubunun ebeveyn GGA toplam puanları ile rosenberg çocuk benlik saygısı puanları arasında negatif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon vardı. Çalışmamızdaki hasta grubunun rosenberg çocuk benlik saygısı puanları ile çocuk narsisizm ölçeği puanları arasında pozitif yönlü orta derecede anlamlı korelasyon saptandı.

Sonuç olarak; DEHB tanısı ile takip edilen çocuk ve ergenlerin bir psikiyatrik tanısı olmayan çocuk ve ergenlere kıyasla daha düşük benlik saygısına, daha fazla narsisistik özelliklere ve daha fazla saldırganlık davranışına sahip olma ihtimali vardır. DEHB tanılı çocuklar; duygusal olarak, davranışsal olarak, akran ilişkilerinde ve sosyal hayatta daha fazla güçlük yaşayabilir. Narsisistik özelliklerin, kişinin hayatında bireysel ve ilişkisel alanlarda sorunlara yol açma riski göz önüne alındığında; DEHB’li çocuk ve ergenlerin hem tanının hem komorbiditelerin getirdiği davranış ve duygu düzenleme sorunlarının da eklenmesiyle işlevsellikleri daha da olumsuz etkilenebilir. DEHB’li çocuk ve ergenlerde narsisistik özelliklerin saptanması saldırgan davranışların azaltılmasına katkı sağlayabilir.

Anahtar kelimeler: dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, narsisizm, saldırganlık, benlik saygısı

8.ABSTRACT

The study aims to investigate self-esteem, narcissistic traits, aggressive behaviors, and related factors in children and adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.

For this purpose, patients aged 9-14 years with a diagnosis of ADHD, who were followed up at the Child and Adolescent Psychiatry Clinic of Akdeniz University Medical Faculty Hospital, and a control group consisting of healthy volunteers matched by gender and age, who had no psychiatric diagnosis and had not previously sought psychiatric help, were included in the study.

To determine the sociodemographic characteristics of the children and adolescents, a sociodemographic data form was used. To identify any existing psychopathologies, the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children–Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) was administered. The Strengths and Difficulties Questionnaire (Parent Form), the Aggression Scale for Children (Parent Form), the Narcissistic Personality Inventory, and the Turgay ADHD Symptoms Screening Scale were administered to parents. The Rosenberg Self-Esteem Scale and the Childhood Narcissism Scale were used for the children and adolescents.

There were no significant sociodemographic differences between the patient and control groups. When comparing self-esteem between the patient and control groups, the control group had significantly higher self-esteem. The narcissistic traits of the patient group were found to be significantly higher than those of the control group. The total difficulty score of the parent-reported Strengths and Difficulties Questionnaire was significantly higher in the patient group compared to the control group. Aggressive behavior in the patient group was significantly higher than in the control group on all subscales except for weapon use. There was a moderately significant negative correlation between the parent-reported total Strengths and Difficulties Questionnaire scores and the Rosenberg Self-Esteem Scale scores in the patient group. A moderately significant positive correlation was found between the Rosenberg Self-Esteem Scale scores and the Childhood Narcissism Scale scores in the patient group.

In conclusion, children and adolescents with ADHD are likely to have lower self-esteem, more narcissistic traits, and more aggressive behaviors compared to those without a psychiatric diagnosis. Children with ADHD may experience more difficulties emotionally, behaviorally, in peer relationships, and in social life. Given the risk that narcissistic traits can lead to problems in individual and relational areas of a person's life, the functionality of children and adolescents with ADHD may be further negatively impacted by the behavioral and emotional regulation issues associated with both the diagnosis and comorbidities. Identifying narcissistic traits in children and adolescents with ADHD may contribute to reducing aggressive behaviors.

Keywords: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, narcissism, aggression, self-esteem

KAYNAKLAR

1. World Health Organization. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10): Version 2019. . 2019.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 2013.
3. Nilsen FM, Tolve NS. A systematic review and meta-analysis examining the interrelationships between chemical and non-chemical stressors and inherent characteristics in children with ADHD. *Environ Res.* 2020 Jan;180:108884.
4. Sayal K, Prasad V, Daley D, Ford T, Coghill D. ADHD in children and young people: prevalence, care pathways, and service provision. *Lancet Psychiatry.* 2018 Feb;5(2):175–86.
5. Posner J, Polanczyk G V, Sonuga-Barke E. Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet.* 2020 Feb;395(10222):450–62.
6. Krizan Z, Herlache AD. The Narcissism Spectrum Model: A Synthetic View of Narcissistic Personality. *Personality and Social Psychology Review.* 2018 Feb 27;22(1):3–31.
7. Barkley RA, Murphy KR, Dupaul GJ, Bush T. Driving in young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Knowledge, performance, adverse outcomes, and the role of executive functioning. *Journal of the International Neuropsychological Society.* 2002 Jul 14;8(5):655–72.
8. Pauletti RE, Menon M, Menon M, Tobin DD, Perry DG. Narcissism and Adjustment in Preadolescence. *Child Dev.* 2012 May 15;83(3):831–7.
9. Morf CC, Rhodewalt F. Unraveling the Paradoxes of Narcissism: A Dynamic Self-Regulatory Processing Model. *Psychol Inq.* 2001 Oct;12(4):177–96.
10. JENSEN PS, YOUNGSTROM EA, STEINER H, FINDLING RL, MEYER RE, MALONE RP, et al. Consensus Report on Impulsive Aggression as a Symptom Across Diagnostic Categories in Child Psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2007 Mar;46(3):309–22.

11. Bruchmüller K, Margraf J, Schneider S. Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria? Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *J Consult Clin Psychol.* 2012;80(1):128–38.
12. Dobson-Patterson R, O’Gorman JG, Chan RCK, Shum DHK. ADHD subtypes and neuropsychological performance in an adult sample. *Res Dev Disabil.* 2016 Aug;55:55–63.
13. Barkley RA PH. The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard’s description in 1775 of “Attention Deficit” (Mangel der Aufmerksamkeit, Attentio Volubilis). *J Atten Disord.* 2012;16(8):623–30.
14. Palmer ED, Finger S. An Early Description of ADHD (Inattentive Subtype): Dr Alexander Crichton and ‘Mental Restlessness’ (1798). *Child Psychol Psychiatry Review.* 2001 May 4;6(2):66–73.
15. The Goulstonian Lectures ON SOME ABNORMAL PSYCHICAL CONDITIONS IN CHILDREN. *The Lancet.* 1902 Apr;159(4104):1163–8.
16. Conners CK. Conners Continuous Performance Test 3rd edition™ (Conners CPT 3™), Conners Continuous Auditory Test of Attention (Conners CATATM) manual. . Canada: Multi-Health Systems Incorporated; 2015.
17. Efron D. Attention-deficit/hyperactivity disorder: The past 50 years. *J Paediatr Child Health.* 2015;51(1):69–73.
18. Kendell R. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. . *American Journal of Psychiatry.* 1980;137(12):1630–1.
19. DSM-III-R. 1000 Wilson Boulevard, Arlington, VA 22209: American Psychiatric Association; 1987.
20. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IVth edition (DSM–IV). Washington, DC.; 1994.
21. Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry.* 2019 Feb 2;18(1):3–19.

22. Bonvicini C; FSV; SC. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults: A systematic review and meta-analysis of genetic, pharmacogenetic and biochemical studies. Vol. 21. *Mol. Psychiatry*; 2016. 872–884 p.
23. Thapar A; CM; EO; LK. What have we learnt about the causes of ADHD? *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54:3–16.
24. Thapar A. Discoveries on the Genetics of ADHD in the 21st Century: New Findings and Their Implications. *American Journal of Psychiatry*. 2018 Oct;175(10):943–50.
25. Class QA, Rickert ME, Larsson H, Lichtenstein P, D’Onofrio BM. Fetal growth and psychiatric and socioeconomic problems: population-based sibling comparison. *British Journal of Psychiatry*. 2014 Nov 2;205(5):355–61.
26. KNOPIK VS, SPARROW EP, MADDEN PAF, BUCHOLZ KK, HUDZIAK JJ, REICH W, et al. Contributions of parental alcoholism, prenatal substance exposure, and genetic transmission to child ADHD risk: a female twin study. *Psychol Med*. 2005 May;35(5):625–35.
27. Sonuga-Barke EJS. The dual pathway model of AD/HD: an elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neurosci Biobehav Rev*. 2003 Nov;27(7):593–604.
28. FARAONE S V., BIEDERMAN J, MICK E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychol Med*. 2006 Feb 3;36(2):159–65.
29. Asherson P, Agnew-Blais J. Annual Research Review: Does late-onset attention-deficit/hyperactivity disorder exist? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019 Apr 7;60(4):333–52.
30. Faraone S V., Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder. *Nat Rev Dis Primers*. 2015 Aug 6;1(1):15020.
31. Asherson P. ADHD across the lifespan. *Medicine (Baltimore)*. 2016;40:623–7.
32. Loyer Carbonneau M, Demers M, Bigras M, Guay MC. Meta-Analysis of Sex Differences in ADHD Symptoms and Associated Cognitive Deficits. *J Atten Disord*. 2021 Oct 4;25(12):1640–56.

