

10127383

Canım Anne ve Babama ,



İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	I
TEŞEKKÜR	II
ÖZET	III
ABSTRACT	IV
TABLolar LİSTESİ	V
KISALTMALAR	VI
GİRİŞ	1
Araştırmanın Amacı	2
Araştırmanın Önemi	2
Tanımlar	3

BÖLÜM I DİSLEKSİ

1.1.Disleksinin Tarihçesi.....	4
1.2. Tanı Kriterleri.....	5
1.2.1.DSM –IV Tanı Kriterleri	5
1.2.1.1.Okuma Bozukluğu.....	5
1.2.1.2. Matematik Bozukluğu	5
1.2.1.3. Yazılı Anlatım Bozukluğu.....	5
1.2.1.4. Başka Türölü Adlandırılmayan Öğrenme Bozukluğu	6
1.2.2. DSM- V Tanı Kriterleri	6
1.2.2.1.Özgöl Öğrenme Bozukluğu.....	6
1.2.1.1.Okuma bozukluğu ile giden:	7
1.2.1.2.Sayısal (matematik) bozukluk ile giden	7
1.2.1.3. Yazılı anlatım bozukluğu ile giden.....	7
1.3. Epidemiyoloji	7
1.4. Etiyoloji	8
1.4.1. Genetik Nedenler.....	8
1.4.2. Çevresel Nedenler	8
1.4.3. Gelişimsel Nedenler	9
1.4.4. Nörolojik Nedenler.....	9
1.4.5. Algısal Nedenler.....	9

BÖLÜM II

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Tarihçesi	10
2.1.1. Tanı Kriterleri.....	11
2.1.1.1. DSM –IV Tanı Kriterleri	11
2.1.1.2. DSM- V Tanı Kriterleri	12
2.1.2. Epidemiyoloji	14
2.1.3. Etiyoloji	15
2.1.3.1. Genetik Nedenler.....	15
2.1.3.2. Beyin Görüntüleme	16
2.1.3.3. Nörokimyasal Nedenler.....	16
2.1.3.4. Prenatal ve Doğumsal Nedenler	16
2.1.3.5. Biyokimyasal ve Çevresel Nedenler.....	16
2.1.3.6. Psikososyal Nedenler	16
2.2. SCL-90 İle Ölçülen Ruhsal Belirtiler	17
2.2.1. Somatizasyon.....	17
2.2.2. Obsesyon- Kompulsiyon	17
2.2.3. Kişilerarası Duyarlık	17
2.2.4. Depresyon.....	17
2.2.5. Anksiyete.....	17
2.2.6. Hostilite	17
2.2.7. Fobik Anksiyete	17
2.2.8. Paranoid Düşünceler.....	18
2.2.9. Psikotik belirtiler	18

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Amacı	19
3.2. Araştırmanın Önemi	19
3.3. Araştırmanın Problem ve Alt Problemleri.....	19
3.4. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	20
3.5. Araştırmanın Modeli	20
3.6. Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler.....	20
3.7. Sayıtlar	20
3.8. Veri Toplama Araçları.....	21
3.8.1 Bilgi Formu	21

3.8.2 Yetişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği (Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale)	21
3.8.3 SCL-90 R Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90 R Symptom Checklist)	21
3.9. Verilerin toplanması	21
3.10. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması	21

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1. Ölçeklere Ait Güvenirlilik Analizleri Sonuçları	22
Tablo 1.SCL- 90-R Güvenirlilik Analizi Sonucu	22
Tablo 2. ADHD Ölçeği Güvenirlilik Analiz Tablosu	22
4.2 Araştırma Grubunun Genel Yapısına Ait Genel Frekans ve Yüzdelere	23
Tablo 3.Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Cinsiyet Durumuna Göre Dağılımı	23
Tablo 4. Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Yaşa Göre Dağılımı	23
Tablo 5. Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı	23
Tablo 6.Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Medeni Durumuna Göre Dağılımı	24
Tablo 7. Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Sosyoekonomik Düzeye Göre Dağılımı	24
Tablo 8.Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Meslek Durumuna Göre Dağılımı	24
Tablo 9. Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Alkol Kullanımı Durumuna Göre Dağılımı	25
Tablo 10.Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Sigara Kullanımı Durumuna Göre Dağılımı	25
4.3 Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Yönelik Betimleyici İstatistikler	26
Tablo 11. SCL-90 R Alt Ölçek ve Tüm Ölçek Puanlarına İlişkin Mann Whitney U Testi Sonuçları	26
Tablo 12. ADHD Alt Ölçek ve Tüm Ölçek Puanlarına İlişkin Mann Whitney U Testi Sonuçları	27

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

5.1 Tartışma	29
5.2 Öneriler	31
5.3 Sonuç	31

KAYNAKÇA.....	32
EKLER.....	41
Ek 1 Bireysel Bilgi Formu	41
Ek 2 ADHD	42
Ek 3 SCL-90-R.....	45
ÖZGEÇMİŞ	49



YEMİN METNİ

Beykent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Mdrlgne sunduğum “ Dislektik bireylerin ebeveynlerinde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve psikiyatrik semptomlar ” adlı yüksek lisans tezimde yararlanmış olduğum kaynakları atıfta bulunarak bibliyografyada gösterdiğimi, bilimsel ahlak çerçevesinde çalışmalarımı sürdürdüğümü ve tamamladığımı onurumla doğrularım.

Seval PALA



TEŞEKKÜR

Öncelikle tez danışmanım Prof. Dr. M. Kerem DOKSAT'a, tüm yardımları ve güler yüzlü desteği için değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Neslim GÜVENDEĞER DOKSAT'a teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmamda gönüllü olarak yer alan tüm katılımcılara, veri toplama sürecinde beni yalnız bırakmayan tüm dostlarıma, sınır tanımayan yardımları için sevgili kuzenim Fatih ÇARDAK'a, gece yarıları uykusunu bölerek havaalanında beni bekleyen ve tüm hedeflerimde yanımda olan canım ailem Ayla PALA, Hayri PALA, Kemal PALA, Nükhet SERGİN PALA'ya, minicik elleriyle sarılıp beni hayata motive eden küçük arkadaşım, biricik yeğenim Can'ıma sonsuz teşekkürler.

Seval



Adı –Soyadı : Seval PALA
Danışmanı : Prof. Dr. M. Kerem DOKSAT
Türü ve Tarihi :Yüksek Lisans, 2016
Alanı : Klinik Psikoloji
Anahtar Kelimeler: Disleksi, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite

ÖZET

DİSLEKTİK BİREYLERİN EBEVEYNLERİNDE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU VE PSİKİYATRİK BELİRTİLER

Bu çalışmaya disleksi tanısı alan ve almayan bireylerin anne babalarından oluşan toplam yüz kişi katılmıştır. Her iki grup da ellişer kişiden oluşmuştur. Katılımcılar İzmir ilinde yaşamaktadırlar.

Çalışmanın amacı dislektik bireylerin anne babalarındaki psikolojik belirtileri ve dikkat eksikliği hiperaktivite belirtilerini araştırmaktır. Psikolojik belirtiler SCL-90 R Ruhsal Belirti Tarama Ölçeği ile incelenmiştir. Somatizasyon, obsesyon-kompulsiyon, depresyon, anksiyete, hostilite, psikoz, fobik kaygı belirtileri, paranoid düşünceler ve kişilerarası duyarlık alt ölçeklerdir.

Yetişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperktivite Ölçeği (Turgay,1995) ile dikkat eksikliği hiperaktivite belirtileri araştırılmıştır. Dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat eksikliği hiperaktiviteyle ilişkili özellikler alt ölçeklerdir.

Araştırma betimsel bir çalışmadır. Tıp fakülteleri ya da eğitim araştırma hastanelerinde “ Disleksi “ tanısı konan çocukların anne babalarından istekli olanlar katılmıştır. Rastgele yöntemle seçilmişlerdir. SCL 90-R bir özbebildirim ölçeğidir ve katılımcılar kendileri yanıtlamışlardır. ADHD ölçeği ise görüşme ile tarafımdan doldurulmuştur. Herhangi bir psikiyatrik tanısı olan bireyler çalışmaya dahil edilmemişlerdir. Kontrol grubunda ise disleksi tanısı almamış çocukların anne babaları yer almıştır. Veriler IBM SPSS Statistics 20.0 programı ile çözümlenmiştir. Güvenirlik analizi, frekans analizi, Mann Whitney U testleri kullanılmıştır.

Somatizasyon belirtileri, obsesif kompulsif belirtiler, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik kaygı, paranoid düşünceler, dürtüsellik, aşırı hareketlilik belirtileri, dikkat eksikliği/dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuyla ilişkili özellikler açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılaşma saptanmamıştır.

Kişilerarası duyarlık, psikotik belirtiler, dikkat eksikliği belirtileri alanlarında dislektik bireylerin ebeveynlerinin daha yüksek puan aldığı görülmüştür.

Bu araştırmanın sonuçlarına göre disleksi ile psikotik belirtiler, kişilerarası duyarlık ve dikkat eksikliği arasında bir ilişki olup olmadığına yönelik ileri araştırılmaların yapılması tavsiye edilmektedir.

Name- Surname : Seval PALA
Advisor : Prof. M. Kerem DOKSAT
Graduate and Date : Clinical Psychology , 2016
Key Words : Dyslexia, Attention deficit and hyperactivity

ABSTRACT

PSYCHIATRIC SYMPTOMS AND ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER IN THE PARENTS OF DYSLLEXIC INDIVIDUALS

In this study, mental, attention deficit and hyperactivity symptoms of parents of individuals diagnosed with dyslexia and non-dyslexic individuals have been compared. Both of the sampling groups consisted of fifty people. Participants live in Izmir.

The purpose of this study is to investigate psychological, attention deficit hyperactivity symptoms of parents of individuals diagnosed with dyslexia. Psychological symptoms have been examined on the basis of Symptom Checklist-90-R. Somatization, obsessive compulsive disorder, depression, anxiety, hostility, psychosis, phobic anxiety, paranoid thoughts and interpersonal sensitivity are the sub-measures.

Attention deficit hyperactivity symptoms have been studied on the basis of Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale (Turgay,1995). Attention deficit, hyperactivity and impulsivity are associated features as the sub-measures.

This research is a descriptive study. The participants were selected randomly on a volunteer basis from a population of parents of children diagnosed with dyslexia in medical faculties or training and research hospitals. SCL-90 R is a self-report measure and participants responded to items by themselves. ADHD rating scale has been filled in through interviews by the researcher. Individuals diagnosed with psychiatric disorders were not included in this study. In the control group, parents of individuals with no dyslexia diagnosis were taken part. The collected data were analyzed by IBM SPSS Statistics 20.0 software and Mann Whitney U tests were used for the reliability analysis, frequency analysis.

It has been ascertained that there is a reasonable differentiation between the sampling groups with respect to their personal characteristics associated with the symptoms of somatization, obsessive compulsive disorder, depression, anxiety, hostility, phobic anxiety, paranoid thoughts, impulsivity, hyperactivity and attention deficit problems.

It has been observed that parents of dyslexic individuals have gotten higher points in the areas of interpersonal sensitivity, psychosis and attention deficit symptoms.

According to the results of this research, further investigations are recommended about whether there is a relationship between dyslexia and psychotic symptoms, interpersonal sensitivity and attention deficit problems .

TABLÖLER LİSTESİ

Tablo No

Sayfa No

Tablo 1.SCL- 90-R Güvenirlik Analizi Sonucu	22
Tablo 2. ADHD Ölçeği Güvenirlik Analiz Tablosu.....	22
Tablo 3.Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Cinsiyet Durumuna Göre Dağılımı.....	23
Tablo 4. Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Yaşa Göre Dağılımı	23
Tablo 5. Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı.....	23
Tablo 6.Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Medeni Durumuna Göre Dağılımı.....	24
Tablo 7. Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Sosyoekonomik Düzeye Göre Dağılımı.....	24
Tablo 8.Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Meslek Durumuna Göre Dağılımı.....	24
Tablo 9. Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Alkol Kullanımı Durumuna Göre Dağılımı.....	25
Tablo 10.Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Sigara Kullanımı Durumuna Göre Dağılımı.....	25
Tablo 11. SCL-90 R Alt Ölçek ve Tüm Ölçek Puanlarına İlişkin Mann Whitney U Testi Sonuçları	26
Tablo 12. ADHD Alt Ölçek ve Tüm Ölçek Puanlarına İlişkin Mann Whitney U Testi Sonuçları ...	27

KISALTMALAR

DEB/DEHB: Dikkat Eksikliği Bozukluğu/Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

ÖÖG: Özgöl Öğrenme Güçlüğü

EDEHB : Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DSM : Ruhsal Bozukluklar Tanısal Sayımsal El Kitabı

OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk

SCL-90-R : Ruhsal Belirti Tarama Listesi

ADHD: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği

APA: Amerikan Psikiyatri Birliği



GİRİŞ

Disleksi ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisinde son zamanların en çok araştırılan, çalışılan konularındandır. Eğitim öğretim yaşantısında karşılaşılan problemler ve eşlik eden duygusal sorunların yaşanma sıklığı, erken yaşlarda fark edilerek araştırılmasını sağlamaktadır.

Okuma yazma becerilerinde akranlarını geriden izleme, düşük akademik başarı, okula uyum problemleri, dikkat sorunları aileler için ilk ciddi sinyaller olmaktadır. Psikiyatri kliniklerinden bu nedenlerle yardım alan en yaygın iki tanı DEHB ve ÖÖG' dir.

Eştanı sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. Literatürde çocuk DEB/DEHB tanısı ile ebeveynin hiperaktivitesini inceleyen oldukça fazla yayın bulunmaktadır.

Yurtdışı kaynaklarda DEHB tanısı almış çocukların %70'ine özgül öğrenme güçlüğü, ÖÖG tanılı çocukların %51'ine DEHB eştanısı konduğu belirtilmektedir (Mayes, Calhoun, & Crowell, 2000; Smith and Adams, 2006). Yurtiçi araştırmalarda özgül öğrenme güçlüğü olgularının Alkaş %49 (1996), Erman %28 (1997), Karaman ve ark %61.4 (2006) oranında DEHB kriterlerini karşıladığını belirtmişlerdir (Turgut, Erden, Karakaş, 2010).

Gerek dürtüsel davranışların ve aşırı hareketliliğin kendini erken çocukluk döneminde bile belli etmesi, tedavi edilmediğinde yaşanan yıkıcı zararlar, gerek uyum güçlüğüne artması, risk alma davranışının aileyi ve öğretmenleri tedirgin etmesi gibi nedenlerle DEB/DEHB tanısı konusunda öykü erken yaşlarda başlamaktadır. Ancak disleksi için durum biraz daha farklı seyretmektedir. Sıklıkla çocuğun okul yaşamında, öğrenme sürecinde kendini göstermekte öncesinde daha örtülü bir tablo sergileyebilmektedir.

Öğrenme bozuklukları, özgül öğrenme güçlüğü ve disleksi terimleri birbirinin yerine de kullanılır hale gelmiştir. Bunun bir nedeni özgül öğrenme güçlüğü tanılı bireylerde homojen bir gruptan söz etmenin zorluğudur. Bir bireyde okuma ve matematik bozukluğunun aynı anda görülebilmesi, diğer kişide duygusal bozuklukların eşlik etmesi ya da yalnızca yazma bozukluğu görülmesidir (Myers vs Hammill,1976). Yine özgül öğrenme güçlüğü tanısında yüzde seksene varan kesimin dislektik olmasıdır. Ancak disleksi, özgül öğrenme güçlüğü altında yer alan okuma bozukluğudur. Bu araştırmada yalnızca okuma bozukluğu olan çocukların ebeveynleriyle çalışılmıştır. Ancak eştanı sıklığı nedeniyle özgül öğrenme güçlüğü tipleri, tanı kriterleri ve araştırmalarına yer verilmiştir.

ÖÖG tanısı alan bireylerde psikolojik uyum güçlükleri, depresyon (Sideridis, 2005b; Maag ve Reid, 2006), anksiyete (Li ve Morris, 2007), karşı olma karşı gelme bozukluğu da ek olarak görülebilmektedir (Maughan, Carroll, Goodman & Meltzer, 2004; Willcutt & Pennington,2000). Erkeklerde dışavurum belirtileri, kız çocuklarında daha çok içe yönelim belirtileri izlenmektedir (Willcutt, 2000a; Willcutt, 2000b). Gerek bu bağının anne babalardaki durumunu görmek, gerekse disleksi ve DEB/DEHB ilişkisi konusunda son derece az sayıda yayın bulunması çalışmamda temel hareket noktasıdır .Bu araştırmada dislektik bireylerin ebeveynlerdeki ruhsal belirtiler ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri incelenecektir.

