

**T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**



**ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ZEMİNİNDE
GELİŞEN RUHSAL SORUNLAR VE YORDAYAN
FAKTÖRLER: BİR KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMASI**

DOKTORA TEZİ

FATMA KAYIM

145601123

İSTANBUL, 2021

**T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**



**ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE
HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ZEMİNİNDE
GELİŞEN RUHSAL SORUNLAR VE YORDAYAN
FAKTÖRLER: BİR KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMASI**

DOKTORA TEZİ

FATMA KAYIM

145601123

İSTANBUL, 2021

KABUL VE ONAY

FATMA KAYIM tarafından hazırlanan “**ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ZEMİNİNDE GELİŞEN RUHSAL SORUNLAR VE YORDAYAN FAKTÖRLER: BİR KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMASI**” adlı tez çalışmasının savunma tarihi 30.10.2021 tarihinde yapılmış olup aşağıda verilen jüri tarafından oy birliği /oy çokluğu ile İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi olarak kabul edilmiştir.

Jüri Üyeleri

İmza

Danışman

Prof. Dr. Ömer Faruk ŞİMŞEK

.....

Eş Danışman

Prof. Dr. Muhammed AYAZ

.....

Üye

Doç. Dr. Şahide Güliz KOLBURAN

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep MAÇKALI

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Gizem ATEŞ

.....

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Tubanur BAYRAM

.....

İstanbul Arel Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Yönetim Kurulu’nun
..... tarih ve sayılı kararıyla onaylanmıştır.

.....

Prof. Dr. Ali AKDEMİR

Lisansüstü Eğitim Enstitüsü Müdürü

YEMİN METNİ

Doktora Tezi olarak sunduğum “**ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ZEMİNİNDE GELİŞEN RUHSAL SORUNLAR VE YORDAYAN FAKTÖRLER: BİR KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMASI**” baőlıklı bu çalışmanın, bilimsel ahlak ve geleneklere uygun şekilde tarafımdan yazıldığını, yararlandığım eserlerin tamamının kaynaklarda gősterildiđini ve çalışmanın içinde kullanıldııkları her yerde bunlara atıf yapıldığını belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

10.12.2021

FATMA KAYIM

ÖZET

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU ZEMİNİNDE GELİŞEN RUHSAL SORUNLAR VE YORDAYAN FAKTÖRLER: BİR KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMASI

DOKTORA TEZİ

FATMA KAYIM

İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

(DANIŞMAN: PROF. DR. ÖMER FARUK ŞİMŞEK)

(EŞ DANIŞMAN: PROF. DR. MUHAMMED AYAZ)

İSTANBUL, 2021

Bu çalışmada, yapılandırılmış klinik değerlendirme ile ilk kez Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) tanısı alan genç erişkinler ile sağlıklı kontrollerin ruhsal sorun şiddeti ve duygu düzenleme becerilerinin karşılaştırılması; genç erişkinlerde ruhsal sorunları yordayan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Yüksek öğrenime devam eden 1385 genç erişkin katılımcı ile gerçekleştirilen tarama çalışması sonucunda ilk kez DEHB tanısı konulan 75 katılımcı araştırmanın çalışma grubunu, çalışma grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 75 katılımcı ise kontrol grubunu oluşturmuştur. DEHB ve eşlik eden psikopatolojiler DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV) ile belirlenmiştir. Katılımcıların DEHB şiddeti; Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Özbildirim Ölçeği (ASRS), ruhsal sorun şiddeti; Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve duygu düzenleme güçlüğü; Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ) kullanılarak değerlendirilmiştir. Uygulanılan karşılaştırma analizlerinde, çalışma grubunda KSE ve DDGÖ puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışma grubunda DEHB dikkat alt puanı ile duygu düzenleme güçlüğüne ruhsal sorunlar üzerinde .62 yordama gücünün olduğu bulunmuştur. Sonuç olarak, DEHB’de ruhsal sorunların gelişiminde duygu düzenleme güçlüğüne birçok boyutunun önemli bir belirleyici olduğu ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: DEHB, ruhsal sorunlar, duygu düzenleme güçlüğü, eşitlik

ABSTRACT

MENTAL PROBLEMS AND PREDICTIVE FACTORS DEVELOPING ON THE BASIS OF ADULT ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER: A COMPARATIVE STUDY

PH.D THESIS

FATMA KAYIM

GRADUATE SCHOOL, ISTANBUL AREL UNIVERSITY

PSYCHOLOGY

(SUPERVISOR: PROF. DR. ÖMER FARUK ŞİMŞEK)

(CO-SUPERVISOR: PROF. DR. MUHAMMED AYAZ)

İSTANBUL, 2021

This study aims to determine the factors that predict mental problems in young adults by using structured clinical evaluation to compare the severity of mental problems and emotion regulation skills of young adults first-time diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and healthy controls. As a result of the screening study carried out with 1385 young adult participants attending higher education, 75 participants first-time diagnosed with ADHD formed the study group, and 75 participants paired for age and gender with the study group formed the control group. ADHD and accompanying psychopathologies were determined by Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders- Clinician Version (SCID-5/CV). ADHD severity of the participants is evaluated using the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), mental problem severity was evaluated using the Brief Symptom Inventory (BSI), and emotion regulation difficulties were evaluated using the Difficulty in Emotion Regulation Scale (DERS). As a result of the comparative analysis, it was determined that the BSI and DERS scores of the study group were higher than those of the control group. For the study group, ADHD attention sub-score and difficulty in emotion regulation score were found to have a predictive power of .62 on mental problems. As a result, it has been revealed that many dimensions of difficulty in emotion regulation are an important determinant in the development of mental problems in ADHD.

Key Words: ADHD, mental health problems, emotion regulation difficulties, comorbidity

İÇİNDEKİLER

Sayfa

ÖZET.....	i
ABSTRACT	ii
İÇİNDEKİLER	iii
ŞEKİL LİSTESİ.....	v
TABLO LİSTESİ	vi
KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ.....	vii
ÖNSÖZ.....	viii
1 GİRİŞ	9
1.1 Problemin Tanımı.....	9
1.2 Araştırmanın Amacı ve Önemi	12
1.3 Araştırmanın Hipotezleri.....	13
2 İLGİLİ LİTERATÜR.....	14
2.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	14
2.2 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	18
2.3 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Ruhsal Sorunlar	19
2.4 Duygu Düzenleme.....	23
2.4.1 Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	26
2.4.2 Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Ruhsal Sorunlar İle İlişkisi.....	28
2.4.3 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Duygu Düzenleme Güçlüğü İle İlişkisi.....	34
3 YÖNTEM.....	37
3.1 Katılımcı Grubu	37
3.1.1 Çalışma Grubu	37
3.1.1.1 Çalışma Grubu Dahil Edilme Kriterleri.....	38
3.1.1.2 Çalışma Grubu Dışlama Kriterleri.....	38
3.1.2 Kontrol Grubu	38
3.1.2.1 Kontrol Grubu Dahil Edilme Kriterleri	39
3.1.2.2 Kontrol Grubu Dışlama Kriterleri.....	39
3.2 Veri Toplama Araçları	39
3.2.1 Bilgilendirilmiş Onam Formu	39
3.2.2 Sosyodemografik Bilgi Formu (EK-2).....	40
3.2.3 DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/ CV)	40
3.2.4 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (EK-3/ ASRS-v1.1)	40
3.2.5 Kısa Semptom Envanteri (EK-4/ KSE).....	41
3.2.6 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (EK-5/ DDGÖ)	41
3.3 Prosedür.....	42
3.3.1 Çalışma ve Kontrol Grubunun Belirlenme Süreci	43
3.4 Verilerin Analizi.....	45
4 BULGULAR.....	46
4.1 Tarama Çalışmasına Alınan Katılımcılara İlişkin Demografik Bulgular ..	46
4.2 Çalışma ve Kontrol Grubu Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırması	47

4.3	DEHB, Ruhsal Sorun ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Şiddetinin Cinsiyetler Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular.....	49
4.4	SCID-5 Değerlendirmesine İlişkin Bulgular.....	50
4.4.1	Çalışma Grubu DEHB Alt Tiplerine Göre Dağılımı	50
4.4.2	Çalışma Grubu DEHB Alt Tiplerin Cinsiyete Göre Dağılımı	51
4.4.3	Çalışma Grubu Psikiyatrik Eştanılara İlişkin Bulgular.....	51
4.5	Çalışma ve Kontrol Grubu Ölçek Puan Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular	52
4.6	Değişkenler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular.....	53
4.6.1	Çalışma Grubunda Yer Alan Değişkenler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	53
4.6.2	Kontrol Grubunda Yer Alan Değişkenler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki	57
4.7	Değişkenler Arası Yordayıcı İlişkilere Dair Bulgular	60
4.7.1	Çalışma Grubu DEHB ve DDG Değişkenlerinin KSE Toplam Puanı Yordama Gücüne İlişkin Bulgular	61
4.7.2	Kontrol Grubu DEHB ve DDG Değişkenlerinin KSE Toplam Puanı Yordama Gücüne İlişkin Bulgular	62
5	TARTIŞMA	63
5.1	Tarama Çalışmasından Elde Edilen Verilerin Yorumlanması	63
5.2	Çalışma Grubundan Elde Edilen Verilerin Yorumlanması.....	64
5.2.1	Çalışma Grubunda Demografik Özelliklerin Yorumlanması	64
5.2.2	Çalışma Grubunda DEHB'ye Eşlik Eden Psikopatolojilerin Yorumlanması	65
5.3	Grup Karşılaştırma Analizlerinin Yorumlanması	66
5.3.1	Grupların Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması	66
5.3.2	Grupların Ruhsal Sorunlar Açısından Karşılaştırılması.....	67
5.3.3	Grupların Duygu Düzenleme Güçlüğü Açısından Karşılaştırılması....	68
5.4	Grup İçi İlişkisel Analizlerin Yorumlanması	68
5.4.1	Çalışma Grubu İlişkisel Analizlerin Yorumlanması	69
5.4.1.1	DEHB Şiddeti ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişki.	69
5.4.1.2	Ruhsal Sorunlarla İlişkili Faktörlerin Yorumlanması.....	70
5.4.2	Kontrol Grubu İlişkisel Analizlerin Yorumlanması.....	73
5.4.2.1	DEHB Şiddeti ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişki.	74
5.4.2.2	Ruhsal Sorunlarla İlişkili Faktörlerin Yorumlanması.....	74
5.5	Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları.....	76
6	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	78
6.1	Sonuç.....	78
6.2	Öneriler	78
7	KAYNAKLAR	80
8	EKLER.....	104
	EK-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu	104
	EK-2 Sosyodemografik Bilgi Formu	106
	EK-3 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği	107
	EK-4 Kısa Semptom Envanteri (KSE).....	108
	EK-5 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)	110
	EK-6 İstanbul Arel Üniversitesi Etik Kurul Onayı.....	112
	EK-7. KLİPPS – Klinik Psikoloji ve Psikiyatri Sempozyumu Katılım Belgesi ..	113

ŞEKİL LİSTESİ

Sayfa

Şekil 3.1 Çalışma ve kontrol grubu oluşturulma süreci	44
---	----



TABLO LİSTESİ

Sayfa

Tablo 2.1 DSM-V DEHB Tanı Kriterleri (APA, 2013).....	16
Tablo 4.1 Tarama Çalışması Yapılan Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri..	46
Tablo 4.2 Çalışma ve Kontrol Grubu Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırması	48
Tablo 4.3 DEHB, Ruhsal Sorun ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Şiddetinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 4.4 Çalışma Grubu DEHB Alt Tiplerine Göre Dağılımı	51
Tablo 4.5 Çalışma Grubu DEHB Alt Tiplerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı.....	51
Tablo 4.6 Çalışma Grubu Psikiyatrik Eştanı Oranları	52
Tablo 4.7 Çalışma ve Kontrol Grubu DDGÖ ve KSE Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması	53
Tablo 4.8 Çalışma Grubu Değişkenleri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler	56
Tablo 4.9 Kontrol Grubu Değişkenleri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler.....	59
Tablo 4.10 Çalışma Grubu DEHB ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Alt Boyutlarının Ruhsal Sorunları Yordama Gücü	61
Tablo 4.11 Kontrol Grubu DEHB ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Değişken Alt Boyutlarının Ruhsal Sorunları Yordama Gücü	62

KISALTMA VE SEMBOL LİSTESİ

ASRS	: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
AN	: Anoreksiya Nervoza
BN	: Bulimia Nervoza
DDGÖ	: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği
DEHB	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM I	: Ruh Sağlığının Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu Birinci Versiyonu
DSM II	: Ruh Sağlığının Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu İkinci Versiyonu
DSM III	: Ruh Sağlığının Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu Üçüncü Versiyonu
DSM-IV	: Ruh Sağlığının Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu Dördüncü Versiyonu
DSM-V	: Ruh Sağlığının Tanısal ve İstatistiksel Kılavuzu Beşinci Versiyonu
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
SCID-5/CV	: DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu
SPSS	: Statistical Package for Social Sciences
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk

ÖNSÖZ

Doktora eğitim sürecim boyunca bana destek olan ve bilgi birikimlerini benden esirgemeyen tüm hocalarıma, her zaman beni cesaretlendirmeyi başarabilen tüm içtenlikleriyle bana inanan arkadaşlarıma ve aileme teşekkür etmek istiyorum.

Akademik hayatın zorlukları karşısında gerek mesleki donanımlarıyla gerek kişisel tecrübeleriyle her zaman yanımda olduğunu bildiğim tez danışmanlarım Prof. Dr. Muhammed Ayaz ve Prof. Dr. Ömer Faruk Şimşek'e ise özellikle çok şey borçluyum. Tez izleme jürimde yer alan Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Maçkalı ve Dr. Öğr. Üyesi Şahide Güliz Kolburan'a ise tezime sundukları yorum ve katkılardan dolayı çok teşekkür ederim. Bu zorlu süreci sizlerin sayesinde bu noktaya taşımayı başarabildim.

Doktora eğitim hayatımda edindiğim mesleki bilginin yanı sıra dostluklarıyla hayatımın bir parçası olan Ayşe Zeynep Ziya ve Ayşe Ceviz' e de ayrıca teşekkür etmek istiyorum. Sizler olmasaydınız hiçbir anım bu kadar özel olmazdı.

Canım arkadaşlarım Seli Sharef, Aşena Karemete, Selen Soğuksu ve Damla Kaykayoğlu'na da her zaman beni dinledikleri, cesaretlendirdikleri ve inandıkları için çok teşekkür ederim. Yol nereye çıkarsa çıksın orada olduğunuzu bilmek benim için her zaman çok anlamlıydı.

Sevgili aileme ve benim için kardeşten farkı olmayan canım kuzenlerime de çok teşekkür ederim. Hayatım boyunca verdiğiniz emek, inandığım şeylerden vazgeçmemem adına öğrettiğiniz cesaret ve her koşulda sunduğunuz güven için çok teşekkür ederim.

Son olarak araştırmama katılarak bu süreçte bana destek olan tüm katılımcılara

En içten teşekkürlerimle...

10.12.2021

FATMA KAYIM

1 GİRİŞ

1.1 Problemin Tanımı

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) dikkat, dürtüsellik ve hareketlilik alanlarında yaşanan sorunlar ile kendini gösteren, erken dönemde ortaya çıkıp etkileri yetişkinlik dönemini de kapsayan önemli bir nörogelişimsel bozukluktur. Tüm dünyada çocuk ve ergenlerdeki görülme sıklığının yaklaşık %5-10 olduğu ve ayrıca DEHB olgularındaki belirtilerin %50-80'inin genç erişkinliğe kadar devam ettiği belirtilmiştir (Paul, H. ve Wender, M.D., 2000; Faraone vd., 2003; Barkley, 2006; Lange vd.,2010).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerinde tüm dünyada DSM-IV ölçütleri kullanıldığında erişkinlikteki DEHB'nin prevalansı %4.4 olarak bildirilmiştir (Kessler vd., 2006; Gibbson ve Weiss, 2007; Fayyad vd., 2007). DEHB tanısı, DSM-V'te "nörogelişimsel bozukluklar" başlığı altında ele alınmış ve belirtilerin en az 6 ay süre ile devam etmesi gerektiği belirtilmiştir. Üç alt tip ve toplam 18 tanı kriteri tanımlanmıştır. Erişkinlerde tanı konulması için dikkatsizlik ölçütlerinden 6 yerine en az 5 ölçüt, hiperaktivite/ dürtüsellik ölçütlerinden de 6 yerine en az 5 ölçüt yeterli bulunarak tanı eşiği düşürülmüştür (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). DSM-5'te yapılan bu değişiklikler ile birlikte DEHB'nin erişkinlikte de devam eden bir bozukluk olduğu vurgulanmış ve erişkin hastaların daha iyi tanınmasına olanak sağlanmıştır. Ancak yaş ile birlikte dikkat eksikliği belirtilerinin korunmasına karşın daha görünür olan hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin azalmasının erişkinlerde DEHB tanısının konulmasını güçleştirdiği bildirilmiştir (Gibson ve Weiss, 2007; Fayyad vd., 2007).

Çocukluk döneminde tanılanmamış ya da uygun tedavi almamış DEHB olan bireylerin erişkinlik yaşamında; sık sık iş değiştirme, organizasyon eksikliği, düşük benlik saygısı, becerilerini göstermede yetersizlik, unutkanlık, huzursuzluk, kişilerarası ilişki güçlüğü konsantrasyon eksikliği gibi problemler yaşadığı belirlenmiştir (Barkley, 1990; Barkley, 1997; Kessler vd., 2006; Rösler vd., 2010). Bu problemlerin yanı sıra DEHB'nun yaşam boyu psikiyatrik eş tanı için bir risk faktörü olduğu ve DEHB tanısı almış kişilerin %50-77'sinde en az bir eş tanının var olduğu

ortaya konmuştur (Rasmussen ve Gillberg, 2000; Sobanski vd., 2007). Eş tanı varlığının DEHB tanısının konulmasını zorlaştırdığı, uygun tedaviyi planlamayı güçleştirdiği ve bunların bir sonucu olarak tedavi maliyetini arttığı vurgulanmıştır (McGough, 2005; Secnik vd., 2005). Yazında DEHB ile birlikte görülen tanıların yaş dönemlerine göre farklılaştığı, erişkin bireylerde sıklıkla duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozukluklarının birlikte görüldüğü bildirilmektedir (McGough, 2005; Kessler, 2006; Torgersen, 2006; Fayyad, 2007).

Yapılan araştırmalarda DEHB ile birlikte görülen eş tanı oranlarının değişkenlik gösterdiği görülmektedir. Millstein (1997) DEHB bileşik tip tanısı olan erişkinler ile yürüttüğü çalışmanın sonucunda, DEHB olan bireylerin %63'ünde major depresif bozukluk, %23'ünde distimi, %17'sinde bipolar bozukluk, % 11'inde panik bozukluk, %12'sinde yaygın anksiyete bozukluğu ve % 7'sinde obsesif kompulsif bozukluk eştanısı varlığını ortaya koymuştur. Kessler ve arkadaşlarının (2005) yürüttüğü bir çalışmada DEHB tanısına eşlik eden birçok psikiyatrik bozukluk olduğu saptanmıştır. Bu bozuklukların yaygınlığı; depresyon %15, distimi %7.6 bipolar I-II bozukluk % 10.4, travma sonrası stres bozukluğu %16.1, panik bozukluğu %5.5, yaygın anksiyete bozukluğu % 7.2, sosyal anksiyete bozukluğu % 38, agorofobi % 4, obsesif kompulsif bozukluk % 1.4 ve alkol kötüye kullanım bozukluğu ise % 2.8 oranında bulunmuştur. Torgersen ve arkadaşlarının (2006) gerçekleştirdiği bir başka çalışmada DEHB tanılı bireylerde en sık rastlanan eş tanının depresyon olduğu belirlenmiş ve yaygınlığı ise %53 bulunmuştur. İlgili çalışmada DEHB ile komorbiditesi yüksek olduğu saptanan diğer psikiyatrik bozukluklar; alkol bağımlılığı %47, sosyal fobi %18, panik bozukluğu %13 olarak raporlanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada DEHB olan erişkin bireylerin major depresyon %43, yaygın anksiyete bozukluğu %23 ve %17 obsesif kompulsif bozukluk tanısı aldığı belirlenmiştir (Duran vd., 2014).

Son yıllarda DEHB tanı ölçütlerinin DSM ve ICD-10'da tanımlanan çekirdek belirtilerinin dışında farklı belirtileri de içerdiği alternatif modeller Brown , Conners ve Barkley gibi araştırmacılar tarafından geliştirilmiştir (Retz vd., 2012). Elde edilen yeni modellerde DEHB'de görülen bilişsel sorunların yanı sıra duygusal sorunlara da vurgu yapılmıştır. DEHB'nin sıklıkla duygu düzenlemedeki güçlük ile ilişkili olduğu yapılan birçok beyin görüntüleme, kesitsel izlem ve nöropsikolojik çalışmanın

sonucunda ortaya konmuştur (Barkley ve Murphy, 2010; Herrmann vd., 2010; Retz vd., 2012; Corbisiero vd., 2013).

Duygu düzenlemenin, hangi duyguya sahip olacağımızı, sahip olduğumuz duyguyu nasıl deneyimleyeceğimizi ve duygumuzu nasıl dışa vuracağımızı belirleyen süreçlerin birleşimi olduğu bilinmektedir. Duygu düzenleme becerisindeki eksikliğin bir sonucu olarak DEHB tanısı almış kişilerde öfke patlamaları ve çevresel koşullarda herhangi bir değişiklik olmaksızın ortaya çıkan duygu durum değişiklikleri sıklıkla görülebilmektedir (Gross, 1998a; Hechtman, 2005).

Otomatik ya da kontrollü bir biçimde gerçekleştirilebilen duygu düzenleme süreci, duyguların farkındalığı ve anlaşılması, duyguların kabulü, dürtüsel davranışların kontrolü ve son olarak durum ile uyumlu duygu düzenleme stratejilerini kullanılması (kişisel amaçlara ulaşmada istenildiği gibi duygusal tepkilerin ayarlanması, uygun duygu düzenleme stratejilerinin esnek bir şekilde kullanılabilmesi yeteneği) adımlarını içermektedir (Gross, 1999; Gratz ve Roemer, 2004). Olumlu duygu düzenlemenin yaşam doyumu ve psikolojik iyilik halinin daha yüksek olması ile ilişkili olduğu buna karşılık duygu düzenleme sürecinin başarılı bir biçimde gerçekleştirilememenin hayatın birbirinden farklı işlevsellik alanlarında bozulmalara sebep olabileceği bildirilmektedir (Gross ve John, 2003; Koole, 2009; Bilge vd., 2018).

Duygu düzenleme ile ilgili yapılan çalışmalar incelendiğinde de son yıllarda özellikle duygu düzenlemenin psikopatoloji üzerindeki etkisinin araştırıldığı ve birçok farklı psikopatoloji ile ilişkili bulunduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalar sonucunda duygu düzenleme güçlüğüne; depresyon, genel kaygı bozukluğu, sosyal kaygı bozukluğu (Garnefski vd., 2004; Mennin vd., 2005; McLaughlin vd., 2007; Mennin vd., 2007; Soenke vd., 2009; Kim ve Cicchetti, 2010; Berking vd., 2014), saldırganlık davranışı (McLaughlin vd., 2011), yeme bozuklukları (Sim ve Zeman, 2005; Gupta vd., 2008; Harrison vd., 2009; Svaldi vd., 2012), sınır kişilik bozukluğu (Bornovalova vd., 2008; Niedtfeld vd., 2010), madde bağımlılığı (Wong vd., 2013; Estevez vd., 2017), travma sonrası stres bozukluğu (Tull vd., 2007; Boden vd., 2013) ile ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Bu bilgiler doğrultusunda, Erişkin DEHB olan bireylerde oluşabilecek ruhsal sorunların ve bu sorunları etkileyen faktörlerin belirlenmesinin, aynı zamanda bu faktörlerin DEHB olmayan bireyler ile olası farklarının incelenmesinin, DEHB psikopatolojisinin daha iyi tanınması ve açıklanabilmesi açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

1.2 Araştırmanın Amacı ve Önemi

Yazın incelendiğinde DEHB üzerinde en çok çalışılan ruhsal bozukluklardan biri olmasına rağmen; nedenleri, birlikte görülen ruhsal sorunlar, DEHB zemininde gelişen ruhsal sorunlar ve bu sorunlara uygun terapötik müdahalelerin belirlenmesi alanlarında açıklanmayı bekleyen birçok soru bulunmaktadır. Duygu düzenleme güçlükleri DEHB'ye eşlik etme, DEHB zemininde yaşanan sorunlarla şiddetlenme ve yeni sorunlara yol açma ihtimali olan DEHB ile ilişkisi çok boyutlu değerlendirilmesi gereken bir sorundur. Dolayısıyla DEHB'de uygun terapi ve tedavinin planlanmasında ve önlem çalışmalarında duygu düzenlemenin önemli bir rolünün olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle bu çalışmada DEHB tanısı alan genç erişkinlerle sağlıklı kontrol grubunun duygu düzenleme becerileri ve ruhsal belirtiler açısından karşılaştırılması, ayrıca DEHB'de ruhsal belirtilerin ortaya çıkmasında dikkat ve hiperaktivite/ dürtüsellik şiddeti, duygu düzenleme güçlüğü ve sosyodemografik değişkenlerin yordayıcı etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Gerçekleştirilen çalışmanın daha önce DEHB tanısı almamış erişkinler ile yürütülecek olması tedavi ile ilgili faktörlerden kaynaklanan etkilerin dışlanması açısından önemlidir. Bu sayede DEHB'de görülen işlevsel bozulmaya tedavi etkisinin olmadığı bir çalışma ile yeni açıklamalar getirilerek yazına katkı sağlanacağı öngörülmektedir. Bununla birlikte Türkiye'de DEHB, duygu düzenleme ve ruhsal sorunlar arasındaki nedensel ilişkinin bir arada değerlendirildiği herhangi bir çalışmaya rastlanmamış olması yapılan araştırmanın hem DEHB'nin klinik profilinin daha iyi tanınması hem de psikoterapi uygulamalarının zenginleştirilmesi noktalarında literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

1.3 Araştırmanın Hipotezleri

Bu araştırmada ilk kez DEHB tanısı alan genç erişkinler ile sağlıklı kontrollerin ruhsal sorun şiddeti ve duygu düzenleme becerilerinin karşılaştırılması; genç erişkinlerde ruhsal sorunları yordayan faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Araştırmanın amacı doğrultusunda aşağıda yer alan hipotezler test edilmiştir.

1. DEHB'li genç erişkinler ile sağlıklı kontrollerin ruhsal sorun şiddeti arasında anlamlı bir fark vardır.
2. DEHB'li genç erişkinler ile sağlıklı kontrollerin duygu düzenleme güçlüğü şiddeti arasında anlamlı bir fark vardır.
3. Genç erişkinlerde DEHB belirti şiddeti ile duygu düzenleme güçlüğü şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
4. Genç erişkinlerde DEHB belirti şiddeti ile ruhsal sorun şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
5. Genç erişkinlerde duygu düzenleme güçlüğü şiddeti ile ruhsal sorun şiddeti arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.
6. DEHB'li genç erişkinlerde DEHB alt boyut belirti şiddeti ve duygu düzenleme güçlüğü alt boyut puanları, ruhsal sorun şiddetini yordar.

2 İLGİLİ LİTERATÜR

2.1 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu; çekirdek belirtileri dikkatsizlik, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik ile karakterize olan, çocukluk döneminde başlayan ve erişkinlik döneminde devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur (Sobanski vd., 2008; Barkley ve Murphy, 2010).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu 18. yüzyıldan günümüze kadar farklı tanımlamalar ve açıklamalar ile literatürde yer almıştır. Crichton'un 1798 yılında yazdığı psikopatolojilerin doğası ve kökenlerini sorguladığı kitabında yer verdiği dikkat ve ilişkili ruhsal hastalıklar bölümü alanda yazılan ilk metin olarak literatürde yer almıştır. Hoffman ise 1846'da yayımlanmış olduğu çocuk kitabında bugün ki DEHB semptomlarını gösteren "Fidgety Phil" karakterini gözlemleri aracılığıyla oluşturmuş ve henüz DEHB tanı kriterleri oluşturulmadığı o yıllarda bu karakterin adı benzer belirtileri gösteren çocukları tanımlamak amacıyla sıklıkla kullanılmıştır (Lange vd., 2010). Bununla birlikte, Still 1902 yılında DEHB semptomları gösteren çocuklarla yaptığı çalışma sonrasında gözlemlediği sorunları "ahlaki kontrol kusuru" olarak tanımlamış ve bu durumu davranışsal bir bozukluk olarak tanımlanmayan ilk kuramcı olmuştur. Takip eden yıllarda "kıpır kıpır çocuklar", "çılgın budalalar" ve "yetersiz inhibisyon" ifadeleri bu patolojiyi açıklamak amacıyla sıklıkla kullanılmıştır. 20. yüzyılın ortalarında ise "minimal beyin sendromu"; dikkat eksikliği, hiperaktivite ve öğrenme güçlüğüne karşılamak amacıyla kullanılan yaygın bir kavram olmuştur (Thorley, 1984; Schaughency vd., 1989; Shaywitz ve Shaywitz, 1991; Lange vd., 2010).