33. Barkley R. A. RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. . Guilford Press . 2014;
34. BAGWELL CL, MOLINA BSG, PELHAM WE, HOZA B. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder and Problems in Peer Relations: Predictions From Childhood to Adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2001 Nov;40(11):1285–92.
35. Hoza B, Mrug S, Gerdes AC, Hinshaw SP, Bukowski WM, Gold JA, et al. What Aspects of Peer Relationships Are Impaired in Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder? *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(3):411–23.
36. Semrud-Clikeman M. The Role of Inattention and Social Perception and Performance in Two Subtypes of ADHD. *Archives of Clinical Neuropsychology*. 2010 Dec 1;25(8):771–80.
37. Asherson P. Clinical assessment and treatment of attention deficit hyperactivity disorder in adults. *Expert Rev Neurother*. 2005 Jul 10;5(4):525–39.
38. Harvey E, Danforth JS, McKee TE, Ulaszek WR, Friedman JL. Parenting of children with Attention-Defecit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The role of parental ADHD symptomatology. *J Atten Disord*. 2003 Sep 26;7(1):31–42.
39. Pliszka S. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007 Jul;46(7):894–921.
40. NICE. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. . 2018.
41. Cortese S, Adamo N, Del Giovane C, Mohr-Jensen C, Hayes AJ, Carucci S, et al. Comparative efficacy and tolerability of medications for attention-deficit hyperactivity disorder in children, adolescents, and adults: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2018 Sep;5(9):727–38.
42. Posner J GLL. Attention-deficit/hyperactivity disorder In. *Clinical manual of child and adolescent psychopharmacology*. 2nd ed. McVoy M, Findling RL, editors. Arlington VA: American Psychiatric Association; 2013.
43. PLISZKA SR, CRISMON ML, HUGHES CW, CORNERS CK, EMSLIE GJ, JENSEN PS, et al. The Texas Children’s Medication Algorithm Project: Revision of the Algorithm for

- Pharmacotherapy of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Jun;45(6):642–57.
44. Elia J, Ungal G, Kao C, Ambrosini A, De Jesus-Rosario N, Larsen L, et al. Fasoracetam in adolescents with ADHD and glutamatergic gene network variants disrupting mGluR neurotransmitter signaling. *Nat Commun*. 2018 Jan 16;9(1):4.
 45. Whitehouse PJ. Paying attention to acetylcholine: the key to wisdom and quality of life? In 2004. p. 311–7.
 46. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Text Revision. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2022.
 47. Miller JD, Gentile B, Wilson L, Campbell WK. Grandiose and Vulnerable Narcissism and the *DSM–5* Pathological Personality Trait Model. *J Pers Assess*. 2013 May;95(3):284–90.
 48. Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism. . New York: NY: Rowman & Littlefield; 1975.
 49. Waelder R. The psychoses: Their mechanisms and accessibility to influence. *International Journal of Psychoanalysis*. 1925;6:259–81.
 50. Freud S. On narcissism: An introduction. London, England: Hogarth Press; 1955.
 51. Bosson JK, Lakey CE, Campbell WK, Zeigler-Hill V, Jordan CH, Kernis MH. Untangling the Links between Narcissism and Self-esteem: A Theoretical and Empirical Review. *Soc Personal Psychol Compass*. 2008 May 3;2(3):1415–39.
 52. Murray HA, McAdams DP. Explorations in Personality. Oxford University Press; 2007.
 53. Dorland WAN. The American Illustrated Medical Dictionary. 22. Edition. Philadelphia: Saunders Company; 1986.
 54. Ellis H. Auto-eroticism: a psychological study. Vol. 19. *Alienist and Neurologist*; 1898. 260–299 p.
 55. Rank O. A contribution to narcissism. Vol. 3. *Jarhbuch für Psychoanalytische und Psychopathologische Forshungen*; 1911. 401–426 p.

56. Freud S. On narcissism. In *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*. . Strachey J, editor. Vol. 14. Hogarth Press; 1914. 67–102 p.
57. Kenneth N. Levy, Ellison WD, Reynoso JS. A Historical Review of Narcissism and Narcissistic Personality. In: *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder*. Wiley; 2011. p. 1–13.
58. Horney K. *New Ways in Psychoanalysis*. Horton; 1939.
59. Winnicott D. Ego distortion in terms of true and false self. Reprinted (2018) In *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*. Routledge; 1960. 140–152 p.
60. Kohut H. *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. International Universities Press; 1971.
61. Kernberg O. *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. Yale University Press; 1984.
62. Cain N. PALM, AEB. Narcissism at the crossroads: Phenotypic description of pathological narcissism across clinical theory, social/personality psychology, and psychiatric diagnosis. *Clin Psychol Rev*. 2008;28:638–56.
63. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Text Revision)*. 4th edn. American Psychiatric Publishing; 2000.
64. Thomaes S, Brummelman E. Narcissism. In: *Developmental Psychopathology*. Wiley; 2016. p. 1–47.
65. Harter S. *Construction of the self: Developmental and sociocultural foundations*. New York: NY: Guilford.; 2012.
66. Barry CT, Kauten RL. Nonpathological and Pathological Narcissism: Which Self-Reported Characteristics Are Most Problematic in Adolescents? *J Pers Assess*. 2014 Mar 4;96(2):212–9.
67. Hewitt JMA, Kealy D. Pathological narcissism and psychological distress: The mediating effects of vitality, initiative, and mindfulness. *Pers Individ Dif*. 2022 Jan;184:111185.

68. Lee-Rowland LM, Lui JHL, Bortfeld D, Barry CT, Reiter S. Internalizing problems and their impact on the relation between callous-unemotional traits, narcissism, and aggression. *Aggress Behav.* 2020 May 8;46(3):278–86.
69. Russ E, Shedler J, Bradley R, Westen D. Refining the Construct of Narcissistic Personality Disorder: Diagnostic Criteria and Subtypes. *American Journal of Psychiatry.* 2008 Nov;165(11):1473–81.
70. Levy KN. Subtypes, Dimensions, Levels, and Mental States in Narcissism and Narcissistic Personality Disorder. *J Clin Psychol.* 2012 Aug 27;68(8):886–97.
71. Miller JD, Lynam DR, Hyatt CS, Campbell WK. Controversies in Narcissism. *Annu Rev Clin Psychol.* 2017 May 8;13(1):291–315.
72. Houlcroft L, Bore M, Munro D. Three faces of Narcissism. *Pers Individ Dif.* 2012 Aug;53(3):274–8.
73. Jauk E, Ulbrich L, Jorschick P, Höfler M, Kaufman SB, Kanske P. The nonlinear association between grandiose and vulnerable narcissism: An individual data meta-analysis. *J Pers.* 2022 Oct 27;90(5):703–26.
74. Pincus AL, Ansell EB, Pimentel CA, Cain NM, Wright AGC, Levy KN. Initial construction and validation of the Pathological Narcissism Inventory. *Psychol Assess.* 2009 Sep;21(3):365–79.
75. In J. Strachey (Ed.). On narcissism: An introduction. . In J. Strachey (Ed.) *T standard edition of the complete psychological works of SF, editor.* Vol. 14. London, England: Hogarth Press.; 1914. 73–102 p.
76. Brown NW. *The destructive narcissistic pattern.* . Westport, CT: Praeger; 1998.
77. Brummelman E, Thomaes S, Nelemans SA, Orobio de Castro B, Bushman BJ. My child is God’s gift to humanity: Development and validation of the Parental Overvaluation Scale (POS). *J Pers Soc Psychol.* 2015;108(4):665–79.
78. Coppola G, Musso P, Buonanno C, Semeraro C, Iacobellis B, Cassibba R, et al. The Apple of Daddy’s Eye: Parental Overvaluation Links the Narcissistic Traits of Father and Child. *Int J Environ Res Public Health.* 2020 Jul 30;17(15):5515.