Dislektik çocukların işlevsellik alanlarında belirgin sorun yaşadıkları da bilinmektedir. İnce ve kaba motor becerilerde zorlanabilmektedirler. El yazısı yazma, ayakkabı giyme, bir ağırlık taşıma bile gelişimsel dönemde sıkıntı yaratabilmektedir. Atlama, sıçrama, sıralama gibi beden koordinasyonu gerektiren etkinliklerde dahi başarısız olmak kendilerine ilişkin algılarında yıkıcı etkide

bulunabilmektedir. Sürekli olarak uyarı almak, ebeveynler ve eğitimciler tarafından yetersizliklerine ilişkin olarak eleştirilmek dislektik çocukların benlik saygılarında olumsuzluklara neden olabilmektedir. Okuma yazma etkinlikleri, okumaya geçme, okuma niteliği, okuduğunu anlama ve soyutlama becerisi, analiz etme süreci bu çocuklarda daha farklı olabilmektedir. Sık sık uyarılıkdıkları ve zihinsel kapasiteye ilişkin bir sorun yaşamadıkları için kendileri de durumun farkındadırlar. Ailelerin çocuğun farklılığını kabullenme sürecinde, çocuklar da farkındalık geliştirmektedirler.

ÖÖG ve DEHB tanısı alan çocukların, anne babaların duygusal kabulünü düşük bulduğu ortaya konmuştur. Anne babalarını daha çok korkutarak disipline etme, daha duyarsız olma ve red içinde algılamışlardır (Aktaş, 2011). Anne babaların davranışlarına ilişkin farkındalıkları daha düşük bulunmuştur. Duygusal istismar konusunda daha riskli görülmüşlerdir.

ÖÖG ve DEHB tanısı alan çocuklar, arkadaşlık kurma, sosyal ilişki kurma ve sürdürme, grup etkinliklerinde yer edinme gibi alanlarda da akranlarına oranla daha istikrarsızdırlar. Duygularını anlama, ifade etme problemi yaşayabilirler. Kendilerini yeterince değerli görmeme, zeki hissetmeme ve alınganlık sık sık karşımıza çıkmaktadır. Sosyal izolasyon, depresif ve anksiyöz belirtiler tüm bu faktörler değerlendirildiğinde gayet anlaşılır bir hal almaktadır.

Tüm bu bilgiler ışığında disleksi tanısı alan çocuğa sahip anne babaların ne tür psikolojik belirtiler taşıdıklarını, dikkat eksikliği hiperaktivite açısından ne noktada olduklarını görme isteği araştırmamda temel hareket noktam olmuştur.

Araştırmanın Amacı

Disleksi ve DEHB 'nin yaygın biçimde görülmesi, eştanının sık olması, anne babaların davranış-tutum ve ruh hallerinin çocuğun psikolojik durumu üzerinde önemli etki yaratması, alan çalışmalarında dislektik çocukların yaşadığı akademik, sosyal, kişisel sorunlara yakın oluşum ve en önemlisi disleksi üzerine fazla çalışma yapılmamış olması beni güdülemiştir.

Günden güne artan bir tanı grubunda daha fazla bilgi sahibi olmak, anne ve babaların ne tür ruhsal özellikler taşıdıklarını görmek, dikkat eksikliği, dürtüsellik, aşırı hareketlilik noktalarında özelliklerini belirlemek, önerilerde bulunabilmek çalışmama ait amaçlardır.

Araştırmanın Önemi

Disleksi çok tercih edilen bir araştırma konusu olmamıştır, psikiyatri tarihi içinde uzak bir geçmişi yoktur, yayına ve bilgiye ihtiyaç duyulmaktadır ve zaman içinde bu konuda daha fazla çalışma yapılacaktır. Genellikle yürütücü işlevler, çocukların kendilerine yönelik algıları, kaynaştırma eğitimi uygulamaları üzerine inceleme yapılmıştır.

Ebeveynlere yönelik bu çalışmada hem dikkat eksikliği hiperaktivite belirtilerine ilişkin bir saptama yapılabilecek hem de anne babaların ruhsal belirtiler açısından profilini görme imkanı elde edilebilecektir. Çocukların ruhsal gelişim sürecinde anne baba son derece önemlidir. Dislektik çocukların bazı güçlüklerinden dolayı kendilerine ve çevreye psikolojik uyumlarında anne baba etkisi daha fazla önem taşımaktadır. Psikolojik belirtiler problemleri karşılıklı biçimde besleyebilmekte ya da çocuğun yaşadığı sıkıntıyı artırabilmektedir. Bu noktada, yaşanan güçlüklerle ilişkin bilgi sunmak, ebeveynlerin ruhsal durumunu görmek ve yapıcı yaklaşmak açısından araştırmanın önem taşıyacağını düşünmekteyim.

Tanımlar

Özgöl Öğrenme Güçlüğü: Normal ya da normal üstü zekaya sahip bireylerin standardize edilmiş testlerde; yaş, zeka ve eğitim düzeyine oranla okuma, yazılı anlatım ve matematik alanlarında beklenenin altında seviyede bulunmasıyla belirlenen bir bozukluktur (APA 2001).

Disleksi: Doğru ve /veya akıcı biçimde heceleme, kodlama, kelime tanıma becerilerinde zayıflıkla belirli nörolojik engel (The International Dyslexia Association)

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Erken çocukluk döneminde başlayan, aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkat eksikliği ile beliren, çoğunlukla ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde de süren bir nörogelişimsel bozukluktur (DSM IV-TR).



BÖLÜM I

DİSLEKSİ

Disleksi sözcüğü Latince ve Yunancadan temelini alır (dislegere) ve okuma zorluğunu ifade eden bir terimdir (Richardson, 1992; Prior, 1996). Dünya Nöroloji Federasyonu tarafından zekaca ve sosyokültürel bakımdan yetersizlik yaşamadığı halde okumayı öğrenme zorluğu biçimindeki bir bozukluk olarak tanımlanmıştır (Prior, 1996).

Dislekside herhangi bir zeka geriliği olmamasına rağmen okumaya geçememe, okuma hızında yavaşlık, harf ya da hece atlayarak okuma, heceleyerek okuma, hece ve harflerin yerini değiştirme, ses uyumu sağlayamama en sık belirtilerlerdendir (Motavallı, 2000; Wolf, Bowers 1999; Erden, Kurdoğlu ve Uslu, 2002).

1.1.Disleksinin Tarihçesi

Disleksiye ilişkin ilk görüşler ve açıklama çabaları 19.yy sonlarına denk gelmektedir. İlk çalışmalardan biri William Broadbent tarafından yapılmıştır. Broadbent okuyamayan bireyleri afazi derecelerine ayırmıştır. 1877 yılında Kussmaul ise durumu kelime körlüğü olarak tarif etmiş ve patolojik olduğunu belirtmiştir (Richardson, 1992).

1872 yılında Alman doktor Berlin disleksi (dyslexia) terimini ilk kez kullanan hekim olmuştur. Okuma güçlüklerinde beyin hasarı üzerinde durmuştur ve afazi kapsamında değerlendirmiştir (Korkmazlar, Sürücü, 2007).

1896 yılında İngiltere’de doktor Morgan durumu iletişim ve kelime kaybına yol açan girus köşesi hasarı olarak değerlendirmiş ve çalışmasını "konjenital kelime körlüğü" tanısıyla yayınlamıştır (Özen, 2011).

John Hinshelwood, bir hastasından edindiği okuma, yazma, bellek güçlükleri belirtilerini “kelime körlüğü” (Alexia) çalışmasıyla literatüre sunmuştur (1895).

Yine bir doktor olan Pringle Morgan, hastası Percy F’yi “doğuştan (konjenital) kelime körlüğü” tanısıyla 1896’da yayınlamıştır (Tuğ, 2011). Olgunun görme duyusu ya da zeka eksikliği, matematiksel güçlüğü olmamasına rağmen görsel verileri bellekte depolama zorluğu yaşadığını belirtmiştir (Hallahan ve Mercer, 2001; Anderson ve Meier-Hedde, 2001).

Bu çalışmaların ardından çocuklarda görülen disleksi, kelime körlüğü olarak değerlendirilmiştir. 1937 yılında ABD’de Samuel Orton, yayımladığı kitabıyla bu sorunların gelişimsel bir bozukluk olduğunu belirtmiş ve beyin işitme ve görme merkezleri üstüne çalışmıştır (Doris, 1993).

Werner ve Strauss 1941’de öğrenme bozukluğu nedeni olarak “minimal beyin hasarı” (minimal braindamage - MBD) terimini kullanmışlar; ardından MSS fonksiyon bozukluğuna bağlı olabileceğini düşünerek "Minimal Beyin Disfonksiyonu-MBD" terimiyle görüşlerini revize etmişlerdir (Korkmazlar, 2008).

1962 yılında "öğrenme güçlüğü" (learning disability) terimi ilk kez Kirk tarafından kullanılmış ve konuşma, dil, okuma, yazma, veya aritmetik alanların birinin ya da birden fazlasının gelişmesinde gerilik veya bozukluk olarak açıklanmıştır (Richardson, 1992). Bateman’a göre öğrenme bozukluğu, beyindeki işlevsel bir bozukluktan kaynaklanmaktadır.

Amerikan Ulusal Öğrenme Güçlüğü Komitesi 1990 yılında öğrenme güçlüğü; merkezi sinir sistemi işleyişindeki bir bozukluk nedeniyle yaşam boyu sürececek olan, konuşma, dinleme, okuma, yazma, soyutlama, karar verme, muhakeme etme, problem çözme, aritmetiksel işlem yapma yetilerinde güçlük yaratan , heterojen bir bozukluk şeklinde değerlendirmiştir (Korkmazlar, 2007; Snow, 1992; Kavale ve Forness, 2000).

Amerikan Psikiyatri Birliği tanı sistemi olan DSM-IV'te (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) “öğrenme bozuklukları” terimi kullanılmıştır (DSM –IV-TR).

1.2. Tanı Kriterleri

Psikiyatrik tanılama sisteminde kullanılan DSM-IV ve ve DSM -V'e ilişkin özgül öğrenme güçlüğü tanı kriterleri aşağıda sunulmuştur.

1.2.1.DSM –IV Tanı Kriterleri

DSM- IV 'te yer alan okuma bozukluğu, matematik bozukluğu, yazılı anlatım bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan öğrenme güçlüğüne ilişkin tanı kriterleri şunlardır:

1.2.1.1.Okuma Bozukluğu

A. Bireysel olarak uygulanan standart doğru okuma ya da kavrama testleriyle ölçüldüğü üzere, kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda okuma başarısı beklenenin önemli ölçüde altındadır.

B. A Tanı Ölçütündeki bozukluk okul başarısını ya da okuma becerileri gerektiren günlük yaşam etkinliklerini önemli ölçüde bozmaktadır.

C. Duyusal bir bozukluk varsa bile okuma zorluğu genellikle buna eşlik edenden çok daha fazladır.

1.2.1.2. Matematik Bozukluğu

A. Bireysel olarak uygulanan standart testlerle ölçüldüğü üzere, kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda matematiksel beceri beklenenin önemli ölçüde altındadır.

B. A Tanı Ölçütündeki bozukluk okul başarısını ya da matematik becerileri gerektiren günlük yaşam etkinliklerini önemli ölçüde bozmaktadır.

C. Duyusal bir bozukluk varsa bile matematik becerisi sorunları genellikle buna eşlik edenden çok daha fazladır.

1.2.1.3. Yazılı Anlatım Bozukluğu

A. Bireysel olarak uygulanan standart testlerle ölçüldüğü üzere (ya da yazma becerilerinin işlevsel değerlendirmeleri), kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda yazma becerileri beklenenin önemli ölçüde altındadır.

B. A Tanı Ölçütündeki bozukluk okul başarısını ya da yazılı metin derlemeyi gerektiren günlük yaşam etkinliklerini (örn. dilbilgisi kuralları yönünden doğru cümleler ve iyi düzenlenmiş paragraflar yazma) önemli ölçüde bozmaktadır.

C. Duyusal bir bozukluk varsa bile yazma becerisi sorunları genellikle buna eşlik edenden çok daha fazladır.

1.2.1.4. Başka Türli Adlandırılmayan Öğrenme Bozukluğu

Bu kategori, herhangi bir Özgül Öğrenme Bozukluğu için tanı ölçütlerini karşılamayan öğrenmedeki bozukluklar içindir. Bu kategori kişinin kronolojik yaşı, ölçülen zeka düzeyi ve yaşına uygun olarak aldığı eğitim göz önünde bulundurulduğunda her bir bireysel beceriyi ölçen testteki başarı beklenenin önemli ölçüde altında olmamasına karşın, okul başarısını bir arada önemli ölçüde etkileyen her üç alandaki (okuma, matematik, yazılı anlatım) sorunları kapsayabilir.

1.2.2. DSM- V Tanı Kriterleri

DSM –V özgül öğrenme bozukluğu tanı kriterleri ve türleri şunlardır:

1.2.2.1.Özgül Öğrenme Bozukluğu

A. Gerekli girişimlerde bulunulmuş olmasına karşın, en az altı aydır süren, aşağıdaki belirtilerden en az birinin varlığı ile belirli, öğrenme ve okul becerilerini kullanma güçlükleri:

1. Sözcük okumanın yanlış ya da yavaş ve çok çaba gerektiriyor olması(örn. Tek tek sözcükleri yüksek sesle okurken, yanlış ya da yavaş ve duraksayarak okur, sıklıkla sözcükleri öngörür, sözcükleri seslendirmede güçlükler yaşar).
2. Okunanın anlamını anlama güçlüğü (örn. Yazıyı düzgün okuyabilir ancak sırayı, ilişkileri, çıkarımları ya da derin anlamları anlamaz).
3. Harf harf söyleme / yazma güçlükleri (ünlü ya da ünsüz harfleri ekleyebilir, çıkarabilir ya da bunların yerini değiştirebilir).
4. Yazılı anlatım güçlükleri (örn. Cümleler içinde birden çok dilbilgisi ya da noktalama yanlış yapar; paragraf düzenlemesi kötüdür; görüşlerinin yazılı anlatımı açık değildir).
5. Sayı algısı, sayı gerçekleri ya da ya da hesaplama güçlükleri (örn. Sayıları, bunların büyüklüğünü ve ilişkilerini anlaması kötüdür; yaştlarının matematik dersinden öğrendiklerinden değişik olarak , tek rakamlı sayıları eklerken parmak hesabı yapar; sayısal hesaplamaların ortasında kaybolur ve işlemleri değiştirebilir).
6. Sayısal usamlama (akıl yürütme) güçlükleri (örn. nicel soruları çözmek için matematikle ilgili kavramları , gerçekleri ya da işlemleri uygulamakta çok güçlük çeker).

B .Etkilenen okul becerileri , kişisel olarak uygulanan geçerli başarı ölçümleri ve kapsamlı klinik değerlendirme ile doğrulandığı üzere , kişinin kronolojik yaşına göre beklenenden önemli ölçüde ve ölçülebilir derecede altındadır ve okul ya da işle ilgili başarıyı ya da günlük yaşam etkinliklerini ileri derecede bozar. On yedi yaşında ve üzerinde olan kişilerde, geçerli değerlendirmelerin yerine, işlevselliği bozan, belgeli öğrenme güçlükleri öyküsü kullanılabilir.

C. Öğrenme güçlükleri okul yıllarında başlar, ancak etkilenen okul becerileriyle ilgili gerekler, kişinin sınırlı yeterliğini aşmadıkça tam olarak kendini göstermeyebilir (örn. Zamanla sınırlı sınavlar, dar bir zamanda uzun ve karmaşık raporları okuma ya da yazma, okulda aşırı yüklenme).

D. Öğrenme güçlükleri, anlıksal yeti yitimleri, düzeltilmemiş görme ya da duyma keskinliği, diğer ruhsal ve sinirsel bozukluklar, ruhsal-toplumsal güçlükler, okulda kullanılan dili tam bilmeme ya da eğitsel yönergelerin yetersizliği ile daha iyi açıklanamaz.

1.2.1.1.Okuma bozukluğu ile giden:

Sözcük okuma doğruluğu

Okuma hızı ve akıcılığı

Okuduğunu anlama

1.2.1.2.Sayısal (matematik) bozukluk ile giden:

Sayı algısı

Aritmetik gerçeklerin ezberlenmesi

Doğru ve kalıcı hesaplama

Doğru sayısal usamlama

1.2.1.3. Yazılı anlatım bozukluğu ile giden:

Harf harf söyleme/yazma doğruluğu

Dilbilgisi ve noktalama doğruluğu

Yazılı anlatımın açıklığı ya da düzeni

1.3. Epidemiyoloji

Farklı bulgulara rağmen DSM-IV'e göre öğrenme güçlüğü sıklığı %2-20 arasında değişmektedir. Erkeklerde kızlara oranla 3 kat daha sık olduğu düşünülmektedir (APA,1994). Yine sıklığın erkeklerin aleyhine olduğu çalışmalar Stein ve Walsh (1997), Meltzer (1997) Rutter ve arkadaşları tarafından da yürütülmüştür (2004). Özgül öğrenme güçlüğü, farklı kültürlerde ve dillerde değişmek üzere toplumun % 5-10 ununda görülmektedir (Sundheim ve Voeller,2004). Yine bir araştırmada ÖÖG oranının toplumda % 5-17,5 olduğu bildirilmiştir (Shaywitz ve Shaywitz, 2005). Ayrıca bu bozukluğun sıklığının dillere göre de farklılık gösterdiği ortaya konmuştur (Ziegler ve ark., 2003).

