



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

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERDE BAĞLANMA
BİÇİMLERİ VE EBEVEYNLERİNDEKİ
PSİKOPATOLOJİNİN BAĞLANMAYA ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Salih GENÇOĞLAN

Antalya, 2014



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

**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE
BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERDE BAĞLANMA
BİÇİMLERİ VE EBEVEYNLERİNDEKİ
PSİKOPATOLOJİNİN BAĞLANMAYA ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Salih GENÇOĞLAN

Tez Danışmanı: Doç. Dr. Esin ÖZATALAY

“Kaynak gösterilerek tezinden yararlanılabilir”

Antalya, 2014

İÇİNDEKİLER

	<u>Sayfa :</u>
Simgeler ve Kısaltmalar Dizini	iii
Şekiller Dizini	iv
Tablolar Dizini	v
1. GİRİŞ VE AMAÇ	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	2
2.1.1. Tanım	2
2.1.2. Tarihçe	2
2.1.3. Epidemiyoloji	3
2.1.4. Etiyoloji	3
2.1.5. Genetik etkenler	3
2.1.6. Nörokimyasal etkenler	4
2.1.7. Çevresel etkenler	4
2.1.8. Psikososyal etkenler	5
2.1.9. Klinik özellikler ve tanı	5
2.1.10. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar	7
2.1.11. Tedavi	7
2.1.12. Gidiş ve sonlanım	8
2.1.13. DEHB ve aile	8
2.2. Bağlanma Kuramı	10
2.2.1. Bağlanmanın gelişimi	12
2.2.2. Bağlanmanın nörobiyolojisi	13
2.2.3. Bağlanma örüntüleri	13
2.2.4. Psikopatoloji ve bağlanma arasındaki ilişki	15
2.2.5. Ergenlik döneminde bağlanma ve psikopatoloji	17
2.2.6. Ebeveyn psikopatolojisinin bağlanmaya etkisi	18
2.2.7. Bağlanma ve DHEB	19

3. YÖNTEM VE GEREÇLER	21
3.1. Örneklem	21
3.2. Veri Toplama Araçları	21
3.2.1. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları Ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi Ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY)	21
3.2.2. İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen (İÖA-E)	22
3.2.3. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I Klinik Versiyon)	22
3.2.4. DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II)	23
3.2.5. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özbildirim Ölçeği (ASRS)	23
3.2.6. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)	24
3.3. İstatistiksel çözümleme	24
4. BULGULAR	25
4.1. Sosyodemografik özellikler	25
4.2. Ergenlerde bağlanma örüntüleri açısından değerlendirme sonuçları	26
4.3. Ebeveynlerin psikopatoloji açısından değerlendirme sonuçları	28
5. TARTIŞMA	30
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER	35
7. ÖZET	37
8. ABSTRACT	38
9. KAYNAKLAR	39
10. EKLER	48
Ek 1. Aydınlatılmış onam formu	48
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu	51
Ek 3. İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen	55
Ek 4. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği	57
Ek 5. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği	58

SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

ASRS	Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği / Adult ADHD Self-Report Scale
ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL	Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam boyu Versiyonu
DEHB /ADHD	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu/ Attention Deficit Hyperactivity Disorder
EBBÖ	Erişkin Bağlanma Biçemi Ölçeği
İÖA-E /A-RSQ	İlişki Ölçekleri Anketi – Ergen / Adolescent Relationship Scales Questionnaire
N	Kişi Sayısı
SCID-I	Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders / DSM IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SCID-II	Structured Clinical Interview For DSM-III-R Personality Disorders / DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme
WUDÖ / WURS	Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği / Wender Utah Rating Scale
YİYE	Yakın İlişkilerde Yaşantılar Envanteri

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Sekil</u>	<u>Sayfa</u>
2.1. Bartholomew ve Horowitz'e göre dörtlü bağlanma modeli	14

TABLOLAR DİZİNİ

<u>Tablo</u>	<u>Sayfa</u>
4.1. Örneklemeye ait sosyodemografik veriler	25
4.2. DEHB ve kontrol grubunun İlişki Ölçekleri Anketinden aldıkları puanları	26
4.3. Örneklemeye cinsiyete göre ilişki ölçekleri anketinden aldıkları puanları	26
4.4. DEHB ve kontrol grubundaki erkeklerin ve kızların kendi aralarındaki ilişki ölçekleri anketinden aldıkları puanları	26
4.5. Ebeveynlerindeki psikopatolojinin ergenlerin bağlanma örüntülerine etkisi	27
4.6. Ebeveynlerinde DEHB bulunmasının DEHB’li ergenlerin bağlanma örüntülerine etkisi	27
4.7. DEHB grubunda ebeveynlerin ASRS ve WUDÖ puanları ile ergenlerin İÖA-E puanlarının korelasyonu	28
4.8. Kontrol grubunda ebeveynlerin ASRS ve WUDÖ puanları ile ergenlerin İÖA-E puanlarının korelasyonu	28
4.9. Ebeveynlerin psikopatolojilerinin dağılımları	29
4.10. DEHB ve kontrol grubundaki ebeveynlerin ASRS ve WUDÖ ölçeklerinden aldıkları puanların karşılaştırılması	29

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bağlanma, çocuk ve bakım veren arasında gelişen; çocuğun bakım veren kişiyi arama ve yakınlık arayışı davranışları ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, dayanıklılığı ve devamlılığı olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır (1). Bebeklikte biçimlenen bağlanma örüntüleri yaşam süresince değişken ve esnek bir yapıya sahiptir. Bağlanmayı etkileyen üç temel faktör; çocuğun kişilik özellikleri, aile sistemiyle ilgili faktörler ve sosyokültürel etkenlerdir (2). Çocuklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) bulunması bu üç faktör üzerinden bağlanmayı olumsuz biçimde etkileyebilir.

Dürtü kontrolü, kendini sakinleştirme, girişkenlik, ısrarcılık, sabır ve inhibisyonla ilgili problemleri içeren kendini düzenleme yetersizlikleri DEHB'nin en belirgin özelliklerindendirler. DEHB'li çocuklarda görülen bu yetersizliklerin erken çocukluk dönemlerinde ki bakım veren çocuk arasındaki gergin etkileşimden ve bozulmuş birincil bağlanmadan köken alabileceği öne sürülmüştür. DEHB'li çocukların ebeveynleriyle etkileşimi incelendiğinde güvensiz bağlanmada görülen ebeveyn çocuk ilişkilerine benzer yetersizliklerin olduğu saptanmıştır. Ayrıca DEHB'li çocukların anne babalarında ruhsal hastalıkların görülme oranı daha yüksektir ve ebeveynlerde psikopatoloji varlığı ebeveyn-çocuk ilişkisini olumsuz etkiler (3,4).

Bu çalışmada DEHB'li ergenlerin bağlanma örüntüleri ve ebeveynlerindeki psikopatolojinin bu örüntüler üzerine olan etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Varsayımlar;

1. DEHB'li ergenlerin bağlanma örüntüsü diğer sağlıklı bireylerden (kontrol grubu) farklıdır, güvensiz bağlanma örüntüleri daha sık görülmektedir.
2. DEHB'li ergenlerin ebeveynlerinde DEHB oranları kontrol grubundan farklıdır, DEHB oranları daha yüksektir.
3. Ebeveynlerde psikopatoloji varlığı ergenlerin bağlanma örüntüsünü olumsuz etkiler, güvensiz bağlanma puanları daha yüksektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) erken çocukluk döneminde başlayan, temel belirtileri dikkat eksikliği, hareketlilik, dürtüsellik olan süregelen, nörogelişimsel bir bozukluktur. Bozukluğun bu temel özelliklerinin ergenlik ve erişkinlik döneminde de devamlılık gösterebildiği bilinmektedir (5). Genetik geçişli olduğu gösterilmiş olan bu bozukluk, hastalarda çocukluk çağında olduğu gibi erişkinlik döneminde de eğitim, meslek ve sosyal alanlarda işlev kaybına ve çeşitli psikososyal sorunlara neden olabilmektedir (6,7).

2.1.2. Tarihçe

19 yüzyılın sonlarında tıbbi yazında aşırı hareketli çocuklar için, ‘çılgın aptallar’, ‘dürtüsel delilik’ ve ‘yetersiz engellenme’ gibi adlandırmalar yapılmıştır. 1902’de Still, bu çocukları aşırı hareketli, bir konuya yoğunlaşamayan, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunları olan çocuklar olarak tanımlamıştır. Birinci dünya savaşını izleyen yıllarda görülen influenza pandemisinde hayatta kalan çocuklarda sıklıkla sekel olarak ‘ensefalitis letarjika’ gelişmiştir. Bu çocuklarda şiddetli davranış bozukluklarının ortaya çıkması organik nedenlere ilgiyi arttırmıştır. 1947 yılında Strauss ve arkadaşları, aşırı hareketlilik, şaşkınlık, dürtüsellik, perseverasyon ve bilişsel yetersizliği olan çocuklarda beyin hasarı olduğunu belirtmişler ve bu durumu “minimal beyin zedelenmesi” sendromu olarak adlandırmışlardır (8). 1960’larda daha bilimsel ve güvenilir sınıflandırma sistemlerinin geliştirilmeye başlanması ile bu klinik tablo önce “çocukluk çağı hiperkinetik bozukluğu” olarak adlandırılmıştır. 1980’de Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı (DSM) III’de “dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu” adı altında tanımlanmış ve hastalığın dikkat eksikliği, dürtü kontrolünde güçlük, hiperaktivite olmak üzere üç ana semptom kümesinden oluştuğu bildirilmiştir (9). 1994 yılında yayımlanan DSM –IV’te DEHB; Bileşik Tip (DEHB-B), Dikkatsizliğin Ön Planda Olduğu Tip (DEHB-D), Hiperaktivite ve Dürtüsellüğün Ön Planda Olduğu Tip (DEHB-HD) olmak üzere 3 alt tipte tanımlanmaktadır (10). DSM-IV’te DEHB “Genellikle ilk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik döneminde tanısı konulan bozukluklar” kategorisinde, “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları” başlığı altında bulunurken, 2013 yılında yayımlanan DSM-V’te “Nörogelişimsel Bozukluklar” kategorisinin altında yer almaktadır. Yapılan en belirgin ve önemli değişikliklerden bir tanesi

DEHB tanısı koyulması için, başlangıç yaşının 7'den 12'ye değiştirilmesidir. DSM-IV'te "alt tip" olarak tanımlama yapılırken, DSM-V'te bu "görünüm" (presentation) olarak değiştirilmiştir. Dışlama ölçütlerinde Yaygın Gelişimsel Bozukluk kaldırılmıştır; zira DEHB ve Otizm Spektrum Bozukluğu birlikte görülebilmektedir. Otizm Spektrum Bozukluğu ile beraber görülen DEHB bağımsız olarak tedavi edilebilir (11).

2.1.3. Epidemiyoloji

DEHB'nin yaygınlığı ile ilgili araştırma sonuçları özellikle olguların tanımlanmasına bağlı olarak farklılıklar göstermektedir. Okul çağı çocuklarındaki sıklığın %3-7 oranında olduğu kabul edilmektedir (10). Polanczyk ve arkadaşlarının (2007) derleme yazısında DEHB'nin dünya çapında %5,29 oranında görüldüğünü bildirmektedir (12).Yapılan çalışmalara göre yaygınlık şehirlerde kırsal kesime göre daha yüksektir. Erkeklerde sıklığı kızlardan fazla olup erkek/kız oranı 3/1 ile 5/1 arasında değişmektedir (13). Ülkemizde yapılan bir araştırmada erkek/kız oranının 6/1 olduğu bulunmuştur (14). Ülkemizde yapılan toplum temelli çalışmalarda erkek/kız oranı 4/1, klinik temelli çalışmalarda 9/1 olarak bulunmuştur. Bulunan bu iki oran arasındaki farklılık erkeklerde hiperaktivite –dürtüsellik, kızlarda ise dikkatsizlik alt tipinin daha fazla görülmesi ve aileler tarafından yardım arayışının hiperaktivite –dürtüsellik alt tipinde daha fazla olmasına bağlanmıştır (8).

2.1.4. Etiyoloji

DEHB, nedeni bilinmeyen heterojen bir bozukluk olup, etiyolojisinde biyolojik ve psikososyal etkenlerin rol oynadığı düşünülmektedir. Konu ile ilgili araştırmalar, genetik, nörokimyasal, beyin görüntüleme, kurşun etkisi, diyet ve psikososyal nedenleri belirlemeye yönelik olarak sürdürülmekte olup, elde edilen bulgular bozukluğun monoamin düzenekler ve frontostriatal nöron yollarındaki sorunları kapsayan kalıtsal bir bozukluk olduğunu desteklemektedir (8).

2.1.5. Genetik

Genetik araştırmaların temel dayanakları ikiz çalışmaları, evlat edinme ve aile araştırmalarıdır. Genetik geçiş ve olası özgül genetik bozukluklarla ilgili kesin sonuçlara henüz ulaşılamamıştır. Ancak yazında birinci derece kan bağı olanlarda bozukluğun sık görüldüğü, monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre anlamlı derecede uyumluluk saptandığı, DEHB olan çocukların kardeşlerinde bozukluğa genel topluma göre iki kat fazla rastlandığı bildirilmektedir (5, 8).

İkiz çalışmaları DEHB'nin kalıtımsallığın %80 oranında olabileceğini göstermektedir (8). Bu çalışmalarda DEHB'nin kalıtsal özelliği desteklenmiş; tek yumurta ikizlerinde DEHB uyumluluğu %50–84, çift yumurta ikizlerinde ise %30–40 dolayında bulunmuştur. İkiz çalışmalarında hiperaktivitenin kalıtsallığı %64–77 oranında, dikkat eksikliğinin kalıtsallığı %76–98 oranında hesaplanmıştır. Evlat edinme çalışmaları da ailesel geçişi desteklemektedir (15, 16).

2.1.6. Nörokimyasal etkenler

Tedavide kullanılan ilaçların etkilerinden yola çıkılarak DEHB olan çocuklarda özellikle dopamin (DA) ve norepinefrin (NA) başta olmak üzere nörokimyasal değişikliklere yönelik araştırmalar artmıştır. DA, NA ve bunların metabolitlerinin DEHB'deki rolü konusunda bilgiler halen kısıtlı olmakla birlikte yazında genel olarak DA ve NA metabolizmasında bir azalmadan söz edilmektedir (8).

Hayvanlar ve insanlarda yapılan çok sayıda çalışmada DEHB'de idrar, kan ve beyin omurilik sıvısı gibi farklı beden sıvılarında katekolamin dengesinde bozukluğa işaret eden bulgular elde edilmiştir. DEHB olan çocuklarda beyin-omurilik sıvısındaki homovalinik asit (HVA) ile aşırı hareketlilik arasında pozitif uyumluluk bulunmuş ve yüksek HVA'ye sahip çocuklarda psikostimülana yanıt oranı da yüksek bildirilmiştir (17).

Psikostimülanların sinaptik aralıkta DA ve NA'nin etkilerini güçlendirdiği, trisiklik antidepressanların norepinefrin geri alımını inhibe ederek DEHB belirtileri üzerine etki ettiği, özellikle prefrontal kortekste presinaptik norepinefrin taşıyıcılarının inhibisyonu ile dopamin ve noradrenalin düzeylerini arttırarak etki eden atomoksetinin DEHB belirtilerini azalttığı farmakolojik çalışmalarla gösterilmiştir (18, 19).

2.1.7. Çevresel etkenler

Çevresel etkenler arasında prenatal ve perinatal dönemi de içeren süreçte çeşitli toksik veya alerjen maddelerle karşı karşıya kalmanın DEHB etiyolojisinde rol oynadığı ileri sürülmektedir. Bu konuda üzerinde en çok durulan maddeler; kurşun, katkı maddeleri ve besin boyalarıdır. Bu maddelerin DEHB oluşumunda katkıda bulunabileceği öne sürülse de bunlarla ilgili yeterli kanıt yoktur (8,20).

2.1.8. Psikososyal etkenler

DEHB'nin ortaya çıkmasında ya da sürmesinde zorlayıcı yaşam olayları, aile düzeninde bozulma ve diğer anksiyete yaratan nedenler de etkili olur. Bir araştırmada parçalanmış ailenin ferdi olmakla beraber tek çocuk olmanın riski arttırdığı gösterilmiştir (21, 22). Çeşitli çalışmalarda ise DEHB'nin ilk çocuk olarak doğan erkeklerde daha sık olduğu belirtilmiştir (8). Yetiştirme yurtlarındaki çocukların dikkat sürelerinin kısa olduğu ve aşırı hareketli oldukları gözlemlenmiştir. Bu belirtilerin uzun süreli duygusal yoksunluktan kaynaklandığı ve çocuğun evlat edinilmesi ile ortadan kalktığı bildirilmiştir (10).

2.1.9. Klinik özellikler ve tanı

DEHB'nin temel özelliği benzer gelişim düzeyindeki bireylere göre daha sık ve şiddetli aşırı hareketlilik-dürtüsellik olmasıdır. Bozukluğa ait bu belirtiler nedeniyle DEHB olan çocukların okul başarıları ve arkadaş ilişkileri olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu çocuklar bireysel katılım gerektiren etkinlikleri sürdürmekte güçlük çeker ve bir işi tamamlamadan diğerine geçme eğiliminde olurlar. Dikkat eksikliği belirtileri, başladığı işi bitirememesi ve görevleri erken bırakma şeklinde ortaya çıkarken; aşırı hareketlilik sakin olmayı gerektiren durumlarda aşırı huzursuz olma, duruma bağlı olarak çevrede koşma-atlama, oturması gerektiği yerden sıkça kalkma, kıpır kıpır olma, çok konuşma ve gürültücülük gibi bir tabloya yol açmaktadır. Bu çocuklar atak olmaları nedeniyle riskli davranışlar sergilerler ve kazalara yatkın olurlar; kurallara uymadaki zorlukları nedeniyle disiplin sorunları çoktur. Tüm bu özellikler erişkin ve yaşıt ilişkilerini etkileyerek dışlanmalarına yol açabilmektedir (23).

Ergenlik dönemiyle birlikte motor etkinlikteki artış yerini huzursuzluk hissine bırakırken, dikkat ile ilgili zorluklar büyük oranda devam etmektedir. Dürtüsellik ise kendini kural dışı yaşantılara yönelme ile gösterir. Daha ileri yaşlar ve erişkinlerde dikkat eksikliği belirtileri planlarını tamamlayamama, bir etkinliği bitirmeden diğerine geçme ve değişken duygudurum şeklinde ortaya çıkmaktadır (23).