79. Hill PL and LDK. Adaptive and maladaptive narcissism in adolescent development . In Narcissism and Machiavellianism in youth: Implications for the development of adaptive and maladaptive behavior. Barry CT, Kerig PK, Stellwagen KK, Barry TD, editors. Washington , DC: American Psychological Association; 2011. 89–106 p.
80. Thomaes S, Bushman BJ, Orobio de Castro B, Stegge H. What makes narcissists bloom? A framework for research on the etiology and development of narcissism. *Dev Psychopathol.* 2009 Nov 14;21(4):1233–47.
81. Schulze L, Dziobek I, Vater A, Heekeren HR, Bajbouj M, Renneberg B, et al. Gray matter abnormalities in patients with narcissistic personality disorder. *J Psychiatr Res.* 2013 Oct;47(10):1363–9.
82. Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. *American Journal of Psychiatry.* 1993 Dec;150(12):1826–31.
83. Luo YLL, Cai H. The Etiology of Narcissism: A Review of Behavioral Genetic Studies. In: *Handbook of Trait Narcissism.* Cham: Springer International Publishing; 2018. p. 149–56.
84. Afifi TO, Mather A, Boman J, Fleisher W, Enns MW, MacMillan H, et al. Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *J Psychiatr Res.* 2011 Jun;45(6):814–22.
85. Clemens V, Fegert JM, Allroggen M. Adverse childhood experiences and grandiose narcissism – Findings from a population-representative sample. *Child Abuse Negl.* 2022 May;127:105545.
86. Waxman R, Fenton MC, Skodol AE, Grant BF, Hasin D. Childhood maltreatment and personality disorders in the USA: Specificity of effects and the impact of gender. *Personal Ment Health.* 2014 Feb 29;8(1):30–41.
87. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The Prevalence of Personality Disorders in a Community Sample. *Arch Gen Psychiatry.* 2001 Jun 1;58(6):590.
88. Dhawan N, Kunik ME, Oldham J, Coverdale J. Prevalence and treatment of narcissistic personality disorder in the community: a systematic review. *Compr Psychiatry.* 2010 Jul;51(4):333–9.

89. Weinberg I, Ronningstam E. Dos and Don'ts in Treatments of Patients With Narcissistic Personality Disorder. *J Pers Disord*. 2020 Mar;34(Supplement):122–42.
90. Stinson FS, Dawson DA, Golstein RB, Chou P, Huang B, Smith SM, et al. Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Narcissistic Personality Disorder. *J Clin Psychiatry*. 2008 Jul 15;69(7):1033–45.
91. Yakeley J. Current understanding of narcissism and narcissistic personality disorder. *BJPsych Adv*. 2018 Sep 5;24(5):305–15.
92. Stoffers-Winterling J, Völlm B, Lieb K. Is pharmacotherapy useful for treating personality disorders? *Expert Opin Pharmacother*. 2021 Mar 4;22(4):393–5.
93. Akhtar S. *Broken structures: Severe personality disorders and their treatment*. Lanham, MD: Jason Aronson; 1992.
94. Messer SB, & AAA. Evidence-based psychodynamic therapy with personality disorders. Evidence-based treatment of personality dysfunction: Principles, methods, and process. In J. J. Magnavita. Washington, DC: American Psychological Association; 2010. 79–111 p.
95. Beck AT, & FAM. *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press; 1990.
96. Young JE, KJS, & WME. *Schema therapy: A practitioner's guide*. . New York: Guilford Press; 2003.
97. Diamond D, YFE, SB, & KOF. *Treating pathological narcissism with transference-focused psychotherapy*. Guilford Press.; 2022.
98. Batemen A, & FP. *Mentalization-based treatment for personality disorders: A practical guide*. Oxford, UK: Oxford University Press; 2016.
99. Yeomans FE, CJF, & KOF. *A primer for transference-focused therapy for borderline personality disorders*. Northvale, NJ: Jason Aronson; 2002.
100. Diamond D YFLK. Psychodynamic psychotherapy for narcissistic personality. In: *The Handbook of Narcissism and Narcissistic Personality Disorder: Theoretical Approaches, Empirical Findings, and Treatments*. 1st ed. Campbell WK, Miller JD, editors. Wiley, Hoboken ; 2011. 423 p.

101. Young JE. Cognitive therapy for personality disorders: A schema-focused approach. 3rd ed. Sarasota : Professional Resource; 1999.
102. Vinnars B, Barber JP, Norén K, Gallop R, Weinryb RM. Manualized Supportive-Expressive Psychotherapy Versus Nonmanualized Community-Delivered Psychodynamic Therapy for Patients With Personality Disorders: Bridging Efficacy and Effectiveness. *American Journal of Psychiatry*. 2005 Oct;162(10):1933–40.
103. Hinz LD. Filling the form: Expressive Therapies Continuum-guided treatment of narcissistic personality disorder. *J Clin Psychol*. 2024 Jan 4;
104. Silberschatz G. Transformative relationships: The control mastery theory of psychotherapy. Routledge Press; 2005.
105. Kealy D, Gazzillo F. Testing and treatment-by-attitude in psychotherapy for pathological narcissism: A clinical illustration. *J Clin Psychol*. 2024 Apr 27;80(4):795–808.
106. Günter M. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): An affect-processing and thought disorder? *Int J Psychoanal*. 2014 Feb 31;95(1):43–66.
107. Miller CJ, Flory JD, Miller SR, Harty SC, Newcorn JH, Helperin JM. Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and the Emergence of Personality Disorders in Adolescence. *J Clin Psychiatry*. 2008 Sep 30;69(9):1477–84.
108. Cumyn L, French L, Hechtman L. Comorbidity in Adults with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 2009 Oct 1;54(10):673–83.
109. Muratori P, Milone A, Brovedani P, Levantini V, Melli G, Pisano S, et al. Narcissistic traits and self-esteem in children: Results from a community and a clinical sample of patients with oppositional defiant disorder. *J Affect Disord*. 2018 Dec;241:275–81.
110. Kernberg OF, Yeomans FE. Borderline personality disorder, bipolar disorder, depression, attention deficit/hyperactivity disorder, and narcissistic personality disorder: Practical differential diagnosis. *Bull Menninger Clin*. 2013 Mar;77(1):1–22.
111. Donnellan MB, TKH, & RRW. Selfesteem: Enduring issues and controversies. *The Wiley-Blackwell handbook of individual differences*. . T. Chamorro-Premuzic, S. von

- Stumm, A. Furnham, editors. Chichester, United Kingdom: Wiley-Blackwell; 2011. 718–746 p.
112. Mazzone L, Postorino V, Reale L, Guarnera M, Mannino V, Armando M, et al. Self-Esteem Evaluation in Children and Adolescents Suffering from ADHD. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*. 2013 Jul 11;9(1):96–102.
 113. Green J, Liem GAD, Martin AJ, Colmar S, Marsh HW, McInerney D. Academic motivation, self-concept, engagement, and performance in high school: Key processes from a longitudinal perspective. *J Adolesc*. 2012 Oct 27;35(5):1111–22.
 114. Swann WB, Chang-Schneider C, Larsen McClarty K. Do people's self-views matter? Self-concept and self-esteem in everyday life. *American Psychologist*. 2007;62(2):84–94.
 115. Covington MV. Self-esteem and failure in school: Analysis and policy implications. The social importance of self-esteem. . Mecca AM, Smelser NJ, Vasconcellos J, editors. University of California Press.; 1989. 72–124 p.
 116. Orth U. The family environment in early childhood has a long-term effect on self-esteem: A longitudinal study from birth to age 27 years. *J Pers Soc Psychol*. 2018 Apr;114(4):637–55.
 117. Wagner J, Lüdtke O, Robitzsch A, Göllner R, Trautwein U. Self-esteem development in the school context: The roles of intrapersonal and interpersonal social predictors. *J Pers*. 2018 Jun 4;86(3):481–97.
 118. Leary MR, Tambor ES, Terdal SK, Downs DL. Self-esteem as an interpersonal monitor: The sociometer hypothesis. *J Pers Soc Psychol*. 1995 Mar;68(3):518–30.
 119. Madon S, SA, JL, RDW, EJ, PP,. Am I as you see me or do you see me as I am? Self-fulfilling prophecy and self-verification. . Vol. 27. *Personality and Social Psychology Bulletin*; 2001. 1214–1224 p.
 120. Zeigler-Hill V, Besser A, Myers EM, Southard AC, Malkin ML. The Status-Signaling Property of Self-Esteem: The Role of Self-Reported Self-Esteem and Perceived Self-Esteem in Personality Judgments. *J Pers*. 2013 Apr 5;81(2):209–20.