ÖÖG alt tipleri arasında en sık görüleni disleksidir (Shaywitz ve ark, 1995) ve tüm ÖÖG olgularının yaklaşık yüzde seksenini oluşturmaktadır (Erden, 2011). Matematik öğrenme bozukluğu (diskalkuli) da sık rastlanmasına rağmen daha az araştırılmıştır (Rousselle ve Noel, 2008). Yazılı anlatım bozukluğu ise çoğunlukla diğer öğrenme bozukluklarıyla birlikte görülebilmektedir ve oranı %4 olarak bilinmektedir (Silver, 2002). Okul çağı çocuklarının %10' luk kısmında yazma bozukluğu olduğu ifade edilmiştir (Lyon ve ark. 2003).

ÖÖG tanılı çocukların %20-25'inde özgül öğrenme güçlüğü, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile birlikte görülmektedir (Erden ve ark. 2002).

1.4. Etiyoloji

Özgül öğrenme güçlüğünün kesin nedeni saptanabilmiş değildir ancak bazı bulgular mevcuttur ve bulgularla etiyojisini açıklayan kuramlar gelişmiştir. Tek bir kuram ya da model dislektik çocukların farklılıklarını açıklamaya yetmeyecektir (Stein, Walsh, 1997), nörolojik temeli olmakla birlikte çok faktörlü düşünölmelidir (Vellutino, 2004). Özgöl öğrenme güçlüğünün nedenlerini açıklamaya yönelik ilk çalışmalar tıp alanında yürütölmüştür. Çalışma sonuçları, sinir taşıyıcılarını etkileyen biyokimyasal anomalilerin öğrenme güçlüğüne neden olabileceğini düşöndörmektedir (Girli,2012).

Özerinde en çok durulan nedenler arasında beynin hatalı işlevi (İşeri ve Sarı, 2008), çeşitli çevresel ve genetik etmenler ve nörolojik kökenli işlevsel bozukluklar yer almaktadır (Özmen, 2008 ; Korkmazlar ve Sürücü, 2007 ; Vellutino, Fletcher, Snowling ve Scanlon 2004;). Yaygın görüş çeşitli genetik ve çevresel etmenlerle belirlenen biyolojik nedenli işlevsel bir bozukluk olduğudur (Karaman ve ark, 2012, Tarhan D, 2014).

1.4.1. Genetik Nedenler

Genetik faktörlerin özgöl öğrenme güçlüğünde baskın rolü olduğuna ilişkin çoğu araştırmacı hemfikirdir . Görüntöleme teknikleri kullanan araştırmacılar genetik beyin bozuklukları olabileceğini farketmişlerdir (Solso, Maclin ve Maclin, 2007). Nörobiyolojik ve genetik veriler öğrenme güçlüğünün beyinden kaynaklandığını belirtmektedirler (Shalev,2004).

Aile ve ikiz çalışmaları, genetik bağlantıyı ortaya koymuştur ve kalıtsal geçiş fikrini güçlendirmiştir (Pekel, D., 2010). Disleksi ortalama popölasyon riski %3–10 iken dislektik bireylerin birinci derece akrabalarında oran %40'a yükselmektedir (Gilgeri ve ark., 2001).

Ebeveynde ÖÖG varsa bu oran çocuk için riski 5-12 kat artırmaktadır (Castles, Datta, Gayan, &Olson,1999).

6. ve 15. kromozomlarının kısa kollarındaki lokasyonlar disleksi açısından anlamlı bulgu olarak sunulmuştur. Aile dizilerinin %30'unun 15. kromozom polimorfizimlerine bağ göstermeleri (Defries ve Alacorn, 1996), 15. kromozoma olan bağın olasılığının 1.000 ile 1. arasında olduğunu ortaya koymuştur (Grigorenko ve ark.,1997). Ekstra x kromozomunun da disleksiye neden olacağı ileri sürölmektedir (Arnold, 1990).

Özgöl öğrenme güçlüğünün genetik belirleyicileri olarak 6, 15,18 kromozomları çalışmalarda yer almıştır (Snowling, 2005) . Dislekside araştırmalar 6 ve 15. Kromozomlara dikkat çekmiştir (Özen, K., 2011) . Yine dislekside sesleri kodlama ve kelimeleri seslendirme kromozom 6 ile kelime tanıma yeteneğı ise kromozom 15 ile ilişkilendirilmiştir (Uçgun, 2003).

1.4.2. Çevresel Nedenler

Doğum öncesi, doğum sırası ve doğum sonrası bazı faktörler merkezi sinir sistemini etkileyebilmektedir ve bunlar çevresel nedenler olarak adlandırılır. Genetik ve metabolik hastalıklar, akraba evliliğı, geçirilen kısa süreli ardışık gebelikler, gebelikte bakım eksikliği (Sarıpınar E.G., 2006), bazı hamilelik kompsikasyonları, annenin ileri yaşta olması, hamilelik enfeksiyonları, hamilelikte madde kullanımı, kurşun zehirlenmesi, erken çocuklukta uzun süreli beslenme yetersizliği (Castles, 1999; Kaplan ,2004 ; Korkmazlar 1992, Manis ve ark., 1996), gebelik süresince diyabet,

ışın tedavisi, kötü doğum koşulları, merkezi sinir sistemini etkileyecek biyokimyasal faktörler ile özgül öğrenme güçlüğü arasında nedensel bağ olduğu düşünülmektedir (Korkmazlar, 2008; Özmen, 2008; Uçgun, 2003).

1.4.3. Gelişimsel Nedenler

Bazı çocuklar gelişimsel alanlarda daha yavaş olgunlaşabilmekte ve gerekli fonksiyonları yerine getirmekte güçlük yaşayabilmektedir. Bu gelişimsel sapmanın özgül öğrenme güçlüğünde etken faktörlerden biri olduğu düşünülmektedir (Kayaoğlu, 2000; Yılmaz, 2004).

1.4.4. Nörolojik Nedenler

Nörolojik fonksiyon bozukluğu yaklaşımı özgül öğrenme güçlüğüne birden fazla alanda işlevsel bozukluğa bağlar (Özen,K., 2011). Öğrenme süreci burada temeldir. Duyu organları aracılığıyla algısal süreç başlar ve ardından bilginin kaydedilmesi gerekir. Sıraya koyma, soyutlama ve organizasyon, bu aşamanın üç önemli basamağıdır. Bu süreçte yaşanabilecek nörolojik bir problem ÖÖG nedeni olabilmektedir.

Öğrenme sürecinin bu entegrasyon aşamasında sorun yaşayan çocuklar; dinlediği ya da okuduğu metni doğru sırada aktarmakta, öncelik-sonralık ayrımında, şaka ve deyimleri ayırt etmekte, yaşamını ve çevresini düzenlemekte zorlanır (Erden ve ark).

Ardından bellek aşaması devreye girer. Gelen bilgi kaydedilir, yorumlanır ve depolanır. Bu evrede kısa süreli görsel - işitsel bellek bozuklukları sıklıkla karşımıza çıkar. Kısa süreli bellekte yer alan bilgiyi uzun süreli belleğe aktarmakta güçlük yaşar (Girli,2012).

Son aşama çıkıştır. Beyin bilgiyi hücrelere, kaslara, dil ya da motor etkinlik alanlarına yollar. Yazma, motor hareketler, soru yanıtlama burada zorlaşabilir (Kayaoğlu, 2000; Yılmaz, 2004; Uçgun, 2003). Spontan diyalogda kendini rahat ifade edebilen dislektik bir çocuğun motor organizasyonda zorlanmasının, sorulan sorunun yanıtını detaylandıramamasının nedeni bu aşamada gizlidir.

1.4.5. Algısal Nedenler

İşitsel, dokunsal, görsel, mekânsal algı bozuklukları da ÖÖG için bir neden oluşturmaktadır. Rakamları, harfleri, sayıları, sembolleri ters algılama ve karıştırma sık görülmektedir. Dil gelişimi, konuşma, öğrenme, yazılı performans ve okuma sırasında problem yaşanmaktadır (Kayaoğlu, 2000).

Düşük seviyedeki görsel bozukluklarla disleksi arasında bağlantı kuran çalışmalar da mevcuttur. Görsel dikkat de bu süreçte önem taşımaktadır. Ayrıca fonolojik bir eksiklik, işitsel yürütme mekanizmalarında farklılık ve disleksi arasında da nedensel bağ kurulmuştur (Snowling, 2005).

BÖLÜM II

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ,çoğunlukla yedi yaş öncesinde başlayan aşırı hareketlilik, dürtüsellik ve dikkat eksikliği ile beliren nörogelişimsel bozuktur. DEHB tanısı alan bireylerin biliş, algı ve dikkat kapasitelerinde bozukluklar görülebilmektedir. Dolayısıyla davranışsal, sosyal ve psikolojik alanlarda güçlükler ortaya çıkmaktadır(Golstein, 2002).

Dikkat eksikliğinde odaklanma, konsantrasyon sağlama ve sürdürme güçlüğü vardır. Hiperaktivite (aşırı hareketlilik) ise bireyin yaş ve gelişim düzeyine uygun olmayacak derecede hareketli olmasıdır. İmpulsivite (dürtüsellik) çoğu zaman aşırı hareketliliğe eşlik eder. Dürtüsel bireylerin engellenme eşikleri düşüktür ve davranışlarını kontrol etmekte zorluk yaşarlar.

2.1.Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Tarihçesi

DEHB tablosu 18. yy içinde “Kötü Çocuklar” (Bad Children) (Faraone ve ark., 1994), 19. yy’da ise “Çılgın Budalalar” (Mad Idiots), “Fevri Delilik” (impulsive insanity), “Yetersiz İnhibisyon” (defektive inhibition) olarak nitelendirilmiştir (Schachar,1986).

Dr.George Still 1902 yılında kabul edilebilir, hümanist ve tıbbi bir bakış açısı taşıyan görüşünü belirtmiştir. DEHB taşıyan çocukları, aşırı hareketli, dikkat, öğrenme ve davranım sorunları yaşayan bireyler olarak nitelendirmiştir. Organik ve sosyal nedenler düşünmüş ve tabloyu “ahlaki kurallara uymada güçlük” (moral deficiency) olarak adlandırmıştır (Şenol, Şener, 1998).

Birinci dünya savaşı sonrası organik nedenler üzerinde durulmuş ve araştırmalar bu doğrultuda ilerlemiştir. Şiddetli beyin hasarı ve aşırı hareketlilik- dürtüsellik ilişkisi düşünülmüştür.

1947’de Strauss ve arkadaşları aşırı hareketlilik ve impulsiviteyi sonradan gösterilemeyen beyin hasarı olarak değerlendirmiş ve “minimal beyin zedelenmesi sendromu” olarak adlandırmışlardır (Weis & Weis,2002).

1960 ’larda koordinasyon ve öğrenme güçlüğü olan, duygusal dengesizlik gösteren ancak belirlenmiş nörolojik bozukluğu olmayan çocuklar için “minimal beyin disfonksiyonu” tanımı kullanılmıştır (WHO,1978).

Dünya Sağlık Örgütü ICD–9 ve Amerikan Psikiyatri Birliği DSM-II sınıflandırmasında bu bozukluk “çocukluktaki hiperkinetik sendrom” olarak tanımlanmıştır (Tahiroğlu ve ark, 2005; Türkbay, Söhmen, 2000). DSM-II tanı için hiperaktivite, dikkat kısıtlılığı ve kolay uyarılabilirlik aramıştır. DSM-III dikkat eksikliği bozukluğu; hiperaktiviteli ya da hiperaktivitesiz olarak tanımlanmış ve temel belirtileri dikkatsizlik, dürtüsellik ve huzursuzluk olarak belirtmiştir. DSM-III-R ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu revize edilmiş ve 14 belirti içinden 8 belirti istenmiştir. ICD–10 ve DSMIV 3 alt gruba ayırmıştır (Bilgeç, 2012):

1. DEHB/ karışık tip
2. DEHB/ dikkat bozukluğunun önde olduğu tip
3. DEHB/ hiperaktivitenin önde olduğu tip

2.1.1. Tanı Kriterleri

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu için DSM-IV ve DSM-V tanı kriterleri aşağıda sunulmuştur.

2.1.1.1. DSM –IV Tanı Kriterleri

DSM-IV için DEHB tanı kriterleri şunlardır:

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

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

Dikkatsizlik

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

(2) Aşağıdaki hiperaktivite-impulsivite belirtilerinden altısı (ya da daha fazlası) en az altı ay süre ile uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı bir derecede sürmüştür:

Hiperaktivite

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

(f) Çoğu zaman çok konuşur.

İmpulsivite (Dürtüsellik)

(g) Çoğu zaman sorulan sorunun tamamlanmasını beklemeden cevabını verir.

(h) Çoğu zaman sırasını bekleme güçlüğü vardır.

(i) Çoğu zaman başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.

B. Bozulmaya yol açan bazı hiperaktif-impulsif belirtiler ya da dikkatsizlik belirtileri yedi yaşından önce de vardır.

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

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

E. Bu belirtiler sadece bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygudurum Bozukluğu, Anksiyete Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk ya da bir Kişilik Bozukluğu).

Tipine göre kodlayınız:

314.01 Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu Bilesik Tip: Son 6 ay boyunca hem A1 hem A2 Tanı Ölçütü karşılanmıssa.

314.00 Dikkat eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A1 tanı ölçütü karşılanmıs.

Ancak A2 Tanı Ölçütü karşılanmamıssa 314,01 Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu,

Hiperaktivite- impulsivitenin Önde Geldiği Tip: Son 6 ay boyunca A2 Tanı Ölçütü karşılanmıs, ancak A1 Tanı Ölçütü karşılanmamıssa.

Kodlama Notu: O sırada artık tanı ölçütlerini tam karşılamayan bireyler (özellikle ergenler ve yetişkinler) "Kısmi remisyonda" olarak belirtilmelidirler.

DSM-IV'e göre DEHB tanısının konulabilmesi için dikkatsizlik ve/ya da hiperaktivite-impulsivite belirtilerinden herbiri için en az 6 ölçütü karşılıyor olması gerekmektedir. Bireylerin büyük çoğunluğunda hem dikkatsizlik hem de impulsivite belirtileri birlikte görülse de bazı bireylerde bu örüntülerden biri ya da diğeri daha baskındır.

2.1.1.2. DSM- V Tanı Kriterleri

DSM-V için DEHB tanı kriterleri şunlardır:

A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

1-Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki en az altı belirti en az altı aydır sürmektedir.

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a .Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar.

b.Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.

c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür.

d.Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz.

e.Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker.

f.Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez.

g.Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.

h.Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.

i.Çoğu kez, günlük etkinliklerde unutkanır

2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıda ki en az altı belirti en az altı aydır sürmektedir.

Not: Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.

a.Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.

b.Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar.

c.Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir).

d.Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.

e.Çoğu kez, “her an hareket halinde”dir, “arkasına bir motor takılmış” gibi davranır.

f.Çoğu kez, aşırı konuşur.

g.Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır.

h.Çoğu kez, sırasını bekleyemez.

i.Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

B. 12 yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır.

D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğinin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

E. Bu belirtiler, yalnızca şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Görünüme göre kodlama:

1-Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 hem de A2 tanı ölçütleri karşılanmıştır.

2-Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 tanı ölçütü karşılanmış ancak A2 tanı ölçütleri karşılanmamıştır.

3-Aşırı hareketliliğin/ dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 tanı ölçütü karşılanmış ancak A1 tanı ölçütleri karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sıradaki ağırlığı:

Ağır olmayan: Belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktadır.

Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma “ağır olmayan”la “ağır” arasındadır.

Ağır: Belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozar .

2.1.2. Epidemiyoloji

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) çocuklarda en yaygın görülen psikiyatrik bozukluktur. Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından DEHB tanılı çocuk oranı %3–7 olarak öngörülmüş (APA 1994, 2000] , farklı çalışmalarda da %3 -6 aralığında değerlendirilmiştir (Faraone, 2003; Hechtman, 2007; Polanczyk, 2007). DSM-IV tanı ölçütlerinin kullanılmasıyla birlikte üç alt tipin yaygınlığı %3-5'ten %12'ye yükselmiştir (Weis, 2002).

Yurtiçi araştırmalarda DEHB yaygınlığı okul öncesi dönemde %3-6, ilkokul ve ortaokul döneminde %3-10 arasında değerlendirilmiştir (Aktepe, 2011). 1994 yılında Motovallı kentsel kesimde ilkokul çocukları ile yaptığı çalışmada prevalansı %5 bildirmiştir (Güçlü, Kamberyan, Kurtlar, 2002).