Tanı için bozukluğu oluşturan aşırı hareketlilik-dürtüsellik veya dikkatsizlik belirtileri 12 yaşından önce de bulunmalıdır. Belirtiler ve yol açtıkları işlev bozuklukları en az iki ortamda (örneğin ev ve okulda ya da işte) ortaya çıkmalıdır (24).

DSM-V'e göre DEHB tanı ölçütleri (DSM-V 2013);

DSM-V Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu	
A. (A1) ve/veya (A2)'nin var olması gerekir.	
A1. Dikkatsizlik: Aşağıdaki belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay uyumsuzluk doğurucu ve/veya gelişim düzeyine aykırı bir derecede varlığını sürdürerek, sosyal ve akademik/mesleki aktivitelerde doğrudan bozucu etki göstermiştir.	A2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Aşağıdaki belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az 6 ay uyumsuzluk doğurucu ve/veya gelişim düzeyine aykırı bir derecede varlığını sürdürerek, sosyal ve akademik/mesleki aktivitelerde doğrudan bozucu etki göstermiştir.
a. Çoğu zaman dikkatini ayrıntılara veremez ya da okul ödevlerinde, işlerinde ya da diğer etkinliklerinde dikkatsizce hatalar yapar.	a. Çoğu zaman elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
b. Çoğu zaman üzerine aldığı görevlerde ya da katıldığı oyun vb etkinliklerde dikkati dağınık.	b. Çoğu zaman oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
c. Doğrudan kendisine hitap edilerek konuşulduğunda çoğu zaman dinlemiyormuş gibi görünür.	c. Çoğu zaman uygunsuz olan durumlarda koşturup durur ya da tırmanır.
d. Çoğu zaman yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, ufak tefek işleri ya da iş yerindeki görevlerini tamamlayamaz.	d. Çoğu zaman sakin bir biçimde boş zamanları geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
e. Çoğu zaman üzerine aldığı görevleri ve etkinlikleri düzenlemekte zorluk çeker.	e. Çoğu zaman hareket halindedir ya da adeta bir motor takılmış gibi davranır.
f. Çoğu zaman sürekli zihinsel çabayı gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmeyen ya da bunlarda yer almaya karşı isteksizdir.	f. Çoğu zaman çok konuşur.
g. Çoğu zaman üzerine aldığı görevler ya da etkinlikler için gerekli olan şeyleri kaybeder.	g. Çoğu zaman sorulan sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabını verir.
h. Çoğu zaman dikkati dış uyaranlara kolaylıkla dağınık.	h. Çoğu zaman sırasını bekleme gücü vardır.
i. Günlük etkinliklerinde çoğu zaman unuttur.	i. Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da başkalarının yaptıklarının arasına girer.
B. Bozulmaya yol açmış olan bazı aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtileri ya da dikkatsizlik belirtileri 12 yaşından önce de vardır.	
C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır.	
D. Toplumsal, okulda ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.	
E. Bu belirtiler Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluk çerçevesinde ortaya çıkmamıştır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.	
Mevcut duruma göre görünümünü belirtiniz:	
Birleşik görünüm: Son 6 ay boyunca hem A1 (dikkatsizlik), hem A2 (aşırı hareketlilik-dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmışsa.	
Dikkatsizliğin Önde Geldiği Görünüm: Son 6 ay boyunca A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmışsa, ancak A2 (aşırı hareketlilik-dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamışsa.	
Aşırı hareketlilik-dürtüsellik Önde Geldiği Görünüm: Son 6 ay boyunca A2 (aşırı hareketlilik-dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmışsa, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamışsa.	
Başka Türlü Adlandırılmayan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu:	
DEHB tanısı almak için eşğin altında kalan vakalar veya bütün tanı ölçütlerini karşılamak için yeterli olanakların olmadığı kişiler için kodlanabilir. Ancak, DEHB'ye ilişkin semptomlar işlevsellikte bozulmaya yol açmış olmalıdır ve başka bir ruhsal bozukluk ile daha iyi açıklanamaz.	

2.1.10. Eşlik eden psikiyatrik bozukluklar

DEHB’de komorbidite %46-68 oranında değişmektedir. DEHB’li çocukların yaklaşık üçte birinde (%32.5) Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu (KOKG) ve Davranım Bozukluğu’da (DB) olduğu bulunmuştur. DEHB’de gelişimsel kordinasyon bozukluğunun %50’nin üzerinde, iletişim bozukluklarının %15-75, anksiyete bozukluklarının %10-40, tik bozukluklarının %3-34, major depresyonun %0-45, öğrenme bozukluklarının %24-70 ve Bipolar Affektif bozukluğunun %0-27 arasında değişen oranlarda eşlik edebileceği bildirilmektedir (8). DEHB ve Bipolar Affektif Bozukluk arasındaki ilişkinin araştırıldığı bir çalışmada, Bipolar Bozukluk tanısı almış çocukların yaklaşık %90’ının aynı zamanda DEHB kriterlerini de karşıladıkları belirtilmektedir. Ayrıca DEHB tanısı almış erişkinlerle yapılan bir çalışmada %34 oranında alkolizm, %30 oranında madde kötüye kullanımı olduğu belirlenmiştir (25). DEHB’ye eşlik eden başka bir bozukluk olduğunda, klinik görünüm ağırlaşır. Eşlik eden bozukluklar bu bozukluğun şiddetini, uzun dönemli gidişini ve tedaviye yanıtı etkiler (8).

2.1.11. Tedavi

DEHB tedavisinde psikofarmakoloji hasta ve aile eğitimi ile davranışsal ve bilişsel terapiler tek başına veya birlikte kullanılmaktadır. DEHB tedavisinde temel olarak iki grup ilaç kullanılmaktadır. Bunlar psikostimulanlar ve psikostimulan olmayanlar olarak sınıflandırılabilir. Tedavide en çok kullanılan, psikostimulan (amfetamin ve metilfenidat) ajanlardır (8).

Psikostimulanlar yapısal olarak endojen katekolaminlere benzeyen sempatomimetik ajanlardır. Bunlardan metilfenidat (MPH) hızlı metabolize edilen bir ajandır. MPH’nin D ve L izomeri vardır. PET çalışmalarında asıl olarak MPH’nin farmakolojik etkisini D izomeri üzerinden gösterdiği anlaşılmıştır. MPH plazmada eşit olarak dağılır ve proteine bağlanmaz. Oral alımın takiben 2 saat içerisinde yarısı elimine edilir. Böbreklerden ritalinik asid olarak atılır (16). Psikostimulanların DEHB’li çocuklarda dikkati, tepki zamanın, kısa dönem belleği, sözel ve sözel olmayan bilgilerin öğrenilmesini düzelttiği, okul başarısını arttırdığı, dürtüsel davranışları, uyumsuzluğu azalttığı, arkadaş ilişkilerini düzelttiği ve bunların sonucu olarak benlik algısını arttırdığı gösterilmiştir (14).

DEHB tedavisinde hastaların yaklaşık %90’ı psikostimulan ile tedaviye cevap verir. Ancak bazı hastalar etki yokluğu ya da yan etkiler nedeniyle stimulan dışı tedaviye gereksinim duyarlar. Bu tedaviler arasında trisiklik antidepresanlar (TSAD), bupropion,

atomoksetin ve alfa 2 adrenerjik reseptör agonistleri (klonidin ve guanfasin) yer almaktadır (8).

DEHB’de tedavi programı içerisinde psiko-eğitim, akademik organizasyon becerileri eğitimi, anne baba eğitimi, davranışsal düzenleme, bilişsel davranışçı terapi, sosyal beceri eğitimi, aile ve bireysel terapi yer alır. Yapılan kontrollü çalışmalar psikososyal tedaviler içinde anne baba eğitimi, davranışsal psikoterapi ve sosyal beceri eğitiminin etkin olduğunu göstermektedir (26, 27).

2.1.12. Gidiş ve sonlanım

DEHB gidişi ile ilgili izlem çalışmalarında 3 tür gidişten söz edilmektedir. Olguların %30’unu oluşturan, genç erişkinlikte belirtilerin kaybolduğu grup “gelişimsel gecikme”, %40’ını oluşturan, belirtilerin çeşitli duygusal ve sosyal güçlüklerle erişkinlik döneminde de devam ettiği grup “aralıksız seyreden” ve %30’unu oluşturan, DEHB belirtilerinin yanı sıra alkolizm, madde kullanımı ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikopatolojilerin de olduğu grup “gelişimsel bozulma” olarak adlandırılmıştır. DEHB’de kötü gidişin en güçlü belirleyicisi çocukluk döneminde DEHB’ye Davranım Bozukluğu’nun eşlik etmesidir. Bozukluğun süreğenliğinde, aile içi güçlükler ve komorbiditenin belirleyici olduğu ileri sürülmüştür (8).

İzlem çalışmaları DEHB’li çocukların %70-85’inde bozukluğun ergenlik döneminde ve %5-66’sında da erişkinlikte de sürdüğünü göstermektedir (28). Olguların %90’ında akademik başarısızlık gözlenebileceği, %30-40’ının eğitimlerini yarıda bıraktıkları bildirilmektedir. Genç erişkinlik dönemine geldiklerinde akademik başarıları, yıllık gelirleri, yüksek öğrenime girebilme ve bitirebilme oranlarının da kontrollere göre daha düşük olduğu saptanmıştır. Daha sık iş değiştirdikleri, işten çıkarılma oranlarının daha yüksek olduğu, sürücülük becerilerinin daha kötü olduğu ve daha fazla kaza yaptıkları bildirilmektedir. Bu bireylerde kontrollere göre cinsel yaşamın daha erken başladığı, daha sık ve fazla eş değiştirdikleri, doğum kontrol yöntemlerini daha az kullandıkları, cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma ve erken hamilelik risklerinin arttığı belirtilmektedir (8, 29).

2.1.13. DEHB ve aile

DEHB kronik bir bozukluk olup, DEHB’li bir çocuğa sahip olma aile üzerinde belirgin bir stres yaratabilmektedir. Bu çocukların ebeveynlerinin daha az sevecen ve daha çok kontrolcü oldukları veya normal çocukların ebeveynlerinden daha fazla ihmalkar bir tarz sergiledikleri belirtilmiştir (30). DEHB’li çocuğu olan annelerin çocuklarıyla daha az

etkileşim başlattığı, pozitif ebeveynlik stratejileri az kullandığı, daha çok negatif-tepkisel, kontrolcü yanıtlar verdikleri gözlenmiştir (3). Ayrıca çeşitli çalışmalarda da ebeveynlerin DEHB'li çocuklarına yaklaşımlarında daha fazla olumsuz eleştiri, fiziksel cezalandırma ve direktif verdikleri, daha az onaylama tutumu gösterdikleri saptanmıştır (31, 32, 33). DEHB'li çocuk ve ergenlerin davranış problemleri sergilemelerinden dolayı ebeveynler, kendi sosyal hayatlarının daha olumsuz olduğunu ve kendilerini anne babalık becerisi konusunda daha az yeterli hissettiklerini bildirmektedirler (34, 35).

Diğer taraftan DEHB'nin ebeveynlerde bulunmasının da aile işlevselliği üzerinde negatif etkisi bulunmaktadır. DEHB'li annelerin çocuğun davranışlarına daha az geribildirimde bulundukları ve etkili problem çözme becerilerinde sıkıntılar yaşadıkları, pozitif ana-babalık tutumları ve katılım düzeylerinin ise düşük olduğu belirlenmiştir (36). Kryski ve arkadaşları DEHB tanılı annelerin 3-12 aylık bebekleriyle olan iletişimlerini inceledikleri araştırmada annelerin kullandıkları cümlelerin ortalama uzunluğunun daha düşük olduğunu bildirmişler (37). Ebeveynlerdeki dikkatsizlik ve dürtüsellik belirtilerinin yetersiz disiplin uygulama ve tutarsız ebeveynlik tutumlarıyla ilişkili olduğu vurgulanmıştır (38). Dürtü kontrol eksikliği, disiplin uygulamaları sırasında olumsuz duygu ve düşüncelerin dışavurumunda ebeveynlerin kendilerini frenlemesine engel olabilmekte ya da sorunu kısa sürede çözme isteği ile hareket edip aşırı hoşgörölü bir yaklaşım sergilemelerine yol açabilmektedir. Aynı zamanda ebeveynlerdeki dikkatsizlik belirtisinin, çocuğun davranış örüntülerini tutarlı bir şekilde gözlemleme ve yorumlamada güçlükle sonuçlanabileceği belirtilmektedir (39). Sonuga-Barke'ye (2002) göre DEHB tanılı ana-babalardaki dikkatsizlik, dürtüsellik ve aşırı hareketlilik belirtileri çocuklarında tepkiselliğe neden olabilmektedir. Babadaki dürtüsellğin, baba-çocuk arasında daha sık tartışmaya yol açtığı görölmüştür. DEHB'li ebeveynlerin yürütücü işlevlerindeki sorunlar da ailenin günlük hayatındaki normal aktiviteleri organize etmede sorunlar yaşamasına neden olabilir (38,40). Sonuç olarak, ebeveynlerde DEHB'nin bulunması çocuğa verilen bakımın kalitesini azaltmakta, ana-babanın yeterlilik duygusunu ve kendine güvenini etkileyebilmekte, ailede gerilim ve huzursuzluk yaşanmasına da neden olabilmektedir.

2.2. Bağlanma Kuramı

Birçok gelişim kuramının en temel ortak görüşü, sosyal ilişkilerin, çocukluk döneminde gelişen psikopatolojiye etki ettiği ya da olası psikopatolojiden etkileneceğidir. Buna ek olarak, nesne ilişkileri ve benlik psikolojisi kuramcıları, yaşamın ilk yıllarında çocuğun çevresiyle kurduğu yakın ve yoğun ilişkilerin gelecekteki ruh sağlığı ya da hastalıkları için belirleyici olduğunu savunmuşlardır. Ancak, John Bowlby'nin bebekler ve anneleri arasındaki bağlanmayı araştırmaya başlamasından sonra bu alanda elle tutulur veriler elde edilmeye başlanmıştır. Bowlby'ye göre, bebek ve bakım veren arasındaki ilişkinin kalitesi psikososyal gelişimin en önemli belirleyicisidir. Dolayısıyla, ilk bağlanma ilişkisinin sonraki yıllardaki psikolojik uyumu etkilediğini savunmaktadır. Bağlanma kuramı, bu sürecin nasıl olduğunu, nasıl geliştiğini ve zaman içinde nasıl değışime uğrayabileceğini açıklamaya çalışır (41).

Bağlanma, çocuk ve bakım veren kişi arasında gelişen; ilişki kurma, çocuğun bakım veren kişiyi arama ve yakınlık arayışı davranışları ile kendini gösteren, özellikle stres durumlarında belirginleşen, dayanıklılığı ve devamlılığı olan duygusal bir bağ olarak tanımlanmaktadır. Yaşamın erken dönemlerinden itibaren çevreyle olan etkileşim sonucu gelişir (42). Bağlanma yalnızca çocukluk ile sınırlı olmayıp yaşam boyunca sürer. Çocuklar ve ergenler için bağlanma figürleri psikolojik ve duygusal uyum açısından önemlidir. Çocuk büyüdükçe, ona güvenlik ve bakım sağlayan kişilerle bağlanma örüntüsü gelişmeye başlar. Bağlanma devam eder ancak doğası ve ifade ediliş şekli değışir. İlk temel ilişki olan anne çocuk ilişkisi, sonraki yaşam dönemlerindeki bağlanmalar için örnek olur (43).

Bowlby'nin (1969, 1979, 1986) bağlanma kuramına göre yeni doğan bebekler, yalnızca onlara bakmaya ve korumaya istekli bir yetişkinin varlığında yaşamlarını sürdürebilirler. Bebekler bakım veren kişi ile etkileşimi sağlamaya yardımcı davranışlar (emme, izleme, gülümseme, ağlama, dokunma) ile donanımlı olarak dünyaya gelirler. Bebeğin doğuştan getirdiği bu özellikleri, bakım veren ile düzenli ve tutarlı bir etkileşim sonucu giderek gelişir. Bağlanma sürecini dönemlere ayırdığımızda; doğumdan 8-12 haftaya kadar olan bağlanma öncesi dönemde bebek annenin uyarınları ile hareketlenir. Çevresindeki kişilere yönelme davranışı gösterir ancak kişileri ayırt edebilme yetisi yoktur ya da çok kısıtlıdır. Bağlanmanın ilk işaretleri 8-12 haftadan 6 aya kadar uzanan ikinci dönemde ortaya çıkar. Bu dönemde bebek anneyi yabancılardan ayırt etmeye ve dikkatini daha çok anneye yönlendirmeye başlar. Bağlanmanın tam olarak gözlemlendiği üçüncü dönem 6-24 ay arasındır. Bağlanma davranışı yakınlık arayışı ile kendini gösterir ve küçük çocuklarda bağlanılan kişilerden ayrılma ile belirginleşir. Annenin yokluğunda gerginlik-huzursuzluk, varlığında ise rahatlık duygusu olur.

Bowlby'e göre, dünya ile daha iyi başa çıktığı düşünölen bir kişi ile yakınlığı koruma (yakınlarda kalma ve ayrılıklara direnme) bağlanmanın tanımlayıcı özelliğidir. Bağlanmanın temel işlevi ise tehlikelerden korunmadır. Bağlanma davranışı ile keşfetme, araştırma davranışı arasında karşılıklı bir ilişki vardır.

Bowlby'e göre, erken çocukluk döneminde bağlanma figürü olan anne ve babaların tekrarlayan davranış örüntüleri çocukların bağlanma temelinde zihinsel şemalarını şekillendirir. Bu şemalar çocuk üzerinde yaşam boyu süren etkiler göstermektedir.

Bağlanma kuramına göre, ebeveyn davranışları ve etkileşim biçimi daha sonraki yıllarda yakın ilişkilerdeki beklenti, inanç ve tutumları yönlendiren "içsel çalışma modelleri"nin içeriğini oluşturur. Kurama göre anne ve çocuk etkileşimi sürecinde çocuklar iki temel zihinsel model geliştirirler: Benlik ve başkaları (diğerleri) modelleri. Benlik modeli daha çok yakın ilişkilerde yaşanan bağlanma kaygısı ile ilişkilidir. Başkaları modeli ise daha çok yakın ilişkilerde mesafeyi koruma ve kaçınma davranışı ile ilişkilidir (44, 45, 46).