121. Shrauger JS, Schoeneman TJ. Symbolic interactionist view of self-concept: Through the looking glass darkly. *Psychol Bull.* 1979 May;86(3):549–73.
122. Yeung KT, Martin JL. The Looking Glass Self: An Empirical Test and Elaboration. *Social Forces.* 2003 Mar 1;81(3):843–79.
123. Ainsworth M. The development of infant-mother attachment. Review of child development research. 3rd ed. B. Caldwell, H. Ricciati, editors. Chicago, IL: University of Chicago Press.; 1973. 1–94 p.
124. Thompson R. The development of the person: Social understanding, relationships, self, conscience. *Handbook of child psychology.* . 3rd ed. W. Damon, R. M. Lerner, editors. New York, NY: Wiley; 2006. 24–98 p.
125. Murray SL, Holmes JG, Collins NL. Optimizing assurance: The risk regulation system in relationships. *Psychol Bull.* 2006 Sep;132(5):641–66.
126. Baumeister RF, Vohs KD. Revisiting Our Reappraisal of the (Surprisingly Few) Benefits of High Self-Esteem. *Perspectives on Psychological Science.* 2018 Mar 29;13(2):137–40.
127. Orth U, Robins RW. The Development of Self-Esteem. *Curr Dir Psychol Sci.* 2014 Oct 15;23(5):381–7.
128. Rosenberg M. Society and the adolescent self-image. Princeton, NJ: Princeton University Press.; 1965.
129. Hiemstra W, Verhulp EE, Thomaes S, Orobio de Castro B. Self-views and aggression in boys referred for disruptive behavior problems: self-esteem, narcissism, and their interaction. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2020 Mar 31;29(3):343–51.
130. Ackerman RA, Witt EA, Donnellan MB, Trzesniewski KH, Robins RW, Kashy DA. What Does the Narcissistic Personality Inventory Really Measure? *Assessment.* 2011 Mar 27;18(1):67–87.
131. Leckelt M, Küfner ACP, Nestler S, Back MD. Behavioral processes underlying the decline of narcissists' popularity over time. *J Pers Soc Psychol.* 2015;109(5):856–71.

132. Trzesniewski KH, Donnellan MB, Moffitt TE, Robins RW, Poulton R, Caspi A. Low self-esteem during adolescence predicts poor health, criminal behavior, and limited economic prospects during adulthood. *Dev Psychol.* 2006 Mar;42(2):381–90.
133. Barry CT, Frick PJ, Killian AL. The Relation of Narcissism and Self-Esteem to Conduct Problems in Children: A Preliminary Investigation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology.* 2003 Feb 1;32(1):139–52.
134. Twenge JM, Foster JD. Birth Cohort Increases in Narcissistic Personality Traits Among American College Students, 1982–2009. *Soc Psychol Personal Sci.* 2010 Jan 1;1(1):99–106.
135. Harpin V, Mazzone L, Raynaud JP, Kahle J, Hodgkins P. Long-Term Outcomes of ADHD. *J Atten Disord.* 2016 Apr 22;20(4):295–305.
136. Uçar HN, Eray Ş, Vural AP, Kocael Ö. Perceived Family Climate and Self-Esteem in Adolescents With ADHD: A Study With a Control Group. *J Atten Disord.* 2020 Jun 27;24(8):1132–40.
137. Sürig L, Kerbage H, Courtabessis E, Diaz E, Visier A, Fongaro E, et al. Attention deficit hyperactivity disorder, self-esteem and the impact of treatments. *Encephale.* 2024 Feb;
138. FRANKEL F, CANTWELL DP, MYATT R, FEINBERG DT. Do Stimulants Improve Self-Esteem in Children with ADHD and Peer Problems? *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 1999 Jan;9(3):185–94.
139. MATZA LSPHd; RAMMSPH; SKPhD; SARMS, PhD; RDAPhD; MDMD; STMD; NJHMD; KCJMD. The Link Between Health-Related Quality of Life and Clinical Symptoms Among Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. . *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics.* 2004 Jun;25(3):166–74.
140. Hoza B, Pelham WE, Dobbs J, Owens JS, Pillow DR. Do boys with attention-deficit/hyperactivity disorder have positive illusory self-concepts? *J Abnorm Psychol.* 2002 May;111(2):268–78.
141. Molavi P, Nadermohammadi M, Salvat Ghojehbeiglou H, Vicario CM, Nitsche MA, Salehinejad MA. ADHD subtype-specific cognitive correlates and association with self-esteem: a quantitative difference. *BMC Psychiatry.* 2020 Dec 12;20(1):502.

142. Edbom T, Lichtenstein P, Granlund M, Larsson J. Long-term relationships between symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder and self-esteem in a prospective longitudinal study of twins. *Acta Paediatr.* 2006 Jun 2;95(6):650–7.
143. Ghanizadeh A, Haghighi HB. How do ADHD children perceive their cognitive, affective, and behavioral aspects of anger expression in school setting? *Child Adolesc Psychiatry Ment Health.* 2010 Dec 25;4(1):4.
144. Connor DF. *Aggression and Antisocial Behavior in Children and Adolescents: Research and Treatment* . New York, NY; 2002.
145. Bambauer KZ, Connor DF. Characteristics of Aggression in Clinically Referred Children. *CNS Spectr.* 2005 Sep 7;10(9):709–18.
146. Ostrov JM, BMSJ, PKJ, & KDKE. Definitions—The form and function of relational aggression. The development of relational aggression. S. M. Coyne, J. M. Ostrov, editors. Oxford University Press; 2018. 13–28 p.
147. Renouf A, Brendgen M, Parent S, Vitaro F, David Zelazo P, Boivin M, et al. Relations between Theory of Mind and Indirect and Physical Aggression in Kindergarten: Evidence of the Moderating Role of Prosocial Behaviors. *Social Development.* 2010 Aug 15;19(3):535–55.
148. Bunford N, Evans SW, Becker SP, Langberg JM. Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Social Skills in Youth: A Moderated Mediation Model of Emotion Dysregulation and Depression. *J Abnorm Child Psychol.* 2015 Feb 20;43(2):283–96.
149. D’Ambrogio T, Speranza M. Approche psychopharmacologique des troubles du comportement chez l’enfant et l’adolescent. *Neuropsychiatr Enfance Adolesc.* 2012 Jan;60(1):52–61.
150. Besemer S, Ahmad SI, Hinshaw SP, Farrington DP. A systematic review and meta-analysis of the intergenerational transmission of criminal behavior. *Aggress Violent Behav.* 2017 Nov;37:161–78.
151. Pappa I, St Pourcain B, Benke K, Cavadino A, Hakulinen C, Nivard MG, et al. A genome-wide approach to children’s aggressive behavior: *The EAGLE consortium*. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics.* 2016 Jul 18;171(5):562–72.

152. Veroude K, Zhang-James Y, Fernández-Castillo N, Bakker MJ, Cormand B, Faraone S V. Genetics of aggressive behavior: An overview. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2016 Jan 8;171(1):3–43.
153. Waltes R, Chiocchetti AG, Freitag CM. The neurobiological basis of human aggression: A review on genetic and epigenetic mechanisms. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*. 2016 Jul 22;171(5):650–75.
154. McCracken JT, McGough J, Shah B, Cronin P, Hong D, Aman MG, et al. Risperidone in Children with Autism and Serious Behavioral Problems. *New England Journal of Medicine*. 2002 Aug;347(5):314–21.
155. Provençal N, Booij L, Tremblay RE. The developmental origins of chronic physical aggression: biological pathways triggered by early life adversity. *Journal of Experimental Biology*. 2015 Jan 1;218(1):123–33.
156. Hamshire ML, Langley K, Martin J, Agha SS, Stergiakouli E, Anney RJL, et al. High Loading of Polygenic Risk for ADHD in Children With Comorbid Aggression. *American Journal of Psychiatry*. 2013 Aug;170(8):909–16.
157. Murray AL, Booth T, Obsuth I, Zirk-Sadowski J, Eisner M, Ribeaud D. Testing the exacerbation and attenuation hypotheses of the role of anxiety in the relation between ADHD and reactive/proactive aggression: A 10-year longitudinal study. *Psychiatry Res*. 2018 Nov;269:585–92.
158. Bartels M, Hendriks A, Mauri M, Krapohl E, Whipp A, Bolhuis K, et al. Childhood aggression and the co-occurrence of behavioural and emotional problems: results across ages 3–16 years from multiple raters in six cohorts in the EU-ACTION project. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2018 Sep 29;27(9):1105–21.
159. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2014 Mar;171(3):276–93.
160. Qian Y, Chang W, He X, Yang L, Liu L, Ma Q, et al. Emotional dysregulation of ADHD in childhood predicts poor early-adulthood outcomes: A prospective follow up study. *Res Dev Disabil*. 2016 Dec;59:428–36.
161. Shaw P, Stringaris A, Nigg J, Leibenluft E. Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal of Psychiatry*. 2014 Mar;171(3):276–93.