Uluslararası bir sınıflama sistemi olan DSM'deki değişimler incelediğinde; 1952 yılında yayınlanan ilk versiyon DSM sınıflamasında (APA, 1952) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna herhangi bir yer verilmediği görülmüştür. İlk kez DSM-II sınıflamasında çocukluk ve ergenlik dönemi davranım bozuklukları başlığı altında "Çocukluk Çağının Hiperkinetik Reaksiyonu" olarak tanımlanmıştır. Bu tanımlama ile aşırı hareketlilik, huzursuzluk, dikkat dağınıklığı, kısa süreli

odaklanabilme belirtileri vurgulanmış ve bu belirtilerin ergenlik dönemiyle birlikte sıklıkla azaldığı ifade edilmiştir. Aynı zamanda organik beyin hasarı ile ortaya çıkan benzer belirtiler tanılamının dışında bırakılarak, klinik profil belirginleştirilmeye çalışılmıştır (APA, 1968). 1980 yılında yayınlanan DSM'nin bir sonraki versiyonunda ise, artık dikkat eksikliğinin hiperaktivite belirtileri olmadan da görülebileceğini görüşü kabul edilmiş ve bunun bir sonucu olarak "Dikkat Eksikliği Bozukluğu" olarak ifade bulan tanı, hiperaktivitenin eşlik ettiği ve etmediği olarak iki alt tipe de ayrılmıştır (APA, 1980; Milich vd., 2002). Ancak bu tek boyutlu yaklaşım DEHB'de gözlemlenen vakalardaki belirti grubu çeşitliliğini karşılayamamış, bu durumun bir sonucu olarak DSM III-R ve takip eden versiyonlarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olarak tanımlanarak; dikkatsizlik, hareketlilik ve dürtüselliğin tek bir hastalığın çeşitli boyutları olduğu kabul edilmiştir (APA, 1987; Lahey vd., 1988; Bauermeister vd., 1992).

1994 yılında yayınlanan DSM-IV tanı kriterleri günümüz DEHB karakteristiğinin oluşmasına zemin hazırlamıştır. DEHB için "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" tanımı kullanılmış ve sonrasındaki versiyonlarında da takip edecek olan alt tip ayrımları yapılmıştır. Bu ayrımlar çekirdek belirtilerin baskınlık durumuna bağlı olarak; "dikkatsizliğin baskın olduğu tip, "aşırı hareketlilik/dürtüselliğin baskın olduğu tip" ve "bileşik tip" olarak ifade edilmiştir (APA, 1994; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). DSM sınıflamasının yanı sıra Copeland (1991), Wender (1995) ve Brown (1996) tarafından ilgili sınıflama sisteminden bağımsız olarak farklı DEHB tanı modelleri geliştirilmiş ancak oluşturulan modellerde yer alan kriterlerin klinik olarak tanı koymak için yeterli olmadığı görülmüştür.

Günümüz uluslararası sınıflama sistemi olan DSM-V'te ise, DEHB; "nörogelişimsel bozukluklar" başlığı altında ele alınmış, toplam on sekiz tanı kriteri tanımlanmış ve başlangıç yaşı 12 yaşa çekilerek belirtilerin en az 6 ay süre ile devam etmesi gerektiği belirtilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). DSM-V'te yer verilen DEHB tanı kriterleri Tablo 2.1.'de sunulmuştur.

Tablo 2.1 DSM-V DEHB Tanı Kriterleri (APA, 2013)

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/isle ilgili etkinlikleri olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir.

- a. Çoğu kez, ayrıntılara özen gösteremez ya da okul çalışmalarında, işte ya da etkinlik sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar.
- b. Çoğu kez iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker.
- c. Çoğu kez, doğrudan kendisiyle konuşulurken dinlemiyor gibi görünür.
- d. Çoğu kez verilen yönergeleri izlemez ve okul ödevlerini, sıradan günlük işleri ya da iş yeri sorumluluklarını tamamlayamaz.
- e. Çoğu kez işleri ve etkinlikleri düzene koymakta 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 kezüzlerine işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder.
- h. Çoğu kez dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır.
- i. Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unutkanır.

(2) **Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik:** Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/isle ilgili etkinlikleri olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir.

- 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 koşuturur durur ya da bir yerlere tırmanır.
- d. Çoğu kez boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynamaz.
- e. Çoğu kez “her an hareket halinde”dir, “kıcına bir motor takılmış” gibi davranır.
- f. Çoğu kez aşırı konuşur.
- g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtı yapıştırır.
- h. Çoğu kez sırasını bekleyemez.
- i. Çoğu kez başkalarının sözünü keser ya da araya girer.

B. On iki 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 isle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin 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.

Olup olmadığını belirtiniz:

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

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

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

Günümüzde, DEHB çocuklara en sık konulan psikiyatrik tanılarının içerisinde yer almaktadır. Yıllar içerisinde gerçekleştirilen çalışmalarda prevalansı ile ilgili belirtilen oranlar farklılıklar gösterse de tüm dünyada, çocuk ve ergenlerde %5-10 aralığında görüldüğü bildirilmiştir (Faraone vd., 2003; Polanczyk vd., 2007; Willcutt, 2012). Cinsiyetler arası tanı farkı değerlendirildiğinde erkeklerin tüm DEHB alt tiplerinde kızlardan 9:1 ile 3:1 oranında daha fazla tanı aldığı görülmüştür (Milich vd., 2002; Baeyens vd., 2006; Feldman, 2009). Elde edilen bu oranların araştırmanın gerçekleştirildiği gruba göre farklılaştığı, kız çocuklarında klinik başvuru oranlarının daha düşük olması nedeniyle, klinik örneklemle gerçekleştirilen çalışmalarda bildirilen oranların 9:1 ile 6:1 aralığında değiştiği, buna karşılık toplum örneklemli çalışmalarda 3:1 gibi daha düşük oranların elde edildiği bildirilmektedir (Szatmari vd., 1989; Arnold, 1996; Gaub ve Carlson, 1997).

Çekirdek belirti grupları incelendiğinde ise; erken çocukluk döneminde en görünür olan ve sıklıkla aşırı hareketlilik, hareketlerini düzenlemede güçlük ve görevle ilgili olmayan etkinliklere yüksek düzeyde katılım davranışlarıyla dikkat çeken DEHB'nin hiperaktivite alanı erişkinlik döneminde en nadir görülen belirti grubu içerisine girmektedir. Yapılan birçok çalışmada dışarıdan kolaylıkla gözlemlenebilen hiperaktivite alanına ilişkin davranışların yaş ile birlikte azalmadığı ancak formunun değişerek iç sıkıntısı, huzursuzluk gibi kişinin tanımlamakta zorlandığı hisler üzerinden ortaya çıktığı belirtilmiştir (Murphy vd., 2002; Barkley ve Murphy, 2006; Baeyens, vd., 2006; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Dürtüsellik alanı, sabırsızlık davranışı ile karakterize olan ve kişinin birbirinden farklı etkinlikler esnasında sırasını bekleme, durum dahilinde uygun olan eylemi gerçekleştirme ve öz düzenleme gibi dürtü kontrol gerektiren davranışlarda yaşanan zorlanmaları içermektedir (Barkley ve Murphy, 2006; Barkley vd., 2008; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Erişkinlik dönemine kadar devam eden en belirgin ve kalıcı sorun alanının dikkatsizlik ile ilişkili olduğu yazında sıklıkla belirtilmiş ve bu alanın; amaca yönelik planlama yapma, dikkati amaçlanan davranış doğrultusunda bölme, sürdürme ve tamamlama becerilerinde yaşanan güçlükler biçiminde ortaya çıktığı, sıklıkla yapılan belirgin hataların okul ve iş hayatı gibi farklı yaşam alanlarında kendini gösterdiği ifade edilmiştir (Wasserstein, 2005; Barkley ve Murphy, 2006; Wilens vd., 2009; Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013).

2.2 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Erişkin DEHB, ilk kez 1976 yılında Wood ve arkadaşlarının çocuklardaki DEHB semptomlarına benzer semptomları olan bir grup erişkinde psikostimulanların etkisini kanıtlamak amacıyla gerçekleştirdiği araştırma sonrası literatürde yer almıştır. Uzun yıllar yalnızca çocukluk dönemine ait bir psikopatoloji olduğu düşünülen DEHB, takip eden yıllarda gerçekleştirilen boylamsal çalışmaların katkısıyla daha iyi anlaşılmış ve çocukluk çağı sonrasında da devam edebileceği belirlenmiştir (Rausmussen ve Gillberg, 2000; Sobanski vd., 2007; Wilens vd., 2009). Yapılan boylamsal araştırmalar sonucunda çocukluk döneminde DEHB tanısı alan bireylerde görülen semptomların %50-80 oranında devam ettiğini ortaya konmuştur (Mannuzza ve Klein, 1993; Weiss ve Hechtman, 1993; Barkley vd., 2002).

Erişkin DEHB prevalansına yönelik gerçekleştirilen çalışmalarda ise birbirinden farklı sonuçlar bildirilmesine karşın (Fayyad vd., 2007; Polaneczyk vd., 2007; Yallop vd., 2015) Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerinde tüm dünyada DSM-IV ölçütleri kullanıldığında erişkinlikteki DEHB'nin prevalansı %4.4 olarak belirtilmiştir (Kessler vd., 2006; Gibbson ve Weiss, 2007). Çocukluk döneminde görülen cinsiyetler arası farklılık incelendiğinde erişkin DEHB'de erkek cinsiyetinin dezavantajlı konumunun büyük ölçüde değiştiği görülmektedir. Bu durumun en önemli nedeninin ise kızlarda DEHB alt tipleri içerisinde dikkatsizliğin baskın olduğu görünümünün daha yaygın görünmesi ve buradaki belirtilerinde okul ve sosyal hayattaki ilişkilerde görünür olmaması nedeniyle tanılanmanın kız çocuklarında daha sık atlanmasından kaynaklı olduğu belirtilmektedir (Biederman vd., 2004; Quinn vd., 2008).

Günümüzde, DEHB'nin erişkinlik dönemini de kapsayan bir hastalık olduğu anlaşılmasıyla birlikte DSM'nin önceki versiyonlarında yer alan ifade ve örnekler DSM-5'te revize edilerek erişkinlik dönemi karakteristiği için daha uygun hale getirilmiştir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Ancak halen erişkin dönem özelliklerini inceleyen çalışmaların kısıtlılığı, tanı koymada yaşanan güçlükler ve eşlik eden psikiyatrik tanılarının fazlalığı, bu bozukluğun erişkin dönemde yeterince tanınmaması ve tedavisiz kalmasıyla sonuçlanmaktadır (Coşkun vd., 2020).

2.3 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Ruhsal Sorunlar

Alanda yapılan birçok araştırma DEHB tanısı almış bireylerde diğer ruhsal bozukluklar ile kıyaslandığında eş tanı oranlarının çok daha yüksek olduğunu ortaya koymuş ve en sık karşılaşılan eş tanıların depresyon ve anksiyete bozukluklarını içerdiği sıklıkla vurgulamıştır (Kessler vd., 2006; Uchida vd., 2015; Nylander vd., 2020). Bununla birlikte gerçekleştirilen çalışmalarda erişkin DEHB tanısı alan bireylerde %65-80 oranlarında yaşam boyu diğer psikiyatrik bozuklukların eşlik ettiği belirtilmiştir (Spencer vd., 2005; Sobanski vd., 2007; Yoshimasu vd., 2016).

Erişkin DEHB’de en yaygın görülen eştanının majör depresyon bozukluğu olduğu yazında sıklıkla belirtilmiş olsa da DEHB belirtileri içerisinde yer alan; değişken duygudurum, sabırsızlık, huzursuzluk, konsantrasyon düşüklüğü, uyku sorunları, düşük benlik saygısı ve dürtüsellik semptomlarının depresyon ile örtüşmesi nedeniyle klinik tanılamamanın zorlaştığı bildirilmiştir (Asherson vd., 2014). Anksiyete bozuklukluğu değerlendirildiğinde de benzer bir durum ile karşılaşılmaktadır. Anksiyete bozukluklarında yaygın görülen semptomlardan; performans alanları hakkında yaşanan endişe, ruminasyon, huzursuzluk hissi, kaçınma, uyku problemleri, odaklanma güçlüğü ve dikkatini sürdürmekte yaşanan zorluğun DEHB belirtileriyle örtüşmesi nedeniyle tanımlar arası ayırım yapmak zorlaşmaktadır (Asherson vd., 2016). Bu durumun bir sonucu olarak erişkin DEHB’nin klinik olarak tanımlanması ve doğru tedavinin uygulanması gecikmektedir (Kooij vd., 2012). Bu nedenle DEHB’ye eşlik eden psikopatolojilerin tanınması ve klinik özelliklerinin belirlenmesi oldukça önemlidir.

Gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde, erişkin DEHB’de bildirilen eştanı oranları değişkenlik gösterse de birçok çalışmada en yüksek eştanı oranı majör depresyon bozukluğu olarak belirlenmiştir (Birderman vd., 1994; Van Ameringen, 2010). Wilens ve arkadaşlarının (2009) 107 erişkin DEHB ile gerçekleştirdiği bir çalışmada majör depresif bozukluk komorbidite oranını %32.7 olarak bulmuştur. Fisher ve arkadaşlarının (2007) gerçekleştirdiği çalışmada ise erişkin DEHB’li bireylerin %25.31’inde majör depresif bozukluk eş tanısı aldıkları bildirilmiştir.

Sobanski ve arkadaşları (2007) tarafından DEHB’li erişkinler ile gerçekleştirilen bir diğer çalışmada ise majör depresyon eş tanı oranı %55 olarak belirlenmiştir.

Depresyon bozuklukları içerisinde yer alan distimi bozukluğu da DEHB’li bireylerde sık görülen eştanıların arasında yer almaktadır. Yapılan birçok çalışmada distimi bozukluğu duygu durum bozuklukları başlığı içinde değerlendirilse de ayrı bir psikopatoloji olarak ele alındığı bazı araştırmalarda bildirilen oranların %5.7 - 56.4 aralığında değiştiği görülmüştür (Kessler vd., 2005; Kessler vd., 2006; Sobanski vd., 2007).

Erişkin DEHB’de sık görülen eştanı gruplarından bir diğeri ise anksiyete bozukluklarıdır (Millstein vd., 1997). Anksiyete bozukluklarının içerisinde ayrılma kaygısı bozukluğu, mutizm, özgül fobi, sosyal fobi, panik bozukluğu, agorafobi, yaygın kaygı bozukluğu gibi birçok farklı psikopatoloji girmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2013). Yapılan çalışmalarda DEHB’li bireylerde bu psikopatolojilerden özellikle sosyal fobi, panik bozukluğu, agorafobi ve yaygın kaygı bozukluğu ile yüksek eştanı oranları saptanmıştır (Kessler vd., 2006; Smalley vd., 2007; Park vd., 2011; Piñeiro-Díez vd., 2014). Bununla birlikte yazında DEHB varlığının anksiyete seviyesini ve işlevsellik derecesini etkilediği belirtilmiştir (Moss, 2007; Evren vd., 2021).

Yoshimasu ve arkadaşlarının (2016) erişkin DEHB’li bireyler ile yürüttüğü bir çalışmada anksiyete bozuklukları içerisinde yer alan sosyal fobide % 14.7, yaygın anksiyete bozukluğu %32.4 ve panik bozukluğunda %13.2 oranlarında eştanı varlığını tespit edilmiştir.

Piñeiro-Díez ve arkadaşlarının (2014) ilk kez tanı almış erişkin DEHB’li bireyler ile gerçekleştirdiği bir çalışmada, DEHB’li bireyde tüm kaygı bozukluklarının %23.3 oranında eşlik ettiği tespit edilmiştir. Araştırma kapasamında değerlendirilen kaygı bozuklukları içerisinde en yaygın görülen psikopatolojinin %18 oranıyla yaygın anksiyete bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Aynı çalışmada sosyal fobide %1.9 ve agorafobi için ise %1.1 oranlarında eştanı varlığı belirlenmiştir.

Van Ameringen ve arkadaşlarının (2011) gerçekleştirdiği bir başka çalışmada anksiyete bozukluğu olan hastalarda DEHB yaygınlığını araştırmış ve %27.9 oranında

DEHB eş tanısı saptanmıştır. Bununla birlikte DEHB eş tanılı hastaların %38.5'inde sosyal fobi ve %23.1'inde ise yaygın anksiyete bozukluğu görüldüğü belirlenmiştir.

Yazında, DEHB'ye eşlik eden psikiyatrik bozuklukların içerisinde depresyon ve anksiyete bozukluklarının yanı sıra; alkol ve madde kötüye kullanım bozukluğu, bipolar bozukluk ve obsesif kompulsif bozukluğun da yaygın olarak görüldüğü bildirilmiştir (Kessler vd., 2006; Miesch ve Deister, 2018).

Tsai ve arkadaşlarının (2019) yılında yürüttüğü bir çalışmada tedavi alan ve almayan DEHB'li bireyler ile DEHB tanısı olmayan bireylerde görülen psikiyatrik tanımlar değerlendirilmiştir. Araştırma sonuçlarına göre DEHB tanılı olan ve tedavi görmemiş olan katılımcılarda % 4.3 oranında alkol kötüye kullanım bozukluğu olduğu belirlenirken, tedavi gören DEHB'li bireylerde bu oran % 2.17'ye düştüğü bildirilmiştir. DEHB tanısı almamış katılımcıların ise hiçbirinde alkol kötüye kullanım bozukluğu belirlenmemiştir. Aynı çalışmada DEHB'li tüm katılımcılarda obsesif kompulsif bozukluk eştanı oranı % 6.8 bulunurken, bipolar bozukluk oranının %83 olduğu belirlenmiştir. Bununla birlikte, DEHB'li bireylerin madde kullanım başlangıç yaşının DEHB'li olmayan bireylere göre daha erken olduğu literatürde yer alan bilgiler arasındadır (Biederman vd.,1995; Wilens vd., 1997).

Solberg ve arkadaşlarının (2018) gerçekleştirdiği bir çalışmada DEHB tanısı olan ve olmayan bireyde görülen psikiyatrik tanı oranları karşılaştırılmış ve iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Araştırma sonuçlarına göre DEHB'li bireyin araştırma kapsamında değerlendirilen tüm tanı oranları DEHB tanısı almayan katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. DEHB'li olmayan katılımcılarda belirlenen %1.8 oranındaki bipolar bozukluk DEHB'li katılımcılarda %21.8 oranına yükseldiği belirlenmiştir. Madde kötüye kullanım bozukluğu oranı DEHB'li bireylerde %43 iken DEHB tanısı olmayan bireylerde bu oran %5.7 olarak belirlenmiştir.

Literatürde, DEHB'ye eşlik eden ruhsal sorunların yanı sıra bu sorunların DEHB alt boyut şiddeti arası farkına odaklanan çalışmalar da yer almaktadır (Wilens, 2004; Sobanski vd., 2008; Tsai vd., 2019). Bazı çalışmalarda, ruhsal sorunlar içe yönelim ve dışa yönelim sorunları olmak üzere ikiye ayrılmıştır (Leadbeater vd., 1999). İçe yönelim sorunları; sosyal izolasyon, kaygı, depresyon, olumsuz benlik gibi

bireyin kendisine yönelttiği olumsuz duygu, düşünce ve davranışları içeren sorunlar olarak tanımlanmış, dışa yönelim sorunlarıyla ise, diğer insanlarda rahatsızlık ve diğerleri ile ilişkilerde çatışma yaratan kural tanımaz ve saldırgan davranışları içeren sorunlar ifade edilmiştir (Eisenberg vd., 2001; Forns vd., 2011). Birçok araştırmada, DEHB alt boyut şiddetine göre bu sorunların yaygınlığının değiştiğini ortaya konmuştur. Gerçekleştirilen araştırmalarda, dikkatsizlik alt boyutunda; depresyon, anksiyete bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu gibi içe yönelim sorunlarının daha sık ortaya çıktığını (Millstein, 1997; Wilens, 2009; Pineiro- Dieguez vd., 2014) hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutunda ise; alkol kullanım bozukluğu, madde kötüye kullanım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi dışa yönelim sorunlarının yaygın olduğu bildirilmiştir (Patterson vd., 2000; Rasmussen ve Levander, 2008; Sobanski vd., 2008). Bununla birlikte DEHB’li bireylerdeki cinsiyetler arası psikopatoloji ayrımının araştırıldığı çalışmalar incelendiğinde; birçok araştırmada kadınlarda içe yönelim sorunlarının; erkekler de ise dışa yönelim sorunlarının DEHB’ye daha fazla eşlik ettiği bildirilmiştir (Williams ve Johnston, 2015; Yoshimasu vd., 2016; Solberg vd., 2017).

Gerçekleştirilen izlem çalışmalarıyla ise; erişkin DEHB’ye eşlik eden psikopatolojilerin yanı sıra, çocukluk döneminde uygun tedaviyi almamış olan DEHB’li bireylerin erişkinlik döneminde; sosyal, mesleki, akademik ve ekonomik alanlarda önemli problemler yaşadığı ortaya konmuştur (Faraone vd., 2000; Barkley vd., 2008). Hayatın farklı alanlarında ortaya çıkabilecek problemlerin içerisinde; antisosyal davranışlar gösterme eğilimi, sık sık iş değiştirme, düşük eğitim ve mesleki statü yer aldığı bildirilmiştir (Barkley vd., 1990; Mannuzza vd., 1993; Barkley ve Murphy, 2010).

Borland ve Heckman (1976)’ın gerçekleştirdiği bir karşılaştırma çalışmasında DEHB’li bireylerin normal zeka düzeyine ve benzer eğitim seviyesine rağmen diğer gruplara göre psikososyal işlevsellikte yüksek bozulma gösterdikleri, sosyo ekonomik düzeylerinin daha düşük ve iş yerindeki görev sürelerinin daha kısa olduğu belirlenmiştir. Benzer bir şekilde, Morrison (1980) çocukluk döneminde DEHB tanısı almış yetişkinler ile gerçekleştirdiği bir karşılaştırma çalışmasında DEHB tanısı almış olan bireylerin eğitim seviyelerinin ve mesleki statülerinin daha düşük olduğunu ortaya koymuştur (Bierdman vd., 1994).

Yoshimasu ve arkadaşlarının (2016) gerçekleştirdiği başka bir çalışmada ise DEHB'nin erişkinlik dönemi özkıyım girişimleri için bir risk faktörü olduğu ve sağlıklı kontrol grubu ile kıyaslandığında DEHB'li bireylerde anlamlı şekilde daha fazla intihar girişim öyküsü bulunduğu saptanmıştır. Moore ve arkadaşlarının (2016) iki yüz mahkum ile gerçekleştirdiği bir diğer çalışmada ASRS ölçeği aracılığı ile DEHB taranmıştır. Yapılan değerlendirme sonucunda mahkumların %35'inin DEHB olduğu belirlenmiştir.

2.4 Duygu Düzenleme

Duygu düzenleme kavramı üzerine yapılan kuramsal açıklamaların kökleri Antik Yunan filozoflarına değin dayanmış, gerçekleştirilen güncel araştırmalarda ise, Lazarus'un psikolojik stres ve başa çıkma teorisi, Bowlby'nin bağlanma teorisi ve Frijda'nın duygu teorisinin duygu düzenleme kavramının açıklanmasında önemli etkileri olduğu görülmüştür (Cole vd., 1994; Gross, 1998a).

Duygu düzenleme kavramı ilk olarak 1900'lü yıllarda James Gross tarafından tanımlanmıştır. Gross, duygu düzenlemenin, kişinin hangi duygulara sahip olduğunu, bu duygulara sahip olduğunda onu nasıl deneyimlediğini ve dışa vurduğunu belirleyen süreçlerin birleşimi olduğunu öne sürmüştür (Gross ve Muñoz, 1995).

Takip eden yıllarda duygu düzenleme literatürde birbirinden farklı teorisyenler tarafından tanımlansa da yapılan açıklamalardaki ortak noktaları incelendiğinde duygu düzenlemenin; bireylerin duygu durumlarının oluşumu, yoğunluğu ve dışa vurumunu izleyebilme, değerlendirebilme ve değiştirebilme becerisi olduğu konusunda fikir birliğinde olunduğu görülmüştür (Thompson, 1994; Morris vd., 2007).

Gross ve Thompson (2007) ise duygu düzenleme ile ilgili yaptığı çalışmalar sonrasında bu becerinin üç temel özelliğine vurgu yapmıştır. Bu özelliklerden ilkinin bireylerin olumlu ya da olumsuz duygularını artırabilme ve azaltabilme becerisine sahip olması olarak tanımlamış, ikinci özelliği ise duygu düzenleyici aktivitelerin ilk önce bilinçli olduğu, daha sonra bilinçli farkındalığın dışında geliştiği şeklinde ifade etmiştir. Bildirdiği son özellik ise, bireylerin belirli bir duygu düzenleme girişiminin ne kadar iyi ya da kötü olacağı konusunda önceden güçlü bir varsayımda bulunamayacağıdır.

Duygu düzenleme becerisi bilinçli ya da bilinçdışı, otomatik ya da kontrollü olarak ortaya çıkabildiği gibi aynı zamanda kişinin amaca yönelik davranışa yönelmesini de sağlamaktadır. Bireyler bu beceri sayesinde duygu deneyimlerini ve tepkilerini bulundukları sosyal ortama göre ayarlayabilir, günlük hayattaki işlevselliklerini ve sosyalizasyonlarını koruyabilirler. Hem kişisel hem de kişilerarası alanda sağladığı bu esneklik ve kontrol nedeniyle duygu düzenleme uyum sağlayıcı bir beceri olarak literatürde yer almış ve insan yaşamının sağlıklı şekilde sürdürülmesindeki önemi vurgulanmıştır (Thompson, 1994; Gross, 1998a; Shaw vd., 2014).

Duygu düzenleme becerisi yazında sıklıkla olumsuz duygular üzerinden açıklanan bir kavram olsa da olumlu duyguların düzenlenmesinin de kişinin işlevselliği açısından oldukça önemli olduğu bildirilmiştir (Gross, 1999). İnsanların genellikle üzüntü, kaygı, öfke gibi olumsuz duygularını azaltmayı, neşe, mutluluk, aşk gibi olumlu duygularını ise arttırmayı arzuladıkları düşünüldüğünde duygu düzenlemenin kişi için bir tür termostat görevi görerek yaşanan duygu yoğunluğu içerisinde bir denge oluşturduğu söylenebilir (Thompson, 1994; Thompson ve Calkins, 1996; Leahy vd., 2011). Duygu düzenlemenin bu dengeleyici işlevinin yanı sıra bazı teorisyenler duygunun ortaya çıkışının kendi başına düzenleyici bir etkisinin olduğunu savunmuş ve yazında duygunun hem düzenleyici fonksiyonu hem de düzenlenmesi gereken yanı iki farklı olgu olarak ele alınmıştır (Thompson, 1991; Cole vd., 1994; Gross ve Muñoz, 1995).

Duygu düzenleme becerisi yaşam döngüsü içerisinde adım adım inşa edilmekte ve yaş dönemlerinde farklılaşan sosyal koşullara göre değişim ve gelişim göstermektedir (Thompson, 1991; Gross ve Muñoz, 1995). Bu becerinin gelişiminde birçok faktör rol oynamasına karşın bu faktörlerin içerisinde en önemli olanların mizaç, nörofizyoloji, bilişsel ve sosyal gelişim olduğu bildirilmiştir (Eisenberg ve Morris, 2003; Goldsmith ve Davidson, 2004). Mizaç alanında doğuştan getirilen özellikler ve yatkınlık incelenmiş, nörofizyoloji ile ilgili alanda özellikle frontal korteks işlevlerine odaklanılmış ve dürtü kontrolünün önemi vurgulanmıştır (Thompson, 1991). Bilişsel gelişim alanında algılanan duygusal olay ve ortaya çıkan duyguya dair kişilerarası yorum farklılıkları ele alınmıştır (Lewis ve Michalson, 1983; Malesta ve Wilson, 1988). Son olarak sosyal gelişiminde ise yaşamın erken yıllarında

bakım veren kimsenin tutumlarına odaklanılarak yaşam döngüsünde etkileşimde bulunan kişilerin ve deneyimlenen olayların duygu düzenleme becerisinin gelişmesindeki önemi vurgulanmıştır (Kopp, 1989).

Gross (1998a), farklı duygu düzenleme yaklaşım biçimlerinin altında yatan süreçlerin kavramsal analizini kullanıp, duygu düzenleme eylemlerinin, duygunun ortaya çıkma sürecinde farklı stratejilerin temel etkilerinin yer aldığı bir model öne sürmüştür. “Duygu Düzenlemede Süreç Modeli” olarak tanımlanan bu modelde beş farklı duygu düzenleme aşaması tanımlamıştır. Bunlar sırasıyla; durum seçimi, durum değişikliği, dikkatin yayılması, bilişsel değişim ve yanıt modülasyonudur.

Durum seçimi, duygu düzenleme stratejilerinin içinde en ileriye dönük yaklaşımdır. Duygusal deneyimin sonucunu etkilemek amacıyla duruma katılma veya bunlardan kaçınmayı seçme sürecini içerir. *Durum değişikliği*, bir durum seçildikten sonra oluşacak duygusal sonucu değiştirmek için durumun kendisi ile ilgili öğeleri değiştirmeyi ya da dış faktörlerle ilgili düzenlenmeleri içerir. *Dikkatin yayılması*, karşılaşılan belli bir durumda, duygusal sonucu düzenlemek için dikkatin yönlendirilmesidir. Gelişim sırasında ortaya çıkan ilk duygu düzenleme stratejisidir ve durumu değiştirmek mümkün olmadığında hemen her zaman kullanılır. Dikkatin yayılmasında iki önemli strateji; *dikkati dağıtma* ve *konsantrasyondur*. Dikkati dağıtmada, dikkat durumun farklı yönlerine odaklanır veya dikkat durumdan tamamen uzaklaştırılır. Konsantrasyonda ise dikkat, bir durumun duygusal özelliklerine odaklanır. Dikkat, tekrarlayan biçimde duygulara ve onun sonuçlarına yönlendirilirse ruminasyonlar ortaya çıkar. *Bilişsel değişim*, duygusal etkiyi değiştirmek için koşulun belli bir yönüne odaklanıldığında, içinde bulunan duruma atfedilen birçok anlamdan hangisinin seçileceğini ifade eder. Çoğunlukla duygusal yanıtı azaltmak için kullanılır. *Yanıt modülasyonu*, duygu ortaya çıktıktan sonra duygusal tepkinin deneyimsel, davranışsal veya fizyolojik bileşenlerini doğrudan etkilemeyi ifade eder (Gross, 2002; Gross, 2007; Samson ve Gross, 2012).