DEHB erkeklerde, kızlara oranla 2-5 kat daha fazladır. (Biederman ve Faraone, 2005). Agresif davranışlar kızlara oranla erkeklerde daha çok görülmektedir (Kent, Craddock, 2003). Kızlarda hiperaktivite- impulsivite yerine dikkat eksikliği sıklıkla ön planda olduğundan belirtiler örtülü olarak değerlendirilebilmekte ve klinik başvuru daha sınırlı hale gelmektedir. En yaygın alt tipi %50-75 sıklığıyla bileşik tiptir, %20-30 ile dikkat eksikliğinin baskın olduğu tip, %15 altı oranlarda hiperaktivite ve dürtüsellüğün önde geldiği tip izlemektedir (Morgan,1996; Spencer 2007).

Klinik başvuru genellikle 6-12 yaş aralığındadır, belirtiler ergenlikte de görülür ve olguların %60' ında erişkinlik yaşamında da sürer. DEHB erişkinlerde de sık karşılaşılan bir bozukluktur. %1-6 oranında görülmektedir, erkek kadın oranı 1.5 /1 oranındadır (Wender , 2001). ABD' de yapılan çeşitli araştırmalarda erişkin DEHB prevalans ortalaması % 4 'tür (Faraone, Biedermann, 2004).

2.1.3. Etiyoloji

DEHB kesin nedeni bilinmeyen, etiyolojisinde biyolojik ve psikososyal etkenlerin rolü düşünülen heterojen bir bozukluktur. Etiyolojisinde prefrontal-striatal-serebellar dizgenin yapısal ve metabolik farklılığının en önemli rol oynadığı ileri sürülmektedir. Yürütülen çalışmalar bozukluğun monoamin düzenekler ve frontostriatal nöron yollarındaki sorunları kapsayan kalıtsal bir bozukluk olduğunu desteklemektedir (Şenol,2008). Her olgunun diğerinden farklı bir nedeni olabileceği gibi, aynı vakada farklı etkenler de birlikte bulunabilmektedir. DEHB farklı patolojilerin ortak semptomatolojisidir (Arnold, Jensen, 1995). Beyin yapısı, genetik faktörler, nörokimyasal, prenatal ve doğumsal, biyokimyasal ve çevresel ve psikosoy al etmenleri araştıran yaklaşımlar ile DEHB etiyolojisi açıklanmak istenmiştir.

2.1.3.1. Genetik Nedenler

DEHB genetik ağırlığı en yüksek psikiyatrik bozukluklardan biridir (Curran, Taylor, 2000). Aile- ikiz çalışmaları, evlat edinilme ve moleküler genetik araştırmalar ile genetik nedenler araştırılmıştır(Ercan, 2010).

Ebeveynlerden birinde DEHB tanısı varsa çocukta görülme oranı %20-54 'tür. DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin anne babalarıyla yapılan farklı araştırmalarda, ebeveynin DEHB tanısı için göreceli riskin (Relative risk) iki ile sekiz kat kadar arttığı izlenmiştir . 0.50– 0.98 aralığında genetik olarak aktarılabildiği belirtilmiş (Faraone ve ark, 2000), tek yumurta ikizlerinde % 50-80, çift yumurta ikizlerinde % 33 oranında genetik geçiş saptanmıştır (Hetchman, 2005).

Castellanos, DEHB olgusunun kardeşinde DEHB riskini %25-35 olarak görmüş, her iki ebeveynde de DEHB tanısı varsa bu oranın %57'ye kadar çıkabileceğini ifade etmiştir (Castellanos, Tannock , 2002).

DEHB tanısı almış çocuk, ergen ve erişkinlerin aile çalışmalarında, hiperaktivite-impulsivitenin baskın olduğu tipin geçişinin, dikkat eksikliği kümesinden daha düşük olduğu ileri sürülmüştür (Asherson,2004).

Evlat edinilen DEHB tanılı ikizlerin biyolojik ailelerinde DEHB öyküsü evlat edinen aileye oranla anlamlı derecede yüksektir. Yine DEHB tanısı alan yetişkinlerin %41'inin kardeşlerinde DEHB saptanmıştır (Sharp ve ark, 2003).

Biyolojik ebeveynin kalıtım riski biyolojik ve çevresel nedenlerden oluşurken, evlat edinilme durumunda çevresel riskler söz konusudur ve evlat edinme çalışmalarında DEHB nedenselliği daha düşük bulunmuştur (Sprich ve ark, 2000).

Moleküler genetik çalışmalar ile bazı genlerin rolü araştırılmıştır. Dopamin D4 reseptör geni (DRD4), dopamin taşıyıcı protein geni (DAT1), DRD1, DRD3, DRD5, serotonin taşıyıcı protein geni (SLC6A4), norepinefrin taşıyıcı protein geni ile DEHB arasında nedensellik bulunmuştur (Aaron 2005; Şenol, 2008; Mc Cracken, 2005; Borr, 2002; Kelly, 2001).

2.1.3.2. Beyin Görüntüleme

Manyetik rezonans görüntüleme çalışmalarında DEHB tanılı bireylerde sağ prefrontal kortikal alan ve kaudat daha küçük bulunmuştur(Pueyo ve ark, 2003).

Prefrontal korteks, işlenmiş bilgiyi kullanır aynı zamanda dikkate de öncülük eder. Uygunsuz davranışları ketler, ilgisiz uyarıların işlenmesini önler (Gordefroy, Rousseaux, 1996). İmpulsivitenin prefrontal korteksin dorsolateral kısmının dışı ile ilişkili olduğunu belirten araştırmalar mevcuttur (Castellanos, 1997; Türkbay,2000). Frontal lob ve serebellum arasındaki nöral ağlarla DEHB ilişkisi düşünülmüştür (Mega, Cummings, 1994).

Elektroensefalografi (EEG) çalışmaları DEHB'ye özgü bir EEG bozukluğunu değil; santral sinir sisteminin olgunlaşmasındaki gecikmeyi işaret etmiştir (Hetchman, 1996).

2.1.3.3. Nörokimyasal Nedenler

DEHB'de dopamin ve noradrenalin düzeylerinde azalma; serebral korteksin bilişsel işlevleri yürüten bölgelerinde dopamin ve/veya noradrenalin disfonksiyonu olabileceği saptanmıştır (Doyle,2006). Noradrenerjik dengesizlik konsantrasyon gücüne ve bazı bilişsel bozukluklara neden olur (Stahl, 2003; Cabral, 2006). Dopamin ve noradrenalin, uyarılmayı ve odaklanmayı gerektiren bilişsel işlevlerde de rol alır dolayısıyla öğrenme açısından önemlidir.

DEHB'de trombosit serotonin (5-HT) düzeyi daha düşüktür (Rappaport ve ark, 1974). Dürtüsel aktivite artışı ile 5-HT metabolitinin (5- Hidroksi indol asetik asit) azalması ilişkilendirilmiştir (Linnolia ve ark, 1983).

2.1.3.4. Prenatal ve Doğumsal Nedenler

Annenin gebelik öncesi ve gebelik sırasındaki sağlık durumu, kullandığı alkol, madde ilaçlar, toksik etkenler ve erken doğum ile DEHB arasında ilişki vardır (Brophy, 1985; Firestone, Prabhu, 1983). Yine pek çok çalışmada DEHB tanılı çocukların, prenatal ya da postnatal strese diğer çocuklara oranla daha fazla maruz kaldığı görülmüştür (Zapitelli ve ark, 2001). Doğum sırasındaki komplikasyonlar da nedensellik açısından anlamlıdır.

2.1.3.5. Biyokimyasal ve Çevresel Nedenler

Boyalı, koruyuculu gıdalar ve yüksek oranda şeker tüketimi DEHB açısından risk oluşturmaktadır (Boris, Mandel,1994). Kurşun zehirlenmesi üzerinde durulmuştur (Eppright ve ark, 1996). DEHB tanılı çocuklarda serum serbest yağ asitleri seviyesi daha düşüktür (Bekaroğlu ve ark., 1996). Esansiyel yağ asidi desteğiyle minimal düzeyde iyileşme bildirilmiştir (Mitchel ve ark, 1987). Yine bakır, kurşun, magnezyum, kalsiyum, demir ve çinkonun serum, idrar ve saç seviyeleri DEHB tanılı çocuklarda bakır ve kurşun haricinde daha düşük olarak ölçülmüştür (Kozielec ve ark,1994).

2.1.3.6. Psikosoyal Nedenler

Psikosoyal nedenlerin DEHB etiolojisinde birincil rolü yoktur, altta yatan biyolojik yatkınlığı artırdığı düşünülür. Davranım bozukluğu ve karşı olma karşı gelme bozukluğuna ilişkin belirtileri daha çok alevlendireceği düşünülür. DEHB 'de anne-baba-çocuk ilişki örüntüsünde farklılıklar ve

ailelerde işlev bozuklukları karşımıza çıkabilmektedir. DEHB tanılı ergen ailelerinin daha fazla negatif eleştiri getirdiği, olumsuzluklara daha fazla odaklandıkları da çalışmalarda izlenmiştir(Cantwel,1996).

Evlat edinilmiş olma, düşük sosyoekonomik düzey, anne ve babanın kriminal yatkınlığı, ciddi evlilik problemleri DEHB için psikososyal risklerdendir (Biederman ve ark,1995) .Erken kayıp ya da ayrılık da risk faktörlerindendir (Arnold, Jensen, 1995).

Babanın hapis öyküsü, psikopatolojisi, istismar yaşantısı da erişkinlikte süregiden DEHB için neden oluşturmaktadır (Wender, 1995). Yüksek zeka, korunaklı yaşam, uygun yaklaşım yöntemlerinin riski azalttığı ileri sürülmüştür (Tuğlu, Şahin, 2010).

2.2. SCL-90 İle Ölçülen Ruhsal Belirtiler

SCL- 90 R ile ölçülen ruhsal belirtilere ilişkin tanımlar aşağıda verilmiştir. Ölçek belirti düzeylerini ölçmektedir.

2.2.1. Somatizasyon

Somatizasyon, emosyonel disforinin bedensel belirtiler ile ifade edilmesidir. Hastanın yakınmaları bedensel bir hastalık ile açıklanamamaktadır (Sayar,2002).

2.2.2. Obsesyon- Kompulsiyon

Obsesyon (obsession) ; istemdışı, tedirginlik yaratan, benliğe yabancı (ego dystonic) ve tekrarlayıcı düşüncelerdir. Obsesyonun yarattığı gerginlikten kurtulmak için sürekli olarak tekrarlanan davranış ve eylemler ise kompulsiyon (compulsion) olarak tanımlanır (Öztürk,2004).

2.2.3.Kişilerarası Duyarlık

Kişilerarası duyarlık; kişilerarası ilişkilerde aşırı hassasiyet, kolay incinme, kırılganlık, zarar görme düşüncesi, kendini diğerlerinden yetersiz algılama durumudur (Akboy,2005).

2.2.4. Depresyon

Depresyon; ilgi ve motivasyonun azaldığı, değersizlik ve suçluluk duygularının da eşlik edebildiği çökkün ruh hali, duygu durumudur (Akboy,2005).

2.2.5. Anksiyete

Anksiyete, tanımlanması zor bir endişe ve korku duygusudur. Çarpıntı, bulantı, baş dönmesi ve huzursuzluk sık görülen belirtilerdir (Köroğlu, E.2004).

2.2.6. Hostilite

Hostilite en kısa tanımla düşmanlıktır ve yıkıcı içeriklidir. Alınganlık ve şüphecilik saldırganca düşüncelere sıklıkla eşlik etmektedir (Özdemir,2015).

2.2.7. Fobik Anksiyete

Fobi; özgül bir nesne, etkinlik ya da durumdan sürekli olarak mantıksız biçimde korkma ve kaçınmaya zorlama olarak tanımlanır (Doksat,2015).

2.2.8. Paranoid Düşünceler

Paranoid düşünceler; şüphe, kıskançlık, kincilik, grandiyözite, alınganlık, güvensizlik temalı düşüncelerdir (Öztürk, 2004).

2.2.9. Psikotik belirtiler

Psikoz, gerçeği değerlendirme yetisinin bozulduğu psikiyatrik tablodur (Doksat,2015). Var olmayan uyarıları algılamak, zaman-mekan oryantasyonunun bozulması, hezeyanlar psikoz belirtileri arasındadır.



BÖLÜM III

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın amacı, önemi, problem ve alt problemleri, evren ve örneklem bilgisi, modeli, güçlükler, sayıtlar ile veri toplama araçları ve işleme ilişkin bilgi verilmiştir.

3.1. Araştırmanın Amacı

Dislektik bireylerin ebeveynlerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri ile ne tür psikolojik belirtilerin bulunduğunu incelemek bu araştırmanın temel amacını oluşturmaktadır.

3.2 Araştırmanın Önemi

Disleksi tanısı günden güne artmakta ve etiyolojisi tam olarak bilinmemektedir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu için de aynısını söylemek mümkündür. Eşanı sıklıkla karşımıza çıkmaktadır. DEB/DEHB tanısı alan bireylerin anne babalarında erişkin hiperaktivitesi çalışılmış ancak disleksi değişkeni bu çalışmalarda yer almamıştır. Bu çalışmanın önemi disleksi açısından ebeveynlerdeki DEB/DEHB belirtilerini ve ruhsal belirtileri inceliyor oluşudur.

3.3. Araştırmanın Problem ve Alt Problemleri

Problem cümlesi: Dislektik ve dislektik olmayan bireylerin ebeveynleri psikolojik belirtiler ve erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivitesi açısından farklılaşmakta mıdır?

Alt problemler aşağıdaki gibi sıralanabilir.

1. Dislektik ve dislektik olmayan bireylerin ebeveynleri somatizasyon belirti düzeyi açısından farklılaşmakta mıdır?
2. Dislektik ve dislektik olmayan bireylerin ebeveynleri obsesif kompulsif belirtiler açısından farklılaşmakta mıdır?
3. Dislektik ve dislektik olmayan bireylerin ebeveynlerinin kişilerarası duyarlık düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
4. Dislektik ve dislektik olmayan bireylerin ebeveynlerinin depresyon belirti düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
5. Dislektik ve dislektik olmayan bireylerin ebeveynlerinin kaygı düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
6. Dislektik ve dislektik olmayan bireylerin ebeveynlerinin düşmanlık belirtileri düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
7. Dislektik ve dislektik olmayan bireylerin ebeveynleri fobik kaygı belirti düzeyleri açısından farklılaşmakta mıdır?
8. Dislektik ve dislektik olmayan bireylerin ebeveynlerinin paranoid düşünce belirti düzeyleri farklılaşmakta mıdır?

9. Dislektik ve dislektik olmayan bireylerin ebeveynlerinin psikotik belirti düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
10. Dislektik ve dislektik olmayan bireylerin ebeveynlerinin dikkat eksikliği belirti düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
11. Dislektik ve dislektik olmayan bireylerin ebeveynlerinin aşırı hareketlilik belirti düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
12. Dislektik ve dislektik olmayan bireylerin ebeveynlerinin dürtüsellik belirti düzeyleri farklılaşmakta mıdır?
13. Dislektik ve dislektik olmayan bireylerin ebeveynlerinin DEB/DEHB ile ilgili sorunlar belirti düzeyi farklılaşmakta mıdır?

3.4 Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Çalışma evreni İzmir’de yaşayan disleksi tanısı konmuş çocukların ebeveynleridir. Araştırmanın örneklemini İzmir ilindeki Tıp Fakülteleri ve Eğitim Araştırma Hastanelerinde “Disleksi” tanısı almış, rastgele yöntemle seçilmiş çocukların anne ve babalarıdır ve elli kişiden oluşmaktadır. Disleksi tanısı almamış çocukların anne ve babalarından rastgele yöntemle seçilen elli kişi bu araştırmada kontrol grubu olarak kullanılmıştır.

3.5. Araştırmanın Modeli

Araştırma betimsel bir çalışmadır. Disleksi tanısı bağımsız değişken olarak belirlenmiştir. Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivitesi ile psikolojik semptomlar ise araştırmanın bağımlı değişkenlerini oluşturmaktadır.

3.6 Araştırmanın Sınırlılıkları ve Karşılaşılan Güçlükler

Disleksi ve DEHB eştanısı oldukça sık karşımıza çıkmaktadır. Yalnızca disleksi tanısı alan, komorbid tanısı bulunmayan bireylere ulaşmak karşılaşılan güçlüklerdendir. Bu nedenle araştırma grubunun elli kişiden oluşması bir sınırlılık olabilir. Katılımcıların yalnızca İzmir’den alınması da bir diğer sınırlılıktır.

3.7. Sayıtlar

Bu çalışmada problem cümlesi ve alt problemlerin yanıtlanmasına yönelik yapılan işlemlerde şu sayıtlar kabul edilmiştir:

1. Veri toplamaya yönelik ölçekler tüm katılımcılar tarafından doğru ve samimi biçimde cevaplanmıştır.
2. Kontrol dışı değişkenlerin etkileri tüm katılımcılar için aynıdır.

3.8. Veri Toplama Araçları

Çalışmamda kullandığım veri toplama araçları ile katılımcılara ilişkin bilgi toplanmış ve bu sayede istatistiksel analizler yapılmıştır.