162. Faraone S V., Rostain AL, Blader J, Busch B, Childress AC, Connor DF, et al. Practitioner Review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder – implications for clinical recognition and intervention. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019 Feb 6;60(2):133–50.
163. Thompson RA. Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monogr Soc Res Child Dev*. 1994;59(2/3):25.
164. Melnick SM, Hinshaw SP. Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys : Linkages with social behaviors and peer preference. *J Abnorm Child Psychol*. 2000;28(1):73–86.
165. Walerius DM, Reyes RA, Rosen PJ, Factor PI. Functional Impairment Variability in Children With ADHD Due to Emotional Impulsivity. *J Atten Disord*. 2018 Jun 17;22(8):724–37.
166. Vidal-Ribas P, Brotman MA, Valdivieso I, Leibenluft E, Stringaris A. The Status of Irritability in Psychiatry: A Conceptual and Quantitative Review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016 Jul;55(7):556–70.
167. Spring LM, Schwartz JE, Carlson GA. Stimulant Medication Shortens the Duration of Impairing Emotional Outbursts. *JAACAP Open*. 2024 Jan;
168. Kjærvi SL, Bushman BJ. The link between narcissism and aggression: A meta-analytic review. *Psychol Bull*. 2021 May;147(5):477–503.
169. Amad S, Gray NS, Snowden RJ. Self-Esteem, Narcissism, and Aggression: Different Types of Self-Esteem Predict Different Types of Aggression. *J Interpers Violence*. 2021 Dec 17;36(23–24):NP13296–313.
170. Bryce CJC, Skvarc DR, King RM, Hyder S. Don't set me off—grandiose and vulnerable dimensions of narcissism are associated with different forms of aggression: A multivariate regression analysis. *Current Psychology*. 2023 Apr 22;42(12):10177–85.
171. Bushman BJ, Baumeister RF, Thomaes S, Ryu E, Begeer S, West SG. Looking Again, and Harder, for a Link Between Low Self-Esteem and Aggression. *J Pers*. 2009 Apr 5;77(2):427–46.

172. Thomaes S, Stegge H, Bushman BJ, Olthof T, Denissen J. Development and Validation of the Childhood Narcissism Scale. *J Pers Assess*. 2008 Jun 26;90(4):382–91.
173. Krizan Z, Herlache AD. The Narcissism Spectrum Model: A Synthetic View of Narcissistic Personality. *Personality and Social Psychology Review*. 2018 Feb 27;22(1):3–31.
174. Miller JD, Lynam DR, Hyatt CS, Campbell WK. Controversies in Narcissism. *Annu Rev Clin Psychol*. 2017 May 8;13(1):291–315.
175. Derry KL, Ohan JL, Bayliss DM. Fearing Failure: Grandiose Narcissism, Vulnerable Narcissism, and Emotional Reactivity in Children. *Child Dev*. 2020 May 4;91(3).
176. Bukowski WM, Schwartzman A, Santo J, Bagwell C, Adams R. Reactivity and distortions in the self: Narcissism, types of aggression, and the functioning of the hypothalamic–pituitary–adrenal axis during early adolescence. *Dev Psychopathol*. 2009 Nov 14;21(4):1249–62.
177. Barry CT, Kauten RL. Nonpathological and Pathological Narcissism: Which Self-Reported Characteristics Are Most Problematic in Adolescents? *J Pers Assess*. 2014 Mar 4;96(2):212–9.
178. Barry CT, Loflin DC, Doucette H. Adolescent self-compassion: Associations with narcissism, self-esteem, aggression, and internalizing symptoms in at-risk males. *Pers Individ Dif*. 2015 Apr;77:118–23.
179. Shafiq S, Pringsheim T. Using antipsychotics for behavioral problems in children. *Expert Opin Pharmacother*. 2018 Sep 2;19(13):1475–88.
180. Furlong M, McGilloway S, Bywater T, Hutchings J, Smith SM, Donnelly M. Behavioural and cognitive-behavioural group-based parenting programmes for early-onset conduct problems in children aged 3 to 12 years. *Campbell Systematic Reviews*. 2012 Jan;8(1):1–239.
181. Sukhodolsky DG, Kassinove H, Gorman BS. Cognitive-behavioral therapy for anger in children and adolescents: a meta-analysis. *Aggress Violent Behav*. 2004 May;9(3):247–69.

182. Battagliese G, Caccetta M, Luppino OI, Baglioni C, Cardi V, Mancini F, et al. Cognitive-behavioral therapy for externalizing disorders: A meta-analysis of treatment effectiveness. *Behaviour Research and Therapy*. 2015 Dec;75:60–71.
183. Gurnani T, Ivanov I, Newcorn JH. Pharmacotherapy of Aggression in Child and Adolescent Psychiatric Disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2016 Feb;26(1):65–73.
184. Tourian L LABJCDGMLR et al. Treatment options for the cardinal symptoms of disruptive mood dysregulation disorder. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry = Journal de l'Academie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*. 2015;24(1):41–54.
185. 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. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997 Jul;36(7):980–8.
186. Gökler B, et al. „ Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2004;
187. Turgay A. Çocuk ve ergenlerde davranım bozuklukları için DSM-IV'e dayalı tarama ve değerlendirme ölçeği (Yayınlanmamış ölçek). . Integrative Therapy Institute; 1995.
188. ES ERCAN. Development of a test battery for the assessment of attention deficit hyperactivity disorder. *Turk J Child Adolesc Psychiatry*. 2001;8:132–44.
189. Goodman R. The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1997 Jul 7;38(5):581–6.
190. Güvenir T et al. Güçler ve güçlükler anketi'nin (gga) Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 2008;15.2:65–74.
191. Ercan E, EES, AAÜ ve US. Çocuklar için Saldırganlık Ölçeği Anne-Baba Formu:Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. . *Anadolu Psikiyatri Derg*. 2016;17(Ek1):77–84.
192. Raskin R, & HCS. A narcissistic personality inventory. *J Pers Assess*. 1979;43(3):308–16.

193. Emmons RA. Factor analysis of the Narcissistic Personality Inventory. . J Pers Soc Psychol. 1984;46(5):291–300.
194. Emmons RA. Narcissism and the use of self-report measures. J Pers Soc Psychol. 1987;53(3):11–7.
195. Raskin R, Terry H. A principal-components analysis of the Narcissistic Personality Inventory and further evidence of its construct validity. J Pers Soc Psychol. 1988 May;54(5):891–4.
196. Ames DR, Rose P, Anderson PC. The NPI-16 as a Short Measure of Narcissism. J Res Pers. 2006;40:440–50.
197. Atay S. NARSİSTİK KİŞİLİK ENVANTERİ’NİN TÜRKÇE’YE STANDARDİZASYONU. Gazi Üniversitesi İktisadi Ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi,. 2009;11(1):181–96.
198. Çuhadaroğlu F. Adölesanlarda Benlik Saygısı. Yayımlanmamış Uzmanlık Tezi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. [Ankara]; 1986.
199. Şahin M, AA, & GM. ÇOCUKLUK ÇAĞI NARSİSİZM ÖLÇEĞİ: GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI. Dicle Üniversitesi Ziya Gökalp Eğitim Fakültesi Dergisi. 2015;(24):203–15.
200. Smith SD, Lynch RJ, Stephens HF, Kistner JA. Self-perceptions and their Prediction of Aggression in Male Juvenile Offenders. Child Psychiatry Hum Dev. 2015 Aug 4;46(4):609–21.
201. Irastorza Eguskiza LJ, Bellón JM, Mora M. Comorbidity of personality disorders and attention-deficit hyperactivity disorder in adults. Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition). 2018 Jul;11(3):151–5.
202. Duarte M, Blay M, Hasler R, Pham E, Nicastro R, Jan M, et al. Adult ADHD and pathological narcissism: A retrospective-analysis. J Psychiatr Res. 2024 Jun;174:245–53.
203. Izmir SBI. Internet use and aggression in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. Dusunen Adam: The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences. 2020;
204. Connor DF, Chartier KG, Preen EC, Kaplan RF. Impulsive Aggression in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Symptom Severity, Co-Morbidity, and Attention-