Gross, geliştirdiği modelde duygu düzenleme süreçlerine dair ayırım yapmasına karşın, ifade edilen aşamalar arasında ortak noktalar olduğunu belirtmiştir. İlk dört duygu düzenleme sürecini, “Öncül Odaklı Duygu Düzenleme” yaklaşımı olarak adlandırmış, duygu tamamen ortaya çıkmadan devreye girdiğini ve bir durumun duygusal etkisinin değiştirilmesini hedeflediği belirtilmiştir. Yanıt modülasyonunu ise

“Sonuç Odaklı Duygu Düzenleme” yaklaşımı olarak tanımlamış, duygu ortaya çıktıktan sonra meydana geldiğini ve belirli yaşantısal, fizyolojik ve ifade edici bileşenleri değiştirmeyi amaçladığını ifade etmiştir (John ve Gross, 2004; Gross ve Thompson, 2007). Bununla birlikte Gross (2007), “Süreç Modeli” ile ilgili olarak kişinin günlük yaşamında duygularını düzenlemek için sıklıkla birçok duygu düzenleme yaklaşım biçimini birlikte kullandığını belirtmiştir.

Gratz ve Roemer (2004) ise gerçekleştirdikleri çalışmalarda duygu düzenlemedeki adımlara ve ortaya çıkabilecek olası eksikliklere odaklanmıştır. Belirlenen adımlar sırasıyla duyguların farkındalığı, duygusal tepkilerin anlaşılması, duyguların kabulü, durumla uyumlu duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı, dürtüsel davranışların kontrol edilmesi ve olumsuz duygular deneyimlenirken hedeflenen amaçlara uygun davranmadır. Araştırmacılar aynı zamanda bu adımlarda yaşanan eksikliğin veya zorlanmanın duygu düzenlemedeki güçlüklerle işaret ettiğini belirtmiştir. Yaşanabilecek olası duygu düzenleme güçlükleri ise her alan için ayrı ayrı tanımlanmıştır.

Oluşturdıkları kuram doğrultusunda; *duygusal farkındalıktaki eksikliğin*, kişinin duyguya bakma, duyguyla ilgilenme ve duyguyu tanıma konusundaki eksikliğine, *duygusal açıklıktaki eksikliğin* hangi duyguyu deneyimlediğine ve ne tepki verdiğine dair bilginin eksikliğine işaret ettiği belirtilmiştir. *Duyguların kabulü* kapsamında yaşanan zorlanmanın kişinin yaşadığı stresi kabul etmemesi ve istenmeyen duygu karşısında ikinci bir duygu hissetme eğilimine işaret ettiği ve *stratejilere sınırlı ulaşım* kapsamında ise kişinin üzgün olduğunda duygularını düzenleyebilmek için uygun stratejiyi kullanma eğilimini içerdiğini ifade edilmiştir. *Dürtü* kapsamında, olumsuz duygular hissedilirken kişinin dürtülerini kontrol etmekte zorlanması ele alındığı ve son olarak *amaçlar* ile ilgili alanın, kişinin olumsuz duyguları deneyimlerken dikkatini yaptığı işe vermekte ve yaptığı işi tamamlamakta yaşadığı zorlanmayı kapsadığı ifade edilmiştir (Gratz ve Roemer, 2004).

2.4.1 Duygu Düzenleme Güçlüğü

Yazında duygu düzenleme becerisinin hissedilen olumsuz duygunun yoğunluğunun ve sıklığının kontrol altında tutulması ya da ortadan kaldırılmasının

ötesinde bir anlam taşıdığı, farklı duyguları deneyimleyememenin ve ayırt edememenin de olumsuz duyguları düzenleyememek kadar uyum bozucu olabileceği bildirilmiştir (Cole vd., 1994). Bununla birlikte duygu düzenlemenin yalnızca uygun duygu düzenleme stratejisinin kullanımı ile sınırlı kalmadığı, kullanılan stratejinin fonksiyonunun içinde bulunan sosyal koşullardan bağımsız bir biçimde değerlendirmenin doğru olmayacağı belirtilmiş ve strateji tercihlerindeki esnekliğin önemi vurgulanmıştır (Cicchetti, 1991; Thompson, 1994). Duygu düzenlenmede yaşanan zorlanma ya da aksaklıklar ise duygu düzenleme güçlüğü kavramıyla yazında ele alınmıştır.

Duygu düzenleme güçlüğü literatürde kişinin içinde bulunduğu sosyal ortama veya belirlediği hedefe uygun olarak duygu yoğunluğunu, duygusal tepkisinin şeklini ve süresini düzenleyememesi olarak tanımlanmıştır (Gross, 1998; Shaw vd., 2014). Bununla birlikte duygu düzenleme güçlüğü açıklanırken ortaya çıkan kişisel ya da kişilerarası sorunların kaynağının hissedilen duygunun kendisi olmadığı, temel sorun alanının duygunun işlenmesi sürecinde yaşanan aksaklık olduğu bildirilmiştir (Leahy vd., 2011).

Duygu düzenlemeye yaşanan güçlüklerin kişinin günlük hayatında birbirinden farklı alanlarda sorun yaşamasına neden olabileceği yazında bildirilmiş, ortaya çıkabilecek olası sorunlar; iş, ilişkiler ve kişinin iç dünyası olmak üzere üç temel alan içerisinde açıklanmıştır (Gross ve Muñoz, 1995). İş hayatında duygu düzenleme konusunda yaşanan güçlükler özellikle kişinin verimini olumsuz yönde etkileyeceği ifade edilmiştir (Hoschild, 1983). İlişki alanında ise kişinin duygu düzenleme konusunda yaşadığı güçlüğü içe kapanmasına yol açması sonucu sosyal işlevselliğinin bozulabileceği ve yakın ilişki kurmasını engelleyebileceği belirtilmiştir (Riggio, 1986). Kişinin iç dünyasında yaşadığı bütünlük hissinin ve tek başınayken olumlu duygular yaşayabilmesinin kişiyi hem yıkıcı ilişkilerden hem de sağlıklı duygu düzenleme uygulamalarından koruyacağı bildirilmiştir (Gross ve Muñoz, 1995). Yaşam alanlarında ortaya çıkabilecek bu sorunlar klinik uygulamaların da odağı olmuş ve birçok farklı psikoterapi modellerinde duygu düzenleme güçlüğüne ilişkin çalışmalara yer verilmiştir. Gerçekleştirilen klinik çalışmalarda özellikle nüks eden klinik problemler, duyguların bilişsel işleme üzerindeki negatif etkisi, güçlü duyguları düzenleyememenin bir sonucu olarak hedefe yönelik düşünce ve

davranışlarda bulunamama üzerinde durulmuştur (Bower, 1981; Koenigsberg & Handley, 1986; Gratz ve Roemer, 2004).

Yazında, farmakoterapi dahil olmak üzere bütün tedavi modellerinin duygu düzenlemede yaşanan bilişsel ve davranışsal sorunları değiştirmek amacıyla duygu döngüsünü terapide ele aldığı ve duygu düzenleme becerisini geliştirilmesini hedeflediği bildirilmiştir (Greenberg ve Safran, 1987; Bradley, 1990).

Psikoterapi modellerinin öncüsü olarak tanımlanan geleneksel analitik teoride, gelişimsel süreçlerdeki bireysel duygu düzenleme farklılıklarının kişilik ve psikopatolojideki yeri ve terapistte yansıtılan duyguların önemine odaklanılmıştır. Aynı zamanda erken çocukluk döneminde yaşanan esneklikten ve değişimden yoksun duyguların kişiliği sınırlandırdığı ve semptomları ortaya çıkardığı fikri gündeme getirilmiştir. Savunma mekanizmalarının duygulardan kaçınmak, minimize etmek ve kapatmak amacıyla kullanılan bilişsel ve davranışsal stratejiler olduğu belirtilmiş ve terapinin temel hedefinin bireyin tolere etmekte zorlandığı duygulara ve kökenlerine ilişkin içgörü kazandırmak olduğu savunulmuştur (Strupp vd., 1988; Siefert vd., 2006). Benzer bir bakış açısıyla ağlanma kuramında da çocukluk dönemi odağa alınmış, içselleştirilen ve sonraki ilişkilere taşınan anne-bebek arasındaki güven ilişkisinin duygu düzenleme becerisi kazanımındaki önemi vurgulanmıştır (Bretherton, 1992). Aynı zamanda, yaşamın ilk yıllarında annenin bir dış kaynak olarak bebeğindeki olumsuz duygu değişimlerini yatıştırarak duygu düzenleme becerisi kazanımına katkı sağladığı görüşü savunulmuştur (Sroufe vd., 1999). Bilişsel ve davranışçı klinik perspektif ise düşünce ve davranış döngülerinin duygu düzenleme üzerindeki rolüne vurgu yapmıştır. Bu görüşün bir yansıması olarak öğrenilmiş davranışların ve inanç sistemlerinin uyumsuz duygu belirtilerinin gelişmesine ve sürdürülmesine katkıda bulunduğu ve psikoterapinin temel odağının sorunlu davranışı sürdüren uyumsuz döngünün değiştirilmesi olduğu savunulmuştur (Craske vd., 2008; Kleinstäuber, 2019; Southward vd., 2020).

2.4.2 Duygu Düzenleme Güçlüğü'nün Ruhsal Sorunlar İle İlişkisi

Duygu düzenleme güçlüğü, uluslararası sınıflandırma sisteminde tek başına bir bozukluk olarak yer almasada, duygu düzenlemede yaşanan yoğun ve kronik bozulmanın, kişinin psikolojik işlevselliğini etkileyerek farklı psikopatolojilerin

gelişmesine katkıda bulunduğu yazında sıklıkla bildirilmiştir (Cole vd., 1994; Koole, 2009). Bu bakış açısıyla, önceki çalışmalarda belirtildiği üzere ruhsal sorunların, bilişsel bozulmalar ve uyumsuz davranış örüntülerinden kaynaklı olmasının ötesinde bir nedensellik ilişkisi kurulmuş ve duygusal işleyişteki aksamaların psikopatolojilerin gelişimindeki yerine vurgu yapılmıştır (Seligman, 1972; Ferster, 1973; Joorman ve Vanderlind, 2014).

Duygu odaklı bakış açısının önemi, depresyon, anksiyete, travma, yeme bozukluğu ve madde kullanım bozukluğu başta olmak üzere psikopatolojinin birçok formu ile ilgili yapılan çalışmalarla incelenmiştir (Ehring ve Quack, 2010; Aldao vd., 2010; Mennin ve Fresco, 2015).

Depresyon bozukluğu ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkinin incelendiği çalışmaların odağı sıklıkla yaşanan duygu düzenleme güçlüğüne ortaya çıkmasına zemin hazırlayan uyumsuz stratejileri belirlemeye çalışmak olmuştur (Broderick ve Korteland, 2004; Dennis, 2007; Joorman ve Siemer, 2014). Yapılan araştırmalarda depresyondaki bireylerin yaşadığı olumsuz duygulanım özellikle ruminasyon ile ilişkilendirilmiş ve ruminasyon bir duygu düzenleme stratejisi olarak ele alınmıştır (Nolen- Hoeksema vd., 2008). Ruminasyon ve ortaya çıkardığı olumsuz etkiler arasındaki bağlantı göz önüne alındığında, ruminasyonu bir duygu düzenleme stratejisi olarak değerlendirmek mantıksız görünse de depresif bireylerin ruminasyon aracılığıyla duygularına ilişkin farkındalığı ve anlayışı arttırdığı, bu yolla verilen ruminatif tepkilerden fayda sağladıkları gerçekleştirilen çalışmalarla ortaya konmuştur (Papageorgiou ve Wells, 2001). Bununla birlikte, bir başka duygu düzenleme stratejisi olarak tanımlanan baskılamanın da ruminatif tepki kullanımını arttırarak, depresif semptomların gelişmesine katkıda bulunduğu bildirilmiştir. (Joormann ve Gotlib, 2010; Liverant vd., 2011). Yazında, depresyon yaşantılayan bireyler tarafından sık kullanılan duygu düzenleme stratejilerinin yanı sıra, daha az tercih edilen stratejilerin belirlenmesi de araştırılan konulardan biri olmuştur. Gerçekleştirilen çalışmalar, işlevsel stratejilerden biri olarak tanımlanan ve bireyin yaşadığı durumun anlamını buna bağlı olarak da duygusal tepkisini değiştirmesini sağlayan yeniden değerlendirme stratejisinin depresyon hastaları tarafından daha az kullanıldığını ortaya koymuştur (Gross, 1998b; Gross ve John, 2003; Joorman ve Vanderlin, 2014).

Duygu düzenlemenin anksiyete bozukluklarının gelişmesinde ve korunmasındaki rolü de yazında yer verilen konulardan biri olmuştur (Campbell-Sills ve Barlow, 2007). Gerçekleştirilen çalışmalarda, anksiyete bozukluklarının duygu düzenlenme stratejileri içerisinde kaçınma, bastırma ve ruminasyon ile güçlü bir ilişkisi olduğu, (Aldao vd., 2010) anksiyete bozukluğu olan kişilerin istenmeyen duyguları tanıma, kabul etme ve tolere etme ile ilgili zorlanma yaşadıkları belirlenmiştir (Bardeen vd., 2014).

Anksiyete bozukluklarının gelişmesinde baskılamanın nedensel rolü ile ilgili literatürde kesin veriler bulunmamasına karşın; baskılamanın anksiyete semptomlarını koruyabileceği sonucuna ulaşıldığı çalışmaların bulunduğu bildirilmiş ve semptomların gelişimi ile ilgili yazında iki model önerilmiştir (Amstadter, 2008). Bu modellerden ilki anksiyete bozukluğu olan bireylerin bastırma stratejisini daha fazla kullanma girişiminde bulunmalarının temel nedenini, düzenlenmesi gereken daha fazla olumsuz duyguların bulunması olarak açıklamıştır. Bu modele göre, bastırma girişimleri kısmen semptomların alevlenmesine neden olmasına karşın olumsuz duyguların veya semptomların temel nedeni olarak görülmemiştir. Alternatif olarak sunulan ikinci modelde ise bireylerin bastırma stratejisini kullanma girişimlerinin nedenselliği üzerinde durulmuş, anksiyete bozukluğu olan bireylerin duygularını düzenlemeye yönelik gerçekleştirdiği orantısız girişimlerin, düzenlenmesi amaçlanan duygularda istenmeyen artışlara yol açabileceği vurgulanmıştır (Gross & Levenson, 1997).

Campbell-Sills ve arkadaşlarının (2005) gerçekleştirdiği bir karşılaştırma çalışmasında ise anksiyete ve duygudurum bozukluğu olan kişiler sağlıklı popülasyon ile kıyaslandığında duygularını daha az kabullendiği ve duyguları bastırma stratejisini daha sık kullandığı ortaya konmuştur.

Duygu düzenlenme güçlüğüne araştırıldığı başka bir alan olan travma çalışmalarında ise kompleks ve tek olaylı travma deneyimlerinin skelleri üzerinde durulmuştur (Ehring ve Quack, 2010). Özellikle erken dönem yaşanan kişiler arası travmatik deneyimlerin önemli etkilerinden birinin duygu düzenleme güçlüğü olduğu yazında bildirilmiştir (Cloitre vd., 2005; Van Der Kolk vd., 2005).

Ehling ve Quack'ın (2010) gerçekleştirdikleri bir çalışmada farklı gruplar arasındaki duygu düzenleme güçlüğü seviyeleri arasındaki fark incelenmiştir. Elde edilen sonuçlara göre, erken dönem kişilerarası kronik travmatik yaşantılara maruz kalmış bireylerin tüm gruplar içerisinde en yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı belirlenmiştir.

Gerçekleştirilen çalışmalar erken dönem kişilerarası travmaya maruz kalmış olan bireylerin üç alanda duygu düzenleme ile ilgili değişim yaşadıklarını ortaya koymuştur. İlk olarak bu kişilerin, travma yaşamamış bireylere göre daha yüksek düzeyde aleksitimi yaşadıkları saptanmıştır (Zlotnick vd., 1996; Cloitre vd., 1997; McLean vd., 2006). İkinci olarak, birçok araştırma sonucu erken dönem kişilerarası travmaya maruz kalmış olan bireyin travma yaşantılamamış kişilere göre olumsuz duyguları düzenleme ve tolere etme ile ilgili daha fazla güçlük yaşadığı, duygulardan korkma ve deneyimsel kaçınma davranışlarını daha fazla gösterdiği, olumsuz düşünce ve duygulardan kaçmak için de daha fazla çaba harcadığını ortaya koymuştur (Batten vd., 2001; Marx ve Sloan, 2002; Briere ve Rickards, 2007; Tull vd., 2007). Son olarak, yakın zamanda yapılan bir çalışmada, erken başlangıçlı kişilerarası travma yaşayan kadınların duygu düzenleme ile ilgili yaşadıkları güçlükler TSSB semptom şiddetinin ötesinde fonksiyonel bozulma ile güçlü bir şekilde ilişkili olduğu bulunmuştur (Cloitre vd., 2005).

Son yıllarda duygu düzenlemenin psikopatolojiler üzerindeki etkisini araştıran çalışmaların odaklandığı tanı gruplarından bir diğeri de yeme bozuklukları ve bozuk yeme tutumları olmuştur (Aldao vd., 2010; Webb vd., 2012; Mallorquí-Bagué vd., 2018). Artan sayıdaki kanıta dayalı çalışmalar ile, duyguları ayırt etme, tanımlama ve düzenlemedeki zorlukların yeme bozukluğunda önemli bir rol oynadığı (Lavender vd., 2015; Leehr vd., 2015; Westwood vd., 2017) anoreksiya nervosa (AN), bulimiya nervosa (BN), tıknırcasına yeme bozukluğu olan hastaların sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı ortaya konmuştur (Fox vd., 2012; Oldershaw vd., 2012; Svaldi ve Naumann, 2014). Takip eden çalışmalar da ise yeme bozukluğu olan hastaların duygu düzenleme stratejilerine odaklanılmış ve kullanılan uyumlu ve uyumsuz stratejiler belirlenmeye çalışılmıştır (Aldao vd., 2010; Prefit, 2019).

Öğrenme kuramlarında uygulanan belirli bir stratejinin duygu değişimini başarılı şekilde gerçekleştirmesi sonucu kişi tarafından bu stratejinin kullanımının devam edeceğini öne sürülmüştür (Mowrer, 1960). Bu bilgidan yola çıkarak birçok araştırmacı işlevsel olmayan yeme tutumlarının duygusal huzursuzluğu düzenlemek amacıyla gerçekleştirilen uyumsuz başatme stratejileri olarak ele alınabileceğini ifade etmiştir (Overton vd., 2005; Smyth vd., 2007).

Gerçekleştirilen çalışmalar yeme bozukluğu hastalarının kontrol grubu ile karşılaştırıldığında duygulara ilişkin farkındalığın ve dikkatin daha düşük düzeyde olduğunu (Merwin vd., 2013; Brockmeyer vd., 2014; Gross ve Jazaieri, 2014; Mallorquí-Bagué vd., 2018) saptamıştır. Aynı zamanda duyguları tanıma ve ifade etme olarak tanımlanan duygusal açıklık becerisinin daha zayıf olduğu ve olumsuz duyguları tolere etme eşiklerinin daha düşük olduğu belirlenmiştir (Brockmeyer vd., 2014; Oldershaw vd., 2015; Mallorquí-Bagué vd., 2018). Belirtilen bulgular ile paralel bir biçimde yeme bozukluğu olan bireylerin uyumlu duygu düzenleme stratejileri içerisinde yer alan problem çözme ve yeniden değerlendirme becerilerinin de sağlıklı kontrol grubuna göre daha zayıf olduğu literatürde yer alan bilgiler arasındadır (Svaldi vd., 2012; Danner vd., 2014; Dingemans vd., 2017).

Yeme bozukluklarıyla ilişkili bulunan uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinden bir diğeri ruminasyon ya da tekrarlayan bir biçimde aynı duyguya ve onun neden ve sonuçlarına odaklanmak olduğu yazında bildirilmiştir (Cowdrey & Park, 2012; Dingemans vd., 2017; Nolen-Hoeksema vd., 2008). Bazı yazarlar, AN’de görülen yeme, kilo ve beden şekli ile ilgili meşguliyetlerin, bu bozukluğa özgü ruminasyon olarak kavramsallaştırılabileceği görünüşünü savunmuştur (Cowdrey & Park, 2012). Diğeri yandan, bazı kuramcılar da BN’de ortaya çıkan semptomların kişinin beden imgesine ilişkin ruminatif düşüncelerden kaçmak amacıyla gerçekleştiğini öne sürmüştür (Nolen-Hoeksema vd., 2008).

Ruminasyonun yanı sıra deneyimsel kaçınma stratejisinin de yeme bozukluğunun oluşumu ve sürdürülmesinde rol oynayan önemli faktörlerden biri olduğu bildirilmiştir. Yazında, beden imgeleri hakkında sık sık olumsuz duygu ve düşünceler yaşayan bireylerin, kendilerine rahatsızlık veren bu durumdan kurtulmak amacıyla duygulardan kaçınmayı bir strateji olarak kullanmalarının bulimik semptomların ortaya çıkma oranını ya da şiddetini arttırabildiği ifade edilmiştir

(Cowdrey ve Park, 2012; Lavender vd., 2015). Bununla birlikte bazı teorik modellerde yeme ataklarının fonksiyonu açısından duygulardan kaçınma stratejisinin bir formu olduğu görüşü benimsenmiştir (Leehr vd., 2015). Duygusal ifadenin veya istenmeyen düşüncelerin bastırılması da literatürde uyumsuz duygu düzenleme stratejileri içerisinde tanımlanmış ve gerçekleştirilen çalışmalarda bu stratejinin, tüm yeme bozukluğu tanı gruplarında kontrol gruplarına göre daha sık görüldüğü saptanmıştır (Danner vd., 2014; Dingemans vd., 2017).

Yazında duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğu tespit edilen tanı gruplarından biri olan madde kullanım bozukluğu, farklı kuramlar çerçevesinde açıklanmaya çalışılsa da birçok araştırmacı yeme bozukluğu ile ilgili geliştirilen modellere benzer bir şekilde madde kullanımını da deneyimsel kaçınma stratejisi olarak değerlendirilmesi gerektiği fikrini öne sürmüştür (Cooper, 1992; Wanber, 1977).

Cook (1991) bir kişinin bağımlı hale gelebileceği en güçlü pekiştirici deneyimlerin, bireyi olumsuz duygusal durumlardan uzaklaştıranlar olduğunu ifade etmiştir. Bu bakış açısını destekler şekilde birçok araştırmacı olumsuz duyguyu tolere etmek ile ilgili yaşanan güçlük nedeniyle duygu durumu dengelemek amacıyla madde kullanımına yönelindiği konusunda fikir birliğinde olmuş, bu bakış açısı ile paralel bir şekilde madde kullanım bozukluğu literatürde uyumsuz duygu düzenleme stratejisine ilişkin davranışların içerisinde yer almış ve kendi kendini tedavi girişimi olarak tanımlanmıştır (Khantzian, 1997; Critchlow, 1986; Leigh, 1989).

Estevez ve arkadaşlarının (2017) gerçekleştirdiği bir çalışmada duygu düzenleme güçlüğü ile madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişki tespit edilmiş ve duygu düzenlemedeki zayıflığın madde kullanım bozukluğunda yordayıcı etkisi olduğu belirlenmiştir. Esmaeilinasab ve arkadaşlarının (2014) üniversite öğrencileri ile gerçekleştirdiği bir diğer çalışmada ise duygu düzenleme güçlüğü'nün bağımlılık potansiyeli üzerindeki etkisi araştırılmıştır. Araştırmanın sonucunda duygu düzenleme güçlüğü'ndeki eksikliğin madde kullanım riskini arttırdığı ve duygu düzenleme becerisinin madde kullanım bozukluğunda önleyici bir etkisinin olduğu belirlenmiştir. Prosek ve arkadaşlarının (2018) üniversite öğrencileri ile yürüttüğü başka bir çalışmada ise madde kullanımı olan ve olmayan katılımcıların duygu düzenleme güçlükleri arasındaki fark incelenmiştir. Araştırmanın sonucunda madde kullanımı

olan kişilerin, madde kullanmayanlar ile karşılaştırıldığında daha yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı, özellikle duygusal açıklık becerilerinin düşük ve duygulara ilişkin farkındalıklarının da zayıf olduğu tespit edilmiştir.

2.4.3 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun Duygu Düzenleme Güçlüğü İle İlişkisi

Bireyin duygusal tepkisine ilişkin kontrolü sağlayabilmesi ve sağlıklı bir duygu düzenleme süreci gerçekleştirmesi için iki temel işlem sürecinin başarılı bir şekilde tamamlanmasına ihtiyaç duyulmaktadır. Bunlardan ilki yaşanan olaylara karşı ortaya konulmak istenilen güçlü duygusal tepkilere ket vurabilmek, ikincisi ise belirli bir olay sonrasında kendi kendini yatıştırma, dikkati provokatif olaydan uzaklaştırma, başlangıçtaki duyguyu modere etme ve duygu ifadesini organize etmeyi içeren özdüzenleme davranışlarını gerçekleştirebilmektir (Melnick, 2000; Martel, 2009). Bu bileşenlerin her ikisinde varolan eksikliğin duygu ifadelerinin dürtüsel bir biçimde dışa vurulmasına neden olarak duygu düzenleme güçlüğüne ortaya çıkartacağı bildirilmiştir. Belirtilen bileşenlerin her ikisinin de DEHB'nin çekirdek belirtileri olan dikkatsizlik, dürtüsellik ve hareketlilik alanlarıyla ilişkili olmasının bir sonucu olarak DEHB'li bireylerde sıklıkla görülen duygusal tepkileri dürtüsel olarak gösterme davranışı, zayıf duygu düzenleme becerisinin bir göstergesi olduğu bildirilmiş ve duygu düzenleme güçlüğüne DEHB'nin temel özelliklerinden biri olarak tanımlandığı alternatif modeller yazında yer almıştır (Barkley, 1997; Retz vd., 2012; Corbisiero vd., 2013).

Elde edilen yeni modeller incelendiğinde; Wender, Brown ve Conners'ın (Wender, 1995; Brown, 1996; Conners, 1999) DEHB'de görülen bilişsel sorunların yanı sıra duygusal sorunlara da vurgu yapılan çalışmalara öncülük yaptığı görülmüştür (Retz vd., 2012; Corbisiero vd., 2013). Conners (1999), teorisinde erişkin DEHB duygusal bileşenlerinin bir parçası olarak dürtüsellik/duygusal değişkenlik ve benlik kavramıyla ilgili sorunlar olmak üzere iki alan önermiştir. Brown (1996) modelinde ise duygudurum çatışmalarını DEHB'nin duygusal bir bileşeni olarak tanımlamıştır.

Wender Utah, duygu düzenlemenin DEHB'deki rolü hakkında literatüre en önemli katkıları yapmış olan kuramcılardan biridir. Oluşturduğu teoride, DEHB'yi kapsayan duygu düzenleme güçlüğü kriterlerine odaklanmış, DEHB'li bireylerin

yaşadığı duygu düzenleme güçlüğü sorunlarının; öfke kontrolü, duygusal kararsızlık ve aşırı duygusal tepki olmak üzere üç alanda kümелendiğini ifade etmiştir. Öfke kontrolü alanı, öfke duygusuna ve sık sık ortaya çıkan kısa süreli patlamalara karşılık olarak tanımlanmıştır. Duygusal kararsızlık alanı ile; anlık ve öngörülmeleyen duygu durum geçişlerini ifade etmiş ve son olarak aşırı duygusal tepki alanını ise tipik yaşam stresleriyle başa çıkma yeteneğinde azalma, sık sık huzursuzluk ve bunalmışlık duygularının ortaya çıkması olarak tanımlamıştır (Wender vd., 1981). Takip eden yıllarda DEHB’li bireylerdeki duygu düzenleme süreçlerini odağına alan çalışmaların sayısı artmaya başlamıştır (Reimherr vd., 2005; Corbisiero vd., 2013; Irastorza, 2016).

Graziano ve Garcia (2016) de gerçekleştirdiği meta-analiz çalışması sonucunda duygusal tepkisellik ve DEHB semptom şiddeti arasındaki ilişkinin yaşla birlikte güçlendiğini ortaya koymuş, elde edilen bu bulgunun duygu düzenleme güçlüğüne yaşam boyu devam ettiğini bildiren diğer çalışmalar (Shaw vd., 2014; Schweren vd., 2018; Helfer vd., 2019) ile tutarlı olduğu görülmüştür.

Duygu düzenlemede güçlüğü ve DEHB arasındaki nedensel ilişkiyi incelemek amacıyla gerçekleştirilen birçok beyin görüntüleme, kesitsel izlem ve nöropsikolojik çalışmanın sonucunda DEHB’li bireylerde belirlenen duygu düzenleme güçlüğüne yürütücü işlevlerdeki bozulmalar ile ilişkili olduğu yazında yer alan bilgiler arasındadır (Fallgatter ve Herrmann, 2001; Fallgatter vd., 2005; Willcutt vd., 2005).

Yürütücü işlevler, hedefe yönelik eylemleri gerçekleştirmek amacıyla; çalışma belleği, problem çözme, planlama, inhibisyon ve bilişsel esneklik gibi becerileri kapsayan nörobilişsel süreçlerdir (Miyake ve Friedman, 2012; Diamond, 2013). Bu süreçler; bir yanıtı engelleme ya da daha uygun zamana erteleme niyeti, eylem dizilerinin stratejik planı, bellekte kodlanmış ilgili uyaran bilgileri ve arzulanan gelecekteki hedef durumu içerecek biçimde görevin zihinsel bir temsilini oluşturma aşamalarını kapsamaktadır (Welsh ve Pennington, 1988). Aynı zamanda yürütücü işlevlerin prefrontal korteks işlevlerinden biri olmasıyla bağlantılı olarak bu alanda görülen bozukluklar kişinin karar verme, organize etme, analiz etme ve muhakeme yeteneğini olumsuz yönde etkilediği ortaya konmuştur (Rabinovici vd., 2015). DEHB’li bireylerdeki yürütücü işlev bozulmaları üzerine gerçekleştirilen çalışmalar incelendiğinde ise, DEHB’nin merkezinde yer alan yürütücü işlev eksikliğinin ise

zayıf davranışsal inhibisyon olduğu görülmüştür (Schachar vd., 1993; Schachar vd., 1995; Murphy vd., 2001; Woods vd., 2002; Willcutt vd., 2005).