3.8.1 Bilgi Formu

Kişinin sosyodemografik özellikleri, psikiyatrik öyküsü ve aile geçmişi ile ilgili bilgi elde etmek için oluşturulmuştur. Kontrol ve araştırma grubunda yer alacak bireylerin seçimi amacıyla kullanılmıştır.

3.8.2 Yetişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Ölçeği (Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale)

Ölçek, Turgay (1995) tarafından geliştirilmiştir. Beşli likert tipinden oluşur ve Dikkat Eksikliği, Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik, DEHB ile ilgili özellikler ve sorunlar şeklinde üç alt bölümü vardır. İlk iki alt ölçek DSM-4 tanı kriterlerine göre oluşturulmuşken üçüncü bölüm Turgay tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 48 sorudur. Geçerlik ve güvenilirliği yeterlidir, pek çok akademik yayında kullanılmıştır. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik bölümlerinden 3'ten düşük puan alanların düşük düzeyde, 3,01 ile 10,99 arasında puan alanların orta düzeyde ve 11'in üstünde puan alanların yüksek düzeyde dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtilerine sahip oldukları kabul edilmektedir. Değerlendirmede birinci ve/veya ikinci bölümdeki toplam 9 sorudan en az 6 tanesine 2 veya 3 cevabı alınmışsa bu kişide dikkat eksikliği ve/veya aşırı hareketlilik/ dürtüsellik var denilmektedir. Üçüncü bölümdeki 30 soruya verilen cevaplar toplanarak DEB/DEHB ile ilişkili özellikler puanı bulunmaktadır. Yüksek puanlar daha büyük psikopatolojiyi göstermektedir.

3.8.3 SCL-90 R Ruhsal Belirti Tarama Listesi (SCL-90 R Symptom Checklist)

Derogotis tarafından geliştirilmiş ve ülkemizdeki geçerlik-güvenirlilik çalışmaları Dağ tarafından yürütülmüştür. 90 sorudan oluşur beşli likert tipindedir. Somatizasyon, Obsesyon-Kompulsiyon, Kişilerarası Duyarlık, Depresyon, Anksiyete, Hostilite, Fobik Anksiyete, Paranoid Düşünce ve Psikotik belirtiler olmak üzere dokuz alt ölçeği bulunur. Türkçe formuna ait çalışmalar ölçeğin geçerli ve güvenilir olduğunu gösterir. Özbildirim ölçeğidir.

3.9. Verilerin toplanması

Bu araştırmaya Tıp Fakülteleri ve Eğitim Araştırma Hastanelerince “Disleksi” tanısı konmuş çocukların anne ve babaları dahil edilmiştir. Alan çalışanları vasıtasıyla dislektik çocukların araştırmaya katılmak için gönüllü olan ailelerine ulaşılmıştır. Bireysel bilgi formu kullanılarak ön görüşme yapılmış, şüphe yaratacak bir psikiyatrik öykü ya da ailede geçmişi varsa bireyler çalışmaya alınmamıştır. Ölçek üzerinden ayrıntılı klinik görüşmeleri yapılarak araştırma ve kontrol grubunun ADHD ölçeğine ilişkin puanları belirlenmiştir. Katılımcılar SCL-90-R ölçeğini kendileri yanıtlamışlardır.

3.10. Verilerin Çözümlemesi ve Yorumlanması

Verilerin çözümlemesinde IBM SPSS Statistics 20.0 programı tercih edilmiştir. Cronbach Alfa ile güvenirlik analizleri yapılmıştır. Grupların cinsiyet, yaş, eğitim düzeyi, medeni durum, sosyoekonomik durum, mesleki durum, alkol kullanımı, sigara kullanımı yüzdeleri frekans analizi ile saptanmıştır. Dikkat eksikliği hiperaktivite ve psikolojik belirtilere ilişkin verilerde Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

BÖLÜM IV

BULGULAR

Katılımcıların veri toplama araçları ile alınan bilgilerine ilişkin istatistiksel analizler ve bulgular aşağıda yer almaktadır.

4.1. Ölçeklere Ait Güvenirlik Analizleri Sonuçları

SCL 90-R VE ADHD Ölçeklerine ilişkin alt ölçek ve tüm ölçek güvenirlik analiz sonuçları aşağıda yer almaktadır.

Tablo 1.SCL- 90-R Güvenirlik Analizi Sonucu

Alt Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach Alfa Değeri
Somatizasyon	10	.771
OKB	10	.706
Kişilerarası Duyarlık	9	.794
Depresyon	13	.792
Anksiyete	10	.892
Hostilite	6	.763
Fobik Anksiyete	7	.745
Paranoid Düşünceler	6	.721
Psikotik Belirtiler	10	.860
Tüm Ölçek	90	.968

SCL 90-R alt ölçekleri güvenirlik analizi sonuçlarına bakıldığında Cronbach Alfa değerinin somatizasyon için .771, OKB için .706, kişilerarası duyarlık için .794, depresyon alt ölçeğinde .792, anksiyete için .892, hostilitede .763, fobik anksiyete için .745, paranoid düşünceler alt ölçeğinde .721, psikotik belirtilerde .860 ve tüm ölçek için .968 olduğu görülmüştür. Yeterli güvenirliğin sağlandığı görülmüştür.

Tablo 2. ADHD Ölçeği Güvenirlik Analiz Tablosu

Alt Ölçek	Madde Sayısı	Cronbach Alfa Değeri
Dikkat Eksikliği	9	.908
Aşırı Hareketlilik	6	.854
Dürtüsellik	3	.861
DEB / DEHB ilişkili Özellikler	30	.938
Tüm Ölçek	48	.961

ADHD güvenirlik analizi sonuçlarında Cronbach Alfa değerleri dikkat eksikliği alt ölçeğinde .908, aşırı hareketlilik alt ölçeğinde .854, dürtüsellik için .861, DEB/DEHB ilişkili özellikler alt ölçeğinde .938 ve tüm ölçek için .961 olarak ölçülmüştür. Yeterli güvenirlik sağlanmıştır.

4.2. Araştırma Grubunun Genel Yapısına Ait Genel Frekans ve Yüzdelere

Katılımcıların cinsiyet durumu, yaş dağılımı, eğitim düzeyi, medeni durum, sosyoekonomik düzey, mesleki durum, alkol kullanımı ve sigara kullanımına ilişkin frekanslar ve yüzdelere aşağıda sunulmuştur.

Tablo 3. Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Cinsiyet Durumuna Göre Dağılımı

Grup	Cinsiyet	N	%
Çalışma Grubu	Kadın	34	68
	Erkek	16	32
Kontrol Grubu	Kadın	30	60
	Erkek	20	40

Çalışma grubunun % 68'i (n: 34) kadınlardan , % 32 'si (n: 16) erkeklerden oluşmaktadır. Kontrol grubunun ise % 60'ı (n:30) kadın, %40'ı (n:20) erkek katılımcıdır.

Tablo 4. Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Yaşa Göre Dağılımı

Grup	Yaş	N	%
Çalışma Grubu	20-29	11	22
	30-39	29	58
	40-49	10	20
Kontrol Grubu	20-29	4	8
	30-39	26	52
	40-49	20	40

Çalışma grubunun % 22'si 20-29 yaş aralığındayken (n:11), %58'i 30-39 yaş dağılımında (n:29), %20' si ise 40-49 yaş grubundadır(n:10). Kontrol grubunda bu oran %8 20-29 yaş (n:4), %52 30-39 yaş (n:26), %40 40-49 yaş (n:20) şeklindedir.

Tablo 5. Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Eğitim Düzeyine Göre Dağılımı

Grup	Eğitim Düzeyi	N	%
Çalışma Grubu	İlkokul	16	32
	Ortaokul	13	26
	Lise	12	24
	Üniversite	9	18
Kontrol Grubu	İlkokul	7	14
	Ortaokul	10	20
	Lise	19	38
	Üniversite	14	28

Çalışma grubunda % 32 ilkokul (n:16) , %26 ortaokul (n:13), %24 lise (n:12), %18 üniversite (n:9) mezunu birey yer almıştır. Bu oran kontrol grubunda %14 ilkokul (n:7), %20 ortaokul (n:10), %38 lise (n: 19) ve %28 üniversite (n: 14) olarak dağılmıştır.

Tablo 6.Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Medeni Durumuna Göre Dağılımı

Grup	Medeni Durum	N	%
Çalışma Grubu	Evli	37	74
	Boşanmış	9	18
	Ayrı Yaşıyor	4	8
Kontrol Grubu	Evli	45	90
	Boşanmış	3	6
	Ayrı Yaşıyor	2	4

Çalışma grubunda medeni durum % 74 evli (n: 37), %18 boşanmış (n:9), %8 ayrı yaşıyor (n:4) biçimindedir. Kontrol grubunda bu oran %90 evli (n:45), %6 boşanmış (n:3), %4 ayrı yaşıyor (n:2) olarak dağılmıştır.

Tablo 7. Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Sosyoekonomik Düzeye Göre Dağılımı

Grup	Sosyoekonomik Düzey	N	%
Çalışma Grubu	Düşük	3	6
	Orta	37	74
	Yüksek	10	20
Kontrol Grubu	Düşük	5	10
	Orta	38	76
	Yüksek	7	14

Çalışma grubundaki bireyler kendilerini %6 (n:3) düşük , %74 orta (37), %20 yüksek (n: 10) sosyoekonomik düzeyde değerlendirmişlerdir. Kontrol grubunda bu oran % 10 düşük (n:5), %76 orta (n:38), %14 yüksek (n:7) şeklindedir.

Tablo 8.Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Meslek Durumuna Göre Dağılımı

Grup	Meslek	N	%
Çalışma Grubu	Çalışmıyor	16	32
	İşsiz	4	8
	Geçici İşler	6	12
	Memur	8	16
	Serbest Meslek	12	24
	Emekli	4	8
	Çalışmıyor	11	22

Kontrol Grubu	İşsiz	2	4
	Geçici İşler	6	12
	Memur	12	24
	Serbest Meslek	17	34
	Emekli	2	4

Çalışma grubunun %32'si çalışmadığını (n:16),%8'i işsiz olduğunu (n:4),%12'si geçici işlerde çalıştığını(n:6),%16'sı memur (n:8), %24'ü serbest meslek (n:12),%8'i emekli olduğunu (n:4) belirtmiştir. Bu oran kontrol grubunda %12 çalışmıyor(n:11), %4 işsiz (n:2), %12 geçici işler (n:6), %24 memur (n:12),%34 serbest meslek (n:17), %4 (n:2)emekli olarak dağılmıştır.

Tablo 9. Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Alkol Kullanımı Durumuna Göre Dağılımı

Grup	Alkol Kullanımı	N	%
Çalışma Grubu	Hiç	24	48
	Nadiren	26	52
	Sık	0	0
Kontrol Grubu	Hiç	17	34
	Nadiren	31	62
	Sık	2	4

Çalışma grubunda alkol kullanımı %48 hiç(n:24), %52 nadiren (n:26) olarak belirtilmişken bu oran kontrol grubunda %34 hiç (n:17), %62 nadiren (n:31), %4 sık (n:2) biçimindedir.

Tablo 10.Dislektik ve Dislektik Olmayan Bireylerin Ebeveynlerinin Sigara Kullanımı Durumuna Göre Dağılımı

Grup	Sigara Kullanımı	N	%
Çalışma Grubu	Hiç	26	52
	Nadiren	21	42
	Sık	3	6
Çalışma Grubu	Hiç	15	30
	Nadiren	26	52
	Sık	9	18

Çalışma grubunda sigara kullanımı %52 hiç (n:26), %42 (n:21), %6 sık (n:3) iken kontrol grubunda bu oranın %30 hiç (n:15), %52 nadiren (n:26), %18 sık (n:9) olduğu görülmüştür.

4.3. Araştırmada Kullanılan Ölçeklere Yönelik Betimleyici İstatistikler

Çalışma ve kontrol grubunun SCL-90 R ve ADHD alt ölçek ve tüm ölçek puanları arasında bir fark olup olmadığını incelemek amacıyla Mann Whitney U testi kullanılmıştır.

Tablo 11. SCL-90 R Alt Ölçek ve Tüm Ölçek Puanlarına İlişkin Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçek	Gruplar	N	$\bar{X}$ sıra	Σ sıra	U	Z	P
Somatizasyon	Deney	50	50.13	2506,50	1231.500	-.136	.892
	Kontrol	50	50.87	2543.50			
	Toplam	100					
Okb	Deney	50	47.26	2413.00	1138.000	-.829	.407
	Kontrol	50	52.74	2637.000			
	Toplam	100					
Kişilerarası Duyarlık	Deney	50	58.08	2904.00	871.000	- 2.623	.009
	Kontrol	50	42.92	2146.00			
	Toplam	100					
Depresyon	Deney	50	54.42	2721.00	1054.000	- 1.355	.176
	Kontrol	50	46.58	2329.00			
	Toplam	100					
Kaygı	Deney	50	55.97	2798.00	2251.500	- 1.896	.058
	Kontrol	50	45.03	2251.50			
	Toplam	100					
Hostilite	Deney	50	53.83	2691.50	1083.500	- 1.165	.244
	Kontrol	50	47.17	2358.50			
	Toplam	100					
Fobik kaygı	Deney	50	54.96	2748.00	1027.000	- 1.554	1.20
	Kontrol	50	46.04	2302.00			
	Toplam	100					
Paranoid düşünceler	Deney	50	55.98	2799.50	975.500	- 1.908	.056
	Kontrol	50	45.01	2250.50			
	Toplam	100					
Psikotik belirtiler	Deney	50	56.45	2822.50	952.500	- 2.064	0.039
	Kontrol	50	44.55	2227.50			
	Toplam	100					
SCL-90 R	Deney	50	53.84	2692.00	1083.000	- 1.151	.250
	Kontrol	50	47.16	2358.00			
	Toplam	100					

Analizler dislektik bireyin ebeveyni olma kriterine göre yapılmıştır. Çalışma grubu disleksi tanısı almış bireylerin ebeveynlerinden oluşurken, kontrol grubu hiçbir tanı almamış bireylerin ebeveynlerinden meydana gelmiştir. Buna göre alt ölçek ve tüm ölçek değerlendirmeleri şu şekildedir:

Somatizasyon puanlarının çalışma ve kontrol gruplarında farklı olup olmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonucu istatistiki olarak anlamlı fark olmadığı izlenmiştir, $U=1231.500$; $p > 0.05$.

Obsesif Kompulsif Belirtiler puanlarının her iki grupta farklılaşıp farklılaşmadığını görmek için yapılan Mann Whitney U testi sonucunda gruplar arasında anlamlı bir istatistiksel fark görülmemiştir, $U = 1138.000$; $p > 0.05$.

Çalışma ve kontrol gruplarında Kişilerarası Duyarlık puanlarının farklı olup olmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır, $U = 871.000$; $p < 0.05$. Disletik bireylerin ebeveynlerinin kişilerarası duyarlık puanları belirgin biçimde daha yüksektir.

Gruplar arasında Depresyon puanlarında fark olup olmadığını görmek için yapılan Mann Whitney U testi sonucunda istatistiki açıdan anlamlı bir fark izlenmemiştir, $U = 1054.000$; $p > 0.05$.

Çalışma ve kontrol gruplarının Anksiyete puanları arasında fark olup olmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonucunda istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadığı görülmüştür, $U = 2251.500$; $p > 0.05$.

Hostilite puanlarının iki grupta farklı olup olmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonucunda anlamlı bir istatistiki fark izlenmemiştir, $U = 1083.500$; $p > 0.05$.

Fobik Kaygı puanlarının çalışma ve kontrol gruplarında farklı olup olmadığını görmek için yapılan Mann Whitney U testi sonucu istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır, $U = 1027.000$; $p > 0.05$.

Çalışma ve kontrol gruplarının Paranoid Düşünceler puanlarının farklı olup olmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonucu istatistik değerlerinde anlamlı bir farklılaşma görülmemiştir, $U = 975.500$; $p > 0.05$.

Psikotik Belirti puanlarının her iki grupta farklılaşıp farklılaşmadığını görmek için yapılan Mann Whitney U testi sonucu istatistiki olarak anlamlı fark saptanmıştır, $U = 952.000$; $p < 0.05$. Çalışma grubunun psikotik belirtilere ilişkin puanı kontrol grubundan daha yüksektir.

SCL-90-R tüm ölçek genel belirti puanlarının çalışma ve kontrol gruplarında farklı olup olmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonucu anlamlı bir istatistiki fark görülmemiştir, $U = 1083.000$; $p > 0.05$.