Bowlby tarafından tanımlanan bağlanma kuramı, Ainsworth ve arkadaşları (1978) tarafından geliştirilmiştir (47). Ainsworth yabancı durum testi ile laboratuvar ortamında önce annesinden ayrılan ve sonra annesiyle buluşturulan çocukların tepkilerine göre bağlanma örüntülerini (attachment patterns) değerlendirmiştir. Bunları güvenli (secure), kaygılı-ikircikli (anxious/ambivalent) ve kaçınan (avoidant) olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır.

Ainsworth'a göre normal gelişmekte olan çocuğun bağlanma davranışı iki çeşit gözlem ile yapılmaktadır. Bunlardan birincisi, bebeğin sosyal tepkilerini diğer kişilerden çok bakım veren kişiye yönlendirmeyi tercih etmesi, ikincisi bebeğin bakım veren kişiden ayrılma ve yeniden birleşmeye anlamlı tepki göstermesidir. Güvenli bağlanma gösteren çocuklar, annelerinin her zaman yanlarında olup, stres durumlarında yardımcı olacaklarından emin olan çocuklardır. Anne ayrıldığında tepki göstermelerine karşın döndüğünde kolaylıkla yatışırlar. Güvenli bağlanmanın gelişmesi için çocuğun kesintisiz, tutarlı tepki veren, duyarlı ve her zaman ulaşılabilir bir bakım verene sahip olması önemlidir. Kaygılı-ikircikli bağlanma örüntüsü olan çocuklar, çağırdıklarında annenin yanıt vereceğinden ya da yardımcı olacağından emin olamayan çocuklardır. Bu nedenle ayrılığa direnirler ve anne döndüğünde yatışmazlar. Araştırmacı davranışlarda bulunmaya ilişkin kaygıları vardır. Bu anneler tepkilerinde tutarlı olmayan ve kontrol amaçlı terk etme tehdidinde bulunan annelerdir. Kaçınan bağlanma örüntüsü olan çocuklar ise annelerinin yardımcı olacağına ilişkin hiç güveni olmayan çocuklardır. Sürekli olarak çocuklarını geri çeviren ya da reddeden anneleri olan bu çocuklar ayrılığa tepkisiz kalıp anne döndüğünde yakın durmazlar. Güvenli, kaygılı-ikircikli ve kaçınan bağlanma örüntülerine daha sonra Main ve Solomon tarafından

dezorganize-dezoryante bağlanma örüntüsü eklenmiştir (48). Stres ile baş etmede organize bir davranış göstermeme, yabancı durum testinde stereotipik, asimetrik ve zamansız hareketlerin varlığı, donup kalma ya da hareketlerde yavaşlama dezorganize bağlanma ölçütü sayılmaktadır. Bu çocukların annelerinin fiziksel taciz ya da ihmalde bulunan, psikiyatrik bozukluk oranları yüksek olan ya da kendi bağlanma nesneleri ile olan sorunlarını çözememiş anneler olduğu bildirilmektedir. Dezorganize bağlanma örüntüsünün altında yatan nedenin bakım verenden korkma olduğu belirtilmektedir (49).

2.2.1. Bağlanmanın gelişimi

Temel bağlanma yaşamın ilk dokuz ayında gerçekleşir ve bu, bakım-verenin yokluğuna karşı öngörülebilir davranışlar şeklinde kendini gösterir. Bu dürtüsel bir işlemdir ve güvenliği ve hayatta kalmayı sağlayan bir özelliğe sahiptir. Bağlanma nesnesinin arzu edilen konumuyla gerçek konumu arasında bir çelişki doğduğunda bağlanma sistemi aktif hale gelir. Aktif hale gelmiş sistemde bebek belli davranışlarla bağlanma nesnesine ulaşmaya ve tekrar ilişki kurmaya çalışır. Örneğin, ağlar, mızızlanır. Buna “temel-birincil strateji” denir. Bebek bakım veren ile güvenli şekilde bağlandığında çevresini merak etmeye, keşfetmeye başlayabilir. Bu da bağlanma nesnesini “güvenli üs” olarak kullanmasıyla gerçekleşir. Bağlanmanın kalitesinin bebek ile bakım veren arasındaki etkileşimin özelliklerine bağlı olması, bağlanma kuramının temel özelliğidir. Bakım verenin, çocuğun emosyonel sinyallerine verdiği tepki sayesinde bebek kendi duygularını organize etmeye ve anlamaya başlar. Eğer bebek belli bir strese karşı sağlıklı tepki veren bir bakım veren ile karşılaşır, sonuçta kendi stresini baş etmek için uygun yollar ve destekler aramayı öğrenecektir. Bu da onun güvenli bağlanma geliştirmesini sağlayacaktır. Eğer stres sinyallerine karşı bakım verenden duyarsız ya da tutarsız yanıtlar alırsa, çocuk kendi stresini uygun olmayan baş etme yöntemleriyle, yani ikincil stratejiler ile uzaklaştırmaya çalışacak, bunun sonucunda da güvensiz bağlanma geliştirecektir. Temel olarak kabul edilen ilke, bağlanmanın özelliklerinin anne ve bebeğin erken dönemdeki etkileşimi tarafından belirlendiğidir. Bebeğin emosyonel sinyallerine bakım verenin verdiği yanıtın bebeğin kendi emosyonel deneyimlerini organize etme ve düzenleme yeteneğini geliştirmede çok değerli olduğu düşünülmektedir. Bu anlamda, bağlanma teorisi, afekt regülasyonu kuramına ışık tutmaktadır. Bağlanmanın gelişmesi alınan bakımın kalitesiyle doğrudan ilişkili değildir. Çünkü duyarsız ya da istismar eden bakım verenerlere karşı da çok yoğun bir bağlanma gelişebilmektedir (50).

2.2.2. Bağlanmanın nörobiyolojisi

“Anne” beyni daha fazla bakım verme için hazırlanmıştır. Limbik sistemin evriminde dişilerin beyni bebeğin stresli çağrılarına daha duyarlı olma, çocuklarla daha yakın ilişki içinde olma ve daha çok oyun oynamak üzere yapılanmıştır (51). Çeşitli deneylerle anatomik olarak incelenen bağlanmada en önemli beyin bölgelerinin amigdala, septal alan ve singulat korteks olduğu bildirilmiştir (52).

Sosyal bağlanmanın ele alındığı bu çalışmalar sonucunda, bakım verenleri tarafından yeteri kadar bakım, sevgi ve destek alan çocukların bağımsız ve ilişkilerinde güvenli erişkinler olmasının temellerinin nörobiyolojik dengelerde bulunduğu söylenebilir. Bir karşılıklılık içeren anne çocuk ilişkisinde, eğer çocuk iyi bakım alırsa beyin de biyokimyasal düzenini “her şey yolunda” olarak oluşturmakta ve kaydetmekte, eğer çocuk reddediliyor veya ihmal ediliyorsa nöronal düzenekler de ona göre oluşmaktadır. Sonuç olarak araştırmalardan elde edilen veriler doğrultusunda bağlanmanın bilişsel süreçler yanında nörohormonların etkisiyle de şekillendiği anlaşılmaktadır. Tartışılması gereken bir diğer durum da bunun tam tersi olarak bağlanma sorunları nedeniyle de bazı nörohormonal düzensizliklerin meydana gelebilmesi olasılığıdır (51).

2.2.3. Bağlanma örüntüleri

Ainsworth bağlanma şekillerini güvenli, kaygılı-kararsız ve kaçınan-dirençli olarak 3 ayrı gruba ayırmıştır. Son yıllarda bu sınıflandırmaya dezorganize-dezoryante bağlanma da eklenmiştir (53). Ainsworth’e (54) göre güvenli bağlanma gösteren çocuklar annelerinin her zaman yanlarında olup, stres durumlarında yardımcı olacaklarından emin olan çocuklardır. Bu çocuklar anne ayrıldığında tepki göstermelerine karşın döndüğünde kolaylıkla yatışırlar.

Kaygılı kararsız bebek ise, anneden ayrılırken ağlamaya ve sıkıntı duymaya çok yatkındır. Bu bebekler gereksinme duyduklarında anne-babalarının karşılık verebileceklerinden, yardımcı olabileceklerinden emin değildir. Bu belirsizlik yüzünden ayrılık anksiyetesi duymaya yatkındırlar. Kaçınan bebek ise, annenin reddedici davranışını aynalamakta, kendisini korumak için anneden kopmaktadır. Hayatını, annesinin sevgisi ya da desteği olmadan sürdürmeye çalışır (55).

Son yıllarda ergen ve yetişkin yakın ilişkilerinde bağlanmanın rolünü inceleyen Bartholomew ve Harowitz Bowlby’nin (56-59) bağlanma sisteminin benliğe ve başkalarına ilişkin içsel modelleri içerdigi görüşünden yola çıkarak “Dörtlü Bağlanma Modeli”ni oluşturmuşlardır. Buna göre, benlik ve başkaları modelleri olumlu ve olumsuz olma durumuna göre dört kategoride değerlendirilmektedir.

Benlik modelinin olumlu olması başkalarının onayından bağımsız olarak var olan, içselleştirilmiş öz saygı ve “sevebilirlik” duygusu olarak betimlenebilir. Benlik modelinin olumsuz olması ise düşük özsaygı ve başkalarından onay alma gereksinimiyle ilişkilidir. Başkaları modelinin olumlu olması, yakın ilişkilerde destek ve yakınlık aramaktan çekinmemeye ve başkaları hakkında olumlu beklentilere sahip olmaya; başkaları modelinin olumsuz olması ise başkalarına ilişkin olumsuz beklentiler taşımaya karşılık gelmektedir. Bu bağlanma örüntüleri güvenli, saplantılı, kayıtsız, korkuludur (Şekil 2.1) (57 - 60).

		KENDİLİK MODELİ	
		Olumlu	Olumsuz
BAŞKALARI MODELİ	Olumlu	GÜVENLİ	SAPLANTILI
	Olumsuz	KAYITSIZ	KORKULU

Şekil 2.1. Bartholomew ve Horowitz’e göre dörtlü bağlanma modeli.

1. **Güvenli bağlanma örüntüsünde** hem benlik, hem de başkaları modelleri olumludur. Bu örüntüye sahip kişiler kendilerini değerli olarak algılar ve diğerlerini kabul eder ve destekleyici olarak görürler (61). Bu kişiler hem başkalarıyla kolaylıkla yakınlık kurar hem de özerk kalmayı başarabilirler (57, 62). İhtiyaç duyduklarında diğerlerinden destek alma konusunda rahattırlar.
2. **Saplantılı bağlanma örüntüsü** olumsuz benlik modeli ve olumlu başkaları modeliyle ilişkilidir (59). Bu grup Hazan ve Shaver’in kaygılı/kararsız örüntüsüyle kavramsal olarak ilişkilendirilir. Kendilerini değersiz hissetme eğilimindedirler.

Temelde kaygılıdırlar. Negatif duygudurumlarını abartılı ve sürekli bir biçimde eşlerinin onayını arayarak gösterirler. Başkalarının onay ve görüşüne bağımlıdırlar. Kaygılı-kaçınan olarak sınıflandırılabilirler. Diğerlerine yakın olmayı isterler fakat ihtiyaç duyduklarında diğerlerinin hazır bulunması veya elde edilebilirliği konusunda güvenleri eksiktir. Bir insanın iyi olduğunu düşünüp yakınlaşmak isterler fakat reddedilecekleri veya terk edilecekleri konusunda yüksek düzeyde kaygı yaşarlar (62). Bu kişiler sürekli olarak ilişkileri konusunda takıntılıdır ve ilişkilerinde pek gerçekçi olmayan beklentilere sahiptirler (57).

3. **Kayıtsız bağlanma örüntüsü** benlik modelinin olumlu olduğu fakat başkaları modelinin olumsuz olduğu örüntüdür (60). Kayıtsız bağlananlar temelde kaçınmacıdırlar çünkü kendileri ile ilgili olumlu ama başkaları ile ilgili olumsuz görüşlere sahiptirler. Negatif duyguları baskı altında tutma eğilimindedirler ve kaçınma stratejilerini temel başa çıkma stratejileri olarak kullanırlar. Bu örüntüde başkalarına karşı reddeder bir tutum vardır. Kişi özerkliğine aşırı derecede önem verir (57). Bağlanma figürünü elde edilemez ve sorumsuz olarak kabul ederler. Diğerlerinden uzak durarak ve bağlanma ihtiyaçlarını reddederek olası bir reddedilmeye karşı olumlu kendilik imajını korumaktadırlar (60, 62). Başkalarına karşı güvensiz oldukları, başkalarını destekleyici olarak algılamadıkları, kendilerini başkalarına açma ve yakınlık kurmada isteksiz oldukları (63) akranları tarafından daha düşmanca algılandıkları bulunmuştur (57).
4. **Korkulu örüntü** her iki modelinde olumsuz olduğu örüntüdür. Bu örüntüye sahip kişilerin hem benlik hem de başkaları modeli olumsuzdur (59). Diğerlerine aşırı bağımlıdır. Bunlar kendilerini değersiz ve sevilmez olarak algılayarak başkalarını da güvenilmez ve reddedici olarak algılar. Diğerleri tarafından kabul edilmeyi istemelerine rağmen reddedilme beklentileri ya da korkuları yüzünden yakın olmaktan korkarlar (61). Kendilerini başkalarına açma, yakınlık kurma ve stres anında başkalarından destek isteme konusunda rahatsızlık duydukları, kendilerine güvenlerinin az olduğu, sosyal ortamlarda atılganlık gösteremeyen kişiler oldukları bulunmuştur (61, 63).

2.2.4. Psikopatoloji ve bağlanma arasındaki ilişki

Psikopatoloji ve bağlanma arasındaki ilişkiyi gösteren iki temel yol bulunmaktadır. İlki yaşamın ilk yılları içinde ortaya çıkan bazı atipik bağlanma özelliklerinin kendisi, bir

bozukluk ya da psikopatoloji belirtisi olarak ele alınabilir. Bu durumda, çocuğun yetiştiği ortamdaki diğer risk faktörleriyle birlikte erken dönem ilişkilerinin mevcut davranış sorunlarına yol açtığı ve tedavi edilmesi gerektiği düşünülür. Diğer yol ise bağlanmanın ileri yıllarda ortaya çıkan ruhsal ve davranışsal sorunlar için artan bir risk oluşturması ya da diğer risk faktörlerinin etkisini artırması şeklinde açıklanabilir. Yaşamın ilk iki yılında temel bakım verenlerle güvenli bağlanma geliştiren bebeklerle yapılan birçok klinik araştırma sonucuna göre, bu bebeklerin diğer erişkinlerle ve bebeklerle daha kolay sosyal ilişki kurabildikleri, ebeveynleriyle daha uyumlu oldukları ve afekt regülasyonun daha etkin olduğu bulunmuştur. Aksine, iki yaş öncesi güvensiz bağlanma geliştiren bebeklerin, düşük sosyalleşme, zayıf akran ilişkisi, öfke yakınmaları, okul öncesi ve sonrası zayıf davranış kontrolü gösterdikleri saptanmıştır. Ancak bağlanma kuramıyla ilgili yanlış anlayış, güvenli bağlanmanın normal, güvensiz bağlanmanın da tam tersi patolojik kabul edilmesidir. Her ne kadar güvensiz bağlanma daha sonraki uyum ve davranım sorunlarıyla ilişkilendirilmeye çalışılmaktaysa da, bunun kesinlikle böyle olacağını söylemek doğru değildir. Güvensiz bağlanmanın ancak psikopatoloji gelişimi için bir risk ve kırılabilirlik oluşturduğu söylenebilir. Greenberg'in (64) psikopatoloji gelişimini açıklamaya çalıştığı modelde, 4 temel risk faktörü tanımlanır. Bunlar, çocuğun karakteri yani mizacı, kendine ait özellikleri, bağlanma öyküsü, ebeveynlerin anne-babalık örüntüsü ve aile içi dengedir.

Anne-babaların birinde ya da ikisinde birden görülen depresyon, şizofreni, duygulanım bozuklukları gibi ruhsal bir hastalık çocuklarla güvenli bağlanma ilişkisi kurulmasını engelleyebilir (54), çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olabilir. Ebeveynlerdeki bu hastalıklar ebeveyn ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımını, ebeveyn rolünü öğrenmesini olumsuz yönde etkileyebilmektedir (65). Brockington'a (66) göre bağlanma bozukluğu ile istenmeyen gebelikler ve gebelik sırasında fetusla ilişki kurulmaması arasında güçlü bir ilişki vardır. Özellikle prematüre bebekler, çoğul gebelikler, duyu kusuru veya ciddi hastalığı olan bebekler, istismar edilenler ile evlatlık alınan bebeklerde bağlanma sorunları yaşanabilir. Bunun dışında bebeğin mizacı, gelişimsel geriliği, geçirdiği hastalıklar, deneyimsizlik (ergen yaşta anne olma) aile içi stres de, bağlanma üzerinde olumsuz rol oynayabilir (67, 68).

Çocuğunu kaybedecek olma olasılığı bile anne-babanın yakın ilişkiye girmesine engel olabilmektedir. Anne-babanın kendi anne-babasına bağlanma şekli de kendi çocuğunun bağlanma şeklini belirlemektedir. Çocuk ve anne-baba özellikleri dışında genetik, kardeş ilişkileri ve yaşam koşullarının da bağlanma üzerinde etkili olduğu kabul edilir (53).

2.2.5. Ergenlik döneminde bağlanma ve psikopatoloji

Ergenlik döneminde biyolojik, mental ve sosyal değişim ön plana çıkar ve başkasıyla ilişkideki kendilik oldukça önem kazanır. Bu dönem çok önemli bir geçiş dönemidir. Bu dönemde ergenin bağlanma örüntüsünde, anne-baba-ergen arasındaki ilişkilerde temel dönüşümler yaşanır ve bağlanma özellikleri de revizyona uğrar. Anne-babaya güvenli bağlanma, ergenin kimlik ve özerklik gelişimine yardım eder. Bireylerin bağlanma örüntüleri anne-babaların çocuk yetiştirme tutumlarına göre şekillenir.