Davranışsal inhibisyonun bireyin yeni ve zorlu durumlara karşı davranışsal, duygusal ve fizyolojik tepkilerini düzenleyebilme becerisini temsil ettiği bildirilmektedir (Kagan vd., 1987; Bijttebier vd., 2009). Barkley (1997) davranışsal inhibisyonun birbiriyle ilişkili olan üç süreci içerdiğini belirtmiştir. Bunlardan ilki; bir olaya verilen ilk güçlü yanıtın inhibisyonudur. İkincisi ise; devam eden bir yanıtın durdurulması, bu nedenle yanıt verme kararında bir gecikmeye izin verilmesini içerir. Son süreç, ortaya çıkan gecikme süresinin dışarıdan gelen çatışma yaratan olay ve rahatsız edici tepkiler aracılığıyla kesintiye uğramaktan korunmasını kapsar. Bununla birlikte, Barkley (1997) davranışsal inhibisyon teorisinde; DEHB’li bireylerin sosyal bağlamı dikkate almak ve bir durumun duygusal yükünden ayrı kurallar sergilemek için yanıt vermeyi etkili bir şekilde geciktiremediklerini, bu durumun bir sonucu olarak hayati sosyal ipuçları ve kuralları dikkate alamadıkları için, sosyal olarak daha düzensiz göründüklerini bildirmiştir. Bu teoriyi destekleyen araştırmacılar başarılı duygu düzenleme tepkisinin, başarılı davranışsal inhibisyona bağlı olabileceği görüşünü öne sürmüştür (Walcutt ve Landau, 2004). Takip eden yıllarda, uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinin yüksek oranda inhibisyon eksikliği ile ilişkili olduğu gerçekleştirilen birçok araştırma sonucunda ortaya konmuştur (Gotlib ve Joormann, 2010; Joormann ve Gotlib, 2010; Zetsche vd., 2012; Markarian vd., 2012).

3 YÖNTEM

3.1. Katılımcı Grubu

Araştırmada katılımcı sayısı belirlenirken alanda yapılmış olan çalışmalar dikkate alınmış, literatürde farklı araştırmalarda bildirilmiş olan %3.4-7.11 aralığında değişen erişkin DEHB prevalansı göz önünde bulundurulmuştur (Fayyad vd.,2007; Polaneczyk vd., 2007; Yallop vd.,2015).

Çalışma ve kontrol grubu katılımcı sayısını belirlemek amacıyla gerçekleştirilen power analizi sonucunda ise; %95 güven aralığında, %90 güçte 0.5 etki büyüklüğü ile her iki grup için yer alması önerilen katılımcı sayısı 70 olarak hesaplanmıştır. Katılımcılara ilişkin kayıp veri, araştırmadan ayrılma talebi ve farklı nedenlerden dolayı oluşabilecek katılımcı kaybı riskine karşı araştırma kapsamında ulaşılması planlanan katılımcı sayısı her iki grup için 75 olarak belirlenmiştir.

Bildirilen çalışmalar doğrultusunda daha önce DEHB tanısı almamış 75 kişiden oluşan çalışma grubunu elde edebilmek adına 1100- 2200 kişi üzerinden bir tarama çalışması gerçekleştirilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Belirlenen katılımcı hedefine uygun olarak, çalışma İstanbul Gelişim Üniversitesi'nin önlisans ve lisans programlarında öğrenim gören öğrenciler ile yürütülmüş ve toplam 1385 öğrenciye ulaşılarak erişkin DEHB şiddeti taranmıştır.

3.1.1. Çalışma Grubu

Araştırma, İstanbul Gelişim Üniversitesi ön lisans ve lisans programlarında eğitim gören genç erişkinler ile yürütülmüştür. Katılımcılar içerisinde araştırmacı tarafından uygulanan yapılandırılmış görüşme ile ilk kez DEHB tanısı alan 75 erişkin birey çalışma grubunu oluşturmuştur. Çalışma grubunda yer alan katılımcıların yaş aralığı 18-25; yaş ortalamaları ise 23.8 (SS= 2.44) olarak belirlenmiştir. Uygulamaya geçilmeden önce, çalışma grubu oluşturulurken, katılımcıların değerlendirme sürecini ve araştırma sonuçlarını etkileyebilecek durumlar göz önünde bulundurularak birtakım dahil edilme ve dışlama kriterleri belirlenmiş ve aşağıda listelenmiştir.

3.1.1.1 Çalışma Grubu Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olmak
- DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/ CV) ile DEHB tanısı almış olmak
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.1.1.2 Çalışma Grubu Dışlama Kriterleri

- Daha önce DEHB tanısı konulmuş ve tedavi almış olmak
- Genel tıbbi bir durum, epilepsi, demans veya beyin hasarına bağlı mental bozukluk tanısı almış olmak
- Duygu düzenleme ölçeğinden alınan puanları etkileyecek kişilik bozukluğu, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk tanılarının olması
- Değerlendirmenin uygun şekilde gerçekleştirilmesini engelleyecek görme, işitme vb. duyu ile ilgili herhangi bir engelin bulunması
- Ölçeklerden alınan puanları ve değerlendirme sonucunu etkileyebilecek düzeyde tedavi gerektirecek ölçüde alkol veya psikoaktif madde kullanımının olması.
- Uygulanacak ölçeklerden alınacak puanları ve yapılacak klinik değerlendirmeyi etkileyecek; benzodiazepin, psikostimülan vb. ilaçların son 24 saat içerisinde alınmış olması.

3.1.2 Kontrol Grubu

Kontrol grubu, araştırmanın ilk aşamasına dahil olan katılımcıların içerisinde, DEHB tanısı almamış ve uygulanan, “Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği”nin her iki alt boyutundan 0-16 aralığında puan almış katılımcılardan oluşturulmuştur. Bu katılımcılar çalışma grubu ile yaş ve cinsiyet açısından randomize olarak birebir eşleştirilmiştir. Kontrol grubu oluşturulurken, katılımcıların değerlendirme sürecini ve araştırma sonuçlarını etkileyebilecek durumlar göz önünde bulundurularak aşağıda listelenen dahil edilme ve dışlama kriterleri doğrultusunda hareket edilmiştir.

3.1.2.1 Kontrol Grubu Dahil Edilme Kriterleri

- 18 yaş ve üzeri olmak
- DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/ CV) ile yapılan değerlendirmede herhangi bir psikiyatrik tanı almamak
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek

3.1.2.2 Kontrol Grubu Dışlama Kriterleri

- Psikiyatrik ilaç tedavisi görüyor olmak
- Genel tıbbi bir durum, epilepsi, demans veya beyin hasarına bağlı mental bozukluk tanısı almış olmak
- Değerlendirmenin uygun şekilde gerçekleştirilmesini engelleyecek görme, işitme vb. duymalar ile ilgili herhangi bir engelin bulunması
- Ölçeklerden alınan puanları ve değerlendirme sonucunu etkileyebilecek düzeyde tedavi gerektirecek ölçüde alkol veya psikoaktif madde kullanımının olması.
- Uygulanacak ölçeklerden alınacak puanları ve yapılacak klinik değerlendirmeyi etkileyecek; benzodiazepin, psikostimulan vb. ilaçların son 24 saat içerisinde alınmış olması.

3.2 Veri Toplama Araçları

Araştırmada, katılımcıların sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla “Sosyodemografik Bilgi Formu”, dikkat eksiliği ve hiperaktivite bozukluğunu taramak amacıyla “Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği”, psikopatolojileri tanılamak amacıyla “DSM-5 Bozuklukları için Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV) Testi”, ruhsal sorunların şiddetini ölçmek için “Kısa Semptom Envanteri” ve duygu düzenleme güçlüklerinin şiddetini ölçmek amacıyla ise “Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği” kullanılmıştır.

3.2.1 Bilgilendirilmiş Onam Formu (EK-1)

Tüm katılımcılara, klinik görüşme ve uygulamalardan önce araştırmacı tarafından hazırlanmış ve etik kurul tarafından uygun bulunan bilgilendirilmiş onam

formu verilmiştir. Kişilere çalışma hakkında detaylı bilgilendirme yapılmış ve ardından tüm katılımcıların imzalı onayları alınmıştır. Sadece onam alınan katılımcılar çalışmaya dahil edilmiştir.

3.2.2 Sosyodemografik Bilgi Formu (EK-2)

Katılımcıların yaş, cinsiyet, eğitim, medeni durum gibi demografik bilgilerini toplamak amacıyla 15 maddelik demografik bilgi formu hazırlanmıştır. Bu form ile aynı zamanda katılımcıların kimlerle birlikte yaşadıklarına, sahip oldukları kardeş sayısına, anne ve babanın eğitim durumuna, ailede ve kendilerindeki psikiyatrik tanı öyküsüne ilişkin bilgiler toplanmıştır.

3.2.3 DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/ CV)

First ve arkadaşları tarafından 2015 yılında geliştirilmiş olan SCID-5/CV Testi, klinisyenler tarafından uygulanan bir psikiyatrik tanılama aracıdır. SCID-5/CV tanısal değerlendirmenin uygun bir biçimde uygulanmasını sağlayarak tanının güvenilirliğinin artırılması ve DSM-V tanı ölçütlerinin taranmasını kolaylaştırarak tanıların geçerliğinin artırılması, belirtilerin sistematik olarak araştırılması için geliştirilmiştir. SCID 5/CV'in Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Elbir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. SCID-5/CV için tüm tanılarının uyuma yüzdesi %97.2, kappa katsayısı ise .74 bulunmuştur. Kappa katsayısı .65–1,00 arasında değişmektedir ve tüm tanılar istatistiksel olarak anlamlı olduğu belirlenmiştir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu için kappa katsayısının 1,00 olduğu ve mükemmel uyumu yansıttığı saptanmıştır (Elbir vd., 2019).

3.2.4 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (EK-3/ ASRS-v1.1)

Dünya Sağlık Örgütü tarafından erişkinlerdeki DEHB belirtilerinin taranması amacıyla geliştirilmiş olan ASRS, on sekiz maddeden oluşan bir öz bildirim ölçeğidir. *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik* olmak üzere her biri dokuz sorudan oluşan iki alt ölçeği bulunmaktadır. Her madde 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Testten en yüksek 72 puan alınabilmektedir. İki alt ölçeğin herhangi birinden 24 puan ve üzerinde alanların “yüksek olasılıkla DEHB”, 17–23 puan alanların “olasılıkla DEHB” olduğu,

0–16 puan alanların DEHB olmadıkları bildirilmiştir (Kessler vd., 2007). Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Doğan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. Yapılan faktör analiziyle ölçekte iki faktör (hiperaktivite/ dürtüsellik ve dikkat eksikliği) elde edilmiştir. Güvenilirlik analizinde ölçeğin iç tutarlılığı .88 olarak belirlenmiştir. Alt ölçekler için hesaplanan Cronbach alfa değeri ise “dikkat eksikliği” için .82, “hiperaktivite/ dürtüsellik” için .78 olarak bulunmuştur (Doğan vd., 2009).

3.2.5 Kısa Semptom Envanteri (EK-4/ KSE)

Kısa Semptom Envanteri, Derogatis (1992) tarafından psikolojik ve somatik belirtileri değerlendirmek için geliştirilmiş olup, Psikolojik Belirti Tarama Listesi SCL-90-R’nin kısaltılmış formudur. Kısa Semptom Envanteri, 0 (Hiç) ve 4 (Ciddi derecede) olmak üzere Likert tipi derecelendirilen bir kendini değerlendirme ölçeği olup 53 maddeden oluşmaktadır. Yüksek puanlar, psikolojik rahatsızlık belirtilerinde yükselmeyi temsil etmektedir. Orijinal çalışmada ölçek dokuz faktörden oluşmakta, alt ölçeklerin iç tutarlılığı, .71 ile .85 arasında değişmektedir (Derogatis ve Melisaratos, 1983).

Kısa Semptom Envanteri, Şahin ve Durak (1994) tarafından Türkçeye uyarlanmıştır. Ölçeğin güvenilirlik ve geçerlilik çalışmalarında üç farklı araştırma verileri kullanılmıştır. Ölçeğin beş faktörlü boyutunun kullanılması araştırmacılar tarafından önerilmektedir. Yapılan çalışma sonucunda elde edilen faktörler; Kaygı, Depresyon, Olumsuz Benlik, Somatizasyon ve Hostilite olarak belirlenmiştir. Alt ölçeklerin iç tutarlılığı, .75 ile .88 arasında değişmektedir. Cronbach alfa değerleri; Depresyon .88, Anksiyete .87, Olumsuz Benlik .87, Somatizasyon .75, Hostalite .76 olarak bulunmuştur (Şahin ve Durak, 1994).

3.2.6 Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (EK-5/ DDGÖ)

Bir öz bildirim ölçeği DDGÖ Gratz ve Roemer tarafından 2004 yılında geliştirilmiştir. Duygu düzenlemeyle ilgili güncel ve klinik açıdan anlamlı güçlükleri değerlendirmektedir. Katılımcılardan 1 (Hemen hiçbir zaman) ve 5 (Hemen her zaman) olmak üzere Likert tipi derecelendirilen bir kendini değerlendirme ölçeği olup 36 maddeden oluşmaktadır.

Ölçek, kabullenememe, hedefler, dürtü, farkındalık, stratejiler ve açıklık olmak üzere altı alt ölçekten oluşmaktadır. Ölçeğin özgün formunun geçerlik-güvenirlik çalışmalarında iç tutarlılık kat sayısı $\alpha = .93$, duygu düzenleme güçlüğü boyutlarının iç tutarlılık kat sayılarının ise $\alpha = .80 - .89$ arasında değiştiği ve test-tekrar test güvenirliği ise $\alpha = .88$ olarak bulunmuştur (Gratz ve Roemer, 2004). Ölçeğin yetişkinler için Türkçe geçerlik ve güvenirlik değerlendirmeleri 2010 yılında Rugancı ve Gençöz tarafından yapılmıştır. Bu değerlendirmede DDGÖ'nün Türkçe formunda 10. maddenin çıkarılması önerilmiştir Çalışmamızda, DDGÖ'nün 35 maddelik formu kullanılacaktır. Yapılan çalışma sonucunda Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği'nin faktör sayısı ve yapısı ölçeğin özgün formuyla aynı bulunarak yapı geçerliği sağlanmıştır. Ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayısı .94 olarak bulunmuş, duygu düzenleme güçlüğü'nün alt boyutlarının Cronbach Alfa iç tutarlılık kat sayılarının ise .90 - .75 arasında değiştiği gözlemlenmiştir. Ölçeğin test-tekrar test güvenirliği .83 ve Guttman yarıya bölme güvenirlik katsayısı .95 olarak bulunmuştur (Rugancı ve Gencöz, 2010).

3.3 Prosedür

Araştırmaya başlamadan önce Arel Üniversitesi etik kurulundan gerekli izinler alınmıştır. Araştırmanın ilk aşamasında her katılımcıya araştırmacı tarafından hazırlanmış olan bilgilendirilmiş onam formu, demografik bilgi formu ve DEHB'nun taranması için Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) verilmiştir. Yalnızca onam alınan katılımcılar araştırmaya dahil edilmiştir. Araştırmanın çalışma grubu Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği'nin herhangi bir alt boyutundan 24 ve üzeri puan alan “yüksek olasılıkla DEHB” olduğu düşünülen gruptan seçilmiştir.

Bu katılımcılar, araştırmacı tarafından aranarak SCID-5 değerlendirilmesi için randevu verilmiştir. Araştırmanın devamına katılmayı kabul eden katılımcılara DEHB ve eşlik eden tanıların konulabilmesi için araştırmacı tarafından SCID-5 testi uygulanmıştır. SCID-5 sonucu DEHB tanısı almayan ve psikotik bozukluk, kişilik bozukluğu ve bipolar bozukluk tanısı alan katılımcılar çalışmaya dahil edilmemiştir. SCID-5 değerlendirmesi sonucunda DEHB tanısı alan 75 kişi araştırmanın çalışma grubunu oluşturmuştur. Daha sonra, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği'nin alt boyutlarının her ikisinden 16 ve altı puan

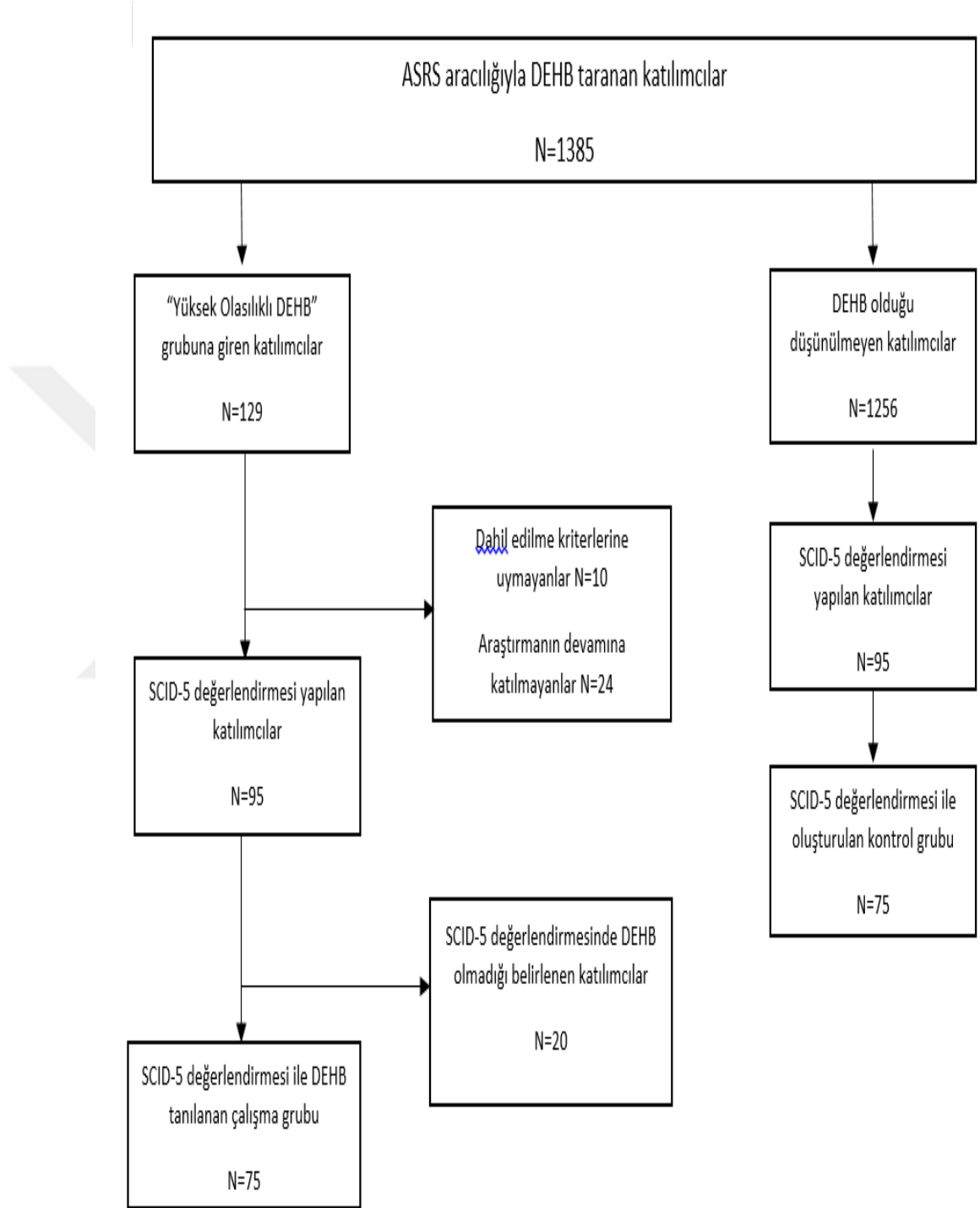
almış olan katılımcılardan, çalışma grubunda yer alan katılımcılar ile aynı cinsiyette ve doğum tarihine en yakın olan iki kişi seçilerek randomize bir eşleme yapılmıştır. Bu kişilere de randevu verilerek, psikiyatrik bozukluk tanılarını dışlayabilmek amacıyla SCID-5 değerlendirmesi gerçekleştirilmiştir. Randomize olarak seçilen bu grup araştırmanın kontrol grubunu oluşturmuştur. Son olarak her iki grupta yer alan katılımcılara “Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği”, “Kısa Semptom Envanteri” uygulanmıştır.

3.3.1 Çalışma ve Kontrol Grubunun Belirlenme Süreci

Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) aracılığıyla DEHB taranan 1385 katılımcının 129’u (%9,31) ilgili ölçeğin alt boyutlarının herhangi birinden 24 ve üzeri puan almıştır. Ölçeğin puanlamasına göre bu kişiler “yüksek olasılıklı DEHB” grubuna girmektedir. Araştırmanın çalışma grubunu oluşturması planlanan DEHB tanılanmış 75 katılımcı bu grup içerisinde oluşturulmuştur. ASRS Ölçeği’ne göre “yüksek olasılıklı DEHB” grubuna giren 129 katılımcının 10’u daha önce DEHB tanısı aldıkları ve ilaç tedavisi görmüş oldukları için araştırmaya dahil edilmemiş, 24’ü ise çalışmanın dahil edilme kriterlerine uymamış veya araştırmanın devamına katılmayı kabul etmemiştir. ASRS Ölçeği’nden elde edilen sonuçlar ışığında 24 ve üzerinde puan almış kalan 95 katılımcıya SCID testi uygulanmıştır. SCID testi uygulanan katılımcıların 40 kadın (%53,3), 35 erkek (%46,7) olmak üzere toplam 75’i (%5,41) yapılan değerlendirme sonucunda DEHB tanısı almıştır.

ASRS Ölçeği’nin alt boyutlarının her ikisinden 0-16 aralığında puan almış katılımcılar içerisinde oluşturulan kontrol grubu; çalışma grubundaki katılımcılar ile yaş ve cinsiyet özelliklerine göre randomize bir biçimde bire bir eşleştirilmiştir. Kontrol grubu oluşturulurken her katılımcıya SCID testi uygulanmış; psikotik bozukluk, kişilik bozuklukları, bipolar bozukluk, TSSB, alkol ve madde kullanım bozukluğu, ağır düzey depresyon ve anksiyete bozukluğu olan kişiler duygu düzenleme becerilerinde ortaya çıkabilecek olası bozulmalar nedeniyle araştırmanın dışında bırakılmıştır. Çalışmanın amacı doğrultusunda toplam 92 kişiye SCID testi uygulanmış, araştırmaya dahil edilme kriterlerini karşılamayan 17 kişi araştırmanın dışında bırakılarak 75 kişilik kontrol grubu oluşturulmuştur. Çalışma ve kontrol grubu

oluşturulurken gerçekleşen ASRS tarama ve SCID-5 değerlendirme süreci Şekil 3.1’de gösterilmiştir.



Şekil 3.1 Çalışma ve kontrol grubu oluşturulma süreci

3.4 Verilerin Analizi

Araştırmada, toplanılan veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) 24.0 programı kullanılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmanın amacı kapsamında yapılması planlanan analizlerden önce girilen değerlerin görsel kontrolü, uç değerlerin tespiti, boş bırakılan maddeler belirlenmiş ve verilerin denetimleri sağlanmıştır. Veri toplama aşamasında ölçme araçlarının araştırmacı tarafından uygulanmış olması nedeniyle herhangi bir kayıp veri olmamıştır. Bu nedenle hiçbir katılımcının verisi analiz dışı bırakılmamıştır. Araştırmanın temel analizleri gerçekleştirmeden önce, ilk olarak verilerin normallik varsayımları her üç ölçeğe ilişkin toplam puanlar bağlamında incelenmiştir. Tek değişkenli normallik kontrolü için referans alınan Kolmogorov-Smirnov anlamlılık değerleri $p > .05$ olması, çarpıklık ve basıklık değerleri -1.5 ile $+1.5$ arasında yer alması, histogramlar, Q-Q grafikleri ve P-P grafiklerin incelenmesi ile kontrol edilmiştir (Akbulut, 2010; Tabachnick ve Fidell, 2013). Yapılan normallik testlerinin sonucu histogramlar, Q-Q grafikler, P-P- grafiklerin ve çarpıklık ve basıklık değerlerinin istenilen aralıkta bulunması nedeniyle, araştırmada parametrik testlerin kullanılması uygun bulunmuştur.

Çalışmada, katılımcılardan elde edilen demografik ve klinik özelliklerin betimlenmesi için frekans (n), yüzde ve betimleyici istatistikler (ortalama ve standart sapma) kullanılmıştır. Çalışma ve kontrol gruplarının ölçek puanları arasındaki toplam farklar ve değişkenlerin cinsiyetler arasındaki farkı bağımsız örneklem t testi ile analiz edilmiş, sosyodemografik özelliklerin karşılaştırılması amacıyla ise iki yönlü ki kare testi yapılmıştır. Çalışma ve kontrol grubuna ait değişkenler arasındaki ilişkiler pearson korelasyon testi aracılığıyla incelenmiştir. Son olarak, öz bildirim ölçeklerinden elde edilen bağımsız değişkenlerin ruhsal sorunları yordayıcı gücünü belirlemek amacıyla çalışma ve kontrol grubuna hiyerarşik çoklu regresyon analizi gerçekleştirilmiştir.

4 BULGULAR

4.1 Tarama Çalışmasına Alınan Katılımcılara İlişkin Demografik Bulgular

Araştırma İstanbul Gelişim Üniversitesi önlisans ve lisans programlarında öğrenim gören toplam 1385 öğrencinin katılımı ile yürütülmüştür. Katılımcılar yaş ortalaması 22.3 (SS= 7.08) olarak belirlenmiştir. “Sosyodemografik Bilgi Formu” aracılığıyla tüm katılımcılara ilişkin elde edilen özelliklerin dağılımı, frekans analizi yapılarak oluşturulmuştur. Yapılan analiz sonucunda elde edilen bilgiler Tablo 4.1.’de sunulmuştur.

Tablo 4.1 Tarama Çalışması Yapılan Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri

Sosyodemografik Değişkenler		N	%
Cinsiyet	Kadın	683	49.3
	Erkek	702	50.7
Medeni durum	Evli	44	3.2
	Bekar	1332	96.2
	Boşanmış/Ayrı	9	.6
Eğitim düzeyi	Önlisans	1102	79.6
	Lisans	283	20.4
Eğitimde yıl kaybı	Evet	605	43.7
	Hayır	780	56.3
Bırakılan eğitim programı	Var	163	11.8
	Yok	1222	88.2
Baba eğitim seviyesi	Okur yazar değil	15	1.1
	Okur yazar	48	3.5
	İlköğretim	354	25.6
	Ortaokul	399	28.8
	Lise	370	26.7
	Yüksek öğrenim	199	14.4
Anne eğitim seviyesi	Okur yazar değil	69	5
	Okur yazar	65	4.7
	İlköğretim	409	29.5
	Ortaokul	424	30.6
	Lise	307	22.2
	Yükseköğrenim	110	7.9
Kardeş sayısı	Var	1268	91.6
	Yok	117	8.4
Yaşam şekli	Yalnız	91	6.6
	Arkadaş ile	68	4.9
	Kök aile ile	602	43.5
	Aile ile	624	45.1
Disiplin cezası öyküsü	Var	93	6.7

	Yok	1292	93.3
Adli öykü	Var	34	2.5
	Yok	1351	97.5
Ailede psikiyatrik tanı	Var	112	8.1
	Yok	1273	91.9
Psikiyatrik tanı öyküsü	Var	149	10.8
	Yok	1236	89.2

4.2 Çalışma ve Kontrol Grubu Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırması

Araştırmada elde edilen sosyodemografik bilgilerin çalışma ve kontrol grubu arasındaki farkı tespit edebilmek amacıyla iki yönlü ki kare testi yapılmıştır. Kontrol grubu oluşturulurken yaş, cinsiyet ve medeni durum özellikleri çalışma grubunda yer alan katılımcılar ile bire bir eşleştirildiği için ilgili değişkenler analize katılmamıştır. Gerçekleştirilen analiz sonucunda; babanın eğitim seviyesi [X^2 (sd=5, n=75) = 7.244], aile üyelerinin psikiyatrik tanı öyküsü [X^2 (sd=1, n=75) = 3.175], eğitim sürecinde alınan disiplin cezası [X^2 (sd=1, n=75) = 1.714], yaşam şekli [X^2 (sd=3, n=75) = .565], kardeş sayısı [X^2 (sd=1, n=75) = 1.118] ve adli öykü [X^2 (sd=1, n=75) = 3.746] değişkenleri açısından çalışma ve kontrol grubu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte; annenin eğitim seviyesi [X^2 (sd=5, n=75) = 13.029], eğitim sürecinde yaşanan yıl kaybı [X^2 (sd=1, n=75) = 9.654], yarıda bırakılan eğitim programı [X^2 (sd=1, n=75) = 9.091] ve geçmiş psikiyatrik tanı öyküsü [X^2 (sd=1, n=75) = 28.229] değişkenleri açısından iki grup arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olduğu saptanmıştır.

Yapılan analiz sonucu ortaya konulan ilişkiler incelendiğinde, çalışma grubunda yer alan DEHB’li katılımcıların, kontrol grubuna göre; eğitim sürecinde daha fazla yıl kaybı yaşadığı, başlamış oldukları eğitim programını devam ettirmek ile ilgili daha fazla güçlük yaşadığı, annelerinin eğitim seviyelerinin daha düşük olduğu, kendilerinin yüksek öğrenim seviyelerinin daha düşük olduğu ve geçmiş dönemde daha fazla psikiyatrik tanı aldıkları bulunmuştur. Gerçekleştirilen analiz sonuçları Tablo 4.2.’de yer almaktadır.