Tablo 12. ADHD Alt Ölçek ve Tüm Ölçek Puanlarına İlişkin Mann Whitney U Testi Sonuçları

Ölçek	Gruplar	N	$\bar{X}$ sıra	Σ sıra	U	Z	P
Dikkat eksikliği	Deney	50	56.86	2843.00	932.000	- 2.202	.028
	Kontrol	50	44.14	2207.00			
	Toplam	100					
Aşırı hareketlilik	Deney	50	54.33	2716.50	1058.500	- 1.349	1.77
	Kontrol	50	46.67	2333.50			
	Toplam	100					
Dürtüsellik	Deney	50	53.64	2682.00	1093.000	- 1.116	.264
	Kontrol	50	47.36	2368.00			
	Toplam	100					
DEB/DEHB ile ilişkili özellikler	Deney	50	53.14	2657.00	118.000	-.911	.362
	Kontrol	50	47.86	2393.00			

	Toplam	100					
ADHD	Deney	50	55.53	2776.50	998.500	- 1.734	.083
	Kontrol	50	45.47	2273.50			
	Toplam	100					

Çalışma ve kontrol grubuna ilişkin Dikkat Eksikliği puanlarının farklı olup olmadığını anlamak için yapılan Mann Whitney U testi sonucu, her iki grup puanları arasında anlamlı istatistiksel fark saptanmıştır, $U = 932.000$; $p < 0.05$. Dislektik bireylerinin anne babalarının dikkat eksikliği testinden aldıkları puan daha yüksek bulunmuştur .

Aşırı hareketlilik puanlarında her iki grup arasında farklılık olup olmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonucu anlamlı istatistiksel fark görülmemiştir, $U = 1058.500$; $p > 0.05$.

Her iki grubun Dürtüsellik puanlarının farklılaşıp farklılaşmadığını görmek için yapılan Mann Whitney U testi sonucu istatistiksel açıdan anlamlı bir fark izlenmemiştir, $U = 1093.000$; $p > 0.05$.

DEB/DEHB ile ilişkili özellikler puanlarında çalışma ve kontrol gruplarının farklı olup olmadığını araştırmak için yapılan Mann Whitney U testi sonucunda anlamlı bir istatistiki fark görülmemiştir, $U = 118.000$; $p > 0.05$.

ADHD tüm ölçek puanlarında çalışma ve kontrol grupları arasında fark olup olmadığını incelemek için yapılan Mann Whitney U testi sonucu anlamlı bir istatistiki fark izlenmemiştir, $U = 998.500$; $p > 0.05$.

Sonuç olarak:

*Dislektik çocukların anne babalarının kişilerarası duyarlılıkları daha yüksektir.

*Dislektik bireylerin ebeveynlerinin psikotik belirti düzeyi daha yüksektir.

*Dislektik çocukların ebeveynlerinin dikkat eksikliği belirtileri daha fazladır.

BÖLÜM V

TARTIŞMA VE ÖNERİLER

Bu bölümde araştırma bulgularıyla ilişkilendirilebilecek yurtiçi ve yurtdışı yayınlar ile bulgular tartışılacak, öneride bulunulacak ve sonuca varılacaktır.

5.1 Tartışma

Dislektik çocuğun ebeveyni olma değişkenine göre oluşturulan çalışma ve kontrol gruplarının anksiyete ve depresyon belirti düzeyleri açısından farklılaşmadığını görmekteyiz. Depresyon ve anksiyetenin dislektik bireylerde normal popülasyona göre daha sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklar olduğu klinisyenler tarafından bilinmektedir. Dislektik çocuklarda sürekli kaygı ve depresyonun, tanı almamış akranlarına oranla daha fazla görüldüğüne ilişkin araştırma sonuçları mevcuttur (Deniz, Yorgancı, Özyeşil, 2009). Bunun kalıtsal bir geçiş mi olduğu yoksa akademik ve sosyal başarısızlıklar, var olan kapasiteyi tam olarak değerlendiremem ve bilişsel düzeyle ters orantıda başarı kazanma, eleştirilmeye bağlı özsaygı eksikliği gibi yaşamsal koşullardan mı kaynaklandığı anlamlı bir soru olacaktır. Bu çalışmada yalnızca anne ve babalarla çalışılmıştır. Ebeveyn- çocuk depresyon ve anksiyete belirti düzeyini görmek mümkün değildir.

Özgül öğrenme güçlüğü tanısı alan çocukların anne babalarında anksiyete düzeyinin daha yüksek olduğunu bildiren çalışmalar yürütülmüştür (Büyükçakmak, 2015). Ancak bu çalışmada anksiyöz belirtiler tüm katılımcılarda birbirine yakın noktalardadır ve sonuçlar örtüşmemiştir. Başka bir çalışmada disleksi tanısı alan çocukların ebeveynlerinin anksiyete düzeyleri incelenmiş kaygı oranı % 24 yok, %75 hafif ,%1 orta düzey olarak izlenmiştir. Klinik anlamda anksiyete belirtilerinin %1 oranında karşılandığı görülmüştür. Kaygı alanları ise çocuklarının gelecekleri, okul başarıları ve davranışları olarak belirlenmiştir (Karande, Kumbhare, Kulkarni, Shah,2009). Anksiyete belirtilerinin ağırlıklı olarak hafif biçimde görülmesi ve dislektik çocuğa sahip ebeveynlerin anksiyete düzeylerinin farklılaşmaması arasında bir yakınlık kurmak mümkündür. Alt ölçeklerin verileri incelendiğinde fobik kaygı belirti düzeyinin de anksiyete belirti düzeyi gibi her iki grupta benzer olduğu görülmektedir. Buda çalışma için veri tutarlılığını destekleyici bir noktadır.

Araştırmamda depresyon belirtileri her iki grupta da benzer düzeydedir. Bonifacci ve arkadaşları tarafından yürütülen çalışma sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Disleksi tanılı çocukların anneleri sağlıklı grubun anneleri ile depresyon kriterlerinde karşılaştırılmış ve fark görülmemiştir (Bonifacci, Montuschi, Lami, Snowlin, 2014).

Somatizasyon belirti düzeylerinin birbirine yakın olduğu görülmüştür. Bu konuda ülkemizde herhangi bir yayın mevcut değildir. Somatizasyon belirtilerine, depresyon ve anksiyete tablolarında sıkça rastlanmaktadır. Katılımcıların depresyon ve anksiyete belirti düzeyleri de birbirinden anlamlı biçimde farklılaşmamıştır. Bu açıdan bakıldığında ölçeklerin tutarlı biçimde yanıtladığı ortaya konmuş olmaktadır.

Obsesif kompulsif belirtiler açısından da her iki grubun değerleri benzerlik göstermektedir. Değerler arasında fark yoktur. OKB ve depresyon da sıklıkla birlikte görülebilmektedir (Karamustafaoğlu, 2000). Bu çalışmada depresyon belirti düzeylerinin yakın olduğunu saptamaktayız. Alt ölçeklere ilişkin sonuçların psikiyatrik açıdan tutarlı olduğunu görmek araştırma açısından doğrulayıcıdır. Bu çalışma sonuçlarına göre dislektik bireyin anne babası olmak ve obsesif kompulsif

belirtiler arasında bir nedensellik kurulamamıştır. Ülkemizde bu konuda bir yayına rastlanmamaktadır.

Kişilerarası duyarlık açısından anlamlı farklılaşma görülmüştür. Dislektik bireylerin ebeveynlerinin kişilerarası duyarlıklarının daha yüksek olduğunu görmekteyiz. Dislektik çocukların anne babaları toplum içinde kendilerini daha huzursuz hissetmiş, daha kolay incinmiş, başkalarının onları anlayamayacaklarını düşünmüş, diğerlerini kendilerinden daha yüce olarak algılamış, karşı cins ve diğerleri tarafından sevilmecekleri, eleştiri görececekleri beklentisini oluşturmuşlardır. Bu araştırmada kişilerarası duyarlık ve dislektik çocuk ebeveyni olmak arasında anlamlı bir bağ kurulabilmektedir. Kişilerarası duyarlık ve disleksiye ilişkin yürütülmüş bir çalışma yoktur. Ancak dislektik çocuğa sahip annelerin daha stresli oldukları saptanmıştır (Bonifacci, Montuschi, Lami , Snowlin, 2014). Stresin sosyal ve kişisel alanda hassasiyet yaratabileceğini söylebiliriz. Dislektik çocukların ebeveynleri çocuklarının okul başarısı, geleceği, davranış problemleri, akran ilişkileri ve ruh sağlıklarına ilişkin pek çok stresöre maruz kalmaktadırlar.

Hostilite belirtileri açısından bakıldığında bir farklılık görülmemektedir. Bireylerin düşmanlık ve saldırganlık içeren düşünceler, eylemler ve yaşantılar açısından yakın olduğu araştırmada ortaya konmaktadır. Dislektik çocuğa sahip olmak ve hostilite direkt çalışılan konular değildir. Bu konuda bir yayına rastlanmamıştır. Engelli çocuğa sahip anne babalarda hostilitenin daha yüksek olduğunu belirten yayın mevcuttur (Yim, Moon, Rah, 1996) . Engel grupları içinde disleksi oranı açıklanmamıştır ve genelleme yapmak mümkün değildir. Bu araştırma sonuçlarıyla paralelik yoktur.

Paranoid düşünceler ile dislektik birey ebeveyni olmak açısından araştırmada bir ilişki saptanamamıştır. Disleksi ve paranoid eğilimlere ilişkin bir yayın mevcut değildir. Paranoid düşünceler arttıkça hostilitenin de arttığı bilinmektedir. Katılımcıların her iki alanda da kontrol grubuyla benzer belirti düzeyinde olduğu görülmektedir.

Bu çalışmada psikotik belirti değerleri açısından bakıldığında dislektik bireylerin anne babalarının daha yüksek puanlar aldığı görülmektedir. Dislektik çocukların ebeveynleri bedenlerinde ciddi bir rahatsızlık, akıl sağlıklarında birbozukluk olduğunu, günahlarından dolayı cezalandırılmaları gerektiğini daha yoğun olarak düşünmüş, düşüncelerinin diğerleri tarafından bilinebileceğine daha fazla inanmışlardır. Leonard ve arkadaşları yalnızca şizofreni boyutunda bir çalışma yürütmüşlerdir. Temporal lob ve cerebellum inceleme ve görüntülemelerinde disleksi ve şizofreniye ait bağıntı bulunamamıştır. (Leonard ve ark, 2008). Disleksi ve tüm psikoz tablolarına ilişkin herhangi bir yayın yoktur; ancak eşitlik oranı çok yüksek olan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve psikoz birlikteliğine ilişkin çalışma mevcuttur. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda psikotik belirtilerin daha yoğun şekilde görülebileceğine ilişkin veriler ortaya konmuştur (Stahlberg, Soderstrom, Rastam, Gillberg 2004).

Ruhsal belirtilerin genel düzeyi açısından bakıldığında katılımcıların değerleri yakın bulunmuştur. Tüm katılımcıların psikolojik belirti düzeylerinin benzer olduğu izlenmiştir. Dislektik çocuk anne babası olmak, bireylerin gösterdiği ruhsal belirtileri etkilememektedir.

Dikkat eksikliği belirtilerinde farklılaşma söz konusudur. Dislektik bireylerinin anne babalarının dikkat eksikliği testinden aldıkları puan daha yüksektir. Ayrıntılara dikkat etmekte, konsantrasyon sürdürmekte daha çok zorlandıkları, daha fazla dikkatsizce hatalar yaptıkları, uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçındıkları, nesneleri daha fazla kaybettikleri, daha çok unutkanlık yaşadıkları görülmüştür. Disleksi tanılı çocuğa sahip anne babalarla erişkin dikkat eksikliği hiperaktivitesi çalışan bir yayına rastlanmamıştır. Ancak DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde % 38 oranında dikkat eksikliğinin önde geldiği EDEHB izlenmiştir (Erdoğan, 2012). Komorbidite dikkate

alındığında her iki çalışma bulguları arasında bağ kurulabilir. Dislektik çocuk ebeveyni olmak ve dikkat eksikliği belirtileri için bu araştırmada pozitif bir ilişki ortaya konmuştur.

Aşırı hareketlilik için sonuçların benzer olduğunu görmekteyiz. Hiperaktivite belirtileri açısından anlamlı farklılaşma izlenmemiştir. Dislektik bireyin anne babası olmak ve aşırı hareketlilik arasında bu araştırmada ilişki kurulamamıştır. Dürtüsellik değerleri de tüm katılımcılar için benzerdir. İmpulsivite belirtileri düzeyleri, dislektik bireyin anne babası olmak açısından farklılık oluşturmamaktadır. Dikkat eksikliği ve dikkat eksikliği hiperaktiviteyle ilişkili özelliklere ait belirtilere bakıldığında yine her iki grubun değerlerinin benzer olduğunu görmekteyiz.

ADHD ölçeğinin tüm değerlendirmesine baktığımızda, gruplar arasında anlamlı farklılaşma olmadığını görmekteyiz. Bu araştırma ile dislektik çocuk anne babası olmak ile erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivitesi açısından bağ kurabileceğimiz bir veri elde etmemekteyiz.

5.2 Öneriler

Bu konudaki araştırmanın daha fazla katılımcı ile yürütülmesi daha kesin bilgi verecektir. Belirti düzeyleri arasında farklılaşma görmek kesin bir nedensellik kanıtı oluşturmamaktadır.

Anne babalar ile çalışılan konuların çocuklarla da yürütülmesi ilişkiyi görmek açısından daha fazla fayda sağlayacaktır. Bu çalışmada çocuklar ruhsal belirtiler ve dikkat eksikliği hiperaktivite açısından değerlendirilmemiştir. Paralel uygulamalarda yordama yapma imkanı artmaktadır.

Bu çalışmada kişilerarası duyarlık ve psikotizm belirtileri dislektik bireylerin ebeveynlerinde daha yoğun şekilde izlenmiştir. Daha geniş gruplarda çalışılması daha aydınlatıcı bilgiler verecektir.

Dikkat eksikliği belirtilerinde dislektik çocukların anne babalarında belirgin bir yükseklik görülmesi bu konuda çalışmaların artması gerektiğine işaret etmektedir.

5.3 Sonuç

Bu çalışmanın verileri ışığında sonuçlar şunlardır:

Dislektik birey ebeveyni olmak ile ruhsal belirtilerden somatizasyon, obsesyon- kompulsiyon, depresyon, anksiyete, hostilite, fobik kaygı belirtileri ve paranoid düşünceler düzeyi arasında bir ilişki görülebilmiştir. Kişilerarası duyarlık düzeyi ve psikotik belirtiler dislektik çocukların anne babalarında daha yüksek olarak saptanmıştır. Ancak ruhsal belirtilerin genel düzeyine ilişkin yapılan karşılaştırmada dislektik birey ebeveyni olmanın bir farklılık yaratmadığı saptanmıştır.

Hiperaktivite, dürtüsellik belirtileri, dikkat eksikliği ve dikkat eksikliği hiperaktiviteyle ilişkili özelliklere ait belirtiler açısından dislektik birey ebeveyni olmak bir farklılık yaratmamaktadır. Dikkat eksikliği belirtileri, dislektik çocukların anne babalarında daha yoğun şekilde izlenmiştir. Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivitesi açısından ölçek geneli değerlendirildiğinde anlamlı bir fark bulunamamıştır.

KAYNAKÇA

- Aaron J, Addington M, Sidransky E. Support for association between ADHD and two Candidate genes: NET1 and DRD1. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet* 2005; 134: 67–72.
- Akboy, R. Psikopatoloji ders notları, 2005.
- Aktaş E., Çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğüne anne babaların duygusal istismar farkındalığı, istismar potansiyeli ve çocukların kabul/red algısıyla ilişkisi. Uzmanlık tezi. Ankara, 2011.
- Aktepe E. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenlerde eş tanılar ve sosyodemografik özellikler. *New Symposium Journal*. 2011 Ekim; 49(4):201-208.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition (DSM-IV)*. Washington: American Psychiatric Association.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000): *Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı*, Dördüncü baskı. Yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IVTR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, Köroğlu E (çeviri ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007
- Amerikan Psikiyatri Birliği, *Ruhsal bozuklukların tanıs elkitabı*, Beşinci baskı (DSM-5) Tanı ölçütleri başvuru elkitabı, çev. Köroğlu E, Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
- Anderson, L. , Meier- Hedde, R.:2001“Early case report of dyslexia in the united states and Europe”, *Journal Of Learning Disabilities*, 34, 9-21.
- Arnold, L.E., (1990). *Learning disorders*. Garfinkel B., Carlson G., Weller, E., (eds.): *Psychiatric disorders in children and adolescents*. WB Saunders com., Harcourt, Brace, Jovanovich Inc. USA. (pp. 237–256).
- Arnold LE, Jensen PS. Attention-deficit disorder. In: HI Kaplan, BJ Sadock, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6nd ed. Baltimore, Williams and Wilkins. 1995; 2295-310.
- Asherson P. and Image consortium. Attention-deficit hyperactivity disorder in the post-genomic era. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2004; 13:150-170.
- Barr CL, Kroft J, Feng Y. The norepinephrine transporter gene and attention deficit hyperactivity disorder. *Am J Med Gen* 2002; 114: 255–279.
- Bekaroğlu M, Aslan Y, Gedik Y, Değer O, Mocan H, Erduran E, et al. Relationships between serum free fatty acids and zinc and attention deficit hyperactivity disorder: A research note. *J Child Psychol Psychiatry* 1996; 37: 225-7.
- Biederman, J. ve Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet*, 366; 237–48
- Biederman J, Milberger S, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E et al. Family environment risk factors of attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 464-70.
- Bilgeç S., 6-12 yaş arası dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların annelerinin baş etme tutumları, depresyon ,anksiyete düzeyleri ve erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu açısından incelenmesi. Tıpta uzmanlık tezi. İstanbul, 2012.