Anne-babası tarafından tutarsız, zarar verici, ambivalan ya da tepkisiz kalma gibi uygunsuz bir tutumla karşılaşan çocuk güvensiz bağlanma geliştirir ve stresle karşı karşıya kaldığında mahremiyetini yitirdiğini hisseder. Güvensiz bağlanma geliştiren ergenlerse, çevrelerindeki güvenemediklerinden genellikle kişileri kontrolleri altına alma eğiliminde olurlar, öfkelerini doğrudan ifade edemezler, bütünlük duygusuna sahip olamaz ve özdeğer duygusunu sürdüremezler. Bu kişilerin kimlik organizasyonlarında sorunlar yaşanır. Sonuç olarak, anne-babalar tarafından yön verilen bağlanma süreci gelecekteki kişiliğin gelişimi için önemlidir. Bağlanma bozuklukları ergenlik ve yetişkinlik psikopatolojilerinin kaynağı olabilir (56). Ergenlik döneminde bir yandan bağlanmanın güvenliği ve psikososyal işlev üzerine etkisi araştırılırken, diğer yandan bağlanmanın klinik düzeyde etkileri de incelenmiştir. Özellikle de gelişimsel psikopatoloji açısından ergenlik döneminde biyopsikososyal değişimler dramatik boyuttadır ve buna bağlı olarak da yeme bozuklukları, davranım bozuklukları ve intihar girişimi gibi patolojiler bu dönemde artar (64). Bebeklikte şekillenen bağlanma örüntüleri, bireyin yaşamının her adımında önemli rol oynamaktadır. Süt çocuklarında saptanan bağlanma özelliklerinin ergenlik döneminde de devam ettiğine ilişkin kanıtlar vardır. Güvensiz bağlanan çocuklardaysa okul dönemi ve ergenlikte daha fazla duygusal sorun yaşandığı tespit edilmiştir (69).

Güvensiz bağlanma yeme bozukluğu gelişiminde ve hastalığın sürmesinde rol oynayabilmektedir. Güvensiz bağlanan bireylerde olduğu gibi yeme bozukluğu hastalarında da düşük benlik saygısı, yetersizlik ve işe yaramazlık duyguları gelişebilmektedir. Bulimik hastaların normal bireylere göre güvensiz bağlanma alt ölçeğinden daha yüksek puan aldıkları dikkati çekmiştir. Daha da önemlisi bulimik hastaların %36'sının (normallerin %17'si) güvensiz bağlanma puanları patolojik olarak değerlendirilebilecek kadar yüksek bulunmuştur (70). Yeme bozukluğu hastalarının önemli bir kısmında söz konusu olan güvensiz bağlanma, bireysel yatkınlık ile bir araya geldiğinde yeme bozukluğu belirtileri ortaya çıkmaktadır (71).

Bağlanma ve davranım bozukluğunun ilişkisine bakılan son çalışmalarda, antisosyal davranım sorunlarının kaçınan ve çözülmemiş bağlanma süreçleriyle ilişkisi

gösterilmiştir (72). Bowlby'nin çalışmalarından başlamak üzere güvensiz bağlanma biçimi daha sonraki yaşam dönemlerinde psikopatolojinin belirleyicisi olarak düşünülmüşken güvenli bağlanma sağlıklı süreçlerle ilişkilendirilmiştir (73,74). Major depresyon, sosyal kaygı bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve kronik ağrı bozukluklarının güvensiz bağlanma biçimiyle ilişkileri araştırmalarda gösterilmiştir (75-77).

2.2.6. Ebeveyn psikopatolojisinin bağlanmaya etkisi

Son yıllarda, anne-çocuk ilişkisi konusunda yapılan araştırmaların önemli bir bölümünü bağlanma konusunun oluşturduğu görülmektedir. Bu durumun en önemli nedeni ise, anne-baba çocuk ilişkisini araştırmanın her iki nesil için de giderek önem kazanmasıdır. Çünkü bağlanma, çift yönlü bir süreçtir. Pek çok araştırmacı anne-çocuk ilişkisinin sürekliliğinin sonraki yaşantıların temelini oluşturduğunu ileri sürmektedir (78).

Çocuğun kendi kendini yöneten, yüksek benlik saygısına sahip, doyumlu bir birey olarak gelişmesi, büyük ölçüde ona sağlanan fırsatlara ve ana-babanın tutumuna bağlıdır. Ana baba tutumlarının ise çocuğa ilişkin bakım tartışmaları, evlilikle ilgili problemler ve ana-babaya ait psikopatoloji gibi değişkenlerle ilişkili olduğu belirtilmektedir (79, 80). Ana babadaki ruhsal bozukluğun bebeklik dönemindeki bağlanmayı ve daha sonraki ana baba çocuk ilişkisini olumsuz biçimde etkilediğine ilişkin pek çok araştırma sonucu vardır. Doğum sonrası dönemde annede ortaya çıkan depresyon, annenin, çocuğun ve ailenin çeşitli güçlükler yaşamasına neden olmakta anne ile çocuk arasında kurulan ilişkiyi, annenin bebek bakımını ve ebeveyn rolünü öğrenmesini etkileyebilmektedir (81). Ayrıca depresyondaki annenin şefkatinde, ebeveynlik duyarlılığında, çocuğunun duygularına karşılık verebilme yeteneğinde azalma, çocuğuna ceza vermesinde ve gereğinden fazla müdahale etmesinde artış olduğu gösterilmiş (82, 83). Babanın alkol bağımlılığının, duyarsızlık, olumsuz duygulanım, olumsuz sözel anlatımlar ve bebeğe daha az yanıt verme gibi belirtilerle kendini gösteren olumsuz baba-bebek etkileşimi ile ilişkili olduğu gösterilmiş. Psikotik bozukluğu bulunan ebeveynler tepkisiz, içine kapanık ve çocuk odaklı olmayan etkileşimler sergilemektedir. Ebeveyn psikopatolojisi çocukta gelişimsel olarak daha kırılgan bir yapı oluşturarak çocuğun bağlanmasını etkilemektedir. Bu bağlamda kronik ruhsal hastalığı ve psikotik bozukluğu bulunan anne babalarda sosyal ya da eş desteğinin göreceli olarak daha eksik olması bağlanma açısından risk faktörü olarak sayılabilir. Bu durum ebeveynlik yeterliliği üzerine daha fazla stres oluşturabilir, ebeveynin hastalandığı dönemlerde ebeveyn-çocuk ilişkisindeki süreklilik kesintiye uğrar. Doğum sonrası yaşamın erken evrelerinde annenin hastalık belirtilerinin zaten olumsuzluklara duyarlı süt çocuğuna getirdiği ek yük, çocuğun

bağlanmasını olumsuz yönde etkileyecektir. Ebeveyn ile kurulan bağlanma ilişkisinin niteliği, bebek ebeveyn arasında kurulacak olan iletişimin kalitesini de belirlemektedir. Erken dönemde ebeveyn hastalıklarının (örneğin; Depresyon, psikotik bozukluk) güvensiz bağlanmaya ve erişkin dönemde kişilik patolojilerine neden oldukları bilinmektedir. Bebeğin, sosyal ve duygusal açıdan gelişebilmesinde, kendini ifade edebilmesinde ve ortaya koyabilmesinde zihinsel ve ruhsal açıdan sağlıklı ebeveyn önemlidir (84, 85).

2.2.7. Bağlanma ve DEHB

DEHB, son zamanlarda yapılan kavramsal modele göre duygu düzenleme veya özdenetim bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Özdenetimdeki yetersizlik özellikle bileşik ve hiperaktivite dürtüsellüğün ön planda olduğu DEHB’li çocuklarda daha belirgindir. Özdenetim, çocuk ile bağlanma figürü arasındaki ilişki yaklaşımıyla modellenmiştir. Bağlanma kuramına göre ebeveyn, çocuğunun gereksinimlerini erken kabullenebilme ve çocuğun sinyallerine yanıt verebilme duyarlılığı doğrultusunda çocuğun güvenli veya güvensiz bağlanma örüntüsünün gelişeceği varsayılmaktadır. Bunun sonucunda çocuğun benlik ve başkaları modellerinin içsel tasarımları oluşur. Ayrıca, çocuklar birincil bağlanma ilişkisinde duygu düzenleme becerisini geliştirmektedir. Güvensiz bağlanan çocuklar, duygu düzenleme ve özdenetim tam olarak geliştiremedikleri için yaşamları boyunca dürtü kontrolünde zorluk yaşarlar (85). Duygu düzenleme dikkat sürecinin gelişiminde rol oynadığı ve DEHB’li çocukların duygu düzenleme problemleri güvensiz bağlanmayla ilişkili olduğu bulunmuştur (86). Franc ve arkadaşlarının yaptığı ADHD ve bağlanma arasındaki ilişkiyi inceleyen bir gözden geçirme çalışmasında, hem tepkisel bağlanma bozukluğu hem de ADHD’de duygu düzenleme bozuklukları önemli yer tutmaktadır (87).

DEHB’li çocukların zor mizacı ebeveyn çocuk arasındaki bağlanma ilişkisinin kalitesini etkilemektedir (86). DEHB’li çocuklarda görülen öz denetim yetersizliklerin erken çocukluk dönemlerinde görülen bakım veren çocuk arasındaki gergin etkileşimden ve bozulmuş primer bağlanmadan köken alabileceği öne sürülmüştür (3). Hiperaktif çocukların süt çocukluğu döneminde son derece aktif, aşırı iritabil, yatıştırılamayan ve beslenme rutinlerindeki değişikliklere dirençli oldukları anneleri tarafından sıkça bildirilmiştir (88). Campbell ve arkadaşlarının yaptığı çalışmaya göre bu çocukların uyumsuz davranışları ve bakımının zor olmasının ebeveyn çocuk arasında gelişecek güvenli bağlanmayı engelleyebildiği gösterilmiştir (89). Literatürde olgu sunumları gözden geçirildiğinde de DEHB’li çocukların erken ilişki öykülerinin güvensiz bağlanması olan çocuklarınkine benzediğine işaret edilmiştir. DEHB’li çocukların ebeveynleriyle etkileşimi incelendiğinde güvensiz bağlanmada

görülen ebeveyn çocuk ilişkilerine benzer yetersizlerin olduğunu görülmüştür. Güvensiz bağlanma ilişkilerinde ebeveynin bebeğin sinyallerine yanıt vermekte yetersiz olduğu ve katılımının düşük kaldığı, çocuğuna karşı aşırı müdahaleci ve negativist bir tutum sergilediği belirtilmiştir (3).

Literatürde DEHB’li çocukların bağlanma örüntülerini inceleyen çalışmalara göre, güvenli bağlanma normal popülasyonda çocukların %60’ında, DEHB’li çocukların ise %10’dan daha azında belirlenmiştir (87). Clarke ve ark. (2002)’nin 5-10 yaş arası 19 DEHB’li çocuklar ile yürüttükleri çalışmada DEHB’li çocukların güvensiz bağlanma puanları sağlıklı kontrollerden anlamlı oranda daha yüksek olduğu saptanmıştır (3). Finzi ve arkadaşları 7-15 yaş arası 65 DEHB tanılı çocukla yaptıkları çalışmada bileşik ve hiperaktivitesi baskın olan tiplerdeki çocukların anksiyöz (kaygılı) ve kaçınan bağlanma puanlarının daha yüksek olduğunu bildirmiştir. DEHB-bileşik tip tanılı çocukların ise mizaç yönünden daha duygusal ve hareketli oldukları, ailelerinin de daha otoriter bir tutum sergiledikleri görülmüştür. Otonomilerinin aşırı kısıtlanması sonucunda; DEHB’li çocukların ebeveynlerini cezalandırıcı, müdahaleci, hiçe sayıcı olarak algıladıkları ve sonuç olarak kaçınan bağlanma geliştirdikleri gösterilmiştir (85). Storebo1 ve arkadaşlarının yaptığı gözden geçirme çalışmasında ADHD ile güvensiz bağlanma arasında açık bir ilişkinin olduğu sonucuna varılmış. Erken dönemde ebeveyn eğitimi ve DEHB’nin psikofarmakolojik tedavisi ile bağlanma problemlerinin gelişmesini önlenebileceğini belirtilmektedir (87).

3. YÖNTEM ve GEREÇLER

3.1. Örneklem

Bu çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde DEHB tanısı ile takip edilen 12-17 yaşları arasındaki 30 ergen ile bunların ebeveynlerinden çalışmaya katılmaya gönüllü olanlar dahil edilmiştir. WICS-R testinde IQ puanının 80'in altında olması, yarı yapılandırılmış görüşmede DEHB dışında saptanan psikopatolojinin olması ve kronik tıbbi hastalık hikayesi dışlama kriteri olarak belirlenmiştir.

Çalışmaya katılmaya gönüllü olmuş, daha önce herhangi bir nedenle çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvurusu olmayan, bilinen önemli bir tıbbi rahatsızlık öyküsü, zihinsel gelişim geriliği bulunmayan, yaş ve cinsiyet açısından hasta grubu ile eşleştirilmiş 12-17 yaş arası 30 ergen ile bunların ebeveynleri kontrol grubunu oluşturmuştur. Kontrol grubundaki çocukların zihinsel gelişimi kabaca klinik gözlem, gelişim öyküsü ve okul başarısı, Bender-Gestalt Görsel Motor Algı Testi, Good-Enough (Bir İnsan Çiz) testi uygulanarak karar verilmiştir. Çalışmaya katılan bütün ergenler ile ebeveynleri bilgilendirilerek onamları alınmıştır (Ek 1). Çalışmaya ergenlerin anne-babalarının tümü katılmıştır. Çalışma için Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

DEHB ve kontrol grubundaki ergenlere; sosyodemografik veri formu (Ek 2) ve İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen (İÖA-E) verilmiştir (Ek 3) ve Okul çağı çocukları için duygudurum bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi – Şimdi ve yaşam boyu versiyonu (K-SADS) uygulanmıştır. DEHB ve kontrol grubundaki ebeveynlere DSM IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I Klinik Versiyon) ve DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II) uygulanmıştır, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği (ASRS) (Ek 4) ve Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ) (Ek 5) verilmiştir.

3.2.1. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu (ÇDŞG-ŞY)

Çocuk ve ergenlerin DSM-III ve DSM-IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (84).

2004 yılında Gökler ve arkadaşları tarafından Türkçeye uyarlanmıştır (90). ÇDŞG-ŞY Major depresyon, distimi, mani, hipomani, siklotimi, bipolar bozukluk, şizoafektif bozukluklar, şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa tepkisel psikoz, panik bozukluk, agorafobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu, kaçınma bozukluğu, basit fobi, sosyal fobi, aşırı anksiyete/yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, karşı olma-karşıt gelme bozukluğu, enürezis, enkoprezis, anoreksiya nervroza, bulimiya, geçici tik bozukluğu, Tourette bozukluğu, kronik motor ya da vokal tik bozukluğu, alkol ve madde kötüye kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğu temel tanımlarını içerir.

ÇDŞG-ŞY, anne-baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Eğer farklı kaynaklardan gelen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır. ÇDŞG-ŞY belirtileri şimdi ve geçmişte olmak üzere “yok”, “eşik altı” ve “var” şeklinde değerlendirilir, belirtilerin şiddetini değerlendirmez.

3.2.2. İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen (İÖA-E)

Bartholomew ve Horowitz (61) tarafından geliştirilen, Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Sümer ve Güngör tarafından yapılan bu ölçek ergenlerin bağlanma stillerini değerlendirmek için kullanılmıştır (91). Ölçek 17 maddeden oluşmakta, yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk ve benzerlerini ve bağlanma stillerini tanımlamayı amaçlamaktadır. Güvenli, saplantılı, kayıtsız, korkulu bağlanma olmak üzere 4 farklı örüntüyü değerlendirir. Ölçekteki her madde 1-7 arasında puanlanmaktadır. Korkulu bağlanmayı 1, 4, 9, 14; kayıtsız bağlanmayı 2, 5, 12, 13, 16; güvenli bağlanmayı 3, 7, 8, 10, 17; saplantılı bağlanmayı 5 (ters yüklü), 6, 11, 15. sorulardır. Ölçekte yer alan bir madde (5. madde) hem kayıtsız hem de saplantılı bağlanma stili için kullanılmaktadır. Ölçekteki ters maddeler 5, 7, 17. maddelerdir. Güvenli bağlanma boyutu dışındaki etkenlerde puan artışı sağlıklı bağlanmayı göstermektedir. Ölçekten toplam puan elde edilmemekte, faktör puanları değerlendirilmektedir. Ölçeklerin iç tutarlılığı 0.82’dir (Ek 3).

3.2.3. DSM-IV Eksen I Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I Klinik Versiyon)

Eksen I bozuklukları için DSM-IV’e göre yarı-yapılandırılmış, bireysel olarak uygulanan tanı koyma ve tarama için kullanılan görüşme aracıdır. DSM-IV eksen-I’de yer alan 38 bozukluğu tanı ölçütleriyle, 10 ‘unu ise tanı ölçütleri olmadan araştırmaktadır. First ve

arkadaşları (1997) tarafından geliştirilen ve dünyada yaygın kullanım alanı bulan bu görüşme aracının Türkçeye uyarlaması ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır (92, 93).

3.2.4. DSM-III-R Kişilik Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II)

DSM-III-R tanı ölçütlerine göre hastalardaki kişilik bozukluklarını taramak için görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış görüşme aracıdır. Genellikle SCID-I görüşmesinden ve hasta tarafından doldurulan SCID-II kişilik ölçeğinden sonra uygulanır. SCID-II ölçeği 120 sorudan oluşmakta ve kişilik bozukluklarına yönelik tarayıcı sorular içermektedir. Bireyleri 12 kişilik bozukluğu açısından değerlendirir. Bunlar çekingen kişilik bozukluğu, bağımlı kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, pasif agresif kişilik bozukluğu, kendini zarara uğratan (self defeating) kişilik bozukluğu, paranoid kişilik bozukluğu, şizoid kişilik bozukluğu, şizotipal kişilik bozukluğu, histriyonik kişilik bozukluğu, narsisistik kişilik bozukluğu, sınır kişilik bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğudur. Spitzer ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş (94) ve Türkçe versiyonunun güvenilirliği ülkemizde Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (95).