Tablo 4.2 Çalışma ve Kontrol Grubu Sosyodemografik Değişkenlerin Karşılaştırması

		Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		Ki-kare	p
Sosyodemografik Değişkenler		N	%	N	%		
Eğitim düzeyi	Önlisans	48	64	28	37.3	10.669	.001**
	Lisans	27	36	47	62.7		
Eğitimde yıl kaybı	Evet	45	60	26	34.6	9.654	.002**
	Hayır	30	40	49	65.4		
Bırakılan Eğitim Programı	Evet	15	20	3	4	9.091	.003**
	Hayır	60	80	72	96		
Psikiyatrik tanı	Var	49	65.3	1	1.33	28.229	.000**
	Yok	26	34.7	74	98.7		
Anne eğitim seviyesi	Okur yazar değil	8	10.7	2	2.7	13.029	.023*
	Okur yazar	7	9.3	0	0		
	İlkokul	21	28	22	29.3		
	Ortaokul	19	25.3	22	29.3		
	Lise	11	14.7	19	25.3		
	Yüksek öğrenim	9	12	10	13.3		
Baba eğitim seviyesi	Okur yazar değil	2	2.7	0	0	7.244	.20
	Okur yazar	6	8	2	2.7		
	İlkokul	22	29.3	19	25.3		
	Ortaokul	17	22.7	13	17.3		
	Lise	13	17.3	18	24		
	Yüksek öğrenim	15	20	23	30.7		
Yaşam şekli	Yalnız	4	5.3	3	4	.565	.90
	Arkadaş ile	4	5.3	6	8		
	Kök aile ile	44	58.7	44	58.7		
	Aile ile	23	30.7	22	29.3		
Kardeş sayısı	Var	71	94.7	70	93.3	.118	.73
	Yok	4	5.3	5	6.7		
Adli öykü	Var	6	8	1	1.3	3.746	.53
	Yok	69	92	74	98.7		
Eğitimde disiplin cezası	Var	7	9.3	3	4	1.714	.19
	Yok	68	90.7	72	96		
Ailede psikiyatrik tanı	Var	16	21.3	8	10.7	3.175	.07
	Yok	59	78.7	67	89.3		

Not: ** $p < .01$, * $p < .05$

4.3 DEHB, Ruhsal Sorun ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Şiddetinin Cinsiyetler Arası Karşılaştırılmasına İlişkin Bulgular

Çalışma grubunun DEHB, ruhsal sorun ve duygu düzenleme güçlüğü şiddetinin cinsiyetler arasındaki farkı belirlemek amacıyla ASRS Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinden elde edilen toplam puanlar ve alt ölçek puanları bağımsız örneklem t testi aracılığıyla analiz edilmiştir.

Gerçekleştirilen analiz sonucuna göre cinsiyetler arasındaki farkın üç ölçek toplam puanı için de istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı tespit edilmiştir [$t=.64$, $p=.52$; $t=.71$, $p=.48$ ve $t=1.97$, $p=.053$]. Aynı zamanda DDGÖ hedefler alt boyutu [$t=2.37$, $p=.02$] dışında kalan ölçek alt boyutlarında da cinsiyetler arası fark bulunmamıştır. Elde edilen analiz sonuçları Tablo 4.3.'de yer almaktadır.

Tablo 4.3 DEHB, Ruhsal Sorun ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Şiddetinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

Ölçme Araçları	Cinsiyet	N	Ortalama	SS	T	P
ASRS Ölçeği	Kadın	40	45.57	6.37	.64	.521
	Erkek	35	44.51	7.86		
ASRS_Dikkat Eksikliği	Kadın	40	24.90	4.47	1.14	.256
	Erkek	35	23.54	5.78		
ASRS_Hiperaktivite/Dürtüsellik	Kadın	40	20.67	5.10	-.21	.833
	Erkek	35	20.97	6.95		
KSE Ölçeği	Kadın	40	81.57	34.35	.71	.483
	Erkek	35	76.11	32.35		
KSE_Anksiyete	Kadın	40	18.65	9.49	1.04	.301
	Erkek	35	16.45	8.60		
KSE_Depresyon	Kadın	40	22.65	9.73	.56	.573
	Erkek	35	21.40	9.30		
KSE_Somatizasyon	Kadın	40	10.85	5.60	.09	.924
	Erkek	35	10.71	6.59		
KSE_Hostilite	Kadın	40	11.35	5.22	.14	.887
	Erkek	35	11.17	5.63		
KSE_Olumsuz Benlik	Kadın	40	18.07	10.54	.80	.425
	Erkek	35	16.37	7.28		

DDG Ölçeği	Kadın	40	101.9	19.79	1.97	.053
	Erkek	35	91.82	24.45		
DDG_Dürtüsellik	Kadın	40	16.20	6.42	.95	.345
	Erkek	35	14.85	5.69		
DDG_Kabullenememe	Kadın	40	12.97	4.56	.67	.502
	Erkek	35	12.17	5.74		
DDG_Hedefler	Kadın	40	20.07	4.32	2.37	.020*
	Erkek	35	17.48	5.10		
DDG_Farkındalık	Kadın	40	16.07	4.71	1.91	.060
	Erkek	35	14.02	4.51		
DDG_Stratejiler	Kadın	40	22.22	7.17	1.19	.237
	Erkek	35	20.28	6.87		
DDG_Açıklık	Kadın	40	14.35	4.49	1.24	.217
	Erkek	35	13.00	4.88		

Not: ** $p < .01$, * $p < .05$

4.4 SCID-5 Değerlendirmesine İlişkin Bulgular

Araştırmanın çalışma ve kontrol grubunu oluşturmak amacıyla gerçekleştirilen SCID-5 değerlendirmesi sonucunda, çalışma grubunda yer alan katılımcıların DEHB alt tipleri, eş tanı ve geçmiş dönem psikopatoloji görülme oranları belirlenmiştir. İlgili analiz sonuçlarına ilişkin tablo ve raporlara aşağıda yer verilmiştir.

4.4.1 Çalışma Grubu DEHB Alt Tiplerine Göre Dağılımı

Çalışma grubunu oluşturmak amacıyla uygulanan SCID-5 testi aracılığıyla DEHB olduğu belirlenen katılımcıların DEHB alt tiplerine göre dağılımı frekans analizi ile oluşturulmuştur. Yapılan analiz sonucunda çalışma grubu içerisinde yer alan 75 katılımcıdan 19'unun (%25.3) "Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Görünüm", 11'inin (%14.7) "Aşırı Hareketliliğin/Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Görünüm" ve 45'inin (%60) ise "Bileşik Görünüm" içerisinde yer aldığı belirlenmiştir. İlgili analiz sonuçları Tablo 4.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.4 Çalışma Grubu DEHB Alt Tiplerine Göre Dağılımı

DEHB Alt Tipleri	N	%
Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Görünüm	19	25.3
Aşırı Hareketliliğin/Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Görünüm	11	14.7
Bileşik Görünüm	45	60
Toplam	75	100

4.4.2 Çalışma Grubu DEHB Alt Tiplerin Cinsiyete Göre Dağılımı

Çalışma grubunda yer alan katılımcılarda belirlenen DEHB alt tiplerinin cinsiyetlere göre dağılımını belirlemek amacıyla frekans analizi gerçekleştirilmiştir. Uygulanılan analiz sonucunda “Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Görünüm” ve “Bileşik Görünüm”ün kadın katılımcılarda, erkeklerden daha fazla görüldüğü belirlenmiştir. Bununla birlikte erkek katılımcılar ise “Aşırı Hareketliliğin/Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Görünüm”ün kadın katılımcılardan daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Gerçekleştirilen analiz sonuçları Tablo 4.5.’de yer almaktadır.

Tablo 4.5 Çalışma Grubu DEHB Alt Tiplerinin Cinsiyetlere Göre Dağılımı

DEHB Alt Tipleri	Kadın (N=40)		Erkek (N=35)	
	N	%	N	%
Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Görünüm	12	63.2	7	36.8
Aşırı Hareketliliğin/Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Görünüm	3	27.3	8	72.7
Bileşik Görünüm	25	55.6	20	44.4

4.4.3 Çalışma Grubu Psikiyatrik Eştanılara İlişkin Bulgular

Araştırmanın çalışma grubunu oluşturan 75 katılımcı ile gerçekleştirilen SCID-5 değerlendirmesi sonucunda 47 katılımcının (%62.7) 20’sinde (%26.7) tek, 27’sinde (%36) ise çoklu olmak üzere çeşitli psikiyatrik eştanıların olduğu belirlenmiştir. Belirlenen psikiyatrik eştanılar; depresyon, distimi, sosyal kaygı bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, TSSB, obsesif kompulsif bozukluk

(OKB) ve panik bozukluğudur. Bununla birlikte, katılımcıların 28'inde (%37.3) herhangi bir psikiyatrik eştanı saptanmamıştır. Ancak, bu katılımcıların 15'inin (%53,6) geçmiş dönem psikopatolojisinin bulunduğu belirlenmiştir. Çalışma grubu içerisinde geçmiş ya da aktif psikopatolojisi bulunmayan 13 katılımcının (%17.3) olduğu görülmüştür. Belirlenen psikiyatrik eştanıların görülme oranları frekans analizi yapılarak belirlenmiş ve ilgili analiz sonuçları Tablo 4.6'da sunulmuştur.

Tablo 4.6 Çalışma Grubu Psikiyatrik Eştanı Oranları

Psikiyatrik Eştanı	N	%
Geçmiş Depresyon Dönemi	44	58.7
Depresyon	25	33.3
Sosyal Kaygı Bozukluğu	17	22.7
Distimi	11	14.7
Alkol Kullanım Bozukluğu	10	13.3
Geçmiş Dönem Panik Bozukluğu	6	8
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	3	4
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	2	2.7
Panik Bozukluğu	1	1.3
Obsesif Kompulsif Bozukluk	1	1.3
Eştanı Durumu	N	%
Eştanı yok	28	37.3
Tek eştanı	27	36
Çoklu eştanı	20	26.7

N=75

4.5 Çalışma ve Kontrol Grubu Ölçek Puan Karşılaştırmalarına İlişkin Bulgular

Çalışma grubu ve kontrol grubunun duygu düzenleme güçlüğü ve ruhsal sorun şiddetleri arasındaki farkı belirleyebilmek amacıyla her iki gruba da verilmiş olan Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği ve Kısa Semptom Envanteri'nden elde edilen toplam puanlar bağımsız örneklem t testi aracılığıyla analiz edilmiştir.

Gerçekleştirilen analiz sonucuna göre grup ortalamaları arasındaki farkın her iki ölçek puanı için de istatistiksel açıdan anlamlı olduğu, belirlenen farkın çalışma grubundaki katılımcıların aleyhine olduğu tespit edilmiştir [$t=12.4$, $p=.00$ ve $t=13.6$, $p=.00$]. Analizden elde edilen bilgilere göre; DEHB'li katılımcılardan oluşturulan çalışma grubunun duygu düzenleme güçlüğü ve ruhsal sorun şiddetlerinin kontrol

grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir biçimde daha fazla olduğu görülmüştür. Yapılan analize ilişkin bulgular Tablo 4.7.'de sunulmuştur.

Tablo 4.7 Çalışma ve Kontrol Grubu DDGÖ ve KSE Ölçek Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Ölçme Araçları	Çalışma Grubu		Kontrol Grubu		T	P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS		
DDGÖ	97.2	22.5	59.5	13.7	12.4	.00**
KSE	79.0	33.3	22.4	13.9	13.6	.00**

Not: ** $p < .01$, * $p < .05$

4.6 Değişkenler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiye Dair Bulgular

Araştırma sürecinde, çalışma ve kontrol grubuna uygulanan ölçme araçları aracılığıyla DEHB, ruhsal sorunlar ve duygu düzenleme güçlüğü şiddetlerine ilişkin bilgiler elde edilmiştir. Belirtilen değişkenler ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi saptayabilmek amacıyla gerçekleştirilen pearson momentler çarpımı korelasyon katsayıları çalışma ve kontrol grubu için ayrı ayrı incelenmiş ve elde edilen bilgiler doğrultusunda yorumlanmıştır.

4.6.1 Çalışma Grubunda Yer Alan Değişkenler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Araştırmanın çalışma grubunu oluşturan DEHB'li katılımcıların DEHB alt puanları, ruhsal sorunlar ve duygu düzenleme güçlüğü değişkenleri arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla pearson momentler çarpımı korelasyon katsayıları analizi gerçekleştirilmiştir. İlgili analiz sonuçları öncelikli olarak ölçek toplam puanları açısından değerlendirilmiştir. Yalnızca, DEHB belirti şiddetini belirlemek amacıyla uygulanan ASRS ölçeğinin değerlendirmesinin alt boyut puanları üzerinden yapılması nedeniyle, ölçek toplam puanı ile ilişkili sonuçlar değerlendirmeye alınmamıştır.

İlk olarak, DEHB dikkat eksikliği alt puanı ile ruhsal sorunlar ($r = .26$, $p < .05$) ve duygu düzenleme güçlüğü ($r = .23$, $p < .05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ve orta düzey bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Ancak; DEHB hiperaktivite/ dürtüsellik alt puanı ile ruhsal sorunlar ($r = .04$, $p < .05$) ve duygu düzenleme güçlüğü ($r = -.08$, $p < .05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

.05) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Ruhsal sorunlar ve duygu düzenleme güçlüğü arasında ise ($r = .75, p < .01$) istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir ilişki bulunmuştur.

Alt boyutlar arası ilişkiler incelendiğinde; DEHB dikkat eksikliği alt puanı ile duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları içerisinde hedefler ($r = .30, p < .01$) ve stratejiler ($r = .28, p < .05$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta düzey ilişkiler tespit edilmiştir. Buna karşılık kabullenememe ($r = -.04, p < .05$), farkındalık ($r = .04, p < .05$), açıklık ($r = .21, p < .05$) ve dürtüsellik ($r = .13, p < .05$) alt boyutları ile anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. DEHB hiperaktivite/dürtüsellik alt puanı ise duygu düzenleme güçlüğü hedefler ($r = -.24$) alt boyutu arasında negatif yönlü bir ilişki belirlenmiştir. Geriye kalan duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları içerisinde; kabullenememe ($r = .00, p < .05$), farkındalık ($r = -.11, p < .05$), stratejiler ($r = -.06, p < .05$), açıklık ($r = -.07, p < .05$), ve dürtüsellik ($r = .11, p < .05$) ile arasında herhangi bir ilişki tespit edilememiştir.

Ruhsal sorunlar alt boyutları ile DEHB alt puanları arası ilişkiler değerlendirildiğinde; DEHB dikkat eksikliği alt puanı ile ruhsal sorunlar alt boyutlarından anksiyete ($r = .26, p < .05$) ve depresyon ($r = .26, p < .05$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta düzey ilişkiler saptanmıştır. Buna karşılık; somatizasyon ($r = .21, p < .05$), hostilite ($r = .16, p < .05$) ve olumsuz benlik ($r = .18, p < .05$) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. DEHB hiperaktivite/dürtüsellik alt puanı ise, ruhsal sorunlar alt boyutları içerisinde yalnızca hostilite ($r = .27, p < .05$) ile ilişkili bulunmuştur. Diğer ruhsal sorunlar alt boyutlarından; anksiyete ($r = .05, p < .05$), depresyon ($r = -.08, p < .05$), somatizasyon ($r = .16, p < .05$) ve olumsuz benlik ($r = -.10, p < .05$) arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir.

Son olarak, ruhsal sorun toplam puanının duygu düzenleme güçlüğü'nün tüm alt boyutları ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Ruhsal sorunlar ve duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları arasındaki ilişki katsayıları sırasıyla kabullenememe ($r = .43, p < .01$), hedefler ($r = .53, p < .01$), farkındalık ($r = .23, p < .05$), stratejiler ($r = .73, p < .01$), açıklık ($r = .42, p < .01$), dürtüsellik ($r = .66, p < .01$) olarak tespit edilmiştir. Ruhsal sorunlar ve duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları arasındaki ilişkiler tek tek incelendiğinde; anksiyete alt boyutu; kabullenememe ($r = .43, p < .01$), hedefler ($r = .53$,

$p < .01$), stratejiler ($r=.66, p < .01$), açıklık ($r=.37, p < .01$), dürtüsellik ($r=.65, p < .01$) alt boyutları ile anlamlı ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. Buna karşılık farkındalık ($r=.19, p < .05$) alt boyutu ile arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Depresyon alt boyutu ile duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları içerisinde yalnızca farkındalık ($r=.19, p < .05$) ile anlamlı bir ilişki ortaya çıkmamıştır. Diğer alt boyutlar arasındaki ilişkiler sırasıyla; kabullenememe ($r=.36, p < .01$), hedefler ($r=.50, p < .01$), stratejiler ($r=.62, p < .01$), açıklık ($r=.42, p < .01$), dürtüsellik ($r=.44, p < .01$) olarak belirlenmiştir. Benzer bir şekilde somatizasyon alt boyutu ile farkındalık ($r=.19, p < .05$) alt boyutu arasında da anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. Diğer alt boyutlar arasında elde edilen ilişkiler; kabullenememe ($r=.34, p < .01$), hedefler ($r=.34, p < .01$), stratejiler ($r=.55, p < .01$), açıklık ($r=.46, p < .01$), dürtüsellik ($r=.50, p < .01$) olarak belirlenmiştir. Ruhsal sorun alt boyutlarından bir diğeri olan hostilite ile duygu düzenleme güçlüğü farkındalık ($r=.14, p < .05$) ve açıklık ($r=.22, p < .05$) alt boyutu arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Buna karşılık, kabullenememe ($r=.27, p < .05$), hedefler ($r=.35, p < .01$), stratejiler ($r=.51, p < .01$), dürtüsellik ($r=.66, p < .01$) alt boyutları arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Olumsuz benlik alt boyutu ise tüm duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları ile ilişkili bulunmuştur. Elde edilen ilişki katsayıları sırasıyla kabullenememe ($r=.39, p < .01$), hedefler ($r=.44, p < .01$), farkındalık ($r=.24, p < .05$), stratejiler ($r=.68, p < .01$), açıklık ($r=.30, p < .01$), dürtüsellik ($r=.57, p < .01$) olarak tespit edilmiştir.

Çalışma grubu için gerçekleştirilen pearson momentler çarpımı korelasyon katsayıları analizi sonuçları Tablo 4.8’de gösterilmiştir.

Tablo 4.8 Çalışma Grubu Değişkenleri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. KSE	-															
2. DDG	.75**	-														
3. ASRS	.22	.10	-													
4. DEHB_DIK	.26*	.23*	.56**	-												
5. DEHB_DUR	.04	-.08	.70**	-.20	-											
6. DDG_KBL	.43**	.70**	-.03	-.04	0	-										
7. DDG_HDFL	.53**	.68**	.01	.30**	-.24*	.33**	-									
8. DDG_FRK	.23*	.37**	-.06	.04	-.11	.14	0	-								
9. DDG_STR	.73**	.79**	.15	.28*	-.06	.52**	.63**	.21	-							
10. DDG_ACKL	.42**	.64**	.09	.21	-.07	.35**	.27*	.50**	.36**	-						
11. DDG_DURT	.66**	.75**	.19	.13	.11	.42**	.51**	.09	.65**	.25*	-					
12. KSE_ANK	.91**	.71**	.23*	.26*	.05	.43**	.53**	.19	.66**	.37**	.65**	-				
13. KSE_DEP	.89**	.63**	.11	.26*	-.08	.36**	.50**	.19	.62**	.42**	.44**	.71**	-			
14. KSE_SOMT	.73**	.59**	.29*	.21	.16	.34**	.34**	.19	.55**	.46**	.50**	.63**	.59**	-		
15. KSE_HOST	.75**	.55**	.35**	.16	.27*	.27*	.35**	.14	.51**	.22	.66**	.68**	.55**	.51**	-	
16. KSE_OLMBENL	.89**	.66**	.05	.18	-.10	.39**	.44**	.24*	.68**	.30**	.57**	.78**	.77**	.47**	.58**	-

Not: N = 75. KSE: Kısa Semptom Envanteri; DDG: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği; ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği; DEHB_DIK: Dikkat Eksikliği Alt Boyutu; DEHB_DUR: Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu; DDG_KBL: Kabullenememe Alt Boyutu; DDG_HDFL: Hedefler Alt Boyutu; DDG_ACKL: Açıklık Alt Boyutu; DDG_STR: Stratejiler Alt Boyutu; DDG_DURT: Dürtüsellik Alt Boyutu; KSE_ANK: Anksiyete Alt Boyutu; KSE_DEP: Depresyon Alt Boyutu; KSE_SOMT: Somatizasyon Alt Boyutu; KSE_HOST: Hostilite Alt Boyutu; KSE_OLMBENL: Olumsuz Benlik Alt Boyutu; ** $p < .01$, * $p < .05$

4.6.2 Kontrol Grubunda Yer Alan Değişkenler ve Alt Boyutları Arasındaki İlişki

Araştırmanın kontrol grubunu oluşturan katılımcıların DEHB, ruhsal sorunlar ve duygu düzenlenme güçlüğü şiddeti arasındaki ilişkiyi incelemek amacıyla pearson momentler çarpımı korelasyon katsayıları analizi gerçekleştirilmiştir. İlgili analiz sonuçları ilk olarak ölçek toplam puanları açısından değerlendirilmiştir. Yalnızca, ASRS ölçeğinin değerlendirmesinin alt boyut puanları üzerinden yapılması nedeniyle, bu ölçeğin toplam puanına ilişkin sonuçlar değerlendirmeye alınmamıştır.

Öncelikli olarak, ruhsal sorunlar ve duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki incelendiğinde ($r = .71, p < .01$) istatistiksel olarak anlamlı ve güçlü bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda, DEHB dikkat eksikliği alt puanı ($r = .25, p < .05$) ve hiperaktivite/dürtüsellik alt puanı ($r = .25, p < .05$) ile ruhsal sorunlar arasında anlamlı ve orta düzey bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Buna karşılık; DEHB dikkat eksikliği alt puanı ($r = .21, p < .05$) ve hiperaktivite/dürtüsellik alt puanı ($r = .13, p < .05$) ile duygu düzenlenme güçlüğü arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Alt boyutlar arası ilişkiler incelendiğinde; DEHB dikkat eksikliği alt puanı ile duygu düzenlenme güçlüğü alt boyutlarından hedefler ($r = .40, p < .01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta düzey ilişki tespit edilmiştir. Buna karşılık kabullenememe ($r = .07, p < .05$), farkındalık ($r = -.04, p < .05$), açıklık ($r = .13, p < .05$), stratejiler ($r = .11, p < .05$) ve dürtüsellik ($r = .08, p < .05$) alt boyutları ile ilişkili bulunmamıştır. Benzer bir şekilde; DEHB hiperaktivite/dürtüsellik alt puanı ile hedefler ($r = .24, p < .01$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı orta düzey bir ilişki elde edilirken; kabullenememe ($r = .03, p < .05$), farkındalık ($r = .02, p < .05$), açıklık ($r = -.17, p < .05$), stratejiler ($r = .09, p < .05$) ve dürtüsellik ($r = .19, p < .05$) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

Ruhsal sorun alt boyutları ile DEHB alt puanları arasındaki ilişki incelendiğinde; DEHB dikkat eksikliği alt puanı ile anksiyete ($r = .34, p < .01$), depresyon ($r = .23, p < .05$) ve somatizasyon ($r = .23, p < .05$), arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler saptanmıştır. Ancak; hostilite ($r = .11, p < .05$) ve olumsuz benlik ($r = .11, p < .05$) alt boyutları arasında anlamlı bir ilişki tespit edilememiştir. DEHB hiperaktivite/dürtüsellik alt puanı ise yalnızca hostilite ($r = .29, p < .05$) ile

anlamli bir ilişki göstermiştir. Buna karşılık geriye kalan anksiyete ($r = .18, p < .05$), depresyon ($r = .19, p < .05$), somatizasyon ($r = .15, p < .05$) ve olumsuz benlik ($r = .22, p < .05$) ile ilişkili bulunmamıştır.

Son olarak, ruhsal sorunlar ile duygu düzenleme g       alt boyutları arasındaki ilişkiye bakıldığında, farkındalık ($r = .14, p < .05$) dışında kalan tüm alt boyutlar ile istatistiksel açıdan anlamli bir ilişki olduğu belirlenmiştir. Elde edilen korelasyon katsayıları sırasıyla kabullenememe ($r = .49, p < .01$), hedefler ($r = .62, p < .01$), stratejiler ($r = .55, p < .01$), açıklık ($r = .46, p < .01$), dürtüsellik ($r = .64, p < .01$) olarak tespit edilmiştir. Ruhsal sorunlar ve duygu düzenleme g       alt boyutları arasındaki ilişkiler tek tek incelendiğinde; anksiyete alt boyutunun; kabullenememe ($r = .41, p < .01$), hedefler ($r = .66, p < .01$), stratejiler ($r = .38, p < .01$), açıklık ($r = .31, p < .01$), dürtüsellik ($r = .53, p < .01$) alt boyutları ile anlamli ilişkiler gösterdiği bulunmuştur. Buna karşılık farkındalık ($r = .01, p < .05$) alt boyutu ile arasında anlamli bir ilişki bulunamamıştır. Depresyon alt boyutu ile duygu düzenleme g       alt boyutları içerisinde yalnızca farkındalık ($r = .19, p < .05$) ile anlamli bir ilişki ortaya  ıkınamıştır. Diğer alt boyutlar arasındaki ilişkiler sırasıyla; kabullenememe ($r = .46, p < .01$), hedefler ($r = .53, p < .01$), stratejiler ($r = .58, p < .01$), açıklık ($r = .54, p < .01$), dürtüsellik ($r = .60, p < .01$) olarak belirlenmiştir. Benzer bir şekilde somatizasyon alt boyutu ile farkındalık ($r = .10, p < .05$) alt boyutu arasında da anlamli bir ilişki tespit edilememiştir. Diğer alt boyutlar arasında elde edilen ilişkiler; kabullenememe ($r = .36, p < .01$), hedefler ($r = .36, p < .01$), stratejiler ($r = .37, p < .01$), açıklık ($r = .42, p < .01$), dürtüsellik ($r = .43, p < .01$) olarak belirlenmiştir. Ruhsal sorun alt boyutlarından bir diğeri olan hostilit  ile farkındalık ($r = .06, p < .05$) ve açıklık ($r = .17, p < .05$) alt boyutu arasında anlamli bir ilişki bulunamamıştır. Buna karşın, kabullenememe ($r = .36, p < .05$), hedefler ($r = .39, p < .01$), stratejiler ($r = .38, p < .01$), dürtüsellik ($r = .53, p < .01$) alt boyutları arasında anlamli ilişkiler tespit edilmiştir. Olumsuz benlik alt boyutu ile kabullenememe ($r = .42, p < .01$), hedefler ($r = .54, p < .01$), stratejiler ($r = .49, p < .01$), açıklık ($r = .40, p < .01$), dürtüsellik ($r = .51, p < .01$) alt boyutları arasında anlamli ilişkiler belirlenirken farkındalık ($r = .18, p < .05$) alt boyutu arasında anlamli bir ilişki tespit edilememiştir.

Kontrol grubu için gerçekleştirilen pearson momentler çarpımı korelasyon katsayıları analizi sonuçları Tablo 4.9’da gösterilmiştir.

Tablo 4.9 Kontrol Grubu Değişkenleri ve Alt Boyutları Arasındaki İlişkiler

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. KSE	-															
2. DDG	.71**	-														
3. ASRS	.31**	.22	-													
4. DEHB_DIK	.25*	.21	.82**	-												
5. DEHB_DUR	.25*	.13	.76**	.25*	-											
6. DDG_KBL	.49**	.67**	.06	.07	.03	-										
7. DDG_HDFL	.62**	.75**	.40**	.40**	.24*	.39**	-									
8. DDG_FRK	.14	.38**	-.02	-.04	.02	.10	-.01	-								
9. DDG_STR	.55**	.87**	.13	.11	.09	.67**	.61**	.12	-							
10. DDG_ACKL	.46**	.67**	-.01	.13	-.17	.31**	.35**	.28*	.51**	-						
11. DDG_DURT	.64**	.79**	.17	.08	.19	.50**	.49**	.19	.66**	.47**	-					
12. KSE_ANK	.87**	.57**	.33**	.34**	.18	.41**	.66**	.01	.38**	.31**	.53**	-				
13. KSE_DEP	.89**	.69**	.27*	.23*	.19	.46**	.53**	.19	.58**	.54**	.60**	.70**	-			
14. KSE_SOMT	.67**	.48**	.25*	.23*	.15	.36**	.36**	.10	.37**	.42**	.43**	.50**	.59**	-		
15. KSE_HOST	.77**	.46**	.25*	.11	.29*	.36**	.39**	.06	.38**	.17	.53**	.66**	.54**	.39**	-	
16. KSE_OLMBENL	.85**	.62**	.20	.11	.22	.42**	.54**	.18	.49**	.40**	.51**	.65**	.70**	.45**	.61**	-

Not: N = 75. KSE: Kısa Semptom Envanteri; DDG: Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği; ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği; DEHB_DIK: Dikkat Eksikliği Alt Boyutu; DEHB_DUR: Hiperaktivite/Dürtüsellik Alt Boyutu; DDG_KBL: Kabullenememe Alt Boyutu; DDG_HDFL: Hedefler Alt Boyutu; DDG_ACKL: Açıklık Alt Boyutu; DDG_STR: Stratejiler Alt Boyutu; DDG_DURT: Dürtüsellik Alt Boyutu; KSE_ANK: Anksiyete Alt Boyutu; KSE_DEP: Depresyon Alt Boyutu; KSE_SOMT: Somatizasyon Alt Boyutu; KSE_HOST: Hostilite Alt Boyutu; KSE_OLMBENL: Olumsuz Benlik Alt Boyutu; ** $p < .01$, * $p < .05$

4.7 Değişkenler Arası Yordayıcı İlişkilere Dair Bulgular

DEHB belirti şiddeti, ruhsal sorunlar ve duygu düzenlenme güçlüğü arasındaki yordayıcı ilişkileri belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi gerçekleştirilmiştir. Çoklu regresyon analizleri için; bağımsız değişkenler arasında korelasyonun aşırı yüksek ($r > .90$ ya da $.80$) olmasını ifade eden çoklu ortak doğrusallık, bir bağımsız değişkenin diğer bağımsız değişkenlerin bir birleşimi (hem alt puanların hem de ölçeğe ilişkin toplam puanın denkleme dahil edilmesi gibi) olduğu durumu ifade eden tekliklik, VIF (Variance Inflation Factor) değerinin 10'dan büyük olmaması ve tolerans değerinin $.20$ 'den küçük olmaması varsayımları kontrol edilmiş ve ilgili değerlerin aşılmadığı belirlenmiştir (Stevens, 2009). Mevcut çalışmada çoklu regresyon denklemlerine sokulan değişkenler arası korelasyon değerlerinin aşırı yüksek olmadığı (hem çalışma hem kontrol grubu bağlamında elde edilen tüm korelasyon katsayıları içinde en yüksek değer ($r = .67$), en küçük tolerans değeri ($.319$) ve en büyük VIF değeri (3.134) incelendiğinde çoklu bağlantı sorunu olmadığı gözlenmiştir. Bir değişkenin birden fazla değişken bileşiminden oluşmamasına özellikle dikkat edilerek tekliklik koşulu sağlanmıştır (Tabachnick ve Fidel, 2001). Ayrıca hataların bağımsızlığını sağlamak için Durbin-Watson test istatistiği incelenmiş ve hiyerarşik çoklu regresyon analizinde Durbin-Watson test değerlerinin ($1.402-2.236$) $1.00-3.00$ arasında yer aldığından görülmüştür.