- Deficit/Hyperactivity Disorder Subtype. *J Child Adolesc Psychopharmacol*. 2010 Apr;20(2):119–26.
205. Becker A, Steinhausen HC, Baldursson G, Dalsgaard S, Lorenzo MJ, Ralston** SJ, et al. Psychopathological screening of children with ADHD: Strengths and Difficulties Questionnaire in a pan-European study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2006 Dec;15(S1):i56–62.
 206. Brummelman E, Thomaes S, Nelemans SA, Orobio de Castro B, Overbeek G, Bushman BJ. Origins of narcissism in children. *Proceedings of the National Academy of Sciences*. 2015 Mar 24;112(12):3659–62.
 207. Huxley E, Bizumic B. Parental Invalidation and the Development of Narcissism. *J Psychol*. 2017 Feb 17;151(2):130–47.
 208. Barry TD, Thompson A, Barry CT, Lochman JE, Adler K, Hill K. The importance of narcissism in predicting proactive and reactive aggression in moderately to highly aggressive children. *Aggress Behav*. 2007 May 9;33(3):185–97.
 209. Rohmann E, Marie Winkler S, Ozimek P, Bierhoff HW. Are narcissists trolls? A cross-sectional study about aggression, trolling behavior, narcissism, and the moderating role of self-esteem. *Telematics and Informatics*. 2024 Jun;90:102122.
 210. Jung J, Rentzsch K, Schröder-Abé M. The development and correlated change of narcissism and self-esteem in adulthood. *Eur J Pers*. 2024 Jan 22;38(1):85–98.
 211. Washburn JJ, McMahon SD, King CA, Reinecke MA, Silver C. Narcissistic Features in Young Adolescents: Relations to Aggression and Internalizing Symptoms. *J Youth Adolesc*. 2004 Jun;33(3):247–60.
 212. Thomaes S, Bushman BJ, Stegge H, Olthof T. Trumping Shame by Blasts of Noise: Narcissism, Self-Esteem, Shame, and Aggression in Young Adolescents. *Child Dev*. 2008 Nov 18;79(6):1792–801.
 213. Du T V., Miller JD, Lynam DR. The relation between narcissism and aggression: A meta-analysis. *J Pers*. 2022 Aug;90(4):574–94.
 214. Thomaes S, Brummelman E, Sedikides C. Narcissism: A Social-Developmental Perspective. In: *The SAGE Handbook of Personality and Individual Differences*:

Volume III: Applications of Personality and Individual Differences. 1 Oliver's Yard, 55 City Road London EC1Y 1SP : SAGE Publications Ltd; 2018. p. 377–94.

215. Barry CT, Frick PJ, Killian AL. The Relation of Narcissism and Self-Esteem to Conduct Problems in Children: A Preliminary Investigation. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 2003 Feb;32(1):139–52.
216. Bleidorn W et al. "Age and gender differences in self-esteem—A cross-cultural window." *J Pers Soc Psychol*. 2016;111.3:396.
217. Donnellan MB, Trzesniewski KH, Robins RW, Moffitt TE, Caspi A. Low Self-Esteem Is Related to Aggression, Antisocial Behavior, and Delinquency. *Psychol Sci*. 2005 Apr 6;16(4):328–35.
218. Ang RP, Yusof N. The relationship between aggression, narcissism, and self-esteem in Asian children and adolescents. *Current Psychology*. 2005 Jun;24(2):113–22.
219. Barry CT, PJF and ALKillian. The relation of narcissism and self-esteem to conduct problems in children: A preliminary investigation. Vol. 32.1. *Journal of clinical child and adolescent psychology*; 2003. 139–152 p.
220. Harter S. The self. In W. Damon & R. M. Lerner (Series Eds.) & N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3. Social, emotional, and personality development*. 6th ed. Vol. 3. Hoboken NJ: Wiley; 2006. 505–570 p.
221. Demirel D, Sivri S. The struggle that is phenylketonuria: What do the patients and caregivers suffer from. *Medicine*. 2024 Jun 21;103(25):e38678.
222. Donnellan MB, Trzesniewski KH, Robins RW. Measures of Self-Esteem. In: *Measures of Personality and Social Psychological Constructs*. Elsevier; 2015. p. 131–57.

EK 1: SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Adı-soyadı:

Cinsiyeti:

Yaşı:

Okul durumu (sınıfı):

Anne yaş, meslek:

Anne eğitim durumu:

1) İlkokul ve altı

2) Ortaokul/Lise

3) Lisans ve Yüksek lisans

Baba yaş, meslek:

Baba eğitim durumu:

1) İlkokul ve altı

2) Ortaokul/Lise

3) Lisans ve Yüksek lisans

Kardeş sayısı:

Kaçıncı çocuk:

Aile durumu

1) Anne baba beraber

2) Parçalanmış

3) Anne veya baba vefat etmiş

Doğum kilosu:

Doğum şekli: NSVY-C/S

Doğum haftası:

1) Prematüre

2) Miad

Doğum komplikasyonu:

Boy:

Kilo:

EK 2: Turgay DEHB Belirti Tarama Ölçeği



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.

ADHD FORMU

Doküman Kodu:PS.FR.52	Yayın Tarihi:16.04.2008	Revizyon Tarihi:04.10.2022	Revizyon No:03	Sayfa No/Sayısı:1/5
-----------------------	-------------------------	----------------------------	----------------	---------------------

ÇOCUĞUN ADI SOYADI :

FORMU DOLDURAN KİŞİ :

ÇOCUKLARA YAKINLIĞI :

TARİH : / / 200...

1.BÖLÜM

A.DIKKATSİZLİK

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

1A bölümünde karşılanan ölçüt sayısı...../ 9
1A bölümünden alınan toplam puan...../ 27

B. AŞIRI HAREKETLİLİK - DÜRTÜSELLİK

AŞIRI HAREKETLİLİK



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

DÜRTÜSELLİK

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



1B bölümünde karşılanan ölçüt sayısı / 9

1B bölümünden alınan toplam puan..... / 27

1A ve 1B bölümlerinde karşılanan toplam ölçüt sayısı / 18

Bölüm 1A ve 1B'nin toplam puanı / 54

III.BÖLÜM

A. İnsanlara ve hayvanlara Karşı Saldırganlık

+ Sorun	Sorunun Derecesi			
	Yok	Biraz	Fazla	Çok Fazla
27- Kabadayılık eder, tehdit eder ya da gözdağı verir.	0	1	2	3
28- Kavga dövüş başlatır.	0	1	2	3
29- Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa, taş, kırık şişe, bıçak, tabanca vb.) kullanır.	0	1	2	3
30- İnsanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
31- Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.	0	1	2	3
32- Başkalarının gözü önünde hırsızlık (saldırarak soygun, çanta kapıp kaçma, tehditle soyma, silahlı soygun) yapar.	0	1	2	3
33- Başka birisini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.	0	1	2	3
B. Mala zarar verme				
34- Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.	0	1	2	3
35- Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir (yangın çıkarma dışında).	0	1	2	3
C. Dolandırıcılık ya da hırsızlık				
36- Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.	0	1	2	3
37- Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluklarından kaçmak için yalan söyler (başkalarını atlatır).	0	1	2	3
38- Hiçkimse görmeden değerli şeyler çalar (mağazalardan mal çalma, sahtekarlık).	0	1	2	3



**D. Kuralları ciddi biçimde bozma**

39- 13 yaşından öncesinden başlayarak, ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir. 0 1 2 3

40- Anne babasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken en az iki kez geceleyin evden kaçtı (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez). 0 1 2 3

41- 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçır. 0 1 2 3



III. Bölümde karşılanan toplam ölçüt sayısı / 15

III. Bölümden alınan toplam puan / 45

I, II ve III. Bölümlerde karşılanan toplam ölçüt sayısı / 41

Her üç bölümden alınan toplam puan / 123

EK 3: ÇOCUKLAR İÇİN ROSENBERG BENLİK SAYGISI ÖLÇEĞİ

Çocuklar İçin Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

1. Kendimden memnunum.	Çok Doğru ()	Doğru ()	Doğru Değil ()	Kesinlikle Doğru Değil ()
2. Bazen tamamen değersiz olduğumu düşünüyorum.	Çok Doğru ()	Doğru ()	Doğru Değil ()	Kesinlikle Doğru Değil ()
3. Birçok iyi yönüm var.	Çok Doğru ()	Doğru ()	Doğru Değil ()	Kesinlikle Doğru Değil ()
4. Diğer birçok çocuğun yapabildiği şeyleri ben de yapabilirim.	Çok Doğru ()	Doğru ()	Doğru Değil ()	Kesinlikle Doğru Değil ()
5. Gurur duyacağım pek bir şeyim yok.	Çok Doğru ()	Doğru ()	Doğru Değil ()	Kesinlikle Doğru Değil ()
6. Bazen kendimi işe yaramaz hissediyorum.	Çok Doğru ()	Doğru ()	Doğru Değil ()	Kesinlikle Doğru Değil ()
7. Diğer herkes kadar değerli olduğumu hissediyorum.	Çok Doğru ()	Doğru ()	Doğru Değil ()	Kesinlikle Doğru Değil ()
8. Keşke kendimi daha fazla önemseyeydim.	Çok Doğru ()	Doğru ()	Doğru Değil ()	Kesinlikle Doğru Değil ()
9. Sık sık başarısız olduğumu hissediyorum.	Çok Doğru ()	Doğru ()	Doğru Değil ()	Kesinlikle Doğru Değil ()
10. Kendimle ilgili iyi şeyler hissediyorum.	Çok Doğru ()	Doğru ()	Doğru Değil ()	Kesinlikle Doğru Değil ()