3.2.5. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özbildirim Ölçeği (ASRS)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından DEHB'nin taranması amacıyla geliştirilen ölçeklerden biridir (96). DSM-IV'de DEHB tanısı için önerilen A grubu belirtileri içeren 18 itemden oluşur. Ölçeğin “dikkat eksikliği” ve “hiperaktivite/dürtüsellik” olmak üzere her biri dokuz itemden oluşan iki alt ölçeği vardır. İtemler her belirtinin son altı ay içinde hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemeye yöneliktir. Asla yanıtı için 0, nadiren yanıtı için 1, bazen yanıtı için 2, sık yanıtı için 3, çok sık yanıtı için 4 olmak üzere yanıtlar 0–4 arasında puanlanmaktadır. Basamaklı lojistik regresyon analizi 18 itemden altısının DEHB tanısını daha iyi kestirebildiğini göstermiştir (97). Bu altı item ölçeğin A bölümünü, diğer 12 item ölçeğin B bölümünü oluşturmaktadır. İki alt ölçeğin herhangi birinden 24 puan ve üzerinde alanların “yüksek olasılıkla DEHB”, 17–23 puan alanların “olasılıkla DEHB” olduğu, 0–16 puan alanların DEHB olmadıklarını bildirilmiştir. ASRS Türkçe formunun geçerliliğini belirlemek amacıyla yapılan faktör analiziyle varyansın %41,6'sını açıklayan iki etken (“hiperaktivite/dürtüsellik” ve “dikkat eksikliği”) elde edilmiştir. Güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı yüksek bulunmuştur (Cronbach alfa= 0.88). Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değeri de “dikkat eksikliği” için 0.82 ve “hiperaktivite/dürtüsellik” için 0.78 olmak üzere yüksek bulunmuştur. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve

arkadaşları tarafından yapılmıştır (98). Aynı araştırmanın devamı olarak sürdürülen çalışmada ASRS'nin toplam puan için kesme noktası 37 olarak hesaplanmıştır (99) (Ek 4).

3.2.6. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ)

WUDÖ, çocukluktaki DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak ve erişkinlerde DEHB tanısının konmasına yardımcı olmak amacıyla geliştirilmiştir (67). Erişkinlerde DEHB tanısı konabilmesi için geliştirilen Utah ölçütleri temel alınarak oluşturulmuştur. Ölçek 25 itemden oluşmaktadır. Bu itemlerden elde edilen 0-100 arası puanlar WUDÖ puanını vermektedir. Kesme noktası olarak 46 puan alındığında DEHB olan hastaların %86'sını, sağlıklı kontrollerin %99'unu ve depresyonu olan hastaların %81'ini ayırt edebildiği bildirilmektedir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirliliği yapılmış olup, kesme değeri 36 olarak belirlenmiştir. Kesme noktası olarak 36 ve üzeri alındığında duyarlılık %82,5, özgüllük %90,8'tir (100). Bu ölçeğe göre kesme değeri 36 ve üzeri olan ebeveynlerin, çocuklukta DEHB tanısı aldığı kabul edilmektedir (Ek 5).

3.3. İstatistiksel Çözümleme

Veriler SPSS (version 11.0) (SPSS Inc., Chicago, USA) kullanılarak analiz edildi. Örneklemi tanımlamak için frekans dağılımı, ortalama, standart sapma gibi tanımlayıcı istatistikler kullanıldı. Parametrik test varsayımlarının sağlandığı durumlarda bağımsız iki grup ortalamalarının farkı "Student t testi", bağımlı iki grup ortalamalarının farkı "iki eş arası fark testi", ikiden fazla grup arası fark ise "varyans analizi" ile araştırıldı. Parametrik test varsayımlarının sağlanmadığı durumlarda ise bu testlerin parametrik olmayan alternatifleri, "Mann-Whitney U", "Wilcoxon işaretli sıra" ve "Kruskall Wallis" testleri kullanıldı. Ayrıca sürekli değişkenler arasındaki ilişki durumu da normal dağılım varsayımı kontrol edilerek non parametrik Spearman korelasyon katsayısı kullanılarak analiz edildi. Kategorik veriler ise "Ki-kare anlamlılık testi" ile incelendi. Analizlerde farklılıkların belirlenmesi için %95 anlamlılık düzeyi (ya da $p=0.05$ hata payı) kullanılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamıza 12-17 yaş arası 30'u DEHB'li 30'u sağlıklı olmak üzere toplam 60 ergen ve onların ebeveynleri katılmıştır. Çalışmaya dahil edilen ergenlerin tamamının hem annesine hem de babasına ulaşılmıştır. Bu çalışmaya katılmaya gönüllü olan deneklerin sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1'de sunulmuştur. Buna göre DEHB ve kontrol grubunu oluşturan ergenlerin cinsiyet dağılımı, yaşları, eğitim düzeyleri ve kardeş sayıları birbirine benzerdir ($p>0.05$). DEHB'li ergenlerin sigara kullanma oranları sağlıklı ergenlere göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur ($p=0.040$).

DEHB ve kontrol grubu ergenlerinin ebeveynlerinin yaşları, eğitim düzeyleri ve mesleki durumları birbirlerine benzerdir. DEHB'lilerin babalarının sigara ve alkol kullanma oranları kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (sırasıyla $p=0.001$, $p=0.005$).

Tablo 4.1. Örneklemeye ait sosyodemografik veriler.

		DEHB (n=30)	Kontrol (n=30)	P
Ergen	Cinsiyet (E/K) (%)	19 /11 (63,3/36,7)	20/10 (66,7/33,3)	0.788
	Yaş (yıl) ort±sd	13,46 ± 1,71	14,26 ± 1,70	0.081
	Eğitim (yıl) ort±sd	7,53 ± 1,59	7,90 ± 1,42	0.240
	Kardeş sayısı ort±sd	2,66 ± 0,94	2,20 ± 0,92	0.761
	Sigara (var/yok) (%)	4/26 (13,3/86,7)	0/30 (0/100)	0.040
	Alkol (var/yok) (%)	1/29 (3,33/96,7)	0/30 (0/100)	0.317
Anne	Yaş (yıl) ort±sd	40,16 ± 6,04	41,56 ± 4,05	0.081
	Eğitim (yıl) ort±sd	10,13 ± 4,26	9,80 ± 3,77	0.578
	Mesleği (var/yok) (%)	15/15 (50/50)	14/16 (46,7/53,3)	0.798
	Sigara (var/yok) (%)	9/21 (30/70)	6/24 (20/80)	0.375
	Alkol (var/yok) (%)	2/28 (6,7/93,3)	0/30 (0/100)	0.154
Baba	Yaş (yıl) ort±sd	44,03 ± 8,25	44,83 ± 4,46	0.131
	Eğitim (yıl) ort±sd	10,93 ± 4,20	11,13 ± 3,59	0.890
	Mesleği (var/yok) (%)	29/1 (96,7/3,3)	30/0 (100/0)	0.317
	Sigara (var/yok) (%)	18/12 (60/40)	5/25 (16,7/83,3)	0.001
	Alkol (var/yok) (%)	7/23 (23,3/76,7)	0/30 (0/100)	0.005

4.2. Ergenlerde Bağlanma Örüntüleri Açısından Değerlendirme Sonuçları

Tablo 4.2. DEHB ve kontrol grubunun İlişki Ölçekleri Anketinden aldıkları puanları.

Değişkenler	DEHB (n=30) ort±sd	Kontrol (n=30) ort±sd	P
Güvenli Bağlanma	4,06±1,17	4,08±1,12	0,942
Korkulu Bağlanma	3,30±1,06	3,25±0,98	0,875
Saplantılı Bağlanma	3,80±1,20	3,48±1,08	0,276
Kayıtsız Bağlanma	4,09±0,97	4,01±0,68	0,711

DEHB ve kontrol grubundaki ergenlerin İÖA-E'den aldıkları puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı oranda fark bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.2). DEHB grubundaki ergenler istatistiksel olarak farklı olmamakla birlikte, en yüksek puan ortalamasını kayıtsız bağlanma alt ölçeğinden alırlarken (4,09±0,97), kontrol grubunda ise en yüksek puan ortalamasını güvenli bağlanma alt ölçeğinden almışlardır.

Cinsiyetin bağlanma örüntüleri ile olan ilişkileri incelendiğinde DEHB ve kontrol grubunu oluşturan ergenlerde kız ve erkekler arasında İÖA-E'de alınan puanlar arasında fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Tablo 4.3).

Tablo 4.3. Örneklemin cinsiyete göre ilişki ölçekleri anketinden aldıkları puanları.

	DEHB			Kontrol		
	Kız (n=11) ort±sd	Erkek (n=19) ort±sd	P	Kız (n=10) ort±sd	Erkek (n=20) ort±sd	P
Güvenli Bağlanma	4,05±1,00	4,06±1,29	0,985	4,08±1,10	4,08±1,16	0,991
Korkulu Bağlanma	3,45±1,19	3,21±0,99	0,553	3,35±0,86	3,21±1,05	0,725
Saplantılı Bağlanma	3,50±1,17	3,98±1,21	0,293	3,45±1,03	3,50±1,13	0,908
Kayıtsız Bağlanma	4,49±1,17	3,86±0,78	0,090	4,13±0,84	3,95±0,69	0,537

Tablo 4.4. DEHB ve kontrol grubundaki erkeklerin ve kızların kendi aralarındaki ilişki ölçekleri anketinden aldıkları puanları.

	Kız			Erkek		
	DEHB (n=11) ort±sd	Kontrol (n=10) ort±sd	P	DEHB (n=19) ort±sd	Kontrol (n=20) ort±sd	P
Güvenli Bağlanma	4,05±1,00	4,08±1,10	0,948	4,06±1,29	4,08±1,16	0,966
Korkulu Bağlanma	3,45±1,19	3,35±0,86	0,823	3,21±0,99	3,21±1,05	0,995
Saplantılı Bağlanma	3,50±1,17	3,45±1,03	0,919	3,98±1,21	3,50±1,13	0,203
Kayıtsız Bağlanma	4,49±1,17	4,13±0,84	0,433	3,86±0,78	3,95±0,69	0,716

DEHB ve kontrol grubundaki erkeklerin ve kızların kendi aralarındaki bağlanma örüntüleri karşılaştırılması sonucunda anlamlı oranda fark bulunmamıştır ($p>0.05$)(Tablo 4.4).

Herhangi bir ebeveynde ruhsal hastalığın bulunmasının ergenlerin bağlanma örüntüleri üzerine olan etkisi incelenmiştir (Tablo 4.5). DEHB grubunda ebeveynlerinde psikopatoloji bulunan ergenlerin kayıtsız bağlanma örüntüsü puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($p=0.003$), kontrol grubunda ise anlamlı oranda fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Tablo 4.5. Ebeveynlerindeki psikopatolojinin ergenlerin bağlanma örüntülerine etkisi.

	DEHB			Kontrol		
	Tanı var (n=21) ort±sd	Tanı yok (n=39) ort±sd	P	Tanı var (n=9) ort±sd	Tanı yok (n=51) ort±sd	P
Güvenli Bağlanma	4,09±1,23	4,03±1,17	0,898	3,94±1,20	4,15±1,11	0,634
Korkulu Bağlanma	3,50±0,84	3,14±1,20	0,376	3,41±0,85	3,18±1,05	0,560
Saplantılı Bağlanma	3,67±1,34	3,91±1,11	0,598	3,40±0,82	3,52±1,21	0,772
Kayıtsız Bağlanma	4,66±0,94	3,65±0,77	0,003	4,13±0,94	3,95±0,62	0,537

Tablo 4.6. Ebeveynlerinde DEHB bulunmasının DEHB’li ergenlerin bağlanma örüntülerine etkisi.

	Tanı var (n=7) ort±sd	Tanı yok (n=53) ort±sd	P
Güvenli Bağlanma	4,73±1,48	3,89±1,05	0,119
Korkulu Bağlanma	3,20±0,90	3,32±1,11	0,818
Saplantılı Bağlanma	3,33±1,34	3,92±0,16	0,287
Kayıtsız Bağlanma	4,83±1,09	3,90±0,87	0,036

DEHB grubunda ebeveynlerinde DEHB bulunan ergenlerin kayıtsız bağlanma örüntüsü puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($p=0.036$) (Tablo 4.6). Kontrol grubunda sadece 2 ebeveynde DEHB tespit edildiğinden dolayı bu grupta ebeveynde DEHB bulunmasının bağlanmaya etkisi incelenmemiştir.

Tablo 4.7. DEHB grubunda ebeveynlerin ASRS ve WUDÖ puanları ile ergenlerin İÖA-E puanlarının korelasyonu.

	Anne				Baba			
	ASRS		WUDÖ		ASRS		WUDÖ	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Güvenli Bağlanma	0,018	0.926	0,121	0.523	0,241	0.200	0,353	0.055
Korkulu Bağlanma	-0,059	0.757	0,053	0.781	-0,087	0.649	-0,129	0.496
Saplantılı Bağlanma	0,012	0.949	0,020	0.915	-0,087	0.648	-0,128	0.501
Kayıtsız Bağlanma	0,208	0.270	0,326	0.079	0,182	0.337	0,331	0.074

Tablo 4.8. Kontrol grubunda ebeveynlerin ASRS ve WUDÖ puanları ile ergenlerin İÖA-E puanlarının korelasyonu.

	Anne				Baba			
	ASRS		WUDÖ		ASRS		WUDÖ	
	r	p	r	p	r	p	r	p
Güvenli Bağlanma	-0,109	0.565	-0,186	0.324	-0,169	0.372	-0,230	0.221
Korkulu Bağlanma	0,003	0.973	-0,029	0.880	0,053	0.781	-0,106	0.576
Saplantılı Bağlanma	0,098	0.606	0,137	0.469	0,026	0.892	0,192	0.311
Kayıtsız Bağlanma	-0,069	0.719	-0,030	0.875	0,305	0.102	0,263	0.160

DEHB ve kontrol grubunda ebeveynlerin ASRS ve WUDÖ puanları ile ergenlerin İÖA-E puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$) (Tablo 4.7-4.8).

4.3. Ebeveynlerin Psikopatoloji Açısından Değerlendirme Sonuçları

Ebeveynlere SCID-I uygulanarak depresif bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk, alkol kötüye kullanım bozukluğu, tik bozukluğu tanıları saptanmıştır. SCID-II uygulanarak eksen II tanıları incelenmiştir. DEHB grubunda bir annede obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve bir babada antisosyal kişilik bozukluğu belirlenmiş, kontrol grubunda ise bir annede obsesif kompulsif kişilik bozukluğu saptanmıştır. Psikopatolojiler ayrı ayrı incelendiğinde DEHB ve kontrol grubu arasında anlamlı bir fark olmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Psikopatolojilerin tamamı göz önüne alındığında ise DEHB’li ergenlerin ebeveynlerinin ($n=21$, %35) psikopatoloji oranları sağlıklı ergenlerin ebeveynlerinden ($n=9$, %15) anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur ($p=0.012$). Ebeveynlerde belirlenen psikopatolojilerin dağılımları Tablo 4.9’da sunulmuştur.

Tablo 4.9. Ebeveynlerin psikopatolojilerinin dağılımları.

		Anne			Baba		
		DEHB (n=30) n (%)	Kontrol (n=30) n (%)	P	DEHB (n=30) n (%)	Kontrol (n=30) n (%)	P
SCID-I	Depresif bozukluk	4 (13,3)	2 (6,7)	0.393	2 (6,7)	1 (3,3)	0.557
	Yaygın anksiyete bozukluğu	3 (10)	2 (6,7)	0.643	2 (6,7)	1 (3,3)	0.557
	Panik bozukluğu	1 (3,3)	0	0.317	0	0	0
	Tik bozukluğu	0	0	0	1 (3,3)	0	0.317
	Alkol kötüye kullanımı	0	0	0	1 (3,3)	0	0.317
SCID-II	Obsesif kompulsif K.B.	1 (3,3)	1 (3,3)	1	0	0	0
	Antisosyal K.B.	0	0	0	1 (3,3)	0	0.317
ASRS	DEHB	2 (6,7)	0	0.154	5 (16,7)	2 (6,7)	0.232

K.B: kişilik bozukluğu

Ebeveynlerin doldurmuş olduğu ASRS ve WUDÖ sonuçları ile birlikte yarı yapılandırılmış klinik görüşme yapılarak ebeveynlerin DEHB tanısı konulmuştur. Ölçeklerin toplam puan için kesme değerleri ASRS’de 37 ve WUDÖ’da 36 olarak alınmıştır.

DEHB’li ergenlerin annelerinin %6,7’sinde (n=2), babalarının %16,7’inde (n=5) DEHB saptanmıştır. DEHB grubundaki bir babada alkol kötüye kullanımı ile DEHB eş tanı olduğu belirlenmiştir. Kontrol grubunda ise sadece 2 (%6,7) babada DEHB saptanmıştır. Genel olarak DEHB’li çocukların ebeveynlerde DEHB bulunma oranı %11,7 olduğu belirlenmiştir.

DEHB grubundaki ebeveynlerin doldurduğu ASRS ve WUDÖ puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin ASRS ve WUDÖ ölçeklerinden aldıkları puanların karşılaştırılması Tablo 4.10’da sunulmuştur.

Tablo 4.10. DEHB ve kontrol grubundaki ebeveynlerin ASRS ve WUDÖ ölçeklerinden aldıkları puanların karşılaştırılması.