Araştırma kapsamında değerlendirilen DEHB şiddeti ve duygu düzenlenme güçlüğü değişkenlerinin ruhsal sorunlara ilişkin yordama gücünü belirlemek amacıyla hem çalışma grubu hem de kontrol grubu için hiyerarşik çoklu regresyon analizleri gerçekleştirilmiştir. Regresyon analizlerinde bağımlı (yordanan) değişken olarak ele alınan değişkenler ruhsal sorunlar “Kısa Symptom Envanteri (KSE)” ile elde edilen ölçek toplam puanı olarak değerlendirmeye alınmıştır.

Bağımsız (yordayan) değişkenler olarak ele alınan değişkenler ise “Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (Adult ADHD Self Report Scale: ASRS-v1.1)” ile elde edilen; dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik alt puanları ve “Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği (DDGÖ)” ile elde edilen; dürtü, kabullenememe, hedefler, farkındalık, stratejiler ve açıklık alt boyut puanlarıdır.

4.7.1 Çalışma Grubu DEHB ve DDG Değişkenlerinin KSE Toplam Puanı Yordama Gücüne İlişkin Bulgular

Araştırmanın çalışma grubunda yer alan katılımcıların ruhsal sorunlara ilişkin yordayıcı değişkenlerin belirlenmesi amacıyla hiyerarşik çoklu regresyon analizi yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 4.10’da sunulmuştur. Gerçekleştirilen çoklu regresyon analizinde öncelikle denkleme DEHB puanlarından anlamlı ilişki gösteren “Dikkat eksikliği” puanı dahil edilmiş ve ikinci basamağında ise KSE toplam puan ile anlamlı ilişki gösteren DDG alt puanları işleme dahil edilerek enter modeliyle analiz gerçekleştirilmiştir.

Elde edilen analiz sonuçlarının ilk basamağında “Dikkat eksikliği” puanının ruhsal sorunlar üzerinde yaklaşık %7’lik (.067) bir açıklama gücü gösterdiği belirlenmiştir. İkinci basamağında ise DDG alt puanlarının işleme dahil edilmesi ile birlikte %55’lik bir değişim yaşandığı ve toplam varyanslarda ki açıklama gücünün %62’ye yükseldiği saptanmıştır. Ancak DDG puanlarının regresyon denklemine dahil edilmesi ile DEHB “Dikkat eksikliği” alt puanının sağladığı açıklama gücü istatistiksel olarak anlamlılığını yitirmiştir ($p=.465$). Ayrıca DDG alt puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı açıklama gücüne sahip olan iki alt puan; “Stratejiler ($p=.002$)” ve “Dürtü ($p=.003$)” olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.10 Çalışma Grubu DEHB ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Alt Boyutlarının Ruhsal Sorunları Yordama Gücü

	Model 1	B	SH	B	T	P	R ²	ΔR ²
Hiyerarşik Çoklu Regresyon	Dikkat Eksikliği	1.673	.734	.258	2.281	.025*	.067	.067
	Model 2							
	Dikkat Eksikliği	.398	.542	.061	.736	.465		
	Stratejiler	1.921	.588	.407	3.269	.002**		
	Dürtü	1.716	.557	.314	3.078	.003**		
	Kabullenememe	.171	.611	.026	.280	.780	.620	.554
	Hedefler	.298	.707	.043	.421	.675		
	Farkındalık	.321	.639	.045	.502	.617		
	Açıklık	.965	.686	.136	1.407	.164		

4.7.2 Kontrol Grubu DEHB ve DDG Değişkenlerinin KSE Toplam Puanı Yordama Gücüne İlişkin Bulgular

Kontrol grubunu oluşturan katılımcılara ilişkin verilere yönelik gerçekleştirilen, KSE toplam puanına ilişkin regresyon analizi hiyerarşik çoklu regresyon modeli ile yapılmış ve elde edilen sonuçlar Tablo 4.11’de sunulmuştur. Gerçekleştirilen çoklu regresyon analizinde öncelikle denkleme DEHB puanlarından anlamlı ilişki gösteren “Dikkat eksikliği” ve “Hiperaktivite/Dürtüsellik” puanları dahil edilmiş ve ikinci basamağında ise KSE toplam puan ile anlamlı ilişki gösteren DDG alt puanları işleme dahil edilerek enter modeliyle analiz gerçekleştirilmiştir

Gerçekleştirilen çoklu regresyon analizinin ilk basamağında “Dikkat eksikliği” ve “Hiperaktivite/Dürtüsellik” puanının ruhsal sorunlar üzerinde %10’u (.100) bir açıklama gücü gösterdiği belirlenmiştir. Ancak oluşturulan model istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. İkinci aşamada ise DEHB puanlarına ek olarak işleme dahil edilen DDG puanları ile açıklanan toplam varyans oranı %49 artarak %59’a ulaşmıştır. Gerçekleştirilen analiz sonucunda açıklanan toplam varyansa anlamlı katkı sağlayan alt puanlar; “Dürtü ($p=.004$)” “Kabullenememe ($p=.037$)” “Hedefler ($p=.003$)” “Açıklık ($p=.038$)” olarak belirlenmiştir.

Tablo 4.11 Kontrol Grubu DEHB ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Değişken Alt Boyutlarının Ruhsal Sorunları Yordama Gücü

	Model 1	B	SH	B	t	P	R ²	ΔR ²
Hyerarşik Çoklu Regresyon	Dikkat Eksikliği	.739	.433	.197	1.706	.092	.100	.100
	Hiperaktivite/ Dürtüsellik	.847	.485	.202	1.748	.085		
	Model 2							
	Dikkat Eksikliği	.087	.334	.023	.260	.795	.591	.491
	Hiperaktivite/ Dürtüsellik	.597	.369	.142	1.615	.111		
	Stratejiler	-.534	.489	-.153	-1.093	.278		
	Dürtü	1.520	.514	.332	2.960	.004**		
	Kabullenememe	1.526	.717	.227	2.127	.037*		
	Hedefler	1.023	.330	.343	3.099	.003**		
	Açıklık	1.202	.569	.209	2.114	.038*		

5 TARTIŞMA

Bu çalışmada, ilk kez yapılandırılmış klinik değerlendirme ile DEHB tanısı konulan bir yükseköğretim programına devam eden genç erişkinler ve sağlıklı kontrollerin ruhsal sorunları ve duygu düzenleme becerileri karşılaştırılmıştır. Genç erişkinlerde ruhsal sorunları yordayan faktörler, DEHB ve sağlıklı kontrol grubunda ayrı ayrı incelenmiştir.

5.1 Tarama Çalışmasından Elde Edilen Verilerin Yorumlanması

Literatürde, erişkin DEHB prevalansı ile ilgili farklı sonuçlara ulaşılmış, bildirilen oranların %3.4-7.11 aralığında değiştiği görülmüştür (Fayyad vd., 2007; Polaneczyk vd., 2007; Yallop vd., 2015). Gerçekleştirilen çalışmada, 683'ü (% 49.3) kadın ve 702'si (%50.7) erkek olmak üzere, 1385 katılımcıda DEHB taranmıştır. Yazında yer alan bilgilere benzer bir şekilde bu katılımcıların 129'unun (%9,31) yüksek olasılıklı DEHB grubunda yer aldığı saptanmıştır. Bu katılımcılardan, 99'unun (%78,6) dikkat eksikliği, 59'unun (%46,8) ise hiperaktivite/dürtüsellik alt puanları yüksek bulunmuştur. Elde edilen bu bulgu, yazında sıklıkla belirtilen hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerin yaşla birlikte azaldığı ancak dikkat eksikliği belirtilerinin korunduğu bilgisi (Bauermeister vd., 1992; Biederman vd., 2004; Quinn vd., 2008) ile örtüşmektedir. Bu bulguların yanı sıra yüksek olasılıklı DEHB olduğu belirlenen 129 katılımcıdan araştırmanın dahil edilme kriterlerine uyan 95 katılımcı SCİD-5 değerlendirmesine alınmıştır. Gerçekleştirilen SCİD-5 değerlendirmesi sonucu 20 katılımcının (%21) DEHB olmadığı belirlenmiştir. Yazında, DEHB psikopatolojisine ilişkin yanlış tanılamamanın elde edilen DEHB prevelansını etkileyen faktörlerden biri olabileceği tartışılan konulardan biridir (Schwandt ve Wuppermann, 2016; Johnson vd., 2020). Aynı zamanda yazın incelendiğinde tarama ile gerçekleştirilen çalışmalar ve klinik değerlendirmenin gerçekleştirildiği çalışmalar arasında elde edilen DEHB oranlarının farklılaştığı görülmektedir (Bodalski vd., 2018; Soendergaard vd., 2016; Simon vd., 2009). Literatürde yer alan bilgilerden yola çıkarak ulaşılan bu sonuç, yalnızca tarama üzerinden yapılan DEHB değerlendirmesinin yanlış tanılama olasılığını arttıracak ve DEHB ile ilgili yapılan çalışma sonuçlarının güvenilirliğini olumsuz yönde etkileyebileceği şeklinde yorumlanmıştır.

5.2 Çalışma Grubundan Elde Edilen Verilerin Yorumlanması

Araştırmanın bu bölümde çalışma grubundan elde edilen demografik değişkenler ve SCID-5 değerlendirmesi aracılığıyla belirlenen eştanı oranlarına ilişkin bulgular incelenmiştir.

5.2.1 Çalışma Grubunda Demografik Özelliklerin Yorumlanması

DEHB cinsiyet ilişkisi incelendiğinde literatürde baskın görüşün erkeklerde DEHB görülme sıklığının kadınlardan daha yüksek olduğu şeklindedir (Milich vd., 2002; Baeyens vd., 2006; Feldman, 2009). Çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda DEHB'nin erkeklerde daha yaygın olduğu ancak erişkinlerde yapılan izlem çalışmalarında cinsiyetler arası farkın büyük oranda azaldığı bildirilmiştir (Biederman vd., 2004; Quinn vd., 2008). Erişkinlerde cinsiyetler arasında azalan farkın iki temel nedenden kaynaklı olabileceği öne sürülmüştür. Bunlardan ilki kadınlarda “Dikkat Eksikliği” baskın olan görünümün yaygın olması ve bu alt tipin çocukluk döneminde daha fazla gözden kaçması, ikincisi ise hareketlilik ve dürtüsellik belirtilerinin zaman içerisinde daha fazla azalması ve dikkat eksikliği belirtilerinin daha fazla korunmasıdır (Gaub ve Carlson, 1997; Biederman vd., 2002; Robinson vd., 2008). Literatürde yer alan bilgiler ile paralel bir biçimde, genç erişkinlerle gerçekleştirilen bu çalışmada DEHB'li genç erişkinlerde, DEHB şiddeti açısından cinsiyetler arası anlamlı bir fark bulunmamıştır. Kız çocuklarında DEHB belirtilerinin yaygın olarak dikkatsizlik alanı üzerinden ortaya çıkması nedeniyle klinik başvuru oranlarının daha düşük olduğu, toplum örneklemeyle yapılan çalışmalarda kız/erkek oranının daha yüksek olduğu bildirilmektedir (Szatmari vd., 1989; Arnold, 1996; Gaub ve Carlson, 1997). Çalışmamızda katılımcıların tarama yöntemiyle belirlenmiş olmasının kadın/erkek oranında belirleyici etkisi olabileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte, hareketlilik ve dürtüsellik gibi erkek çocuklarda daha fazla olduğu saptanan belirtilerin yaşla birlikte daha fazla azaldığı ve erişkinlere tanı konulurken dikkat eksikliği belirtilerinin daha belirleyici olduğu yazında bildirilmektedir (Biederman vd., 2002; Biederman vd., 2004; Quinn, 2008). Ayrıca erkek çocuklarda belirti şiddetinin daha yüksek olduğu ve şiddetli belirtileri olan çocuk ve ergenlerin okul hayatında akademik başarının yanı sıra uyum güclüğü yaşanmasına neden olduğu ve eğitimi daha fazla yarıda bıraktıkları belirlenmiştir (Weiss vd., 1985; Willcutt, 2012; Rasmussen ve Gillberg, 2000). Literatürde yer alan bilgiler doğrultusunda çalışmamızda cinsiyetler açısından

belirlenen oranların, DEHB'li erkeklerin yüksek öğrenime ulaşmadan eğitimlerini daha fazla yarıda bırakmasından da kaynaklanmış olabileceği düşünülmüştür.

5.2.2 Çalışma Grubunda DEHB'ye Eşlik Eden Psikopatolojilerin Yorumlanması

Çalışma grubunda ruhsal sorun şiddetinin yanı sıra eştanı varlığını tespit edebilmek amacıyla gerçekleştirilen SCID-5 değerlendirmesi sonucunda katılımcıların %26.7'sinde tek, %36'sında ise çoklu olmak üzere toplam %62.7 oranında çeşitli psikiyatrik eştanıların varlığı belirlenmiş, yaşam boyu herhangi bir eştanısı bulunmayan katılımcı oranı ise %17.3 olarak tespit edilmiştir. Aynı zamanda, çalışma grubunda tespit edilen eştanılar ve oranları sırasıyla; depresyon (%33.3), sosyal kaygı bozukluğu (%22.7), distimi (%14.7), alkol kullanım bozukluğu (%13.3), yaygın anksiyete bozukluğu (%4), TSSB (%2.7), OKB (%1.3) ve panik bozukluğu (%1.3) olarak bulunmuştur.

Çalışma grubunda belirtilen eştanı oranları, literatürde yer alan bilgiler ile benzerlik göstermektedir (Sobanski vd., 2007; Wilens, 2009; Pineiro-Diequez vd., 2014). Yazında, DEHB'ye eşlik eden ruhsal hastalıklara ilişkin bildirilen oranlar incelendiğinde, sonuçların araştırmanın gerçekleştirildiği örneklem grubu özelliklerine bağlı olarak değişkenlik gösterdiği görülmüştür (Lin vd., 2015; Rucklidge vd., 2016; Miesch ve Deister, 2018). Literatürde, sıklıkla klinik örneklem ile çalışmalar gerçekleştirilmiş; toplum örneklemleri çalışmalara kısıtlı sayıda yer verilmiştir. Yazında yer alan toplum örneklemleri çalışmalar ile karşılaştırıldığında; elde edilen eştanı oranları; depresyon, sosyal kaygı bozukluğu, distimi, OKB, yaygın anksiyete bozukluğu için literatürdeki oranlar ile benzerlik gösterirken (Hesson ve Fowler, 2015; Kessler vd., 2006; Sobanski vd., 2008), alkol kullanım bozukluğu, TSSB ve panik bozukluğu oranlarının yazında bildirilenden daha düşük olduğu görülmüştür (Kessler vd., 2005; Solberg vd., 2018; Yoshimasu vd., 2016). Bununla birlikte, uygun tedaviyi almamış DEHB'li bireylerde eş tanı oranlarının zaman içerisinde arttığı gerçekleştirilen izlem çalışmalarında bildirilmiştir (Tsai vd., 2019; Halmoy vd., 2009; Soendergaard vd., 2016). Bu bilgiler doğrultusunda, gerçekleştirilen çalışmada; literatürde yer alan çalışmalardan farklı olarak katılımcıların yalnızca genç erişkinlerden oluşması ve bu dönemin ruhsal sorun şiddeti ve yaygınlığı açısından erişkinliğin ileri dönemlerinden daha hafif seyretmesinin

bulgular arası farkın olası nedenlerinden biri olabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda, TSSB, panik bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğunun yaygın olarak 20-35 yaş aralığında görüldüğü bilgisi yazında yer almaktadır (Jacobi vd., 2014; Bijl vd., 1998; Kessler, 1994). Bu bilgidan yola çıkarak çalışma grubunda yer alan katılımcıların bu psikopatolojilerin yeni başladığı yaşlarda yer almasının da elde edilen oranlar üzerinde önemli bir etkisi olduğu düşünülmüştür. Bunların yanı sıra, alkol kullanım bozukluğuna ilişkin oranların literatürde bildirilen oranlardan düşük bulunmasının bir diğer nedeni dini inanç ve yüksek oranda aile ile yaşamak gibi sosyokültürel faktörlerin de etkisinden kaynaklı olabileceği düşünülmüştür.

5.3 Grup Karşılaştırma Analizlerinin Yorumlanması

Araştırmanın bu bölümünde çalışma ve kontrol grubuna ait sosyodemografik değişkenler, ruhsal sorun ve duygu düzenleme güçlüğü şiddetlerine ilişkin veriler karşılaştırmalı olarak incelenmiştir.

5.3.1 Grupların Sosyodemografik Değişkenler Açısından Karşılaştırılması

Literatürde, DEHB’li bireylerin kendi yaş grupları ile karşılaştırıldığında, çocukluk döneminden itibaren hem kişisel hem kişilerarası alanlarda daha fazla sorun yaşadığı bildirilmiştir (Barkley, 1997; Barkley, 1998; Moss, 2007). Çocukluk döneminde tanılanmamış ve uygun tedavi görmemiş DEHB’li bireylerin kronik sorun yaşadığı alanlardan birinin eğitim olduğu gerçekleştirilen çalışmalarda ortaya konmuştur (Asherson vd., 2016; Fraone vd., 2000; Instanes; 2016). Eğitim hayatında ortaya çıkan problemlerin bir yansıması olarak DEHB’li bireylerin; daha yüksek oranda eğitimi yarıda bırakma, sınıf tekrarı yapma, disiplin cezası alma, düşük akademik başarı gösterme ve yüksek öğrenimi tamamlamama sorunu yaşadıkları yazında bildirilmiştir (Minde vd., 1971; Frazier vd., 2007). Literatürde yer alan bilgileri destekleyen şekilde gerçekleştirilen çalışmada, kontrol grubu ile karşılaştırıldığında DEHB’li katılımcıların eğitim aldıkları yüksek öğrenim programının daha düşük seviyede olduğu, eğitim sürecinde yaşadıkları yıl kaybının ve yarıda bıraktıkları eğitim programının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Gerçekleştirilen aile, ikiz, evlat edinme ve genetik odaklı çalışmalar; DEHB’nin gelişmesinde genetik faktörlerin etkisini ortaya koymuş, DEHB’li ebeveynlerin

çocuklarında DEHB riskinin iki ile sekiz kat arasında arttığı saptanmıştır (Faraone vd., 2005; Faraone ve Doyle, 2001). Gerçekleştirilen çalışmada; DEHB’li katılımcıların annelerinin eğitim seviyesi kontrol grubundaki katılımcılara göre anlamlı şekilde daha düşük olduğu belirlenmiştir. Literatürde yer alan bilgiler göz önünde bulundurulduğunda bu bulgu; çalışma grubundaki katılımcıların annelerinde DEHB belirti şiddet oranının daha yüksek olabileceği ve bu durumun bir sonucu olarak eğitimlerini yarıda bırakma şeklinde yaşamlarına yansıyabileceği şeklinde yorumlanmıştır.

Son yıllarda literatürde, DEHB ile suç işleme davranışı arasındaki ilişki sıklıkla incelenen konulardan biri olmuştur (Moore vd., 2016; Young ve Thome, 2011; Ginsberg vd., 2010). Birçok araştırmada DEHB’li bireylerde kendi akranlarına kıyasla daha yüksek oranda suç işleme davranışının ortaya çıktığı bildirilmiştir (Hechtman ve Weiss 1986; Mannuzza vd. 1989; Satterfield vd. 1994). Bununla birlikte, suç işleme davranışlarının DEHB hiperaktivite/dürtüsellik alanıyla ilişkili olduğu bilgisi yazında yer almaktadır (Konstenius vd., 2012; Satterfield vd., 1994; Kessler vd., 2006). Gerçekleştirilen çalışmada adli öykü açısından DEHB’li bireyler ve kontrol grubu arasında herhangi bir fark bulunmamıştır. Bulgular arası bu farkın, çalışma grubunda hiperaktivite/dürtüsellüğün baskın olduğu DEHB’li katılımcıların sayıca az olmasından ve çalışmanın gerçekleştirildiği grubun üniversite öğrencisi olması nedeniyle işlevsellikleri yüksek olan bir grup olmasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. Bununla birlikte, çalışmada yer alan genç erişkinlerin yüksek öğrenime devam etmeyen DEHB’li bireylere göre yüksek olasılıkla daha düşük DEHB belirti şiddeti gösteren katılımcılardan oluşmuştur. Çalışmada ulaşılan sonuç değerlendirilirken bu durum da göz önünde bulundurulmalıdır.

5.3.2 Grupların Ruhsal Sorunlar Açısından Karşılaştırılması

Gerçekleştirilen analizler sonucunda çalışma ve kontrol grubu ruhsal sorun şiddeti açısından anlamlı sonuçlar elde edilmiş, DEHB’li bireylerdeki ruhsal sorun şiddetinin, sağlıklı kontrol grubuna göre istatistiksel açıdan anlamlı bir biçimde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Elde edilen bu bulgu birçok araştırma sonucunda saptanan; DEHB’li bireylerde daha fazla ruhsal sorun bulunduğu bilgisini desteklemektedir (Morrison, 1980; Cantwell, 1996; Biederman vd., 1996). Ancak, araştırmanın kontrol grubu oluşturulurken katılımcılara SCID-5 değerlendirilmesi

yapılarak herhangi bir psikopatolojisi olmayan katılımcılar araştırmanın kontrol grubuna alınmıştır. Çalışma grubunda, DEHB'ye eşlik eden psikopatolojileri olan katılımcıların da araştırmaya dahil edilmiş olmasının bu sonucun ortaya çıkmasında önemli bir neden olduğu göz önünde bulundurulmalıdır.

5.3.3 Grupların Duygu Düzenleme Güçlüğü Açısından Karşılaştırılması

Gruplar duygu düzenleme güçlüğü açısından karşılaştırıldığında; DEHB'li katılımcıların sağlıklı kontrol grubuna göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı belirlenmiştir. Elde edilen bu sonuç, DEHB'li bireylerin duygu düzenleme becerilerinin sağlıklı popülasyona göre daha zayıf olduğu ve bu durum ile bağlantılı olarak daha yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlüğü yaşadığına ilişkin literatürde yer alan bilgiler ile örtüşmektedir (Retz vd., 2012; Bodalski vd., 2018; Beheshti vd., 2018). Bunun yanı sıra yazında çok fazla ele alınmamış olmakla birlikte DEHB'li bireylerdeki duygu düzenleme güçlüğü ve cinsiyetler arası farkı inceleyen çalışmalar kadın DEHB'li bireyin erkeklere göre daha yüksek düzeyde duygu düzenleme güçlüğü yaşadığına dair sonuçlara ulaşmıştır (Robison vd., 2008; Reimherr vd., 2010; Retz-Junginger vd., 2012). Çalışmamızda ise; DEHB'li genç erişkinler kendi içinde cinsiyet açısından karşılaştırıldığında duygu düzenleme güçlüğü açısından herhangi bir fark bulunmamıştır. DEHB'de duygu düzenleme güçlüğü cinsiyetler açısından karşılaştıran az sayıda çalışmanın klinik örneklem üzerinden gerçekleştirilmesi ve araştırma içerisinde kişilik bozukluğu, bipolar bozukluk ve madde kötüye kullanım bozukluğu gibi psikopatolojisi olan hastaların da yer alması saf bir karşılaştırma yapılmasını etkilediği düşünülmüştür.

5.4 Grup İçi İlişkisel Analizlerin Yorumlanması

Araştırmada kullanılan özbildirim ölçeklerinden elde edilen sayısal verilerin öncelikle korelasyon analizleri yapılarak aralarındaki ilişki incelenmiştir. Korelasyon analizinde ruhsal belirti şiddeti ile ilişkili bulunan ölçek puanları çoklu doğrusal regresyon analizine alınarak ruhsal sorunları yordayan faktörler belirlenmiştir. Çalışma grubunda oluşturulan regresyon modelinde dikkat eksikliği, stratejiler ve dürtü alt boyutlarının ruhsal sorunlar üzerinde yordayıcı bir etkisinin olduğu bulunmuştur. Kontrol grubunda oluşturulan regresyon modelinde ise; dürtü,

kabullenememe, hedefler ve açıklık alt boyutlarının ruhsal sorunları yordadığı belirlenmiştir.

5.4.1 Çalışma Grubu İlişkisel Analizlerin Yorumlanması

Araştırmanın bu bölümünde çalışma grubunda gerçekleştirilen korelasyon ve çoklu regresyon analizleri incelenmiştir. Gerçekleştirilen korelasyon analizi sonucunda, DEHB; dikkat eksikliği alt puanı ve duygu düzenleme güçlüğü; stratejiler hedefler, dürtü, kabullenememe, farkındalık ve açıklık alt boyutlarının ruhsal sorunlar ile pozitif yönlü bir ilişkisinin olduğu belirlenmiştir. Belirlenen ilişkiler doğrultusunda oluşturulan hiyerarşik çoklu regresyon analizi sonucunda ise DEHB; dikkat eksikliği ve duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının ruhsal sorunları % 62 yordadığı belirlenmiştir. Ancak, analiz sonucunda bazı değişkenlerin ruhsal sorunlar üzerindeki yordayıcı etkisi anlamlı bulunmamıştır. Oluşturulan çoklu regresyon modelinde, DEHB; dikkat eksikliği alt puanı (.067) ve duygu düzenleme güçlüğü; stratejiler (.16) ve dürtü (.10) alt boyutlarının ruhsal sorunlar üzerinde yordayıcı etkisinin olduğu belirlenmiştir. DEHB belirti şiddeti ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki ve ruhsal sorunlar ile ilişkili bulunan faktörler ayrı ayrı değerlendirilerek yorumlanmıştır.

5.4.1.1 DEHB Şiddeti ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişki

Literatürde ilk kez bir ruhsal bozukluk olarak tanımlanmasından günümüze kadar birçok araştırmacı DEHB belirtileri içerisinde duygu düzenleme becerisine ilişkin sorunlardan söz etmiş ve DEHB ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki farklı ölçme araçları aracılığıyla yazında birçok kez incelenmiştir (Barkley ve Murphy, 2009; Bisch, 2016; Rüfenacht vd., 2019). Gerçekleştirilen araştırmalar DEHB ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişkiyi ortaya koymuş (Skirrow ve Asherson, 2013; Bodalski vd., 2018; Jarrett, 2016) ve duygu düzenleme güçlüğü'nün DEHB'nin temel özelliklerinden biri olduğu görüşü yazında desteklenmiştir (Barkley, 1997; Retz vd., 2012; Corbisiero vd., 2013). Aynı zamanda, duygu düzenleme güçlüğü ve DEHB arasında belirlenen ilişkinin tüm DEHB alt boyutları açısından korunduğu araştırmalarda ortaya konmuştur (Retz vd., 2012; Hermann vd., 2010; Shaw, 2014). Ancak, gerçekleştirilen çalışmada DEHB hiperaktivite/dürtüsellik puanı ile duygu düzenleme güçlüğü toplam puanı arasında anlamlı bir ilişkili bulunmazken, duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları arasında yalnızca hedefler alt boyutu ile negatif yönlü

bir ilişki saptanmıştır. Buna karşılık, DEHB dikkat eksikliği puanı ile hem duygu düzenleme güçlüğü toplam puanı hem de hedefler ve stratejiler alt boyut puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yazında, erişkinler ve genç erişkinlerde DEHB tanısı konulurken dikkat eksikliği belirtilerinin daha belirleyici olduğu bildirilmektedir (Biederman vd., 2000; Faraone vd., 2005; Wasserstein, 2005). Çalışmamızın DEHB alt boyut şiddeti ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki açısından sonuçları; genç erişkinlere DEHB tanısı konulmasının yanı sıra duygu düzenleme güçlüğü gibi eşlik eden özelliklerde de, beklenenin aksine dikkat eksikliğin temel belirleyici olduğu şeklinde yorumlanabilir. Bununla birlikte, DEHB'deki çekirdek belirtiler karşılaştırıldığında; duygu düzenleme güçlüğü'nün dikkat alanıyla daha fazla ilişkili olduğunu savunan görüşler kısıtlı sayıda da olsa literatürde yer almaktadır (Millstein vd., 1997; Barkley ve Murphy, 2010; Corbisiero vd., 2012; Behesthi vd., 2020). Çalışmadan elde edilen bu bulgunun yazında tartışmalı olan duygu düzenleme güçlüğü ve DEHB dikkat alanı ilişkisine dair görüşleri destekleyerek literatüre katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

5.4.1.2 Ruhsal Sorunlarla İlişkili Faktörlerin Yorumlanması

Gerçekleştirilen birçok kesitsel ve uzun dönem izlem çalışmaları, DEHB de yaşam boyu eşlik eden ruhsal sorunların yaygınlığı arasındaki ilişkiyi incelemiş ve iki değişken arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu belirlenmiştir (Biederman vd., 2008; Halmoy vd., 2009; Hasson ve Fowler, 2015). Bu bakış açısı birçok araştırmacı tarafında da kabul görerek takip eden çalışmalara yön vermiş ve yazında DEHB alt puan şiddetleri arası ruhsal sorun farklılıklarına odaklanılmıştır (Barkley ve Brown, 2008; Sobanski vd., 2008; James vd., 2002).