EK 4: ÇOCUKLUK ÇAĞI NARSİZİZM ÖLÇEĞİ

Ek: Çocukluk Çağı Narsisizm Ölçeği

Lütfen aşağıdaki ifadeleri okuduktan sonra kendinizi değerlendirip sizin için en uygun seçeneği işaretleyiniz. Her ifadeye mutlaka TEK yanıt veriniz ve kesinlikle BOŞ bırakmayınız.					
Her sorunun karşısında bulunan (0)Hiç Doğru değil (1) Çok Da Doğru Değil (2) Oldukça Doğru (3) Kesinlikle Doğru anlamına gelmektedir.					
1	Göz önünde olmanın önemli olduğunu düşünürüm.	0	1	2	3
2	Ben gibi olan çocuklar daha fazlasını hak eder.	0	1	2	3
3	Sınıfımızda ben olmazsam sınıfımız daha az eğlenceli olurdu.	0	1	2	3
4	Diğer çocuklar çoğu zaman aslında benim hakettiğim övgüyü alırlar.	0	1	2	3
5	Yapabildiklerimi başkalarına göstermekten hoşlanırım.	0	1	2	3
6	İnsanları kendi inandıklarına ikna etmede iyiyimdir.	0	1	2	3
7	Çok özel bir insanım.	0	1	2	3
8	Ben diğer çocuklar için mükemmel örneğim.	0	1	2	3
9	Övgü almayı sık sık başarıyorum.	0	1	2	3
10	Çok fazla iyi olduğumu düşünmekten hoşlanırım.	0	1	2	3

EK 5: ÇOCUKLAR İÇİN SALDIRGANLIK ÖLÇEĞİ ANNE BABA FORMU

EBEVEYN DEĞERLENDİRME FORMU

Çocuğun İsmi: _____
 Doğum Tarihi ____/____/____ Kardeş Sayısı: ____
 Okulu: _____ Yaşı: ____ Sınıfı: ____
 Cinsiyeti: Erkek _____ Kız _____
 Formu Dolduranın Adı Soyadı: _____
 Çocukla Yakınlığı: _____
 Formun Doldurulduğu Tarih: ____/____/____

Lütfen her soruyu dikkatlice okuyunuz. Daha sonra geçen yıl boyunca çocuğunuzun her davranışı ne sıklıkla gösterdiğini en iyi tanımlayan ifadeyi işaretleyiniz. Her soru için yalnız bir işaretleme yapınız. Her soruyu cevapladığınızdan emin olunuz.

Eğer çocuğunuz geçen yıl boyunca hiçbir zaman o davranışı göstermemişse **0**'ı işaretleyiniz.

Eğer çocuğunuz geçen yıl boyunca ayda bir veya daha az o davranışı göstermişse **1**'i işaretleyiniz.

Eğer çocuğunuz geçen yıl boyunca haftada bir veya daha az o davranışı göstermişse **2**'yi işaretleyiniz.

Eğer çocuğunuz geçen yıl boyunca haftada 2-3 kere o davranışı göstermişse **3**'ü işaretleyiniz.

Eğer çocuğunuz geçen yıl boyunca çoğu zaman o davranışı göstermişse **4**'ü işaretleyiniz.

Aşağıdaki bölüm fiziksel temas veya kavganın olmadığı durumlarla ilgilidir.

Çocuğunuz, geçen yıl boyunca aşağıdaki davranışları ne sıklıkta gösterdi?	Hiçbir Zaman	Ayda Bir veya Daha Az	Haftada bir veya Daha az	Haftada 2-3 Kere	Çoğu Zaman
1. Aynı evde yaşadığı çocuklara bağırdı veya onları tersledi.	0	1	2	3	4
2. Aynı evde yaşadığı yetişkinlere bağırdı veya onları tersledi.	0	1	2	3	4
3. Aynı evde yaşamadığı akranlarına/arkadaşlarına bağırdı veya onları tersledi.	0	1	2	3	4
4. Aynı evde yaşamadığı yetişkinlere bağırdı veya onları tersledi.	0	1	2	3	4
5. Aynı evde yaşadığı çocuklara küfretti veya kötü sözler söyledi.	0	1	2	3	4
6. Aynı evde yaşayan yetişkinlere küfretti veya kötü sözler söyledi.	0	1	2	3	4
7. Aynı evde yaşamadığı akranlarına/arkadaşlarına küfretti veya kötü sözler söyledi.	0	1	2	3	4
8. Aynı evde yaşamadığı yetişkinlere küfretti veya kötü sözler söyledi.	0	1	2	3	4
9. Aynı evde yaşadığı bir çocuğu ona vurmakla tehdit etti.	0	1	2	3	4
10. Aynı evde yaşadığı bir yetişkini ona vurmakla tehdit etti.	0	1	2	3	4
11. Aynı evde yaşamadığı akranlarını/arkadaşlarını onlara vurmakla tehdit etti.	0	1	2	3	4
12. Aynı evde yaşamadığı yetişkinleri onlara vurmakla tehdit etti.	0	1	2	3	4

Aşağıdaki bölüm nesne veya hayvanları kapsayan durumlarla ilgilidir.

Çocuğunuz, geçen yıl boyunca aşağıdaki davranışları ne sıklıkta gösterdi?	Hiçbir Zaman	Ayda Bir veya Daha Az	Haftada bir veya daha az	Haftada 2-3 Kere	Çoğu Zaman
13. Kızgın olduğunda kapıyı hızla çarptı, sandalyeyi tekmeledi, nesneleri fırlattı veya kırdı.	0	1	2	3	4
14. Bir başkasının malına bilerek zarar verdi veya onu kırıp döktü.	0	1	2	3	4
15. Evcil veya evcil olmayan bir hayvana sataştı, ona eziyet etti veya onu kızdırdı.	0	1	2	3	4
16. Evcil veya evcil olmayan bir hayvanı yaraladı veya ona işkence etti.	0	1	2	3	4

Aşağıdaki bölüm bir başkasının kavga çıkardığı veya çocuğunuzu kavgaya kışkırttığı durumlarla ilgilidir. (Örneğin bir başkasının ilk fiziksel teması başlatması).

Çocuğunuz, geçen yıl boyunca aşağıdaki davranışları ne sıklıkta gösterdi?	Hiçbir Zaman	Ayda Bir veya Daha Az	Haftada bir veya daha az	Haftada 2-3 Kere	Çoğu Zaman
17. Kışkırtıldığında aynı evde yaşadığı bir çocukla kavga etti.	0	1	2	3	4
18. Kışkırtıldığında aynı evde yaşadığı bir yetişkinle kavga etti.	0	1	2	3	4
19. Kışkırtıldığında aynı evde yaşamadığı akran/arkadaşlarıyla kavga etti.	0	1	2	3	4
20. Kışkırtıldığında aynı evde yaşamadığı bir yetişkinle kavga etti.	0	1	2	3	4

Çocuğunuz, geçen yıl boyunca aşağıdaki davranışları ne sıklıkta gösterdi?	Hiçbir Zaman	1-2 kere	3-5 kere	6-10 kere	10'dan Fazla
21. Bu kavgalar hafif fiziksel yaralanmalara yol açtı mı? (Örneğin şişler ve ezikler)	0	1	2	3	4
22. Bu kavgalar ciddi fiziksel yaralanmalara yol açtı mı? (Örneğin dikiş atılması, kemik kırılması ya da doktor müdahalesi gerektiren olaylar)	0	1	2	3	4

Lütfen Tanımlayın:

Aşağıdaki bölüm çocuğunuzun çıkardığı veya başlattığı kavgalarla ilgilidir (Örneğin; İlk fiziksel teması onun yapması).