	Anne			Baba		
	DEHB (n=30) ort±sd	Kontrol (n=30) ort±sd	P	DEHB (n=30) ort±sd	Kontrol (n=30) ort±sd	P
ASRS	27±10,60	21,20±8,04	0.020	29,70±8,82	22,23±9,39	0.002
WUDÖ	25,70±10,56	17,03±9,37	0.006	26,10±9,02	17,53±8,42	0.001

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada genel olarak DEHB’li ergenler ile sağlıklı ergenlerin bağlanma örüntüleri arasında anlamlı bir fark olmadığı bulunmuştur. DEHB’li ergenlerin ebeveynlerinde anlamlı düzeyde daha fazla psikopatoloji tespit edilmiştir. Sağlıklı ergenlerden farklı olarak, ebeveynlerde psikopatoloji varlığı DEHB’li ergenlerin bağlanma örüntüsünü olumsuz etkilediği görülmüştür. Ebeveynlerinin herhangi birinde ruhsal hastalık bulunan DEHB’li ergenlerin kayıtsız bağlanma örüntüsü puanlarının anlamlı oranda daha yüksek olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda ergenlerin İlişki Ölçekleri Anketinden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında tüm bağlanma örüntüleri bakımından DEHB ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bu sonuç, DEHB’li çocukların daha çok güvensiz bağlanma biçimine sahip olduğu şeklindeki literatür bilgisi ile uyumlu değildir (3, 85, 86, 87, 88, 89). Çalışmamızda çocukluk dönemi çalışmalarından farklı olarak ergenlerin bağlanma biçimi değerlendirilmiştir. Ergenlik dönemindeki bağlanma; diğer yaş gruplarından çok farklılık göstermektedir. Bu dönemde fizyolojik değişimlerin yanı sıra bilişsel olarak akıl yürütme, çıkarımda bulunma, diğerlerinin bakış açısı ve duygularını anlamada önemli gelişmeler görülmektedir. Ergenler için özerklik ve bağımsızlık ihtiyacındaki artış bu dönemde ön plana çıkmaktadır. Bu değişimler çocuk ve ebeveyn arasında çatışmalara neden olurken, tartışmalar artar, saygısızlık artar, otoriteye karşı isyankarlık başlar. Ayrıca ergen alkol, madde ve cinsellik gibi çok sayıda yeniliklerle karşılaşır. Ergen hem bu değişimlerle başa çıkmaya hem de karşılaştığı bu yeniliklerden kendisini korumaya çalışır. Tüm bu değişikliklerle beraber ilişkilerdeki modeller artık daha gerçekçi şekilde işler. Ergenlik döneminde anne ve baba ile kurulan bağlanma ilişkilerine bu dönemde diğer bireylerle, özellikle akranlarla kurulan bağlanma ilişkileri de eklenmektedir. Bu da ergenlerin ebeveynleri ile kurdukları bağlanma ilişkilerinin niteliğindeki değişimleri ve yeni bağlanma ilişkilerini de gündeme getirmektedir. Sonuç olarak, ergenlik gibi önemli bir geçiş ve değişim döneminde bağlanma revizyona uğramaktadır. DEHB’li ve sağlıklı ergenlerin bağlanma örüntülerinin benzer olması her iki grubunda benzer ergenlik sorunları yaşıyor olmasına bağlı olabilir. Ya da ergenlik döneminin normal özellikleri ile DEHB belirtilerinin bağlanma üzerine benzer etkileri olduğu söylenebilir. Çalışmamıza dahil edilen tüm ergenlere yarı yapılandırılmış görüşme yapılarak bağlanmayı etkileyebilecek olan DEHB dışındaki psikopatolojilerin dışlanmış olması da çalışmamızın önemli bir özelliğidir. Öte yandan sonuçlarımızla literatür arasındaki uyumsuzluğun bir diğer nedeni çalışmamıza katılan

bireylerin çocukluk dönemindeki bağlanma örüntülerinin geriye dönük olarak değerlendirilememesine bağlanabilir. Ayrıca, Türk toplumunun yapısından, örneklem sayısının az olmasından ve ölçme araçlarının farklılığından kaynaklanıyor olabilir.

Bizim çalışmamızda hem DEHB grubunda hem de kontrol grubunda cinsiyete göre İlişki Ölçekleri Anketi'nden aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kontrol grubunda hem kız, hem de erkeklerin en yüksek puan ortalamasını güvenli bağlanma alt ölçeğinden aldıkları saptanmıştır. Ülkemizde yapılan Keskin ve Çam'ın çalışmasında; 11-15 yaş arası 384 sağlıklı ergen alınmış ve bu çalışmada, ergenlerin bağlanma örüntüleri İÖA-E'ye göre değerlendirilmiş olup, güvenli bağlanma ve saplantılı bağlanma alt ölçeklerde erkeklerin kızlardan daha yüksek puan aldıkları belirlenmiştir (101). Çalışmamızda anlamlı fark bulunmamasının nedeni örneklem sayısının diğer çalışmalara göre daha kısıtlı olmasından kaynaklanabilir.

Çalışmamızda ayrıca ebeveynlerde psikopatoloji bulunmasının ergenlerin bağlanma örüntüleri üzerine etkisi incelenmiştir. DEHB grubunda ebeveynlerinde psikopatoloji bulunması ergenlerin kayıtsız bağlanma örüntüsünü olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Sağlıklı ergenlerden farklı olarak DEHB'li ergenlerin kayıtsız bağlanma puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($p=0.003$). Bağlanma kuramcılarına göre süt çocuğu döneminde bağlanma güvenli ya da güvensiz olarak belirlendikten sonra çok az değişkenlik gösterir (102). Bağlanmanın en önemli dönemi olan ilk iki yılda annenin hastalığı bağlanmayı olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Annenin ruhsal hastalığının ebeveynlik duyarlılığı üzerine olumsuz etkilerinin olduğunu gösteren birçok çalışma bulunmaktadır. Duyarlı bakım vermenin güvenli bağlanmanın oluşmasını sağlayarak çocuğun optimum gelişimini desteklediği görülmüş, güvensiz bağlanmanın ise ebeveynin duyarlılığının düşük olmasından kaynaklandığı saptanmıştır. Annede depresyon olması durumunda annenin şefkatinde, ebeveynlik duyarlılığında, çocuğunun duygularına karşılık verebilme yeteneğinde azalma, çocuğuna ceza vermesinde ve gereğinden fazla müdahale etmesinde artış olduğu gösterilmiş (103, 104). Ebeveyn depresyonda iken çocuklarını ihmal edebilir. Çocuklar uygun ve yerinde açıklamalar olmadığında ya da olsa bile (içinde bulunduğu durum ya da yaşı nedeniyle) ebeveyni ya da kendisi ile ilgili çarpık algılar geliştirebilir. Başlıca bakım verenle reddedici ilişki yaşayan bireylerin, kayıtsız bağlanma örüntüsü geliştirme eğiliminde oldukları ve yakın ilişkilerde kayıtsız bağlanma örüntüsü geliştirdikleri bulunmuştur (4). Ayrıca ebeveynde ötimik zamanlarda çocuğuna karşı suçluluk, yetersizlik ve alınganlık duyguları gelişebilir. Bu durum da ebeveyn çocuk ilişkisini olumsuz yönde etkileyebilmektedir. Bu şartlarda güvenli bağlanma olması da güçleşmektedir. Literatürde de ebeveynlerdeki farklı psikopatolojilerin

çocukların bağlanma örüntüleri üzerine etkilerini inceleyen çalışmalar bulunmaktadır. Yedi çalışmanın incelendiği bir metaanaliz çalışmasında annelerinde depresyon olan 3 yaş altı çocukların (n=373) bağlanma biçimleri gözden geçirilmiş; anneleri depresyonda olan çocuklarda Ainsworth yabancı durum testi'ne göre kayıtsız ve dezorganize bağlanma oranları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur (105). Kokain kullanan annelerde yapılan bir diğer çalışmada postnatal 18. ayda çocukların annelerine bağlanmasını Ainsworth yabancı durum testi kullanılarak belirlenmiş, normal popülasyona göre dezorganize bağlanma oranlarının yüksek olduğunu bulmuşlar (106). Bizim çalışmamızdaki gibi ergen grubunda bağlanma biçimlerinin incelendiği bir çalışma Kökçü ve Semenci tarafından yapılmıştır. Kökçü çalışmasında Bipolar duygudurum bozukluğu olan ebeveynlerin 16 yaş üzerinde olan 44 çocuğunun bağlanma örüntüsünü değerlendirmiş ve güvensiz bağlanma olan kayıtsız bağlanma örüntüsü puanlarını sağlıklı kontrollerden yüksek bulmuştur (107).

Çalışmamızda sağlıklı kontrollerden farklı olarak DEHB grubunda ebeveynlerinde DEHB bulunan ergenlerin kayıtsız bağlanma örüntüsü puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur ($p=0.036$). Ana-babalarda ve çocukta DEHB'nin birlikte görülmesi ailede karşılıklı olumsuz iletişim nedeniyle çocuğun gelişiminde olumsuzluklara neden olabilecek önemli bir risk faktörüdür (108, 109, 110). DEHB'li çocukların ebeveynleriyle olan ilişkileri, bu çocukların stresli, talepkâr, ısrarcı ve müdahale edici yapıda olmaları sebebiyle daha olumsuz seyretmektedir (11, 111, 112). Bu da çocuğa verilen bakımın kalitesini azaltmakta, ana-babanın yeterlilik duygusunu ve kendine güvenini etkileyebilmekte, ailede gerilim ve huzursuzluk yaşanmasına da neden olabilmektedir. Kendisi de DEHB belirtilerine sahip bir annenin, DEHB'li bir çocuğun gereksinim gösterdiği sakinlik, sabır, sınır koyabilme, problemler karşısında dürtüsel davranmama gibi özellikleri taşıyan tutum ve tavırlar sergilemesinin güçlüğü göz önüne alındığında, çocukların güvenli bağlanma sürecinin olumsuz etkileneceği öngörülebilir. Çalışmamızda sağlıklı ergenlerden farklı olarak sadece ebeveynlerinde DEHB olan DEHB'li ergenlerin güvensiz bağlanma puanlarının yüksek olduğunu tespit ettik. Bunun nedeni kendisi de DEHB belirtileri olan ebeveynin çocuğundaki DEHB belirtilerine daha çok odaklanması ve daha sık gündeme gelmesiyle ebeveyn çocuk ilişkisini olumsuz etkilenmesi olabilir. Ebeveyninde DEHB belirtileri bulunan çocuk, başkalarını güvenilmez olarak algılayarak olumsuz başkaları modeline temel oluşturabilir ve bu çocukların kayıtsız bağlanma örüntüsü geliştirme eğilimlerine neden olabilir.

Çalışmamızda ergenlerin ebeveynlerinde bulunan psikopatolojiler incelendiğinde; DEHB'li ergenlerin ebeveynlerinin (n=21, %35) psikopatoloji oranları sağlıklı ergenlerin ebeveynlerinden (n=9, %15) anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur ($p=0.012$).

Literatürde de benzer şekilde birçok çalışmada DEHB’li çocukların anne ve babalarında daha yüksek oranlarda psikopatoloji bulunduğu bildirilmiştir (113, 114, 115, 116). Ercan ve arkadaşları 1998 yılındaki çalışmalarında DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde major depresyon ve yaygın anksiyete bozukluğu tanılarını yüksek oranda saptamışlardır (117). Ayrıca, Braaten ve arkadaşları (2003) DEHB’li çocukların ebeveynlerinde anksiyete bozuklukları riskini kontrol grubuna oranla daha yüksek bildirmişlerdir (118). Biederman ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen iki çalışmada DEHB’li olguların birinci derece akrabalarında anksiyete bozuklukları (%25) ve depresif bozukluklar (%26) normal kontrollerin ailelerinde görülenden daha yüksek oranda bulunmuştur (6, 119). Çalışmamızda DEHB’li olguların annelerinde %13,3 babalarında %6,7 oranında depresif bozukluk, annelerinde %10 babalarında %6,7 oranında yaygın anksiyete bozukluğu saptanmıştır. Bulgularımızın üstte bahsedilen değerlerden düşük olması çalışmaya birinci derece akrabalarının tümünün değil sadece anne ve babaların dahil edilmesine bağlanabilir. Ancak çalışmamızın güçlü yanı ise ergenlerin ebeveynlerinin tamamına ulaşılmış olması ve tüm anne babalara ayrı ayrı yarı yapılandırılmış görüşme yapıları ile tanıların belirlenmiş olmasıdır.

Çalışmamızdaki tüm anne babalar hem çocukluk hem de yetişkinlik dönemi DEHB belirtilerini sorgulayan iki ölçekle değerlendirildikten sonra ayrıca yarı yapılandırılmış görüşme ile ebeveynlerin DEHB tanısı konulmuştur. Çalışmamızda DEHB grubundaki ebeveynlerin doldurduğu ASRS ve WUDÖ puan ortalamaları kontrol grubundan anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. DEHB grubundaki annelerin %6,7’sinde (n=2) ve babaların %16,7’sinde (n=7) DEHB saptanmıştır. Kontrol grubunda ise sadece babaların %6,7’inde (n=2) DEHB saptanmıştır. Genel olarak DEHB’li çocukların ebeveynlerde DEHB bulunma oranı %11,7 olduğu belirlenmiştir. Literatürde farklı sonuçlara rastlanmaktadır. DEHB olan olguların birinci dereceden biyolojik akrabalarındaki DEHB bulunma olasılığı çeşitli çalışmalarda %13 ve %18 oranlarında bildirilmiştir (120, 121). DEHB’li çocukların klinik olarak izlenmeleri sonucu bu olguların %2’sinin erişkinlik döneminde de DEHB tanı ölçütlerini doldurdukları gösterilmiştir (22). Bir diğer izleme çalışmasında ise DEHB’nin erken erişkinlik döneminde %0.5-1 oranında görüldüğü, yirmili yaşlarda bu oranın %0.8 dolayında saptandığı, kırklı yaşlarda ise bu oranın %0.05’e düştüğü bildirilmiştir (122). Bu verilerden yola çıkılarak erişkinlik çağına süregelen DEHB’nin ailesel bir alt tip olabileceği ve bu olgularda genetik unsurların, etiolojide daha fazla rol oynayabileceği ileri sürülmektedir (123). Aynı çalışmada erişkinlik döneminde de devam eden olguların anne babalarında DEHB bulunma oranı %16.3 iken, erişkinlikte devam etmeyen, remisyonundaki grupta bu oran %10.8 bulunmuştur (124).

Çalışmamızda DEHB’li çocukların babalarında alkol kullanımı anlamlı derecede fazla bulunmuştur ancak bağımlılık saptanmamıştır. Sadece bir babada alkol kötüye kullanımı olduğu görülmüştür. Biederman ve arkadaşları (1995) DEHB ile alkol ve diğer psikoaktif maddelerin kötüye kullanımı/bağımlılığı arasında bir ilişkinin varlığından söz etmektedir (22). Alkol ve madde bağımlılarının çocuklarında daha fazla oranda DEHB tespit edilirken, bu bozukluğa sahip çocukların ebeveynlerinde ise yine artmış oranda alkol madde bağımlılığı bulunmaktadır (125). Chronis ve arkadaşları (2003) ise çalışmalarında DEHB’li çocukların ebeveynlerinin kötüye kullanım düzeyinde olmasa da problemsiz çocukların ebeveynlerinden daha çok alkol tükettiğine değinmektedirler (113). Wilens ve arkadaşları eşanlı durumlarda erişkinlerde DEHB’nin alkol ve madde kötüye kullanım riskini artırdığını belirtmişlerdir (126). Bizim çalışmamızda da DEHB grubundaki bir babada alkol kötüye kullanımı ile DEHB eş tanı olduğu belirlenmiştir. DEHB’li çocukların annelerinde ise alkol ve sigara kullanımı açısından kontrol grubuna göre anlamlı fark bulunmamıştır. Bu sonuç bizim kültürümüzde genel olarak kadınlar arasında alkol kullanımının düşük olmasına bağlanabilir.

DEHB’li ergenlerin ebeveynlerinde bulunan eksen II tanılar incelendiğinde ise bir annede obsesif kompulsif kişilik bozukluğu ve bir babada antisosyal kişilik bozukluğu belirlenmiş, kontrol grubunda ise bir annede obsesif kompulsif kişilik bozukluğu saptanmıştır. Literatürde yapılan ilk aile çalışmalarında hiperaktif olguların ebeveynlerinin üçte birinin başta alkolizm, antisosyal kişilik bozukluğu ve histeri olmak üzere bir psikiyatrik tanı aldığı, kontrol grubundaki ebeveynlerde ise bu oranın yaklaşık iki kat düşük bulunduğu bildirilmiştir (127). Faraone ve arkadaşlarının 1991’de gerçekleştirdiği çalışmada antisosyal kişilik bozukluğu riskinin, DEHB+Davranım Bozukluğu olan olguların birinci derece akrabalarında yalnızca DEHB olan ve diğer kontrol gruplarının akrabalarından daha yüksek olduğu bulunmuştur (128). Antisosyal kişilik bozukluğu tanısının cinsiyet farkı gösterdiği ve sıklıkla DEHB’li erkek vakalarda saptandığı vurgulanmıştır (129). Güçlü ve Erkıran (2005) çalışmalarında DEHB’li çocukların annelerinde daha yüksek sıklıkta obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu saptanırken, babalarında antisosyal kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu saptamıştır (130). Varolüneş (1999) DEHB tanılı çocukların anne ve babalarını sağlıklı çocukların anne babaları ile kişilik bozukluklarının görülme sıklığı yönünden karşılaştırmış, iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığını bildirmiştir (131). Çalışmamızda DEHB grubunda sadece iki ebeveynde eksen II tanısının saptanmış olması örneklem sayısının az olmasının sonucu olabilir.

6. SONUÇLAR ve ÖNERİLER

Sonuçlar

Çalışmamızda DEHB’li ergenlerin bağlanma örüntüleri inceledik ve DEHB’li ergenler ile sağlıklı ergenlerin bağlanma örüntülerinin benzer olduğu belirledik ve bu sonucu da ergenlik döneminin normal özellikleri ile DEHB belirtilerinin bağlanma üzerine benzer etkileri olduğu şeklinde yorumladık. Ayrıca ebeveynlerde başta DEHB olmak üzere herhangi bir psikopatolojinin bulunmasının sağlıklı ergenlerden farklı olarak DEHB’li ergenlerin bağlanma örüntüleri üzerine olumsuz etkileri olduğu sonucuna vardık.

Çalışmamızda ayrıca DEHB’si olan ergenlerin ebeveynlerinde depresyon, DEHB, anksiyete bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu gibi psikopatolojilerin görüldüğü ve DEHB’li çocukları olan anne babalarda psikiyatrik tanı oranlarının arttığını saptadık.

Bu çalışmanın bazı kısıtlılıkları mevcuttur. Bunlara bakacak olursak; örneklemin az sayıda kişiden oluşması toplumun genelini yansıtmamaktadır. Çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerin ve çocuklarının değerlendirilmiş olması da bu araştırmanın kısıtlılıklarından biridir. Diğer bir kısıtlılık, ebeveynlerin psikopatolojilerinin geriye dönük olarak belirlenmesidir. Her ne kadar belirti tarama ölçeklerinden yararlanılmış ve DSM-IV’e dayalı klinik tanı görüşmesi yapılmış olsa da, anımsama zorlukları ve yanlılık durumları yanıltıcı olmuş olabilir. Bağlanmayı etkileyen diğer faktörler; çocuğun mizaç özellikleri, ebeveynlerin bağlanma örüntüleri, ebeveynlerin tutumu, kalıtımla ilgili özellikler bu çalışmada göz ardı edilmiştir. Ayrıca, DEHB grubunda ergenler DEHB alt tiplerine göre gruplandırılmamıştır. Bu da çalışmanın bir kısıtlılığı olabilir.