- Bonifacci P1, Montuschi M, Lami L, Snowling MJ. Parents of children with dyslexia: cognitive, emotional and behavioural profile. 2014 May;20(2):175-90. doi: 10.1002/dys.1469. Epub 2013 Nov 21.
- Boris M, Mandel FS. Foods and additives are common causes of the attention deficit hyperactive disorder in children. *Ann Allergy* 1994; 72: 462-8.
- Brophy MH. Zinc and childhood hyperactivity. *Biol Psychiatry* 1985; 21: 704-5.
- Cabral P. Attention deficit disorders: Are we barking up the wrong tree? *Eur J Paediatr Neurol* 2006; 10: 66-77.
- Cantwell DP. Attention deficit disorder: A review of the past 10 years. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35: 978-986.
- Castellanos FX, Tannock R. Neuroscience of attention deficit/ hyperactivity disorder: The search for endophenotypes, *Nat Rev Neurosci* 2002; 3:617-628.
- Castles, A., Datta, H., Gayan, J., & Olson, R.K. (1999). Varieties of developmental reading genetic and environmental influences. *Journal of Experimental Psychology* 72, 73. -94
- Castellanos FX. Neuroimaging of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 1997; 6: 383- 411.
- Dağ İ. Belirti tarama listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Derg* 2001; 2:5-12.
- Defries J.C., Alcorn M., :1996 "Genetics of specific reading disability", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 7, 30-44.
- Derogatis LR. Confirmation of the dimensional structure of the SCL-90: a study in construct validation. *J Clin Psychiatry* 1977; 33: 981-989.
- Doksat, K. Semiyoloji ders notları, 2015.
- Doksat, N. Çocuk ve ergen psikopatolojisi ders notları 2015.
- DORIS, J. L.: 1993 "Defining learning disabilities: A history of the search for consensus" G. R. Lyon D. B. Gray, J. F. Kavanagh, ve N. A. Krasnegor (Eds.), *Better understanding learning disabilities: New views from research and their implications for education and public policy* (pp. 97-115).
- Doyle BB. *Understanding and Treating Adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. 1st Ed. Washington, London, American Psychiatric Publishing; 2006: 1-313.
- Eppright TD, Sanfacon JA, Horwitz EA. Attention deficit hyperactivity disorder, infantile autism and elevated blood lead. *Mo Med* 1996; 93: 136-8.
- Erden, G. (2001). Özgül öğrenme güçlüğü'nün eğitsel tedavisi: Klinik çalışma programı. Ed: Ayla Aysev. *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve özgül öğrenme güçlüğü*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yayınları (4).

- Erden, G., Kurdoğlu, F., Soykan, A. Özgül öğrenme güçlüğü anne ve babalar için el kitabı. Ankara:Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı.
- Erden, G., Kurdoğlu, F., & Uslu, R. (2002). İlköğretim okullarına devam eden Türk çocuklarının sınıf düzeylerine göre okuma hızı ve yazım hataları normlarının geliştirilmesi. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 13 (1): 5-13.
- Erdinçler, G. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan çocukların ebeveynlerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, diğer ruhsal tanılarının sıklığı ve bu tanılarının farklı işlevsellik alanlarına etkileri. Uzmanlık Tezi. Edirne,2012.
- Faraone, SV, Biederman J, Mick E, Williamson S, Wilens T, Spencer T, Weber W, Jetton J, Kraus I, Pert J, Zallen B. Family study of girls with attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 1077–1083.
- Faraone SV, Doyle AE. Genetic influences on attention deficit hyperactivity disorder. *Current Psychiatry Reports* 2000;2: 143–146.
- Faraone SV, Biedermann J. Prevalance of adult ADHD in the United States. Poster presentation at the 17th annual U.S. Psychiatric and Hental Health Congress November 19, 2004, San Diego, California, USA.
- Faraone SV, Biederman J, Milberger S. An exploratory study of ADHD among second-degree relatives of ADHD children. *Biol Psychiatry* 1994; 35: 398–402.
- Faraone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J (2003): The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? *World Psychiatry* 2:104 –113.
- Firestone P, Prabhu AN. Minor physical anomalies and obstetrical complications: their relationship to hyperactive, psychoneurotic, and normal children and their families. *J Abnorm Child Psychol* 1983; 11: 207-16.
- Gilgeri, J. W., Ho, H.-Z., Whipple, A. D., Spitz, R. :2001 “Genotype-environment correlations for language-related abilities: implications for typical and atypical learners”, *Journal of Learning Disabilities*, 34(6), 492–502
- Girli, A.(2012). Öğrenme güçlüğüne açıklayan yaklaşımlar. Öğrenme güçlükleri. Ed. Sunay Yıldırım Doğru . Ankara: Eğiten Kitap.
- Godefroy O, Rousseaux M, Binary choice in patients with prefrontal or posterior brain damage. A relative judgement theory analysis. *Neuropsychologia*. 1996; 34: 1029-38.
- Goldstein S. Contunity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and theory meet realty. Ed: Goldstein S Ellison AT, Clinican’s to Adult ADHD Assesment and Intervention. Academic Pres, California, USA 2002. 25-42.
- Grigorenko, E.L., Wood, F.B., Meyer, M.S., Hart, L.A., Speed, W.C., Shuster A. , Paul, D.L. :1997 “Susceptibility loci for distinct components of developmental dyslexia on chromosome 6 and 15.”, *American Journal of Human Genetics*, 60,27-39
- Güçlü O, Kameryan K, Kutlar T, Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocukların anne babalarında iki uçlu duygudurum bozukluğu. *Düşünen Adam* 2002; 15(3): 164-172

- Hallahan,D.P., Mercer, C.D:2001 Learning Disabilities: Historical perspectives, Paper written for the office of special education programs, U.S. Department of Education, and presented at the OSEP" s LD Summit conference. Washington , DC
- Hechtman L.(2007) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Sadock B, Sadock V, Kaplan and Sadock" s Comprehensive Textbook of Psychiatry , , 3183-3204
- Hechtman L. Attention deficit hyperactivity disorder. In: Saddock BJ, Saddock VA (eds.) Comprehensive Textbook of Psychiatry. USA: Lippincott Williams and Wilkins, 2005; 2679-2692.
- Hechtman L. Developmental, neurobiological and psychosocial aspects of hyperactivity, impulsivity and attention. In: Lewis M, editor. Child and adolescent psychiatry: comprehensive textbook, 2nd ed. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996: 323-34.
- İşeri, E. Sarı, B., A., (2008). Çocuklukta bilişsel gelişim ve bozuklukları: Zeka geriliği ve öğrenme bozuklukları. Karakaş. S. (Ed.) Kognitif Nörobilimler. (sf. 489-506). İstanbul: Nobel Kitabevleri.
- Kaplan H.I. Sadock B.J.(2004). Çocuk psikiyatrisi: değerlendirme, muayene ve psikolojik testler. Concise textbook of clinical psychiatry (475-501).Nobel Tıp Kitabevleri.
- Karaman, D., Kara, K., Durukan, İ.(2012). Özgül öğrenme bozukluğu. Anadolu Tıbbi Araştırmalar Dergisi.288-298.
- Karamustafalıoğlu K, Dr.Karamustafalıoğlu N. Obsesif kompulsif bozukluk ve depresyon Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2000; 10: 26-31.
- Karande S, Kumbhare N, Kulkarni M, Shah N. J. Anxiety levels in mothers of children with specific learning disability. Postgrad Med. 2009 Jul-Sep;55(3):165-70. doi: 10.4103/0022-3859.57388.PMID: 19884739
- Kavale, K.A.,&Forness, S.R., (2000). "What definitions of learning disability: Say and don't say. A critical analysis", Journal of Learning Disabilities, 3,S. 239-256.
- Kayaoğlu, H., (2000). Özel öğrenme güçlüğü. Ders notları. Ankara.
- Kelly YJ. Birthweight and behavioural problems in children: A modifiable effect? Int J Epidemiol 2001; 30: 88-93
- Kent L, Craddock N. Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder? J Affect Disord 2003; 73: 211-221.
- Korkmazlar Ü.(1992). 6-11 yaş ilkokul çocuklarında özel öğrenme bozukluğu ve tanı yöntemleri. Yayınlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul.
- Korkmazlar, Ü., Sürücü, Ö. (2007). Öğrenme bozuklukları. Soykan, A. A.ve Işık, T.Y. (Ed), Çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları (sf. 307-326). İstanbul: Golden Print
- Kozielec T, Starobrat HB, Kotkowiak L. Deficiency of certain trace elements in children with hyperactivity. Psychiatr Pol 1994; 28: 345-53.
- Köroğlu, E.Psikozoloji tanımlayıcı klinik psikiyatri. Hekimler yayın birliği, Ankara,2004.

- Leonard CM, Kuldau JM, Maron L, Ricciuti N, Mahoney B, Bengtson M, DeBose C. Identical neural risk factors predict cognitive deficit in dyslexia and schizophrenia. *Neuropsychology*. 2008 Mar;22(2):147-58. doi: 10.1037/0894-4105.22.2.147.
- Li, H., ve Morris, R. J. (2007). Assessing fears and related anxieties in children and adolescents with learning disabilities or mild mental retardation. *Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal*, 28, 445–457.
- Linnolia M, Virkkunen M, Scheinin M, Nuutila A, Rimon R, Goodwin FK. Low cerebrospinal fluid 5-hydroxyindolacetic acid concentration differentiates impulsive from nonimpulsive violent behavior. *Life Sci* 1983; 33: 2609-14.
- Lyon G.R., Fletcher J.M., Barnes M.C. :2003 *Learning disabilities: Child psychopathology*, New York: Guilford
- Manis F.R., Seidenberg M.S., Doi L.M., McBride-Chang C., Peterson A. (1996). On the bases of two subtypes of developmental dyslexia. *Cognition* 58,157-195.
- Mayes, S.D., Calhoun, S.L., Crowell, E. W., (2000). Learning disabilities and ADHD: Overlapping spectrum disorders. *Journal of Learning Disabilities*, 36, 417-424.
- Mega MS, Cummings JL. Frontal-subcortical circuits andneuropsychiatric disorders. *Neuropsychiatry Clin Neurosci*. 1994; 6: 358-70.
- Meltzer, L.J., Roditi, B., Houser, R.F., Perlman, M.:1998 “Perceptions of academic strategies and competence in students with learning disabilities”, *Journal of Learning Disabilities*, 31(5), 437-451
- Mitchell EA, Aman MG, Turbott SH, Manku M. Clinical characteristics and serum essential fatty acids levels hyperactive children. *Clinical Pediatrics*. 1987;26(8):406-411.
- Moffitt, T.E., Meltzer, H., Carroll, J. :2004 American medical association, 291; 2007-2012.
- Morgan, A., Hynd, G., Riccio, C., ve Hall, J. (1996). Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: relationship to previous DSM diagnoses/subtype differences. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35, 325–333.
- Motavallı Mukaddes, N. (2000). *Çocuk ve ergen psikiyatrisi*. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri,
- Maughan, B., Carroll, J. M., Goodman, R.,& Meltzer, H., (2004). Literacy difficulties and psychiatric disorders: Evidence for comorbidity. *Journal of child psychology and psychiatry*.
- Maag, J. W. ve Reid, R. (2006). Depression among students with learning disabilities: Assessing the risk. *Journal of Learning Disabilities*, 39, 3–10.
- Mc Cracken JT. Attention Deficit Disorder. Sadock BJ, Sadock VA, ed. *Kaplan& Sadock’s Comprehensive textbook of psychiatry*, eighth edition. Philadelphia, Lipincott: Williams&Wilkins, 2005; 2: 3183-3204.
- Milner, J. S. (2000). Social information processing and physical child abuse: theory and research. In D. J. Hansen (Ed.), *Nebraska symposium on motivation. Motivation and child maltreatment* (Vol. 45, pp. 39–84). Lincoln, NE: University of Nebraska Pres.

- Myers, P.I., Hammill, D. :1976 Methods for learning disorders, John Wiley And Sons, Inc. New York. 2nd Ed.
- Özdemir, S. Psikoterapi kuramları ders notları, 2015.
- Özen, K.Özgül öğrenme güçlüğü tanısı almış 7-9 yaş çocukların geliştirdikleri zihin kuramı yetenekleri ile sosyal gelişimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi ve sağlıklı gelişim gösteren grup ile karşılaştırılması .Yüksek lisans tezi. İstanbul, 2011.
- Özmen, R. G., (2008). Öğrenme güçlüğü olan öğrenciler. Diken, İ.H., (ed.),Özel eğitime gereksinimi olan öğrenciler ve özel eğitim .(sf. 333-368). Ankara: Pegem Akademi.
- Öztürk, O. Ruh sağlığı ve bozuklukları. Nobel Tıp Kitabevleri. Ankara, 2004.
- Polanczyk, G., Silva de Lima, M., Horta, B.L., Biederman, J., & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and metaregression analysis. American Journal of Psychiatry, 164, 942–948.
- Prior, M.R., (1996). Understanding specific learning difficulties. Psychology press, Publishers 27 Church Road. Erlbaum, Taylor & Francis Ltd. UK
- Pueyo R, Mañeru C, Junqué C, Vendrell P, Pujol J, Mataró M, et al. Quantitative signal intensity measures on magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. Cogn Behav Neurol 2003; 16: 75-81.
- Rappaport J, Quinn P, Scribanu N, Murphy DL. Platelet serotonin of hyperactive school age boys. Br J Psychiatry 1974; 125: 138-40.
- Richardson, O.S., (1992). Historical perspectives on dyslexia. Journal of learning disabilities. 40-47.
- Rouselle, L.M.,Noel, P.:2008 “Mental arithmetic in children with mathematics learning disabilities”, Journal Learning Disability, Online First.as doi:10.1177/0022219408315638
- Rutter, M., Caspi, A., Fergusson, D., Horwood, L.J., Goodman, R., Maughan, “Sex differences in developmental reading disability: New findings from 4 epidemiological studies”, Journal of the 104
- Sayar K. Tıbben açıklanamayan belirtiler. Türk Psikiyatri Dergisi 2002;13:222-231
- Schachar RJ. Hyperkinetic Syndrome: Historical development of the concept. The overactive child. Taylor EA (ed). Spastics International Medical Publications, 1986. 19-41.
- Sharp WS, Gottesman RF, Greenstein DK, Ebens CL, Rapoport JL, Castellanos FX Monozygotic twins discordant for attentiondeficit/hyperactivity disorder: ascertainment and clinical characteristics. JAm Acad Child Adolesc Psychiatry. 2003; 42: 93-7.
- Shaywitz ,B.Shaywitz.:2005 “Dyslexia (specific reading disability)” , Biological Psychiatry ,57(11) , 1301 - 1309 .
- Sideridis, G. D. (2005b). Goal orientations, academic achievement, and depression: Evidence in favor of revised goal theory. Journal of Educational Psychology, 97, 366– 375.

- Silver, L. B. : 2002. Developmental learning disorder, Child And Adolescent Psychiatry Textbook , M Lewis (ed.) 621-629.
- Snow, J.H., (1992). Mental flexibility and planning skills in children and adolescents with learning disabilities. J. Learn Disabil 25: 265-270.
- Snowling, M., (2005). Specific learning difficulties. The medicine publishing company Ltd Psychiatry 4: 9 Developmental Disorders
- Smith, T.J., Adams, G.,(2006). The effects of comorbidity AD/HD and learning disabilities on parent-reported behavioral and academic outcomes in children. Learning Disabilities Quarterly, 29(2), 17-21.
- Solso, R. L., Maclin, M. K., Maclin, O. H., (2007). Bilişsel psikoloji. Çev: Dinn, A.A. İstanbul: KİTABEVİ-312. Shalev, R.S., (2004). Developmental dyscalculia. Journal of Child Neurology.19: 765–771.
- Spencer TJ, Biederman J ve Mick E (2007), Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities and neurobiology. J Pediatr Psychology, 32(6):631- 642.
- Sprich S, Biederman J, Crawford MH, Mundy E, Faraone SV. Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2000; 39:1432-1437.
- Stahl SM. Temel Psikofarmakoloji. Çev: Taneli B, Taneli Y. 2. Baskı., Ankara: Yelkovan Yayıncılık, 2003; 59-467
- Stahlberg ,O. Soderstrom, H., Rastam, M. Gillberg (2004). Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. Journal of neural transmission. 111: 891. doi:10.1007/s00702-004011190Citations
- Stein J., Walsh V. (1997) . to see but no read; the magnocellular theory of dyslexia. Trends in Neurosciences 147-152.
- Sundheim S.T.P.V. , Voeller K.K.S. (2004). Psychiatric implications of language disorder and learning disabilities: risk and management. Journal of Child Neurology, 814-826.
- Şenol S. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. Çuhadaroglu F, ed. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. Ankara, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları 2008: 3293–311
- Şenol S, Şener . Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu Köroğlu E, Güleç C, ed. Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 1998: 1119–1130.
- Tarhan, D. Özgül öğrenme güçlüğü olan ve olmayan çocuklarda anne baba tutumları ve bazı değişkenlere göre öz kavramı. Yüksek lisans tezi. İzmir,2014.
- The International Dyslexia Association. <https://dyslexiaida.org/>
- Tuğ,S. Özel öğrenme bozukluğu, Özel öğrenme bozukluğu dikkat eksikliği hiperaktivite tanısı almış çocuklarda depresyon ve kaygı düzeylerinin nöro gelişimsel, eğitsel, kültürel ve sosyal özellikleri temelinde araştırılması. Yüksek lisans tezi. İstanbul, 2011.