Çocuğunuz, geçen yıl boyunca aşağıdaki davranışları ne sıklıkta gösterdi?	Hiçbir Zaman	Ayda Bir veya Daha Az	Haftada bir veya daha az	Haftada 2-3 Kere	Çoğu Zaman
23. Aynı evde yaşadığı bir çocukla fiziksel kavgayı başlattı.	0	1	2	3	4
24. Aynı evde yaşadığı bir yetişkinle fiziksel bir kavgayı başlattı.	0	1	2	3	4
25. Aynı evde yaşamadığı akranlarıyla / arkadaşlarıyla fiziksel bir kavgayı başlattı.	0	1	2	3	4
26. Aynı evde yaşamadığı bir yetişkinle fiziksel bir kavgayı başlattı.	0	1	2	3	4

Çocuğunuz, geçen yıl boyunca aşağıdaki davranışları ne sıklıkta gösterdi?	Hiçbir Zaman	1-2 kere	3-5 kere	6-10 kere	10'dan Fazla
27. Bu kavgalar hafif fiziksel yaralanmalara yol açtı mı? (Örneğin şişler ve ezikler)	0	1	2	3	4
28. Bu kavgalar ciddi fiziksel yaralanmalara yol açtı mı? (Örneğin dikiş atılması, kemik kırılması ya da doktor müdahalesi gerektiren olaylar)	0	1	2	3	4

Lütfen Tanımlayın:

Aşağıdaki bölüm silah kullanımıyla ilgili olaylara dikkati çekmektedir.

Çocuğunuz, geçen yıl boyunca aşağıdaki davranışları ne sıklıkta gösterdi?	Hiçbir Zaman	1-2 kere	3-5 kere	6-10 kere	10'dan Fazla
29. Silah taşıdı (Örneğin bıçak, çakı ve tabanca).	0	1	2	3	4
30. Bir başkasını silahla tehdit etti.	0	1	2	3	4
31. Kavgada silah kullandı.	0	1	2	3	4
32. Bir başkasını silahla yaraladı.	0	1	2	3	4
33. Bu davranışını sadece bir çete içerisinde mi gerçekleştirdi?	EVET	HAYIR	UYGUN DEĞİL		

EK 6: GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ ANNE BABA FORMU

 AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI GÜÇLER VE GÜÇLÜKLER ANKETİ (SDQ-Tur)		AB4-16		
Doküman Kodu:PS.FR.54	Yayın Tarihi:13.05.2005	Revizyon Tarihi:15.03.2018	Revizyon No:02	Sayfa No/Sayısı:1/2
Her cümle için, Doğru Değil, Kısmen Doğru, Tamamen Doğru kutularından birini işaretleyiniz. Kesinlikle emin olamasanız ya da size anlamsız görünse de elinizden geldiğince tüm cümleleri yanıtlamanız bize yardımcı olacaktır. Lütfen yanıtlarınızı çocuğunuzun son altı ay içindeki davranışlarını göz önüne alarak veriniz.				
Çocuğunuzun Adı :		Kız / Erkek		
Doğum Tarihi : / /				
	Doğru Değil	Kısmen Doğru	Kesinlikle Doğru	
Diğer insanların duygularını önemser	☐	☐	☐	
Huzursuz, aşırı hareketli, uzun süre kıpırdamadan duramaz	☐	☐	☐	
Sıkça baş ağrısı, karın ağrısı ve bulantıdan yakınır	☐	☐	☐	
Diğer çocuklarla kolayca paylaşır. (yiyecek, oyuncak, kalem v.s.)	☐	☐	☐	
Sıkça öfke nöbetleri olur yada aşırı sinirlidir.	☐	☐	☐	
Daha çok tek başınadır, yalnız oynama eğilimindedir.	☐	☐	☐	
Genellikle söz dinler, erişkinlerin isteklerini yapar.	☐	☐	☐	
Birçok kaygısı vardır. Sıkça endişeli görünür.	☐	☐	☐	
Eğer birisi incinmiş, morali bozulmuş yada kendini kötü hissediyor ise ona yardımcı olur.	☐	☐	☐	
Sürekli elleri ayakları kıpır kıpırdır yada oturduğu yerde kıpırdanıp durur.	☐	☐	☐	
En az bir yakın arkadaşı vardır.	☐	☐	☐	
Sıkça diğer çocuklarla kavga eder, yada onlarla alay eder.	☐	☐	☐	
Sıkça mutsuz, kaderli yada ağlamaklıdır.	☐	☐	☐	
Genellikle diğer çocuklar tarafından sevilir.	☐	☐	☐	
Dikkati kolayca dağılır. Yoğunlaşmakta güçlük çeker.	☐	☐	☐	
Yeni ortamlarda gergin yada huysuzdur. Kendine güvenini kolayca kaybeder.	☐	☐	☐	
Kendinden küçüklere iyi davranır.	☐	☐	☐	
Sıkça yalan söyler yada hile yapar.	☐	☐	☐	
Diğer çocuklar ona takarlar yada onunla alay ederler.	☐	☐	☐	
Sıkça başkalarına (anne baba, öğretmen, diğer çocuklar) yardım etmeye istekli olur.	☐	☐	☐	
Bir şeyi yapmadan önce düşünür.	☐	☐	☐	
Ev, okul yada başka yerlerden çalar.	☐	☐	☐	
Erişkinlerle çocuklardan daha iyi geçinir.	☐	☐	☐	
Pek çok korkusu var. Kolayca ürker.	☐	☐	☐	
Başladığı işi bitirir, dikkat süresi iyidir.	☐	☐	☐	
Belirtmek istediğiniz başka düşünce ya da duygunuz var mı?	☐	☐	☐	

Genel olarak, bu çocuğunuzun aşağıdaki alanların birinde ya da daha fazlasında güçlükleri olduğunu düşünüyor musunuz : Duygular, dikkati toplama, davranış yada başkaları ile geçinebilme?

Hayır	Evet - Biraz	Evet - Oldukça Ciddi	Evet - Çok Ciddi
☐	☐	☐	☐

Eğer yanıtınız evet ise, lütfen aşağıdaki bu güçlüklerle ilişkin soruları yanıtlayınız.

Bu güçlükler ne zamandır var?

1 aydan az	1 - 5 ay	6 - 12 ay	Bir yıldan fazla
☐	☐	☐	☐

Bu güçlükler çocuğunuzu sıkıntıya sokuyor yada moralini bozuyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

Bu güçlükler aşağıdaki alanlarda, çocuğunuzun günlük yaşamını etkiliyor mu?

	Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
Ev yaşamı	☐	☐	☐	☐
Arkadaş ilişkileri	☐	☐	☐	☐
Sınıf içi öğrenme	☐	☐	☐	☐
Boş zaman etkinlikleri	☐	☐	☐	☐

Bu güçlükler size ya da ailenize zorluk yaşıyor mu?

Kesinlikle Hayır	Biraz	Oldukça Fazla	Çok Fazla
☐	☐	☐	☐

İmza :

Tarih : / /

Anne / Baba / Diğer (lütfen belirtiniz)

EK 7: NARSİSTİK KİŞİLİK ENVANTERİ

Yönerge: Aşağıdaki her bir tutum çifti içinden, lütfen size en uygun olanı belirtiniz.

1	İnsanlar bana iltifat ettiklerinde bazen utanırım.
	İyi biri olduğumu biliyorum, çünkü herkes böyle söyler.
2	Kalabalık içinde herkesten biri olmayı tercih ederim.
	İlgi merkezi olmayı severim.
3	Pek çok insandan ne daha iyi ne de daha kötüyüm.
	Özel biri olduğumu düşünüyorum.
4	İnsanlar üzerinde otorite kurmaktan hoşlanırım.
	Emirlere uymaktan rahatsız olmam.
5	İnsanları kolayca manipüle ederim.
	İnsanları manipüle ettiğimi fark ettiğimde rahatsız olurum.
6	Layık olduğum saygıyı elde etme konusunda ısrarcıyım.
	Hak ettiğim saygıyı genellikle görürüm.
7	Gösterişten kaçınırım.
	Genellikle fırsatını bulduğumda şov yaparım.
8*	Her zaman ne yaptığımı bilirim.
	Bazen yaptığım şeyden emin değilimdir.
9	Bazen iyi hikaye anlatırım.
	Herkes hikayelerimi dinlemekten hoşlanır.
10	İnsanlardan çok şey beklerim.
	Başkaları için bir şeyler yapmaktan hoşlanırım.
11	İlgi merkezi olmaktan hoşlanırım.
	İlgi merkezi olmak beni rahatsız eder.
12	Otorite olmanın benim için pek bir anlamı yoktur.
	İnsanlar daima otoritemi kabul ediyor görünürler.
13	Önemli bir insan olacağım.
	Başarılı olmayı umuyorum.
14	İnsanlar söylediklerimin bazılarını inanır.
	İnsanları istediğim her şeye inandırabilirim.
15	Kendi kendime yeterim.
	Başkalarından öğrenebileceğim çok şey var.
16	Herkes gibi biriyim.
	Sıra dışı biriyim.