Bu araştırma kesitsel bir araştırma olup, katılımcıları izleme söz konusu değildir. Bu nedenle katılımcıların sadece araştırmanın yapıldığı dönemdeki bağlanma örüntüleri değerlendirilmiştir. Bu nedenlerle daha geniş ve farklı kesimlerden katılımcıların oluşturduğu bir örnekleme boylamsal olarak yapılacak araştırma, bulguların genellenebilirliğini sağlayacaktır.

Bu çalışmanın sonuçları, DEHB’li çocukların ebeveynlerinde DEHB ve diğer ruhsal bozuklukların varlığının incelenmesi, gerekli görüldüğünde tedavilerinin sağlanması, DEHB tanısıyla izlenen çocukların izlem ve tedavi yaklaşımına olumlu katkısının olacağı söylenebilir.

Öneriler

1. Çocukta DEHB'nin olması çocuğun bağlanma süreci için risk faktörüdür, bu çocuklarda DEHB alt tiplerinin belirlenerek daha büyük gruplarda çalışılmasına gereksinim duyulmaktadır.
2. DEHB'si olan ergenlerin ebeveynlerinde yüksek oranda ruhsal hastalık görülmesi nedeniyle, bu hastaları değerlendiren ya da izleyen hekimlerin ebeveynlerindeki psikiyatrik belirtileri sorgulaması ve gerektiğinde psikiyatrik yardım almaya yönlendirmesi uygun olacaktır.
3. Bağlanmayı etkileyen diğer faktörler; çocuğun mizaç özellikleri, ebeveynlerin bağlanma örüntüleri, ebeveynlerin tutumu, kalıtımla ilgili özelliklerdir. Bu faktörlerin de göz önüne alındığı geniş serili çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. ÖZET

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERDE BAĞLANMA BİÇİMLERİ VE EBEVEYNLERİNDEKİ PSİKOPATOLOJİNİN BAĞLANMAYA ETKİSİ

Bu çalışmada DEHB’li ergenlerin bağlanma örüntüleri ve ebeveynlerindeki psikopatolojinin bu örüntüler üzerine olan etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Araştırmaya DEHB tanısı olan 30 ergen ve onların ebeveynleri, kontrol grubuna ise 30 sağlıklı ergen ve onların sağlıklı ebeveynleri dahil edildi. Katılan ergenler 12-17 yaş aralığında idi. DEHB ve kontrol grubundaki ergenlere; sosyodemografik veri formu ve İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA-E) verilmiş ve K-SADS (Okul çağı çocukları için duygudurum bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi – Şimdi ve yaşam boyu versiyonu) uygulanmıştır. DEHB ve kontrol grubundaki her iki ebeveyne SCID-I Klinik Versiyon (DSM-IV Eksen I Bozuklukları İçin Yarı Yapılandırılmış Klinik Görüşme) ve SCID-II (DSM-III-R Kişilik Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme) uygulanarak psikopatolojileri belirlenmiştir. Çalışmaya alınan çocukların ebeveynlerinin DEHB belirtilerini sorgulamak amacıyla Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ) ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği (ASRS) kullanılmıştır.

Araştırma sonucunda deneklerimizin İÖA-E’den aldıkları puan ortalamalarına bakıldığında tüm bağlanma tipleri bakımından DEHB ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. DEHB grubunda en yüksek ortalama kayıtsız bağlanma alt tipinde, kontrol grubunda en yüksek ortalama güvenli bağlanma alt tipinde görülmüştür. DEHB’li ergenlerin ebeveynlerinin (n=21, %35) psikopatoloji oranları sağlıklı ergenlerin ebeveynlerinden (n=9, %15) anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur (p=0.012). Ebeveynlerinde psikopatoloji bulunan ergenlerin kayıtsız bağlanma örüntüsü puanları anlamlı oranda yüksek bulunmuştur. Ayrıca ebeveynlerinde DEHB olan ergenlerin kayıtsız bağlanma örüntüsü puanları anlamlı oranda yüksek olduğunu saptanmıştır.

Sonuçlarımıza göre; DEHB’li ergenlerin kayıtsız bağlanma örüntüsü puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür ayrıca ebeveynlerde psikopatoloji bulunması çocuklarında güvensiz bağlanma gelişme riski yüksek bulunmaktadır. Bu sonuçları genellemek için daha geniş katılımlı çalışmalara gereksinim duyulmaktadır.

Anahtar kelimeler: DEHB, bağlanma, psikopatoloji, ergenlik, ebeveyn.

8. ABSTRACT

ATTACHMENT STYLES IN ADOLESCENTS WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER AND THE IMPACT OF PARENTAL PSYCHOPATHOLOGY ON ATTACHMENT

The aims of this study were to examine the attachment styles in adolescents with Attention Deficit Hyperactivity Disorder and the impact of parental psychopathology on attachment.

The study included 30 adolescents with ADHD and their parents, 30 adolescents and their parents were both healthy, all the children included were between 12-17 years old. All adolescents were screened by using Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Aged Children- Present and Life-time Version (K-SADS-PL). The Adolescent Relationship Scales Questionnaire (A-RSQ) was administered to determine attachments styles of adolescents. All parents were screened by using Structured Clinical Interview for the DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I Clinic Version) and Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II) to determine psychopathology. Parents were filled Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) and Wender-Utah Rating Scale (WURS) for the purpose of evaluating their present and ongoing status of severity of the symptoms of ADHD.

In this study no statistically difference was found between patients and healthy controls as looking at the average points of A-RSQ for all attachment styles. But in patients group; the highest average points were found in dismissing attachment subtype and in healthy group in secure attachment subtype. In the ADHD group 21 (35%) of the parents and 9 (15%) of parents of healthy adolescents were diagnosed with at least one psychopathology. The difference was statistically significant ($p=0.012$). We found that the adolescent whose parents had any psychopathology scored significantly higher on dismissing attachment style than adolescent who had healthy parents. We also determined that the adolescent with adult ADHD parents scored significantly higher on dismissing attachment style.

Although our results have suggested that adolescent with ADHD have more dismissing attachment style and also adolescent whose parents had any psychopathology may have elevated risk for developing insecure attachment style, these findings are needed to confirm with studies in large samples.

Key words: ADHD, attachment, psychopathology, adolescent, parent.

9. KAYNAKLAR

1. Ainsworth MS. The personal origins of attachment theory. An interview with Mary Salter Ainsworth. Interview by Peter L. Rudnytsky. *Psychoanal Study Child* 1997; 52: 386-405.
2. Biller HB. Father and families paternal factors in child development. London: Auburn House 1993; 88-9.
3. Clarke L, Ungerer J, Chahoud K, Johnson S, Stiefel I. Attention deficit hyperactivity disorder is associated with attachment insecurity. *Clin Child Psychol Psychiat* 2002; 7: 179-98.
4. Miller L, Kramer R, Warner V, Wickramaratne P, Weissmann M. Intergenerational transmission of parental bonding among women. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36(8): 1134-9.
5. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatrik Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırması El Kitabı, Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-R). E Köroğlu, ed. Ankara, Hekimler Yayın Birliği 2000.
6. Biederman J, Faraone SV, Keenan K. Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder. Patterns of comorbidity in probands and relatives psychiatrically and peditrically referred samples. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49(9): 728-38.
7. Faraone SV, Biederman J, Milberger S. An exploratory study of ADHD among second-degree relatives of ADHD children. *Biol Psychiatry* 1994; 35: 398-402.
8. Şenol Ş. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Çetin FÇ (ed). Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı 1. Baskı. Ankara. HYB Basım Yayın 2008; 293-311.
9. Weiss M, Weiss G. Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Lewis M (ed). *Child And Adolescent Psychiatry* (3. Ed) Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins 2002; 645-70.
10. Biedarman J. Attention-deficit/hyperactivity disorder: a selective overview. *Biological Psychiatry* 2005; 57: 1215-20.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association 2013.
12. Polanczyk G, Silva de LM, Horta BL, Biedarman J, Rohde LA. The Wordwide Prevelance of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry* 2007; 164: 942-8.
13. Hetchman L. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Sadock BJ, Sadock VA (ed). Türkçe çevirisi. Aydın H, Bozkurt A. 8. Baskı Güneş Kitapevi 2007; 544-8.
14. Şenol S. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozukluklarının Klinik Özellikleri. Aynı Grup ve Diğer DSM-IV Tanılarıyla Birliktelikleri, risklerin ve tedavi eğilimlerinin belirlenmesi. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara 1997.
15. Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özellikleri-Tedavisi Çocuklarda ve Erişkinlerde Belirtileri. Ercan ES, ed. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, üçüncü baskı.

İstanbul, Gendaş 2000.

16. Gücüyener K. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Fizyopatolojisi. Karakaş S (ed) 1. Baskı. Nobel Kitabevi 2008; 351-83.
17. Castellanos FX. Cerebrospinal fluid homovalinic acid predicts behavioral response to stimulants in 45 boys with attention deficit/hyperactivity disorder. *Neuro Psycho Pharmacology* 1996; 14(2): 125-36.
18. Zhou J. Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential. *Drugs Future* 2004; 29(12): 1235-44.
19. Ercan ES, Aydın C. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Ekşi A, ed. Ben Hasta Değilim, Çocuk Sağlığı ve Hastalıklarının Psikososyal Yönü. İstanbul Nobel Tıp Kitabevleri 1999; 270-84.
20. Senol S, İseri E, Kockar A. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. Hekimler Yayın Birliği, Ankara 2005.
21. Castellanos FX. Neuroimaging of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1997; 6(2): 383-410.
22. Biederman J, Mick E, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E. Impact of adversity on functioning and comorbidity in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of American Academy Child Adolescent Psychiatry* 1995; 34: 1495-503.
23. Weiss G, Weiss M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry, A Comprehensive Textbook*, third edition. Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins 2003; 645-70.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed. Washington: American Psychiatric Association 2013.
25. Taner Y. DEHB'nin Klinik Özellikleri. Karakaş S (editör). *Kognitif Nörobilimler*. MN Medikal Nobel Kitapçılık 1. baskı 2008; 437-52.
26. Yıldız Ö, Karakaya I, Memik NÇ. Atomoksetin Çocuk ve Ergenlerde Etkinliği ve Yan Etkileri. *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Dergisi* 2007; 14(2) : 105-12.
27. Faraone SV, Biederman J. Neurobiology of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry* 1998; 44(10): 951-8.
28. Biederman J, Faraone SV, Spencer T. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1792-8.
29. Barkley RA. Driving related risk and outcome of Attention Deficit Hyperactivity Disorder in adolescents and Young adults. A 3-5 year follow-up survey. *Pediatrics* 1993; 92: 212-7.
30. Goldstein LH, Harvey EA, Friedman-Weieneth JL. Examining subtypes of behavior problems among 3-year-old children, Part III: investigating differences in parenting practices and parenting stress. *J Abn Child Psychol* 2007; 35: 125-36.
31. McKee, TE, Harvey, E, Danforth, JS, Ulaszek, WR, and Friedman, JL. The Relation between

- Parental Coping Styles and Parent-Child Interactions Before and After Treatment for Children with ADHD and Oppositional Behavior. *J of Crit Child and Adolesc Psychol* 2004; 33(1): 158-68.
32. Barkley, RA, Fischer, M, Edelbrock C, Smallish L. The Adolescent Outcome of Hyperactive Children Diagnosed by Research Criteria III. Mother Child Interactions, Family Conflicts and Maternal Psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry* 1991; 32(2): 233-55.
 33. Johnson JH, Reader SK. Assessing Stress in Families of Children with ADHD: Preliminary Development of the Disruptive Behavior Stress Inventory (DBSI). *J Clin Psychol Med Settings* 2002; 9(1): 51-62.
 34. Faraone S, Biederman J, Chen W, Milberger S, Warburton R, Tsuang M. Genetic heterogeneity in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): gender psychiatric comorbidity, and maternal ADHD. *J Abn Psychol* 1995; 104: 334-45.
 35. Harrison C, Sofronoff K. ADHD and parental psychological distress: role of demographics, child behavioral characteristics, and parental cognitions. *J Ame Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 703-11.
 36. Chronis-Tuscano A, Raggi VL, Clarke TL, Rooney ME, Diaz Y, Pian J. Associations between Maternal Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Parenting. *J Abnorm Child Psychol* 2008; 36(8): 1237-50.
 37. Kryski KR, Mash EJ, Ninowski JE, Semple DL. Maternal Symptoms of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Maternal Language: Implications for Infant Language Development. *J Child Fam Stud* 2009, Published online: 4 July 2009. DOI 10.1007/s10826-009-9294-9296.
 38. Arnold EH, O'Leary SG, Edwards GH. Father involvement and self-reported parenting of children with attention deficit-hyperactivity disorder. *J Consult Clin Psychol* 1997; 65(2): 337-42.
 39. Harvey E, Danforth JS, Eberhardt T. Parenting of children with Attention-Defecit/Hyperactivity Disorder (ADHD): The role of parental ADHD symptomatology. *Journal of Attention Disorders* 2003; 7(1): 31-42.
 40. Sonuga-Barke EJ. Psychological Heterogeneity in AD/HD-A Dual Pathway Model of Behaviour and Cognition. *Behavioural Brain Research* 2002; 130(1-2): 29-36.
 41. Güvenir T, Aysev AS, Taner YI (editörler). *Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları*. İstanbul: Golden Print 2007; 719-26.
 42. Thompson RA. Attachment theory and research. *Child and Adolescent Psychiatry*, 3.baskı, Lewis M(Ed.) Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins 2002; 164-72.
 43. Collins NL ve Laurson. Adolescents' Relationships With Parents Williams *Journal of Language and Social Psychology* 2003; 58-65.
 44. Attachment and Loss. Vol. 1. Attachment. London, The Hogarth Press.
 45. The Making and Breaking of Affectional Bonds. London, Tavistock Publications Limited.
 46. The nature of the child's tie to his mother. *Essential Papers On Object*.

47. Ainsworth MDS, Blehar MC, Waters E, Wall S. Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum 1978.
48. Lamb ME, Teti DM, Bornstein M. Developmental phases: infancy. Child and Adolescent Psychiatry, 3.baskı, Lewis M (Ed.) Philadelphia. Lippincott Williams and Wilkins 2002; 293-323.
49. Barnett D, Vondra JL. Atypical attachment in infancy and early childhood among children at developmental risk. I. Atypical patterns of early attachment: theory, research and current directions. Monogr Soc Res Child Dev 1999; 1-24.
50. Brown SL, Wright J. Attachment theory in adolescents and its relevance to developmental psychopathology. J Child Psychol Psychother 2001; 64: 282-90.
51. Özbaran B, Bildik T. Bağlanmanın Nörobiyolojisi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2006; 13: 137-44.
52. Winslow JT, Shapiro L, Carters S. Oxytocin and complex social behavior. Species comparisons. Psychopharmacol Bull 1993; 29: 409-14.
53. Ward A, Gowers S. Attachment and childhood development. Handbook of eating disorders. England: Wiley Pres 2003; 45.
54. Tosone C. Illusion, dillusion and reality in romantic love-attachment theory and its aplication to adult romantic love. Love and attachment. London: Jason Aronson Inc 1999.
55. Bowlby J. Developmental psychiatry comes of age. Am J Psychiatry 1988; 145: 1-10.
56. Farrugia CE, Hohaus L. Conceptualising the pair-bond: Attachmnet, caregiving and sexuality as predictors of intimacy in adult romantic relationships. 6th Australian Institute of Family Studies Conference, Melbourne 1998.
57. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stili ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. Türk Psikoloji Dergisi 1999; 14: 71-106.
58. Brennan KA, Shaver PR. Attachment styles and personality disorders: Their connections to each other and to parental divorce, parental death and perceptions of parental caregiving. J Pers 1998; 66: 836-78.
59. Sümer N, Güngör D. Çocuk yetiştirme stillerinin bağlanma stilleri, benlik değerlendirmeleri ve yakın ilişkiler üzerindeki etkisi. Türk Psikoloji Dergisi 1999; 14: 35-58.
60. Stanojevic TS. Adult attachment and prediction of close relationships. Philosophy, Sociology and Psychology 2004; 3: 67-81.
61. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: A test of four- category model. J Pers Soc Psychol 1991; 61: 226-44.
62. Collins NL, Feeney BC. Working models of attachment shape perceptions of social support: Evidence from experimental and observational studies. J Pers Soc Psychol 2004; 87: 363-83.
63. Mikulincer M, Nachshon O. Attachment styles and pattern of selfdisclosure. J Pers Soc Psychol 1991; 61: 321-31.
64. Güvenir T, Aysev AS, Taner YI (editörler). Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları.

İstanbul: Golden Print 2007; 719-26.

65. Moehler E, Brunner R, Wiebel A, Reck C, Resch F. Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother–child bonding Arch Womens Ment Health 2006; 9: 273–8.
66. Brockington IF, Fraser C, Wilson D. The Postpartum Bonding Questionnaire: a validation. Arch Womens Ment Health 2006; 9: 233–42.
67. Ward MF, Wender PH, Reimherr FW. The Wender Utah Rating Scale: An aid in the retrospective diagnosis of childhood attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 1993; 150: 885-90.
68. Keskin G, Çam O. Ergenlerin ruhsal durumları ve anne baba tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9: 139-47.
69. Hamilton CF. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. Child Dev 2000; 7: 690-4.
70. Sharpe MT, Killen JD, Bryson SW. Attachment style and weight concerns in preadolescent and adolescent girls. Int J Eat Disord 1998; 23: 39-44.
71. Alantar Z, Maner F. Bağlanma kuramı açısından yeme bozuklukları. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2008; 9: 97-104.
72. Rosentein DS, Horowitz HA. Adolescent Attachment and psychopathology. J Consult Clin Psychol 1996; 64: 244-53.
73. Bowlby J. Attachment and loss: Separation, anxiety and anger. Vol 2. New York: Basic Books 1973.
74. Nakash-Eisikovits O, Dutra L, Westen D. Relationship between attachment patterns and personality pathology in adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2002; 41: 1111-23.
75. Winnie ENG, Richard GH, Trevor AH. Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. Emotion 2001; 1: 365-80.
76. Sullivan M, Jensen M, Romano J. The relationship of attachment style to depression, catastrophizing and health care utilization in patients with chronic pain. Pain 2003; 104: 627-37.
77. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. Acta Psychiatr Scand 2004; 109: 447-56.
78. Pearson JL, Cowan PA, Cowan CP. Adult attachment and adult child-order parent relationships. Am J Orthopsychiatry 1993; 4: 606-13.
79. LeCroy CW. Parent adolescent intimacy: impact on adolescent functioning. Adolescence 1988; 89: 137-47.
80. Atasoy Z, Ertürk D, Şener Ş. Altı ve on iki aylık bebeklerde bağlanma. Türk Psikiyatri Dergisi 1997; 8(4): 266-79.