Ruhsal sorunların DEHB alt puan şiddetlerindeki görünüm farklılıklarını inceleyen birçok araştırmada DEHB dikkat eksikliği alt puanında; depresyon, anksiyete bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu gibi içe yönelim sorunlarının daha sık ortaya çıktığı (Millstein, 1997; Wilens, 2009; Pineiro- Dieguez vd., 2014) hiperaktivite/dürtüsellik alt puanında ise; alkol kullanım bozukluğu, madde kötüye kullanım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi dışa yönelim sorunlarının yaygın olduğu bildirilmiştir (Patterson vd., 2000; Rasmussen ve Levander, 2008; Sobanski vd., 2008). Literatürde yer alan bilgiler ile paralel bir biçimde gerçekleştirilen çalışmada DEHB dikkat eksikliği alt puanı ile ruhsal sorun şiddeti

arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiş, elde edilen bu ilişkinin ruhsal sorunların içerisinde yer alan depresyon ve anksiyete alt boyutlarında da korunduğu görülmüştür.

DEHB hiperaktivite/dürtüsellik alanının gelişimsel olarak bileşik tipin ortaya çıkacağına dair bir gösterge olduğu ve erişkin popülasyondaki oranının düşük olması nedeniyle literatürde yer alan çalışmalar sıklıkla hiperaktivite/dürtüsellik alanını bileşik tipin içerisinde değerlendirilmiştir (Tsai vd., 2019; Murphy vd., 2002; Sobanski vd., 2008). Buna karşılık DEHB hiperaktivite/dürtüsellik alanının ayrı bir grup olarak incelendiği ve ruhsal sorunlar ile arasında anlamlı bir ilişki olduğunu belirleyen çalışmalar kısıtlı sayıda da olsa literatürde yer almasına rağmen (Millstein vd., 1997; Soendergaard vd., 2016) gerçekleştirilen çalışmada ilgili değişkenler arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Bununla birlikte yazında, saldırgan davranışların hiperaktivite/dürtüsellik ile ilişkili olduğu birçok araştırmayla desteklenmiştir (Weiss, 1985; Rasmussen ve Lavender, 2009; Murphy vd., 2002). Bu bilgi ile örtüşen bir şekilde gerçekleştirilen çalışmada, ruhsal sorunların hostilete alt boyutu ile DEHB hiperaktivite/dürtüsellik alt puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu bulguların temel nedeninin yazında belirtildiği üzere DEHB hiperaktivite/dürtüsellik baskın olduğu görünümde sıklıkla ortaya çıkan dışa yönelim sorunlarının ruhsal sorun alt boyutları içerisinde yalnızca “hostilite” alt boyutu ile ilişkili olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmüştür. Aynı zamanda farklı çalışmalarda DEHB hiperaktivite/dürtüsellik alanıyla ilişkili bulunmuş olan bipolar bozukluk, kişilik bozukluğu, madde kötüye kullanım bozukluğu (Weiss, 1985; Wilens vd., 2009; Pineiro- Dieguez vd., 2014) psikopatolojilerin duygu düzenleme süreçleri üzerindeki olumsuz etkileri nedeniyle araştırmanın dışlama kriterleri içerisinde yer almıştır. Bu durumda araştırma bulgularını etkilediği düşünülmüştür.

Yazında, duygu düzenlemede yaşanan güçlüğü birçok ruhsal sorunun bir parçası olduğu, aynı zamanda ruhsal sorun şiddetini etkileyen temel bileşenlerden biri olduğu gerçekleştirilen araştırmalar sonucunda ortaya konmuştur (Gross ve Jazaieri, 2014; Koole, 2009; Gross, 1998). Duygu düzenleme güçlüğü ve ruhsal sorunlar arasındaki ilişki; depresyon, anksiyete bozukluğu, yeme bozukluğu, madde kullanım bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu ve DEHB başta olmak üzere farklı psikopatolojiler özelinde incelenmiştir (Irastorza, 2016; Mennin vd., 2007; Wang vd.,

2018; Gratz vd., 2006). Aynı zamanda kendine zarar verme davranışı ve öfke kontrolü gibi psikolojik belirtiler ile ilişkisine odaklanan çalışmalar da yazında yer almaktadır (Gratz ve Tull, 2010; Martin ve Dahlen, 2005). Literatürde yer alan bilgiler ile paralel bir şekilde gerçekleştirilen çalışmada duygu düzenleme güçlüğü ve ruhsal sorunlar arasında yüksek düzeyde bir ilişki bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise ruhsal sorunların en yüksek korelasyonu duygu düzenleme güçlüğü stratejiler (.73) alt boyutu ile gösterdiği belirlenmiştir. Stratejiler alt boyutunun etkili duygu düzenleme stratejilerine sınırlı erişimi ifade ettiği yazında bildirilmektedir (Gratz ve Roemer, 2004). Bu bilgi doğrultusunda, DEHB’li bireylerin yaşadığı ruhsal sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlayan, duygu düzenleme becerisine dair en önemli eksikliğin olumsuz duyguyu dengeleyecek uygun duygu düzenleme stratejilerini gerçekleştirmek ile ilgili olduğu söylenebilir. Temel yürütücü işlev becerileri içerisinde yer alan problem çözme ve stratejik planlama becerilerindeki eksikliğin strateji geliştirmek ile ilgili güçlük yaşanmasına neden olduğu farklı çalışmalarda bildirilmiştir (Diamond, 2013; Miyake ve Friedman, 2012; Welsh ve Pennington, 1988). Aynı zamanda DEHB’li bireylerde görülen yürütücü işlev bozulukluğu birçok araştırmanın odağını oluşturmuştur (Murphy vd., 2001; Woods vd., 2002; Willcutt vd., 2005). Yazında yer alan, bilgilerden yola çıkarak DEHB’li bireylerde sıklıkla görülen yürütücü işlev bozukluklarının, uygun stratejiler geliştirebilme kapasitesini olumsuz yönde etkileyerek ruhsal sorunların ortaya çıkmasında önemli bir etken olduğu düşünülmüştür.

Elde edilen bulgularda dikkat çeken bir diğer nokta ise duygu düzenleme güçlüğü farkındalık alt boyutunun ruhsal sorunlar alt boyutları içerisinde olumsuz benlik dışında hiçbir altboyut ile anlamlı bir ilişki bulunmamış olmasıdır. Farkındalık alt boyutunun duygusal tepkilere ilişkin içgörü şiddetini ifade ettiği yazında bildirilmiştir (Gratz ve Roemer, 2004). Aynı zamanda, ruhsal sorunlar ve farkındalık arasındaki ilişki yazında sıklıkla incelenen konulardan biri olmuştur (Jack ve Miller, 2008; Levesque vd., 2008; Srivastava vd., 2016). Gerçekleştirilen birçok çalışma, farkındalık ve ruhsal sorunlar arasındaki ilişkiyi ortaya koymuş ve farkındalığın ruh sağlığındaki koruyucu işlevini vurgulamıştır (Brown vd., 2007; Richards vd., 2010; Dimoff vd., 2016). Gerçekleştirilen çalışmada farkındalık ile ruhsal sorunlar arasında elde edilen bulguların temel nedeninin ise; ölçek alt boyut geçerliliğine ilişkin

problemden kaynaklı olduğu düşünülmüştür. Yazın incelendiğinde, aynı ölçme aracının kullanıldığı birçok araştırmada farkındalık alt boyutunun diğer alt boyutlar ile karşılaştırıldığında anlamlı şekilde düşük korelasyon değerleri gösterdiği bildirmiştir (Mc Dermott vd., 2009; Tull vd., 2010; Neumann vd., 2010). Elde edilen bu sonuçlar ile ilişkili olarak bazı çalışmalarda farkındalık alt boyutunun yer almadığı beş faktörlü duygu düzenleme güçlüğü modeli önerilmiştir (Bardeen, 2012). Aynı ölçme aracı ile yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlara ulaşılması nedeniyle, elde edilen bu bulgunun önerilen beş faktörlü duygu düzenleme güçlüğü modelini desteleterek literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Çalışma grubu için gerçekleştirilen hiyerarşik çoklu regresyon analizinde test edilen ilk modelde; dikkat eksikliği alt puanının ruhsal sorunlar üzerinde tek başına yaklaşık %7'lik bir açıklama gücü olduğu bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlüğü alt puanlarının işleme dahil edildiği ikinci modelde ise, toplam varyanstaki açıklama gücü % 62'ye yükselmesine karşın dikkat eksikliği alt puanının ruhsal sorunlar üzerindeki yordayıcı gücü anlamlılığını yitirmiştir. Elde edilen bu bulgu DEHB'li bireylerde duygu düzenleme güçlüğü'nün, dikkat eksikliğine göre ruhsal sorunlar üzerinde daha yüksek yordayıcı etkiye sahip olduğunu göstermiştir. Bu bulgudan yola çıkarak, DEHB tedavisinde duygu düzenleme güçlüğüne odaklanılan klinik müdahalelerin geliştirilmesinin, bu patolojide iyilik haline ulaşılması adına işlevsel bir yöntem olacağı düşünülmüştür. Aynı zamanda, DEHB'li bireylerde duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları arasında ruhsal sorunlar üzerinde en yüksek açıklama gücüne sahip olan alt boyutların stratejiler (.40) ve dürtü (.31) olduğu saptanmıştır. Ulaşılan bu sonuç DEHB'li bireylerde duygu düzenleme becerileri içerisinde öncelikli olarak stratejilere odaklanılması gerektiğini, aynı zamanda DEHB belirtileri içerisinde yer alan dürtüsel davranışların yanı sıra duyguların dışa vurum şeklini kontrol etmeyi içeren dürtüsellik de ruhsal sorun şiddeti üzerindeki yordayıcı etkisini ortaya koyarak literatürde tartışmalı olan bir konuya katkı sağlayacağı düşünülmüştür.

5.4.2 Kontrol Grubu İlişkisel Analizlerin Yorumlanması

Araştırmanın bu bölümünde sağlıklı kontrol grubunda gerçekleştirilen korelasyon ve çoklu regresyon analizleri incelenmiştir. Gerçekleştirilen korelasyon analizi sonucu, DEHB; dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik alt puanları ve duygu düzenleme güçlüğü; stratejiler, hedefler, dürtü, kabullenememe ve açıklık alt boyutları

ruhsal sorunlar ile ilişkili bulunmuştur. Belirlenen ilişkiler doğrultusunda gerçekleştirilen çoklu regresyon analizi sonucunda ise DEHB ve duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının ruhsal sorunları % 59 yordadığı belirlenmiştir. Ancak, bazı değişkenlerin ruhsal sorunlar üzerindeki yordayıcı etkisi anlamlı bulunmamıştır. Oluşturulan çoklu regresyon modelinde; duygu düzenleme güçlüğü; hedefler (.12), kabullenememe (.05), açıklık (.04) ve dürtü (.11) alt boyutlarının ruhsal sorunlar üzerinde yordayıcı etkisinin olduğu saptanmıştır. Buna karşılık sağlıklı kontrol grubunda eşikaltı DEHB dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik alt puanlarının ruhsal sorunlar üzerinde yordama gücünün olmadığı belirlenmiştir. DEHB belirtileri ile duygu düzenleme güçlüğü arasındaki ilişki ve ruhsal sorunlar ile ilişkili bulunan faktörler ayrı ayrı değerlendirilerek yorumlanmıştır.

5.4.2.1 DEHB Şiddeti ile Duygu Düzenleme Güçlüğü Arasındaki İlişki

Sağlıklı katılımcılardan oluşan kontrol grubunda, DEHB dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik alt puanları ile duygu düzenleme güçlüğü toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik alt puanlarının duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları ile ilişkisi incelendiğinde ise yalnızca hedefler alt boyutu ile anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Elde edilen bu bulgu DEHB olmayan bireylerde, dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin duygu düzenleme güçlüğünde belirleyici bir etkisinin olmadığını göstermiştir.

5.4.2.2 Ruhsal Sorunlarla İlişkili Faktörlerin Yorumlanması

Duygu düzenleme güçlüğü; duyguların uygun şekilde ifade edilmesi ve yönetilmesine ilişkin yaşanan eksikliği ifade etmektedir (Morris vd., 2007; Thompson, 1994). Ruhsal sorunların gelişimini ve şiddetini etkileyen çekirdek unsurlardan birinin duygu düzenleme güçlüğü olduğu yazında bildirilmektedir (Gross ve Munoz, 1995; Amstadter, 2006; Mennin ve Fresco). Literatürde yer alan bilgiler ile paralel bir şekilde gerçekleştirilen çalışmada duygu düzenleme güçlüğü ve ruhsal sorunlar arasında yüksek düzeyde bir ilişki olduğu saptanmıştır. Ruhsal sorunlar ve duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları arasındaki ilişkiler incelendiğinde ise ruhsal sorunların en yüksek korelasyonu dürtü (.64) alt boyutu ile gösterdiği belirlenmiştir. Dürtü alt boyutunun olumsuz duygular deneyimlerken dürtülerin kontrolünde

yaşanılan güçlüğü ifade ettiği yazında bildirilmiştir (Gratz ve Roemer, 2004). Bu bilgiden yola çıkarak eşikaltı ruhsal sorunların ortaya çıkmasına zemin hazırlayan, en önemli duygu düzenlenme beceri eksikliğinin olumsuz duyguların dışı vurumunu kontrol etmek olduğu söylenebilir. Bu nedenle duygu düzenleme becerilerini geliştirmeye yönelik önleyici müdahaleler planlanırken dürtü kontrolünün arttırılmasına odaklanan yöntemlerin de koruyucu önlemlere dahil edilmesi, iyilik halinin korunması ve eşikaltı belirtilerin artışına önlem oluşturabilir.

Gerçekleştirilen çalışmada ruhsal sorunlar ile ilişkili bulunmayan tek duygu düzenleme güçlüğü alt boyutu çalışma grubunda da olduğu gibi farkındalık alt boyutu olmuştur. Farklı çalışmalarda da farkındalık alt boyutu ile ilgili benzer sonuçlar elde edilmiştir (Mc Dermott vd., 2009; Tull vd., 2010; Neumann vd., 2010; Bunford vd., 2014). Bu bulgunun Bardeen'ın (2012) farkındalık alt boyutunun yer almadığı beş faktörlü duygu düzenleme güçlüğü model önerisini destekleyerek literatüre katkı sağladığı düşünülmüştür.

Kontrol grubu DEHB alt puanları ve ruhsal sorunlar arasındaki ilişki incelendiğinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik alt puanları ile ruhsal sorunlar arasında anlamlı ve orta düzey bir ilişki olduğu saptanmıştır. Aynı zamanda, DEHB dikkat eksikliği alt puanı ile anksiyete, depresyon ve somatizasyon arasında istatistiksel açıdan anlamlı ilişkiler belirlenmiş; buna karşılık hiperaktivite/ dürtüsellik alt puanı yalnızca hostilete ile ilişkili bulunmuştur. Elde edilen bu bulgu DEHB olmayan bireylerde de dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik şiddetinin ruhsal sorunlar ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Aynı zamanda; anksiyete, depresyon ve somatizasyon gibi içe yönelim sorunlarının dikkat eksikliği şiddeti ile ilişkili olduğu, buna karşılık hostilete gibi dışı yönelim sorunlarının hiperaktivite/ dürtüsellik şiddeti ile bağlantılı olduğu söylenebilir.

Kontrol grubu için gerçekleştirilen hiyerarşik çoklu regresyon analizinde test edilen ilk modele göre; dikkat eksikliği ve hiperaktivite/ dürtüsellik alt puanının ruhsal sorunlar üzerinde yaklaşık %10'luk bir açıklama gücü gösterdiği belirlense de elde edilen model istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. Elde edilen bu bulgu sağlıklı popülasyonda dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik alt puanlarının ruhsal sorunlar üzerinde yordayıcı bir etkisinin bulunmadığını göstermiştir. Bununla birlikte ikinci modelde, duygu düzenleme güçlüğü alt puanlarının işleme dahil edilmesi ile

birlikte toplam varyanslarda ki açıklama gücü %59'a yükselmiştir. Duygu düzenleme güçlüğü alt boyutları içerisinde ruhsal sorunlar üzerinde en yüksek açıklama gücüne sahip alt puanlar sırasıyla; hedefler (.34), dürtü (.33), kabullenememe (.23) ve açıklık (.21) olduğu belirlenmiştir. Ulaşılan bu sonuç ruhsal sorunların gelişiminde duygu düzenleme güçlüğünün etkisini ortaya koyarak literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Aynı zamanda, duygu düzenleme becerilerinin geliştirilmesini amaçlayan müdahalelerde öncelikli olarak hedefler ve dürtü alanlarına odaklanması ruhsal sorunlar üzerinde hem önleyici çalışmalar hem tedavi edici bir etkisinin olacağı öngörülmüştür.

5.5 Araştırmanın Güçlü Yanları ve Sınırlılıkları

Bir psikopatolojinin toplum içerisindeki yaygınlığını en iyi belirleme yönteminin tarama ve klinik değerlendirme kombinasyonu ile sağlanabileceği yazında yer alan bilgiler arasındadır (Wong ve Hyman, 2008; Sorlie ve Wei, 2011). Çalışmamızda tarama ile belirlenen katılımcıların %21'inin yapılan klinik değerlendirmede DEHB tanısı almadığı görülmüş, bu sonucun bir göstergesi olarak yalnızca tarama envanteri üzerinden gerçekleştirilen DEHB değerlendirmelerinin tanı dışı katılımcıların araştırmaya dahil edilmesine neden olarak hata payını arttıracak ve elde edilen bulguların güvenilirliğini etkileyeceği öngörülmüştür. Yazında toplum örnekleminde gerçekleştirilen DEHB ile ilgili araştırmaların sıklıkla klinik değerlendirme ile doğrulanmış tanılama yapılmadan, yalnızca öz bildirim ölçekleri üzerinden gerçekleştirildiği görülmüştür (Das vd., 2012; De Zwaan vd., 2011; Hesson ve Fowler, 2015). Bu yönüyle metodolojide izlenen yöntemin araştırmanın en güçlü yanı olduğu düşünülmüştür. Araştırma metodolojisi ile ilgili güçlü yanlardan bir diğeri ise çalışmanın karşılaştırmalı bir şekilde gerçekleştirilerek DEHB'li bireyler ile sağlıklı popülasyon arasındaki farkın ortaya konulmuş olmasıdır. Bunların yanı sıra, çocukluk döneminde ilaç tedavisi görmüş olan ve herhangi bir tedavi almamış olan DEHB'li bireylerle gerçekleştirilen karşılaştırma çalışmaları iki grup arasında ruhsal sorunlar açısından anlamlı farklılıkların olduğu ortaya konmuştur (Tsai vd., 2019; Staikova vd., 2010; Halmoy vd., 2009). Bu nedenle gerçekleştirilen çalışmanın daha önce DEHB tanısı almamış ve ilaç tedavisi görmemiş katılımcılarla gerçekleştirilmiş olması, ilaç etkisini dışlamak açısından önemli olduğu ve araştırmanın güçlü yanlarından biri olduğu düşünülmüştür. Aynı zamanda araştırma kapsamında tüm

katılımcılar ile tek bir araştırmacının görüşmüş olmasının da klinik değerlendirmeler arasındaki farklılıkları önüne geçmek açısından önemli olduğu düşünülmektedir.

Gerçekleştirilen çalışmanın güçlü yanlarının yanı sıra bazı sınırlılıkları da bulunmaktadır. Öz bildirim ölçeklerinde bazı katılımcıların kendi durumlarına ilişkin içgöründen yoksun cevaplar vermesi ve bazılarının ise bilinçli olarak semptomlarını kabul etmemesi araştırmalarda karşılaşılan sorunlar arasında yer aldığı yazında bildirilmiştir (Barkley vd., 2002). Bu bilgi doğrultusunda, duygu düzenleme güçlüğü ve ruhsal sorunlara ilişkin verilerin öz bildirim ölçekleri aracılığıyla elde edilmiş olması ve bu ölçeklerin katılımcılar tarafından aynı zaman dilimi içinde cevaplanmamış olması araştırmanın kısıtlılıklarından biridir. Bununla birlikte planlanan bireysel değerlendirmelerin pandemi nedeniyle online platformlar üzerinden gerçekleştirilmiş olması bir diğer kısıtlılıktır. Son olarak araştırmanın yalnızca belirli üniversitelerden ulaşılan katılımcılar ile yürütülmüş olmasının çalışmanın kısıtlılıkları arasında yer aldığı düşünülmektedir.

6 SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın bu bölümünde, çalışmada ulaşılan sonuçlar hakkında bilgi verilerek erişkin DEHB ile ilgili gelecekte yapılabilecek çalışmalar ile ilgili önerilerde bulunulmuştur.

6.1 Sonuç

Gerçekleştirilen çalışmada genç erişkinlik dönemindeki DEHB'li bireyler ve sağlıklı kontrollerin ruhsal sorunları ve duygu düzenleme becerileri karşılaştırılmıştır. Genç erişkinlerde ruhsal sorunları yordayan faktörler, DEHB ve sağlıklı kontrol grubunda ayrı ayrı incelenmiştir. Araştırma sonucunda DEHB'li bireylerin sağlık kontrol grubuna göre daha yüksek düzeyde ruhsal sorun ve duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı tespit edilmiştir. Bununla birlikte, çalışma grubunda DEHB dikkat alt puanı ve duygu düzenleme güçlüğü stratejiler ve dürtü alt boyutlarının ruhsal sorunlar üzerinde yordayıcı bir etkisinin olduğu bulunmuştur. Sağlıklı kontrollerde ise DEHB dikkat ve hiperaktivite/dürtüsellik alt puanlarının ruhsal sorunlar üzerinde herhangi bir yordayıcı etkisinin olmadığı belirlenmiştir. Aynı zamanda, sağlıklı kontrollerin duygu düzenleme güçlüğü hedefler, kabullenememe, açıklık ve dürtü alt boyutlarının ise ruhsal sorunları yordadığı tespit edilmiştir. Sonuç olarak, gerçekleştirilen çalışmada DEHB'de ruhsal sorunların gelişiminde duygu düzenleme güçlüğü'nün birçok boyutunun önemli bir belirleyici olduğu ortaya konulmuştur.

6.2 Öneriler

Gerçekleştirilen çalışma sonucunda gelecekteki araştırmalar ve klinik çalışmalar için de çeşitli öneriler bulunmaktadır. Öncelikle, bilimsel çalışmalarda örneklem boyutunun araştırmanın amacı ile paralel olarak uygun bir genişlikte ayarlanması bulguların gücünü arttırabilme adına önemlidir (Coyne, 1997). Bu nedenle takip eden çalışmaların daha geniş bir örneklem üzerinde gerçekleştirilmesi değişkenler arasındaki ilişki gücünü daha iyi belirleyebilmek adına doğru bir yol olacaktır. Bununla birlikte, gruplar arası farkın daha iyi belirlenebilmesi adına; benzer bir çalışmanın; DEHB (+), DEHB (-) ve DEHB ve eştanı (+) olarak üçlü gruplar ile gerçekleştirilmesi literatüre önemli bir katkı sağlayacaktır.

Gerçekleştirilen klinik çalışmalarda elde edilen sonuçların tutarlılığı açısından planlanan değerlendirmelerin aynı zaman aralığında gerçekleştirilmesi önerilmektedir (CPMP, 2002). Aynı zamanda, duygu düzenleme güçlüğü görünümünün psikopatolojiler arası farklılıklar gösterdiği yazında bildirilmiştir (Prosek vd., 2018; Aldao vd., 2010; Amstadter, 2006). Bu bilgiler doğrultusunda yalnızca DEHB için duygu düzenleme güçlüğüne ölçüldüğü bir araç geliştirilmesi DEHB'ye özgü yaşanan duygu düzenleme güçlüğü sorunlarının daha iyi tanınmasını sağlayacaktır.

Araştırma sonrası ulaşılan sonuçlar doğrultusunda, ilerleyen araştırmaların, DEHB'li bireylerdeki duygu düzenleme stratejilerine odaklanması ve işlevsel olan/olmayan stratejilerin kapsamlı şekilde incelenmesi, klinik odağın belirginleştirilmesini sağlayarak farklı klinik müdahalelerin geliştirilmesine yön vereceği düşünülmektedir. Aynı zamanda, DEHB'ye özgü duygu düzenleme güçlüğüne odağına alan yeni tedavi protokollerinin geliştirilmesi, kalıcı iyilik halinin korunmasına katkı sağlayacağı öngörülmektedir.

7 KAYNAKLAR

Akbulut, Y. (2010). *Sosyal Bilimlerde SPSS Uygulamaları*. İstanbul: İdeal Kültür Yayıncılık.

American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1. Baskı (DSM-I). Washington, DC.

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 2. Baskı (DSM-II). Washington, DC.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1988). *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. 3. Baskı (DSM-III-R). Washington D.C., E. Köroğlu (çev.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4. Baskı (DSM IV). Washington, DC.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*. 5. baskı (DSM-V). Tanı Ölçütleri Başvuru Kitabından, E. Köroğlu (çev.), Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*. 30(2), 217–237.

Arnold, L. E. (1996). Sex differences in ADHD: Conference summary. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 24(5), 555–569.

Asherson, P., Young, A. H., Eich-Höchli, D., Moran, P., Porsdal, V., & Deberdt, W. (2014). Differential diagnosis, comorbidity, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in relation to bipolar disorder or borderline personality disorder in adults. *Current Medical Research and Opinion*. 30(8), 1657–1672.

Asherson, P., Buitelaar, J., Faraone, S. V., & Rohde, L. A. J. T. L. P. (2016). Adult attention-deficit hyperactivity disorder: key conceptual issues. *Lancet Psychiatry*. 3(6), 568-578.

Bardeen, J. R., Fergus, T. A., & Orcutt, H. K. (2012). An Examination of the Latent Structure of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 34(3), 382–392.

Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*. 121(1), 65–94.

Barkley, R. A., Fischer, M., Edelbrock, C. S., & Smallish, L. (1990). The adolescent outcomes of hyperactive children diagnosed by research criteria: I.

An 8-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 29(4), 546–557.

Barkley R.A., Fischer M., Smallish L., & Fletcher, K. (2002): “The persistence of attention- deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder”, *Journal of Abnormal Psychology*. 111(2), 279-289.

Barkley, R.A. (2006). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook For Diagnosis And Treatment*. 3th Edition, The Guilford Press, London.

Barkley, R. A., & Murphy, K. R. (2006). Identifying new symptoms for diagnosing ADHD in adulthood. *ADHD Report*. 14(4), 7-11.

Barkley, R. A., & Brown, T. E. (2008). Unrecognized Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adults Presenting with Other Psychiatric Disorders. *CNS Spectrums*. 13(11), 977–984.

Barkley, R.A., Murphy, K.R., & Fischer, M. (2008). *The Science of ADHD in Adults: Clinic-referred Adults vs. Children Grown Up*. New York: Guilford.

Barkley, R.A. & Murphy, K.R. (2010). Deficient emotional self-regulation in adults with attentiondeficit/hyperactivity disorder (ADHD): the relative contributions of emotional impulsiveness and ADHD symptoms to adaptive impairments in major life activities. *J ADHD Relat Disord*. 4, 5–28.

Bardeen, J. R., Tull, M. T., Stevens, E. N., & Gratz, K. L. (2014). Exploring the relationship between positive and negative emotional avoidance and anxiety symptom severity: The moderating role of attentional control. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*. 45(3), 415–420.

Baeyens, D., Roeyers, H., & Walle, J. V. (2006). Subtypes of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Distinct or related disorders across measurement levels? *Child Psychiatry and Human Development*. 36, 403-417.

Bauermeister, J.J., Alegria, M., Bird, H.R., Rubio-Stipec, M., & Canino, G. (1992). Are attentional-hyperactivity deficits unidimensional or multidimensional syndromes? Empirical findings from a community survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 31, 423-431.

Batten, S. V., Follette, V. M., & Aban, I. B. (2001). Experiential avoidance and high-risk sexual behavior in survivors of child sexual abuse. *Journal of Child Sexual Abuse*. 10, 101–120.

Berking, M., Wirtz, C. M., Svaldi, J., & Hofmann, S. G. (2014). Emotion regulation predicts symptoms of depression over five years. *Behaviour Research and Therapy*. 57, 13-20.

Biederman, J., Faraone, S.V., Spencer, T., Wilens, T., Mick, E., & Lapey, K. (1994). Gender differences in a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research*. 53, 13- 29.

Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, T.J., & Faraone, S.V. (1995). Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity. *American Journal of Psychiatry*. 152(11), 1652–1658.

Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Guite, J., Mick, E., Chen, L., Mennin, D., Marrs, A., Quéllette, C., Moore, P., Spencer, T., Norman, D., Wilens, T., Kraus, I., & Perrin, J., (1996). A prospective 4-year follow-up study of attention-deficit hyperactivity and related disorders. *Archives of General Psychiatry*. 53(5), 437.