- Tuğlu C, Şahin ÖÖ. Erişkin Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2010; 2: 75-116.
- Turgut, S., Erden, G., Karakaş, S., (2010). Özgül öğrenme güçlüğü (ÖÖG) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) birlikteliği ve kontrol gruplarının ÖÖG bataryası ile belirlenen profilleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 17, (1)
- Türkbay T, Söhmen T. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Psikiyatri dünyası*. 2000; 4: 57-63.
- Uçgun, D., (2003). Türkçe öğretimi açısından özel öğrenme güçlüğü. *TÜBAR XIII- /2003-Bahar* www.biltek.tubitak.gov.tr/dergi/97/nisan/disleksi.html
- Vellutno F.R., Fletcher J.M., Snowling M.J., Scanlon D.M.(2004). Spesific reading disability: What have we learned in the past four Decades? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*,45(1), 2(40).
- Wender PH. Attention deficit hyperactivity disorder in adults. New York: Oxford University Press, 1995; 122-43.
- Wender PH, Wolf LE, Wasserstein J. Adults with ADHD an overview. *Annals of the New York Academy of Sciences* 2001; 931: 1-16.
- Weis M, Weis G. (2002) Attention deficit hyperactivity disorder. In: Lewis M (ed). *Child and Adolescent Pschiatry* (3. ed). Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins: 645-670.
- Willcutt EG, Pennington BF. (2000a) Comorbidity of reading disability and attention-deficit/hyperactivity disorder: differences by gender and subtype. *J Learn Disabil*;33:179-191
- Willcutt EG, Pennington BF. (2000b) Psychiatric comorbidity in children and adolescent with reading disability. *J Child Psychol Psychiatry*; 41: 1039-1048
- Willcutt, E.G., Pennington, B.F., & DeFries, J.C. (2000). Twin study of the etiology of comorbidity between reading disability and attention deficit/hyperactivity disorder. *American Journal of Medical Genetics*, 96, 293–301.
- Wolf M, Bowers P (1999) The double deficits hypothesis for the developmental dyslexias. *Journal of Educational Psychology*, 91, 415-438
- World health organization mental disorders: Glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the international classification of diseases, World Health Organization, Geneva, 1978
- Yılmaz,E.,(2004).Disleksi,disgrafi,diskalkuli:Özelöğrenmebozukluğu.<http://www.addthis.com/bookmark.php>
- Yim SY, Moon HW, Rah UW, Lee IY. Psychological characteristics of mothers of children with disabilities. *Yonsei Med J*. 1996 Dec;37(6):380-4.
- Zapitelli U, Pinto M, Grizenko N. Pre-, peri- and postnatal trauma in subjects with attention deficit hyperactivity disorder. *Can J Psychiatry* 2001; 46: 542-8.

Ziegler, C.J., Perry.C., Wyatt.A., Ladner.D., Körne, G.S.:2003 “Developmental dyslexia in different languages: Language-specific or universal?” , Journal of Experimental Child Psychology, 86(3), 169-193.



EKLER

Ek 1 Bireysel Bilgi Formu

Ad-Soyad:

Cinsiyet:

Yaş:

Çocuğunuzun tanısı:

Eğitim: a)Okur yazar değil b)Okur yazar c)İlkokul d)Ortaokul e)Lise
f)Üniversite g)Lisansüstü

Akademik Başarı: a)Düşük b)Orta c)Yüksek Sınıf Tekrarı: a)Var b) Yok

Medeni Durum 1.Evli 2.Ayrı yaşıyor 3. Boşanmış 4.Birden fazla evlilik 5)Yalnız

Sosyoekonomik Durum: 1.Düşük 2. Orta 3.Yüksek

Oturduğu Yerde 1.Yalnız 2.Ailesiyle 3. Anne babasıyla 4. Arkadaşlarıyla

Meslek: 1.Çalışmıyor 2.İşsiz 3.Geçici işler 4.Memur 5. Ticaret 6.Emekli
7.....

İş değiştirme: a)Hiç b)Nadiren c)Sık
Nedeni.....

Ev değiştirme a)Hiç b)Nadiren c)Sık
Nedeni.....

Anne babanın beraberlik durumu: a)Evli b)Birlikte yaşıyor c)Boşanmış d)Ayrı yaşıyor e)Vefat
f)Başkasıyla birlikte

Ailede alkol/ sigara /madde kullanımı (anne,baba)

Ailede Ruhsal Hastalık (Anne, baba, kardeş,yakın akraba)

Ailede Hapis Öyküsü: a) Var b)Yok

Disleksi : a) Var b)Yok

Hiperaktivite : a)Var b) Yok

Önceki Psikiyatrik Tedavi ya da yardım:

Tanı:

Kullanılan ilaçlar:

Ek 2 ADHD

DSM- IV' E DAYALI ERİŞKİN DEB /DEHB TANI VE DEĞERLENDİRME ENVANTERİ (Turgay ,1995)

Hemen hiç (0) Biraz /bazen(1) Sıklıkla (2) Çok sık (3)

I

1.Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma
0 1 2 3

2.Dikkat gerektiren görev ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü 0 1 2 3

3.Birisiyle yüz yüze konuşurken dinlemede güçlük çekme 0 1 2 3

4.Okul ödevlerini ya da iş yerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir)

0 1 2 3

5.Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/organize etme güçlüğü 0 1 2 3

6.Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma ,bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik 0 1 2 3

7.Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (kitap, araç gereç) 0 1 2 3

8.Dikkatin kolayca dağılması 0 1 2 3

9.Günlük etkinliklerde unutkanlık 0 1 2 3

II

a

1.El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama 0 1 2 3

2.Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma 0 1 2 3

3.Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi 0 1 2 3

4.Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük 0 1 2 3

5.Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme 0 1 2 3

6.Çok konuşma 0 1 2 3

b

7.Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme 0 1 2 3

8.Sıra beklemede zorluk çekme 0 1 2 3

9.Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme 0 1 2 3

III

1.Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi 0 1 2 3

2.Başlanan bir işi bitirememeye ya da işe başlama güçlüğü 0 1 2 3

3.Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma;bu işleri takipte ve tamamlamakta güçlük
0 1 2 3

4.Zaman ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi 0 1 2 3

5.Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma 0 1 2 3

6.Sıkılmaya tahammül edememe 0 1 2 3

7.Herkes tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamamak 0 1 2 3

8.Sabırsızlık, engellenme eşiğinin düşük olması 0 1 2 3

9.Dürtüsellik(düşünmeden hareket etmek) 0 1 2 3

10.Kendini güvensiz hissetme 0 1 2 3

11.Duygu durumunda sık görülen oynamalar 0 1 2 3

12.Aniden parlama, tepki gösterme 0 1 2 3

13.Düşük benlik değeri 0 1 2 3

14.Parmaklarla tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma 0 1 2 3

15.Sık sık iş değiştirme 0 1 2 3

16.Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama 0 1 2 3

17.Zamanı ayarlama güçlüğü 0 1 2 3

18.Unutkanlık 0 1 2 3

19.Sözel saldırganlık 0 1 2 3

20.Fiziksel saldırganlık 0 1 2 3

21.Alkol kullanımı 0 1 2 3

22.Madde kullanımı 0 1 2 3

23.Yasal güçlük ve sorunlar 0 1 2 3

24.Çökkünlük(depresyon) 0 1 2 3

25.Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma 0 1 2 3

26.Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı) 0 1 2 3

27.İşinden zevk alamama 0 1 2 3

28.Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi 0 1 2 3

29.Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi 0 1 2 3

30.Kapasitesiyle uyumlu bir düzeye ulaşamama 0 1 2 3



Ek 3 SCL-90-R

Hiç (0) Çok az(1) Orta derecede(2) Oldukça fazla(3) İleri derecede(4)

1-Baş ağrısı 0 1 2 3 4

2-Sinirlilik ya da iinin titremesi 0 1 2 3 4

3-Zihinden atamadığınız tekrarlayan ya da hořa gitmeyen dűřünceler 0 1 2 3 4

4-Baygınlık ya da baş dönmesi 0 1 2 3 4

5-Cinsel arzu ve ilginin kaybı 0 1 2 3 4

6-Başkaları tarafından eleştirilme duygusu 0 1 2 3 4

7-Herhangi birinin dűřüncelerinizi kontrol edebileceęi fikri 0 1 2 3 4

8-Sorunlarınızdan çoğu için başkalarının suçlanması gerektiği duygusu 0 1 2 3 4

9-Olayları anımsamada güçlük 0 1 2 3 4

10-Dikkatsizlik ya da sakarlıkla ilgili dűřünceler 0 1 2 3 4

11-Kolayca gücenme, rahatsız olma hissi 0 1 2 3 4

12-Göęüs ya da kalp bölgesinde ağrılar 0 1 2 3 4

13-Caddelerde veya açık alanlarda korku hissi 0 1 2 3 4

14-Enerjinizde azalma veya yavaşlama hali 0 1 2 3 4

15-Yaşamınızın sonlanması dűřünceleri 0 1 2 3 4

16-Başka kişilerin duymadıkları sesleri duyma 0 1 2 3 4

17-Titreme 0 1 2 3 4

18-Çoğu kişiye güvenilmemesi gerektiği hissi 0 1 2 3 4

19-İştah azalması 0 1 2 3 4

20-Kolayca ağlama 0 1 2 3 4

21-Karşı cinsten kişilerle utangaçlık ve rahatsızlık hissi 0 1 2 3 4

22-Tuzaęa dűřürölmüş veya yakalanmış olma hissi 0 1 2 3 4

23-Bir neden olmaksızın aniden korkuya kapılma 0 1 2 3 4

24-Kontrol edilemeyen öfke patlamaları 0 1 2 3 4

25-Evden dışarı yalnız çıkma korkusu 0 1 2 3 4

26-Olanlar için kendini suçlama 0 1 2 3 4

- 27-Belin alt kısmında ağrılar 0 1 2 3 4
- 28-İşlerin yapılmasında erteleme duygusu 0 1 2 3 4
- 29-Yalnızlık hissi 0 1 2 3 4
- 30-Karamsarlık hissi 0 1 2 3 4
- 31-Her şey için çok fazla endişe duyma 0 1 2 3 4
- 32-Her şeye karşı ilgisizlik hali 0 1 2 3 4
- 33-Korku hissi 0 1 2 3 4
- 34-Duygularınızın kolayca incitilebilmesi hali 0 1 2 3 4
- 35-Diğer insanların sizin özel düşüncelerinizi bilmesi 0 1 2 3 4
- 36-Başkalarının sizi anlamadığı veya sizi hissedemeyeceği duygusu 0 1 2 3 4
- 37- Başkalarının sizi sevmediği dostça olmayan davranışlar gösterdiği hissi 0 1 2 3 4
- 38-İşlerin doğru yapıldığından emin olmak için çok yavaş yapmak 0 1 2 3 4
- 39-Kalbin çok hızlı çarpması 0 1 2 3 4
- 40-Bulantı ve midede rahatsızlık hissi 0 1 2 3 4
- 41-Kendini başkalarından aşağı görme 0 1 2 3 4
- 42-Adele kas ağrıları 0 1 2 3 4
- 43-Başkalarının sizi gözlediği veya hakkınızda konuştuğu hissi 0 1 2 3 4
- 44-Uykuya dalmada güçlük 0 1 2 3 4
- 45-Yaptığınız işleri bir ya da birkaç kez kontrol etme 0 1 2 3 4
- 46-Karar vermede güçlük 0 1 2 3 4
- 47-Otobüs,tren,metro gibi araçlarla yolculuk etme korkusu 0 1 2 3 4
- 48-Nefes almada güçlük 0 1 2 3 4
- 49-Soğuk veya sıcak basması 0 1 2 3 4
- 50-Sizi korkutan belirli uğraş ,yer veya nesnelerden kaçınma durumu 0 1 2 3 4
- 51-Hiçbir şey düşünmeme hali 0 1 2 3 4
- 52-Bedeninizin bazı kısımlarında uyuşma,karınalanma olması 0 1 2 3 4
- 53-Boğazınıza bir yumru takılmış hissi 0 1 2 3 4
- 54-Gelecek konusunda ümitsizlik 0 1 2 3 4
- 55-Düşüncelerinizi bir konuya yoğunlaştırmada güçlük 0 1 2 3 4

- 56-Bedeninizin çeşitli kısımlarında zayıflık hissi 0 1 2 3 4
- 57-Gerginlik veya coşku hissi 0 1 2 3 4
- 58-Kol ve bacaklarda ağırlık hissi 0 1 2 3 4
- 59-Ölüm ya da ölme düşünceleri 0 1 2 3 4
- 60-Aşırı yemek yeme 0 1 2 3 4
- 61-İnsanlar size baktığı veya hakkınızda konuştuğunda rahatsızlık duyma 0 1 2 3 4
- 62-Size ait olmayan düşüncelere sahip olma 0 1 2 3 4
- 63-Bir başkasına vurmak,zarar vermek,yaralamak düşüncelerinin olması 0 1 2 3 4
- 64-Sabahın erken saatlerinde uyanma 0 1 2 3 4
- 65-Yıkanma,sayma,dokunma gibi bazı hareketleri yineleme hali 0 1 2 3 4
- 66-Uykuda huzursuzluk, rahat uyuyamama 0 1 2 3 4
- 67-Bazı şeyleri kırıp dökme hissi 0 1 2 3 4
- 68-Başkalarının paylaşp kabul etmediği inanç ve düşüncelerin olması 0 1 2 3 4
- 69-Başkalarının yanında kendini sıkılğan hissetme 0 1 2 3 4
- 70-Çarşı,sinema gibi kalabalık yerlerde rahatsızlık hissi 0 1 2 3 4
- 71-Her şeyin bir yük gibi görünmesi 0 1 2 3 4
- 72-Dehşet ve panik nöbetleri 0 1 2 3 4
- 73-Toplum içinde yer içerken huzursuzluk hissi 0 1 2 3 4
- 74-Sık sık tartışmaya girme 0 1 2 3 4
- 75-Yalnız bırakıldığınızda sinirlilik hali 0 1 2 3 4
- 76-Başkalarının sizi başarılarınız için yeterince takdir etmediği duygusu 0 1 2 3 4
- 77-Başkalarıyla birlikte olunan durumlarda bile yalnızlık hissetme 0 1 2 3 4
- 78-Yerinizde duramayacak ölçüde rahatsızlık hissetme 0 1 2 3 4
- 79-Değersizlik duygusu 0 1 2 3 4
- 80-Size kötü bir şey olacakmış hissi 0 1 2 3 4
- 81-Bağırma ya da eşyaları fırlatma 0 1 2 3 4
- 82-Topluluk içinde bayılacağınız korkusu 0 1 2 3 4
- 83-Eğer izin vererseniz insanların sizi sömüreceği korkusu 0 1 2 3 4
- 84-Cinsiyet konusunda sizi çok rahatsız eden düşüncelerin olması 0 1 2 3 4

85-Günahlarınızdan dolayı cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi 0 1 2 3 4

86-Korkutucu türden düşünce ve hayaller 0 1 2 3 4

87-Bedeninizde ciddi bir rahatsızlık olduğu düşüncesi 0 1 2 3 4

88-Başka bir kişiye karşı asla yakınlık duyamama 0 1 2 3 4

89-Suçluluk duygusu 0 1 2 3 4

90-Aklınızda bir bozukluğun olduğu düşüncesi 0 1 2 3 4



ÖZGEÇMİŞ

Dokuz Eylül Üniversitesi Psikolojik Danışmanlık ve Rehberlik Anabilim Dalı ve Bölümü 2001 lisans ve 2007 yüksek lisans mezunuyum. “ Madde Bağımlısı Ergenlerin kimlik Statülerinin Belirlenmesi “ konulu tezim için çalışmalarımı Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi’nde yürüttüm.

Stajlarımı Karşıyaka Rehberlik ve Araştırma Merkezi, Dokuz Eylül Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda tamamladım. 2001 yılından beri çeşitli zamanlarda Milli Eğitim Bakanlığına bağlı okullarda ve Rehberlik ve Araştırma Merkezlerinde ve hizmetiçi personel kurslarında Eğitim Görevlisi, testör, Özel Eğitim Hizmetleri Kurulu Bölüm Başk. ve Uzm. Psikolojik Danışman olarak çalıştım. Eylül 2015- Mart 2016 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’na yarı zamanlı destek verdim.

Seval PALA