81. Bloom KC. The development of attachment behaviors in pregnant adolescents. *Nurs Res* 1995; 44(5): 284-9.
82. Zeanah CH, Boris NW, Larrieu JA. Infant development and developmental risk: a review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 1997; 36(2): 165-78.
83. Soysal AŞ, Ergenekon E, Eroğlu D. Bebekleri tanı açısından yüksek-standart risk altında olan annelerin duygudurumlarının kısa süreli yardım grupları ile değerlendirilmesi. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* 2000; 8(2): 106-11.
84. Rijdt-Plooij HHC, Plooij FX. Distinct periods of mother infant conflict in normal development: sources of progress and germs of pathology. *J Psychol Psychiatry* 1993; 34(2): 229-45.
85. Finzi -Dottan R, Manor I, Tyano S. ADHD, Temperament, and Parental Style as Predictors of the Child's Attachment Patterns *Child Psychiatry Hum Dev* 2006; 37: 103-14.
86. Çetin F, Akdemir D, Tüzün Z, Çak T, Dinç G, Çöp E, Evinç G. Identity status and attachment in adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2013; 55: 190-7.
87. Storebo O, Darling P, Simonsen E. Association Between Insecure Attachment and ADHD: Environmental Mediating Factors. *Journal of Attention Disorders* 2013; 17(7): 547-629.
88. Riley AW, Lyman LM, Spiel G, Döpfner M, Lorenzo MJ, Ralston SJ. The Family Strain Index. Reliability, validity, and factor structure of a brief questionnaire for families of children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15(1): 72-8.
89. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE Jr, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS. Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 1424-32.
90. Gökler, B, Ünal F, Pehlivantürk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenilirliği, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; 11: 109-16.
91. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stili ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14: 71-106.
92. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). Washington DC, American Psychiatric Press 1997.
93. Özkürkçügil A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen DA, Köroğlu E. DSM-IV eksen-I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin Türkçe'ye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *İlaç ve Tedavi Dergisi* 1999; 12: 233-6.
94. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M. Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II, 9/1/1989 version). New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department 1989.
95. Sorias S, Saygılı R, Elbi H. "DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik Bozuklukları Formu: SCID-II" Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir 1990.
96. Kessler RC, Üstün TB. The world mental health (WMH) survey initiative version of the world

health organization (WHO) composite international diagnostic interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res* 2004; 13: 93–121.

97. Kessler RC, Adler LA, Gruber MJ, Sarawate CA, Spencer T, Van Brunt DL ve ark. Validity of the world health organization adult ADHD self-report scale (ASRS) screener in a representative sample of health plan members. *Int J Methods Psychiatr Res* 2007; 16: 52–65.
98. Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10: 77–87.
99. Doğan S. Yetişkinlerde DEHB Değerlendirmesi. 46. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 05-09 Ekim 2010 İzmir.
100. Öncü B, Ölmez Ş. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda Geçerlik ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(4): 252–9.
101. Keskin G, Çam O. Ergenlerin ruhsal durumları ve anne baba tutumları ile bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2008; 9: 139-47.
102. Hamilton CF. Continuity and discontinuity of attachment from infancy through adolescence. *Child Dev* 2000; 7: 690-4.
103. Goodman SH, Gotlib IH. Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychol Rev* 1999; 106: 458–90.
104. Robbins Broth M, Goodman SH, Hall C, Raynor LC. Depressed and well mothers' emotion interpretation accuracy and the quality of mother–infant interaction. *Infancy* 2004; 6: 37–55.
105. Martins C, Gaffan E.A. Effects of Early Maternal Depression on Patterns of Infant-Mother Attachment: A Meta-analytic Investigation *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2000; 41(6): 737–46.
106. Espinosa M, Beckwith L, Howard J, Tyler R, Swanson K. Maternal psychopathology and attachment in toddlers of heavy cocaine using mothers. *Infant Mental Health Journal* 2001; 22(3): 316–33.
107. Kökçü F, Kesebir S. İki uçlu olgular ve çocuklarında bağlanma biçiminin mizaç, kişilik ve klinik özellikleri ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2010; 21(4): 309-18.
108. Evans S, Vallano G, Pelham W. Treatment of Parenting Behavior with a Psychostimulant: A Case Study of an Adult with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology* 1994; 4(1): 63-9.
109. Sonuga-Barke EJ. Psychological Heterogeneity in AD/HD-A Dual Pathway Model of Behaviour and Cognition. *Behavioural Brain Research* 2002; 130(1-2): 29-36.
110. Chronis-Tuscano A, Raggi VL, Clarke TL, Rooney ME, Diaz Y, and Pian J. Associations between Maternal Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Parenting. *J Abnorm Child Psychol* 2008; 36(8): 1237-50.

111. Secnik K, Swensen A, Lage MJ. Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics* 2005; 23: 93-102.
112. Riley AW, Lyman LM, Spiel G, Döpfner M, Lorenzo MJ, Ralston SJ. The Family Strain Index. Reliability, validity, and factor structure of a brief questionnaire for families of children with ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2006; 15(1): 72-8.
113. Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE Jr, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS. Psychopathology and substance abuse in parents of young children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 1424-32.
114. Yapıcıoğlu B, Kavakcı Ö, Güler AS, Semiz M, Doğan O. Sivas il merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12: 177-84.
115. Aydın H Diler RS, Yurdagül E, Uğuz Ş, Şeydaoğlu G. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB oranı. *Klinik Psikiyatri* 2006; 9: 70-4.
116. Sevinc E, Şengul C, Cakaloz B, Herken H. Psikiyatri polikliniğinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan hastalarda eştanı. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47: 139-43.
117. Ercan ES, Erdoğan İ, Tamar M. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu etiyolojisinde genetik nörolojik ve perinatal etkenlerin önemi. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu* 1998; 3: 399-415.
118. Braaten EB, Biederman J, Monuteaux MC. Revisiting the association between attention deficit hyperactivity disorder and anxiety disorder: a familial risk analysis. *Biol Psychiatry* 2003; 53: 93-9.
119. Biederman J, Faraone SV, Keenan K. Familial association between attention deficit disorder and anxiety disorders. *Am J Psychiatry* 1991; 148: 251-6.
120. Pliszka SR. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with psychiatric disorder: an overview. *J Clin Psychiatry* 1998; 59: 50-8.
121. Sprich S, Biederman J, Crawford MH. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Am J Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39(11): 1432-7.
122. Hill J, Schoener E. Age dependent decline of ADHD. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1143-7.
123. Faraone SV, Biederman J, Spencer T. Attention deficit hyperactivity disorder in adults: an overview, *Biological Psychiatry* 2000; 48: 9-20.
124. Faraone SV. Genetics of childhood disorders: XX. ADHD, Part 4: is ADHD genetically heterogeneous. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 1455-7.
125. Wilens TE, Biederman J, Spencer TS ve ark. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder and the psychoactive substance use disorders. *Hosp Com Psychiatry* 1994; 45: 421-35.
126. Wilens TE. Impact of ADHD and its treatment on substance abuse in adults. *J Clin Psychiatry* 2004; 65(3): 38-45.
127. Morrison JR, Stewart MA. A family study of the hyperactive child syndrome. *Biol Psychiatry*

1971; 3: 189-95.

128. Faraone SW, Biederman J, Keenan K. Separation of DSM III attention deficit disorder and conduct disorder: Evidence from a family-genetic study of American child psychiatric patients. *Psychol Med* 1991; 21: 109-21.
129. Biederman J, Faraone SV, Monuteaux MC. Gender effects on attentiondeficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biol Psychiatry* 2004; 55: 692-700.
130. Güçlü O, Erkıran M, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Alan Çocukların Ebeveynlerinde Kişilik Bozuklukları. *Klinik Psikiyatri* 2005; 8: 18-23.
131. Varolğüneş D. DEHB olan çocuk ve ergenlerin anne babalarında psikiyatrik özellikler ve DEHB'un araştırılması. Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir 1999.

10. EKLER

EK 1. Aydınlatılmış onam formu.

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Adı: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite bozukluğu olan ergenlerde bağlanma biçimleri ve ebeveynlerinin psikopatolojisiyle arasındaki ilişki.
- b. Araştırmanın İçeriği: Çocuk ve Ergen Ruh sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite bozukluğu tanısı ile takibe alınan ergen hastalar ve ebeveynleri araştırma grubu olarak, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan personel ve onların ergen çocukları kontrol grubu olarak çalışmaya alınacaktır. Ergen ve ebeveynleri ile bir kez görüşme yapılarak ölçekler verilecektir. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış ergen grubunda bağlanma biçimleri ve ebeveynlerinin psikopatolojileri ile arasındaki ilişkisi kontrol grubu ile karşılaştırılarak incelenecektir.
- c. Araştırmanın Amacı: Bu çalışmanın amacı birincil olarak Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı almış ergen grubunda bağlanma biçimlerini araştırmaktır. İkinci olarak ebeveynlerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ve diğer psikopatolojilerin bulunması DEHB'li ergenlerin bağlanma biçimleri üzerine olan etkisini ortaya koymaktır.
- d. Araştırmanın Nedeni:
() Bilimsel araştırma
(*) Tez çalışması
- e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 6 ay
- f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 60
- g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Deneysel işlem yapılmayacaktır.

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar:

Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Katılımcı çalışma kapsamında sadece ölçek dolduracaktır. Bu nedenle öngörülen bir risk bulunmamaktadır.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar:

Katılımcının yakın psikiyatrik takibi yapılacaktır.

4. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile hakların konusunda bilgi almak için aşağıda belirtilen kişiyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

Adı- Soyadı:

Salih GENOğLAN

Telefon:

5. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar görecek olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Salih GENOğLAN tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

6. Araştırma Giderleri:

Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

7. Gönüllülük, alışmayı Reddetme ve çalışmadan ekilme Hakkı, çalışmadan ıkarılma:

- Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.
- Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.
- Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan ekilebileceğimin bilincindeyim.
- Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmalim nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik:

Çalışma süresince tutulan bütün kayıtlar ve dosya bilgileri gerektiğinde, firması ve yöneticilerine ulaştırılacaktır. Bu çalışmadan elde edilen bilgiler, verilere gereksinimi olan öteki ülkelerin hkmetlerine ve ilgili birimlerine iletilebilir. Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularına doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....
.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

EK 2. Sosyodemografik Veri Formu.

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

KİŞİSEL BİLGİLER:

1. Adı Soyadı : 2. Yaş: 3. Telefon No:
4. Doğum Yeri: 5. Eğitimi:

AİLE BİLGİLERİ:

6. Anne Adı ve Soyadı:
Anne Yaşı: Eğitimi: İşi:
Baba Adı ve Soyadı: Eğitimi: İşi:
Evli: Boşanmış:

SOSYOEKONOMİK DURUM:

Aylık Gelir Düzeyi:.....TL

Evde Yaşayan Kişi Sayısı:.....

7. Affektif tanısı almış
ebeveyn:.....
.....

Annenin 1. Derece ya da 2. Derecede akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü:
.....
.....

Babanın 1. Derece ya da 2. Derecede akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü:
.....
.....

8. Aile Tipi:

- a) Çekirdek Aile (anne-baba ve çocuklar)
- b) Geniş Aile (anne-baba-çocuklar ve diğer akrabalar)
- c) Ölüm (Hangi ebeveyn? Siz kaç yaşındayken?)
- d) Evlat edinilme (Siz kaç yaşındayken?)
- e) Üvey anne-baba (Siz kaç yaşındayken?)

9. Kaç kardeşiniz? Siz ailenin kaçınıcı çocuğusunuz?

10. İstenen, daha önceden planlanmış bir çocuk musunuz? 1) EVET 2) HAYIR

11. Sizi yaş dönemlerine göre asıl olarak kim /kimler büyüttü?

0-1

yaş:.....

1-3

yaş:.....

3-6

yaş:.....

6 yaş

üzeri:.....

12.Yaşamınızın ilk 3 yılında anne ya da babanızdan ayrıldığınız oldu mu? Ne zaman? Ne kadar süre?

.....
.....

13.Babanız size sevgisini nasıl gösterir? (öpüp okşama,sevgi sözcükleri,birebir ilgilenme vb)

.....
.....

14.Anneniz size sevgisini nasıl gösterir? (öpüp okşama,sevgi sözcükleri,birebir ilgilenme vb)

.....
.....

15.Sizce anne babanızın ilişkisi nasıl?

0(çok kötü)..... 1(kötü)..... 2(orta)..... 3(iyi)..... 4(çok iyi).....
5(mükemmel).....

16.Hayatınız boyunca çok önemli bir tıbbi hastalık,kaza,düzenli doktor takibi gerektiren bir durumunuz oldu mu ? Ne zaman? Ne kadar süre?

.....
.....

17.Şu ana kadar hiç evden kaçtınız mı? Kaç kez?

.....
.....

18.Şu ana kadar hiç okuldan kaçtınız mı? Kaç kez?

.....
.....

19.Şu an madde (sigara,alkol,uyuşturucu vb.) kullanıyor musunuz?

.....
.....

20. Geçmişte hiç madde kullandınız mı? Ne-ne zaman-ne kadar süre kullandınız?

.....
.....

21. Ailenizde madde kullanan birileri var mı? Kimler?

.....
.....

22. Ailenizde psikiyatrik hastalığı olan var mı? Kimler?

.....
.....

23. Ailenizde tıbbi hastalığı olan var mı? Kimler?

.....
.....

24. Hayatınız boyunca hiç fiziksel şiddete uğradınız mı? Kim tarafından? Ne zaman? Kaç kez?

.....
.....

25. Hayatınız boyunca hiç sözel şiddete uğradınız mı?

.....
.....

26. Hayatınız boyunca hiç duygusal istismara uğradınız mı?

.....
.....

27. Hayatınız boyunca hiç cinsel istismara uğradınız mı? Kim tarafından? Ne zaman? Kaç kez?

.....
.....

28. Hayatınız boyunca hiç polisle başınız derde girdi mi? Ne zaman?

.....
.....

29. Hayatınız boyunca hiç kendinize zarar verici (kesme, tedbirsiz araba kullanma, vb.) davranışta bulunduğunuz oldu mu?

.....
.....
30.Hayatınız boyunca hiç intihar etmeyi düşündüğünüz ya da planladığınız oldu mu?

.....
.....
31.Hayatınız boyunca hiç intihar girişiminiz oldu? Kaç kez? Ne zaman?

.....
.....

EK 3. İlişki Ölçekleri Anketi-Ergen (İÖA-E).



AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI A.D.

A - RSQ FORMU

ADI SOYADI :

NO :

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

1. Başkalarına kolaylıkla güvenemem.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

2. Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemli.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

3. Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

4. Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

5. Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Tamamıyla Beni kısmen Beni hiç
beni tanımlıyor tanımlıyor tanımlamıyor

6. Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

7. Yalnız kalmaktan korkarım.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Tamamıyla Beni kısmen Beni hiç
beni tanımlıyor tanımlıyor tanımlamıyor

8. Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

9. Başkalarına tamamiyle güvenmekte zorlanırım.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

10. Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

11. Başkalarının bana, benim onlara verdiğim değer kadar değer vermediğinden kaygılanırım.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

12. Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

13. Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

14. Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

15. Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

16. Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Beni hiç Beni kısmen Tamamıyla
tanımlamıyor tanımlıyor beni tanımlıyor

17. Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.

1 ----- 2 ----- 3 ----- 4 ----- 5 ----- 6 ----- 7
Tamamıyla Beni kısmen Beni hiç
beni tanımlıyor tanımlıyor tanımlamıyor

EK 4. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği (ASRS).

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği (ASRS)

Ad Soyad:	Tarih:				
Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşıyor musunuz?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşıyorsunuz?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşıyorsunuz?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamakta kaçınıyor ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşıyor, kıpırdanıyor ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
Part A					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşıyorsunuz?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşıyorsunuz?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					
Part B					

EK 5. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ).

Wender Utah Derecelendirme Ölçeği

ÇOCUKKEN ;	Hayır ya da çok hafif	Hafif	Orta derecede	Fazla	Çok fazla
1. Dikkatimi toplama sorunun vardı, dikkatim kolayca dağılırdı.					
2. Kaygılı, tasalı, sıkıntılıydım.					
3. Asabi ve kıpır kıpırdım.					
4. Dikkatsizdim, hayallere daldardım.					
5. Kolayca kızar, öfkelenirdim.					
6. Hemen tepem atardı, öfke nöbetlerim olurdu.					
7. Başladığım bir işi sürdürmekte, takip etmekte ya da bitirmekte zorlanırdım.					
8. Kararlı, sebatkar ve inatçıydım, iradem güçlüydü.					
9. Mutsuz, çökkün, karamsardım.					
10. Anne babamın sözünü dinlemez, onlara karşı gelir, isyankar davranırdım.					
11. Kendimi küçük görürdüm.					
12. Alingandım, buluttan nem kapardım.					
13. Huysuzdum, duygusal dalgalanmalar yaşırdım.					
14. Kızgındım, çabuk gücenirdim.					
15. Düşünmeden hareket ederdim.					
16. Çocuksu davranırdım.					
17. Suçluluk duyardım, yaptıklarım pişman olurdum.					
18. Kontrolümü kaybederdim.					
19. Akılsızca ya da mantıksızca davranırdım.					
20. Popüler değildim, arkadaşlıklarım uzun sürmezdi, diğer çocuklarla anlaşamazdım.					
21. Olayları diğerlerinin bakış açısından görmekte zorlanırdım.					
22. Otoriteyle, okulla sorunlarım olurdu, müdür beni odasına çağırırdı.					
BEN ÇOCUKKEN OKULDA;					
23. Genel olarak başarısızdım, yavaş öğrenirdim.					
24. Matematikle ve sayılarla aram iyi değildi.					
25. Potansiyeliime ulaşamadım.					