Biederman, J., Faraone, S.V., Taylor, A., Sienna, M., Williamson, S., & Fine C. (1998): “Diagnostic continuity between child and adolescent ADHD: findings from a longitudinal clinical sample”, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 37, 305-313.

Biederman, J. (2000). Age-Dependent Decline of Symptoms of Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Impact of Remission Definition and Symptom Type. *American Journal of Psychiatry*. 157(5), 816–818.

Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., ... & Johnson, M. A. (2002). Influence of Gender on Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *American Journal of Psychiatry*. 159(1), 36–42.

Biederman, J., Faraone, S. V., Monuteaux, M. C., Bober, M., & Cadogen, E. (2004). Gender effects on attention-deficit/hyperactivity disorder in adults, revisited. *Biological Psychiatry*. 55, 692-700.

Biederman, J., Petty, C. R., Dolan, C., Hughes, S., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Faraone, S. V. (2008). The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological Medicine*. 38(7), 1027-1036.

Bijl, R. V., Ravelli, A., & Van Zessen, G. (1998). Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. 33(12), 587–595.

Bijttebier, P., Beck, I., Claes, L., & Vandereycken, W. (2009). Gray’s Reinforcement Sensitivity Theory as a framework for research on personality–psychopathology associations. *Clinical Psychology Review*. 29(5), 421–430.

Bisch, J., Kreifelts, B., Bretscher, J., Wildgruber, D., Fallgatter, A., & Ethofer, T. (2016). Emotion perception in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Neural Transmission*. 123(8), 961–970.

Bodalski, E. A., Knouse, L. E., & Kovalev, D. (2018). Adult ADHD, Emotion Dysregulation, and Functional Outcomes: Examining the Role of Emotion Regulation Strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 41(1), 81-92.

- Boden, M. T., Westermann, S., McRae, K., Kuo, J., Alvarez, J., Kulkarni, M. R., ... & Bonn-Miller, M. O. (2013). Emotion regulation and posttraumatic stress disorder: A prospective investigation. *Journal of Social and Clinical Psychology*. 32(3), 296-314.
- Borland, B.L., & Heckman, H.K. (1976). Hyperactive boys and their brothers: A 25-year follow up study. *Archives of General Psychiatry*. 33, 669-675.
- Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Nick, B., Delany-Brumsey, A., Lynch, T. R., ... & Lejuez, C. W. (2008). A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among innercity substance users in residential treatment. *Journal of Psychiatric Research*. 42, 717-726.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*. 36(2), 129-148.
- Bradley, S. J. (1990). Affect Regulation and Psychopathology: Bridging the Mind-Body Gap. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 35(6), 540-547.
- Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*. 28, 759-775.
- Briere, J., & Rickards, S. (2007). Self-Awareness, Affect Regulation, and Relatedness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 195(6), 497-503.
- Brockmeyer, T., Bents, H., Holtforth, M. G., Pfeiffer, N., Herzog, W., & Friederich, H.-C. (2012). Specific emotion regulation impairments in major depression and anorexia nervosa. *Psychiatry Research*. 200(2-3), 550-553.
- Broderick, P. C., & Korteland, C. (2004). A Prospective Study of Rumination and Depression in Early Adolescence. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 9(3). 383-394.
- Brown, T.E. (1996). *Brown attention deficit disorder scales*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Brown, K. W., Ryan, R. M., & Creswell, J. D. (2007). Mindfulness: Theoretical foundations and evidence for its salutary effects. *Psychological Inquiry*. 18(4), 211-237.
- Bunford, N., Evans, S. W., & Langberg, J. M. (2014). Emotion Dysregulation Is Associated With Social Impairment Among Young Adolescents With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 22(1), 66-82.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2005). Effects of suppression and acceptance of emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behavior Research and Therapy*. 44, 1251-1263.

Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). *Incorporating Emotion Regulation into Conceptualizations and Treatments of Anxiety and Mood Disorders*. In *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Press.

Cantwell, D. P. (1996). Attention Deficit Disorder: A Review of the Past 10 Years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 35(8), 978–987.

Cicchetti, D., Ganiban, J., & Barnett, D. (1991). Contributions from the study of high-risk populations to understanding the development of emotion regulation. *The Development of Emotion Regulation and Dysregulation*. 15–48.

Cloitre, M., Scarvalone, P., & Difede, J. (1997). Posttraumatic stress disorder, self- and interpersonal dysfunction among sexually retraumatized women. *Journal of Traumatic Stress*. 10(3), 437–452.

Cloitre, M., Miranda, R., Stovall-McClough, K. C., & Han, H. (2005). Beyond PTSD: Emotion regulation and interpersonal problems as predictors of functional impairment in survivors of childhood abuse. *Behavior Therapy*. 36(2), 119–124.

Craske, M. G., Kircanski, K., Zelikowsky, M., Mystkowski, J., Chowdhury, N., & Baker, A. (2008). Optimizing inhibitory learning during exposure therapy. *Behaviour Research and Therapy*. 46(1), 5–27.

Critchlow, B. (1986). The powers of John Barleycorn: Beliefs about the effects of alcohol on social behavior. *American Psychologist*. 41(7), 751–764.

Conners, C. K., Erhard, D. & Sparrow, D. (1999). *Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS)*. New York: Multi-Health Systems.

Cook, D.R. (1991). Shame, attachment, and addictions: Implications for family therapists. Special Issue: Addictions and the Family. *Contemporary Family Therapy*. 13, 405–419.

Cooper, M. L., Russell, M., Skinner, J. B., Frone, M. R., & Mudar, P. (1992). Stress and alcohol use: Moderating effects of gender, coping, and alcohol expectancies. *Journal of Abnormal Psychology*. 101(1), 139–152.

Cole, P., Michel, M., & Teti, L. (1994). The Development of Emotion Regulation and Dysregulation: A Clinical Perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 59, 73-100.

Corbisiero, S., Stieglitz, R. D., Retz, W., & Rösler, M. (2013). Is emotional dysregulation part of the psychopathology of ADHD in adults?. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 5(2), 83-92.

Coşkun, F., Tamam, L., & Demirkol, M.E., (2020). Erişkin tip dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda kronotip ve klinik özellikler. *Dicle Tıp Dergisi*. 47(2), 312-323.

Coyne, I. (1997). Sampling in qualitative research. Purposeful and theoretical sampling; merging or clear boundaries? *Journal of Advanced Nursing*. 26(3), 623–630.

Cowdrey, F. A., & Park, R. J. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors*. 13(2), 100–105.

Danner, U. N., Sternheim, L., & Evers, C. (2014). The importance of distinguishing between the different eating disorders (sub)types when assessing emotion regulation strategies. *Psychiatry Research*. 215(3), 727–732.

Das, D., Cherbuin, N., Butterworth, P., Anstey, K. J., & Easteal, S. (2012). A Population-Based Study of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Associated Impairment in Middle-Aged Adults. *PLoS ONE*. 7(2).

Dennis, T. A. (2007). Interactions between emotion regulation strategies and affective style: Implications for trait anxiety versus depressed mood. *Motivation and Emotion*. 31(3), 200–207.

De Zwaan, M., Gruß, B., Müller, A., Graap, H., Martin, A., Glaesmer, H., ... & Philipsen, A. (2011). The estimated prevalence and correlates of adult ADHD in a German community sample. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 262(1), 79–86.

Derogatis, L. R., & Melisaratos, N. (1983). The brief symptom inventory: an introductory report. *Psychological Medicine*, 13(3), 595-605.

Diamond, A. (2013). Executive Functions. *Annual Review of Psychology*. 64(1), 135–168.

Dimoff, J. K., Kelloway, E. K., & Burnstein, M. D. (2016). Mental health awareness training (MHAT): The development and evaluation of an intervention for workplace leaders. *International Journal of Stress Management*. 23(2), 167–189.

Dingemans, A., Danner, U., & Parks, M. (2017). Emotion Regulation in Binge Eating Disorder: A Review. *Nutrients*. 9(11), 1274.

Doğan, S., Öncü, B., Saraçoğlu, G.V., & Küçüköncü, S. (2009). Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Özbildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe Formunun Geçerlilik ve Güvenirliği, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 10(2), 77-87.

Duran, Ş., Fistikci, N., Keyvan, A., Bilici, M., & Çalışkan, M. (2014). ADHD in Adult Psychiatric Outpatients: Prevalence and Comorbidity. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 25(2).

Ehring, T., & Quack, D. (2010). Emotion Regulation Difficulties in Trauma Survivors: The Role of Trauma Type and PTSD Symptom Severity. *Behavior Therapy*. 41(4), 587–598.

Elbir, M., Topbaş, Ö. A., Bayad, S., Kocabaş, T., Topak, O. Z., Çetin, Ş., Özdel, O., Ateşçi, F., & Aydemir, Ö. (2019). DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 30, 51-56.

Estevez, A., Jauregui, P., Sanchez-Marcos, I., Lopez-Gonzalez, H., & Griffiths, M. D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of Behavioral Addictions*. 6(4), 534-544.

Esmaeilinasab, M., Andami, K.A., Azarmi, H., & Samar, A.R. (2014). The predicting role of difficulties in emotion regulation and distress tolerance in students' addiction potential. *Research on Addiction Quarterly Journal of Drug Abuse*. 8(29), 49-63.

Eisenberg, N., Cumberland, Spinrad, T. L., Fabes, R., Shepard, S., Reiser, M., ... & Guthrie, I. K. (2001). The relations of regulation and emotionality to children's externalizing and internalizing problem behavior. *Child development*. 72(4), 1112–1134.

Eisenberg, N., & Morris, A. S. (2003). Children's Emotion-Related Regulation. *Advances in Child Development and Behavior*. 189–229.

Evren, C., Çiçekçi, E., Umut, G., Evren, B., & Çiçek, K.D. (2021). The Mediating Effects of Self-Esteem and Harm Avoidance on the Association between Social Anxiety Symptoms and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptom Severity in Turkish Inpatients with Alcohol Use Disorder. *Iran J Psychiatry*. 16(3), 281-289.

Fallgatter, A., & Herrmann, M. (2001). Electrophysiological assessment of impulsive behavior in healthy subjects. *Neuropsychologia*. 39(3), 328–333.

Fallgatter, A. J., Ehlis, A.C., Rösler, M., Strik, W. K., Blocher, D., & Herrmann, M. J. (2005). Diminished prefrontal brain function in adults with psychopathology in childhood related to attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 138(2), 157–169.

Faraone, S. V., & Doyle, A. E. (2001). The Nature and Heritability of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 10(2), 299–316.

Faraone, S.V., Sergeant, J., Gillberg, C., & Biederman, J. (2003) The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition? *World Psychiatry*. 2, 104-113.

Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular Genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*. 57(11), 1313–1323.

Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2005). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*. 36(02), 159.

Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., ... & Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention- deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*. 190, 402–409.

Feldman, M.D. (2009). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. In Fred F. Ferri(Ed), *Ferri's Clinical Advisor Instant Diagnosis and Treatment*. USA: Mosby Elsevier.

Ferster, C. B. (1973). A functional analysis of depression. *American Psychologist*. 25(10), 857–870.

Fisher, A.G., Bau, C.H.D., Grevet, E.H., Salgado, C.A.I., Victor, M.M., Kalil, K.L.S., Sausa, N.O., Garcia, C.R., & Abreu, P.B. (2007). The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *Journal of Psychiatric Research*. 41, 991–996.

Fox, H. C., Axelrod, S. R., Paliwal, P., Sleeper, J., & Sinha, R. (2007). Difficulties in emotion regulation and impulse control during cocaine abstinence. *Drug and Alcohol Dependence*. 89(2-3), 298–301.

Fox, J. R. E., Smithson, E., Baillie, S., Ferreira, N., Mayr, I., & Power, M. J. (2012). Emotion Coupling and Regulation in Anorexia Nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 20(4), 319–333.

Forns, M., Abad, J., & Kirchner, T. (2011). Internalizing and Externalizing Problems. *Encyclopedia of Adolescence*. 1464–1469.

Frazier, T. W., Youngstrom, E. A., Glutting, J. J., & Watkins, M. W. (2007). *ADHD and Achievement*. *Journal of Learning Disabilities*. 40(1), 49–65.

Gaub, M., & Carlson, C. L. (1997). Gender Differences in ADHD: A Meta-Analysis and Critical Review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 36(8), 1036–1045.

Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & Van Den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and Individual Differences*. 36, 267-276.

Ginsberg, Y., Hirvikoski, T., & Lindefors, N. (2010). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. *BMC Psychiatry*. 10(1).

Graziano, P. A., & Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*. 46, 106–123.

- Gibbins, C., & Weiss, M. (2007). Clinical recommendations in current practice guidelines for diagnosis and treatment of ADHD in adults. *Current Psychiatry Reports*. 9(5), 420-426.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 26 (1), 41-47.
- Gratz, K. L., Rosenthal, M. Z., Tull, M. T., Lejuez, C. W., & Gunderson, J. G. (2006). An experimental investigation of emotion dysregulation in borderline personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*. 115(4), 850–855.
- Greenberg, L. S., & Safran, J. D. (1989). Emotion in psychotherapy. *American Psychologist*. 44(1), 19–29.
- Gross, J.J. (1998a). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*. 2, 271-299.
- Gross, J. J. (1998b). Antecedent- and response-focused emotion regulation: Divergent consequences for experience, expression, and physiology. *Journal of Personality and Social Psychology*. 74(1), 224–237.
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & Emotion*. 13(5), 551-573.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*. 39(3), 281–291.
- Gross, J. J., & Muñoz, R. F. (1995). Emotion Regulation and Mental Health. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2(2), 151–164.
- Gross, J. J., & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotion. *Journal of Abnormal Psychology*. 106(1), 95–103.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 85(2), 348-362.
- Gross, J. J., & Thompson, R.A. (2007). *Emotion Regulation: Conceptual Foundations*. In: Gross, J.J. (Ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: Guilford Pres.
- Gross, J. J., & Jazaieri, H. (2014). Emotion, Emotion Regulation, and Psychopathology. *Clinical Psychological Science*. 2(4), 387–401.
- Gupta, S., Zachary Rosenthal, M., Mancini, A. D., Cheavens, J. S., & Lynch, T. R. (2008). Emotion regulation skills mediate the effects of shame on eating disorder symptoms in women. *Eating Disorders*. 16(5), 405-417.

- Goldsmith, H. H., & Davidson, R. J. (2004). Disambiguating the Components of Emotion Regulation. *Child Development*. 75(2), 361–365.
- Gotlib, I. H., & Joormann, J. (2010). Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. *Annual Review of Clinical Psychology*. 6(1), 285–312.
- Gyurak, A., Goodkind, M. S., Madan, A., Kramer, J. H., Miller, B. L., & Levenson, R. W. (2009). Do tests of executive functioning predict ability to downregulate emotions spontaneously and when instructed to suppress?. *Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*. 9(2), 144-152.
- Halmoy, A., Fasmer, O.B., Gillberg, C. & Haavik, J. (2009). Occupational outcome in adult ADHD: impact of symptom profile, comorbid psychiatric problems, and treatment: a cross sectional study of 414 clinically diagnosed adult ADHD patients. *J Attent Dis*. 13, 175–187.
- Hartocollis P. (1968). The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients. *Bull Menninger Clin*. 32 (2), 102-114.
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia, K., & Treasure, J. (2009). Emotion recognition and regulation in anorexia nervosa. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 16(4), 348-356.
- Hasson, R., & Fine, J. G. (2012). Gender Differences Among Children With ADHD on Continuous Performance Tests. *Journal of Attention Disorders*. 16(3), 190–198.
- Hawi, Z., Cummins, T. D. R., Tong, J., Johnson, B., Lau, R., Samarraï, W., & Bellgrove, M. A. (2015). The molecular genetic architecture of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular Psychiatry*. 20(3), 289–297.
- Hesson, J., & Fowler, K. (2015). Prevalence and Correlates of Self-Reported ADD/ADHD in a Large National Sample of Canadian Adults. *Journal of Attention Disorders*. 22(2), 191–200.
- Hechtman, L., & Weiss, G. (1986). Controlled Prospective Fifteen Year Follow-Up of Hyperactives as Adults: Non-Medical Drug and Alcohol Use and Anti-Social Behaviour. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 31(6), 557–567.
- Hechtman, L. (2005). *Attention-Deficit/ Hyperactivity*. In: Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock (Ed.), 8th edition, Lippincott Williams & Wilkins Publisher.
- Herrmann, M. J., Biehl, S. C., Jacob, C., & Deckert, J. (2010). Neurobiological and psychophysiological correlates of emotional dysregulation in ADHD patients. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2(4), 233-239.
- Hoschild, A. R. (1983). *The Managed Heart*. 20th edition, University of California Press: Berkeley.

Irastorza, L.J. (2016). Questions about Adult ADHD Patients: Dimensional Diagnosis, Emotion Dysregulation, Competences and Empathy. *Acta Psychopathologica*. 02(05).

Instanes, J. T., Halmøy, A., Engeland, A., Haavik, J., Furu, K., & Klungsøyr, K. (2017). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Offspring of Mothers With Inflammatory and Immune System Diseases. *Biological Psychiatry*. 81(5), 452–459.

Jacobi, F., Höfler, M., Siegert, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... & Wittchen, H.-U. (2014). Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 23(3), 304–319.

Jack, K., & Miller, E. (2008). Exploring self-awareness in mental health practice. *Mental Health Practice*. 12(3), 31–35.

James, A., Lai, F. H., & Dahl, C. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: A review of possible associations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 110, 408-415.

Jarrett, M. A. (2016). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, anxiety symptoms, and executive functioning in emerging adults. *Psychological Assessment*. 28(2), 245–250.

Johnson, J., Morris, S., & George, S. (2020). Misdiagnosis and missed diagnosis of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *BJPsych Advances*. 1–2.

Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2007). Selective attention to emotional faces following recovery from depression. *Journal of Abnormal Psychology*. 116(1), 80–85.

Joormann, J., & Gotlib, I. H. (2010). Emotion regulation in depression: Relation to cognitive inhibition. *Cognition & Emotion*. 24(2), 281–298.

Joormann, J. & Vanderlind, W. M. (2014). Emotion regulation in depression: The role of biased cognition and reduced cognitive control. *Clinical Psychological Science*. 2(4), 402-421.

Joormann, J. & Siemer, M. (2014). *Emotion Regulation in Mood Disorders*. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.

Kagan, J., Reznick, J. S., & Snidman, N. (1987). The Physiology and Psychology of Behavioral Inhibition in Children. *Child Development*. 58(6), 1459.

Kessler, R. C. (1994). Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Archives of General Psychiatry*. 51(1), 8.

Kessler, R. C., Adler, L. A., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Faraone, S. V., ... & Üstün, T. B. (2005). Patterns and predictors of attention-deficit/hyperactivity disorder persistence into adulthood: results from the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*. 57(11), 1442-1451.

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, K., Demler, O., ... & Zaslavsky, A.M. (2006). The Prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. *Am J Psychiatry*. 163, 716–723.

Kessler, R. C., Adler, L. A., Gruber, M. J., Sarawate, C. A., Spencer, T., & Van Brunt, D. L. (2007). Validity of the World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS) Screener in a representative sample of health plan members. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. 16(2), 52-65.

Khantzian, E. J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of Substance Use Disorders: A Reconsideration and Recent Applications. *Harvard Review of Psychiatry*. 4(5), 231–244.

Kim, J., & Cicchetti, D. (2010). Longitudinal pathways linking child maltreatment, emotion regulation, peer relations, and psychopathology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 51(6), 706-716.

Kleinstäuber, M., Allwang, C., Bailer, J., Berking, M., Brünahl, C., Erhic, M., ... & Rief, W. (2019). Cognitive Behaviour Therapy Complemented with Emotion Regulation Training for Patients with Persistent Physical Symptoms: A Randomised Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 88(5), 287–299.

Koenigsberg, H.W., & Handley, R. (1986). Expressed emotion: from predictive index to clinical construct. *American Journal of Psychiatry*. 143(11), 1361–1373.

Konstenius, M., Larsson, H., Lundholm, L., Philips, B., Van De Glind, G., Jayaram-Lindström, N., & Franck, J. (2012). An Epidemiological Study of ADHD, Substance Use, and Comorbid Problems in Incarcerated Women in Sweden. *Journal of Attention Disorders*. 19(1), 44–52.

Kooij, J. J., Huss, M., Asherson, P., Akehurst, R., Beusterien, K., French, A., ... & Hodgkins, P. (2012). Distinguishing comorbidity and successful management of adult ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 16(5), 3-19.

Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: An integrative review. *Cognition & Emotion*. 23(1), 4–41.

Koyuncu, A., Çelebi, F., Ertekin, E., Kök, B.E., & Tükel, R. (2015). Clinical effects of ADHD subtypes in patients with social anxiety disorder. *Journal of Attention Disorders*. 1-6.

Lange, K. W., Reichl, S., Lange, K. M., Tucha, L., & Tucha, O. (2010). The history of attention deficit hyperactivity disorder. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*. 2(4), 241-255.

Lavender, J. M., Wonderlich, S. A., Peterson, C. B., Crosby, R. D., Engel, S. G., Mitchell, J. E., ... & Berg, K. C. (2014). Dimensions of Emotion Dysregulation in Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. 22(3), 212–216.

Leigh, B. C. (1989). In search of the seven dwarves: Issues of measurement and meaning in alcohol expectancy research. *Psychological Bulletin*. 105(3), 361–373.

Leadbeater, B. J., Kuperminc, G. P., Blatt, S. J. & Hertzog, C. (1999). A multivariate model of gender differences in adolescents' internalizing and externalizing problems. *Developmental Psychology*. 35(5), 1268–1282.

Leahy, R. L., Tirsch, D., & Napolitano, L. A. (2011). *Emotion Regulation in Psychotherapy: A Practitioner's Guide*. Guilford press.

Leehr, E. J., Krohmer, K., Schag, K., Dresler, T., Zipfel, S., & Giel, K. E. (2015). Emotion regulation model in binge eating disorder and obesity - A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 49, 125–134.

Levesque, C., Copeland, K. J., & Sutcliffe, R. A. (2008). Conscious and nonconscious processes: Implications for self-determination theory. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*. 49(3), 218–224.

Lin, Y.-J., Yang, L.-K., & Gau, S. S.-F. (2015). Psychiatric comorbidities of adults with early- and late-onset attention-deficit/hyperactivity disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. 50(6), 548–556.

Liverant, G. I., Kamholz, B. W., Sloan, D. M., & Brown, T. A. (2010). Rumination in Clinical Depression: A Type of Emotional Suppression? *Cognitive Therapy and Research*. 35(3), 253–265.

Mannuzza, S. (1989). Hyperactive Boys Almost Grown Up. *Archives of General Psychiatry*. 46(12), 1073.

Mannuzza, S., Klein, R.G., Bessler, A., Malloy, P., & LaPadula, M. (1993): “Adult outcome of hyperactive boys. Educational achievement, occupational rank, and psychiatric status”. *Archives of General Psychiatry*. 50(7), 565-576.

Martel, M. M. (2009). Research Review: A new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 50(9), 1042–1051.

Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Personality and Individual Differences*. 39(7), 1249–1260.

Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2002). The role of emotion in the psychological functioning of adult survivors of childhood sexual abuse. *Behavior Therapy*. 33, 563–577.

Markarian, S. A., Pickett, S. M., Deveson, D. F., & Kanona, B. B. (2013). A model of BIS/BAS sensitivity, emotion regulation difficulties, and depression, anxiety, and stress symptoms in relation to sleep quality. *Psychiatry Research*. 210(1), 281–286.

Mallorquí-Bagué, N., Vitró-Alcaraz, C., Sánchez, I., Riesco, N., Agüera, Z., Granero, R., ... & Fernández-Aranda, F. (2017). Emotion Regulation as a Transdiagnostic Feature Among Eating Disorders: Cross-sectional and Longitudinal Approach. *European Eating Disorders Review*. 26(1), 53–61.

McDermott, M. J., Tull, M. T., Gratz, K. L., Daughters, S. B., & Lejuez, C. W. (2009). The role of anxiety sensitivity and difficulties in emotion regulation in posttraumatic stress disorder among crack/cocaine dependent patients in residential substance abuse treatment. *Journal of Anxiety Disorders*. 23(5), 591–599.

McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del’Homme, M., Lynn, D. E., & Loo, S. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry*. 162(9), 1621–1627.

McLaughlin, K. A., Mennin, D. S., & Farach, F. J. (2007). The contributory role of worry in emotion generation and dysregulation in generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 45(8), 1735–1752.

McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., & Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour Research and Therapy*. 49(9), 544–554.

McLean, L. M., Toner, B., Jackson, J., Desrocher, M., & Stuckless, N. (2006). The relationship between childhood sexual abuse, complex post-traumatic stress disorder and alexithymia in two outpatient samples: Examination of women treated in community and institutional clinics. *Journal of Child Sexual Abuse*. 15, 1–17.

Melnick, S. M., & Hinshaw, S. P. (2000). Emotion regulation and parenting in AD/HD and comparison boys: linkages with social behaviors and peer preference. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 28(1), 73–86.

Merwin, R. M., Moskovich, A. A., Wagner, H. R., Ritschel, L. A., Craighead, L. W., & Zucker, N. L. (2013). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: Relationship to self-perceived sensory sensitivity. *Cognition & Emotion*. 27(3), 441–452.

Mennin, D. S., & Fresco, D. M. (2015). Advancing Emotion Regulation Perspectives on Psychopathology: The Challenge of Distress Disorders. *Psychological Inquiry*. 26(1), 80–92.

- Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L., & Fresco, D. M. (2005). Preliminary evidence for an emotion dysregulation model of generalized anxiety disorder. *Behaviour Research and Therapy*. 43(10), 1281-1310.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., & Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*. 38(3), 284-302.
- Millstein, R. B., Wilens, T. E., Biederman, J., & Spencer, T. J. (1997). Presenting ADHD symptoms and subtypes in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 2(3), 159–166.
- Milich, R., Balentine, A.C. & Lynam, D.R. (2001). ADHD combined type and ADHD predominantly inattentive type are distinct and unrelated disorders. *Clin Psychol Sci Pract*. 8, 463–488.
- Miyake, A., & Friedman, N. P. (2012). The Nature and Organization of Individual Differences in Executive Functions. *Current Directions in Psychological Science*. 21(1), 8–14.
- Miesch, M., & Deister, A. (2018). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adult psychiatry: Data on 12-month prevalence, risk factors and comorbidity. *Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie*.
- Minde, K., Lewin, D., Weiss, G., Lavigne, H., Douglas, V., & Sykes, E. (1971). The Hyperactive Child in Elementary School: A 5 Year, Controlled, Followup. *Exceptional Children*. 38(3), 215–221.
- Moss, S. B., Nair, R., Vallarino, A., & Wang, S. (2007). Attention deficit/hyperactivity disorder in adults. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 34, 445-473.
- Mowrer, O.H. (1960). *Learning Theory and Behavior*. New York, NY: Wiley.
- Morrison, J.R. (1980). Childhood hyperactivity in an adult psychiatric population: Social factors. *J Clin Psychiatry*. 41, 40–43.
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R., (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*. 16, 361–88.
- Moore, E., Sunjic, S., Kaye, S., Archer, V., & Indig, D. (2016). Adult ADHD Among NSW Prisoners. *Journal of Attention Disorders*. 20(11), 958–967.
- Murphy, K. R., Barkley, R. A., & Bush, T. (2001). Executive functioning and olfactory identification in young adults with attention deficit-hyperactivity disorder. *Neuropsychology*. 15(2), 211–220.
- Murphy, K. R., Barkley, R. A., & Bush, M. A. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: Subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 190(3), 147-157.

- Niedtfeld, I., Schulze, L., Kirsch, P., Herpertz, S. C., Bohus, M., & Schmahl, C. (2010). Affect regulation and pain in borderline personality disorder: a possible link to the understanding of self-injury. *Biological Psychiatry*, 68(4), 383-391.
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking Rumination. *Perspectives on Psychological Science*. 3(5), 400–424.
- Neumann, A., Van Lier, P. A. C., Gratz, K. L., & Koot, H. M. (2009). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation Difficulties in Adolescents Using the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Assessment*. 17(1), 138–149.
- Nylander, E., Floros, O., Sparding, T., Ryden, E., Hansen, S., & Landen, M. (2020). Five- year outcomes of ADHD diagnosed in aulthood. *Scandinavian Journal of Psychology*. 1-12.
- Oldershaw, A., DeJong, H., Hambrook, D., Broadbent, H., Tchanturia, K., Treasure, J., & Schmidt, U. (2012). Emotional Processing Following Recovery from Anorexia Nervosa. *European Eating Disorders Review*. 20(6), 502–509.
- Oldershaw, A., Lavender, T., Sallis, H., Stahl, D., & Schmidt, U. (2015). Emotion generation and regulation in anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of self-report data. *Clinical Psychology Review*. 39, 83–95.
- Overton, A., Selway, S., Strongman, K., & Houston, M. (2005). Eating Disorders? The Regulation of Positive as well as Negative Emotion Experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*. 12(1), 39–56.
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2001). Positive beliefs about depressive rumination: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Behavior Therapy*, 32(1), 13–26.
- Patterson, G. R., Degarmo, D. S., & Knutson, N. (2000). Hyperactive and antisocial behaviors: Comorbid or two points in the same process? *Development and Psychopathology*. 12(1), 91–106.
- Paul, H., & Wender, M.D. (2000). Adult Manifestations Of Attention Deficit Disorder. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock (Ed.), 7th ed., Lippincott Williams & Wilkins Publishers.
- Park, S., Cho, M. J., Chang, S. M., Jeon, H. J., Cho, S. J., Kim, B. S., . . . & Hong, J. P. (2011). Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: Results of the Korean Epidemiologic Catchment Area Study. *Psychiatry Research*. 186, 378-383.
- Piñeiro-Dieguez, B., Balanzá-Martínez, V., García-García, P., & Soler-López, B. (2014). Psychiatric comorbidity at the time of diagnosis in adults with ADHD: The CAT Study. *Journal of Attention Disorders*. 1-10.

Polanczyk, G., Lima, M.S., Horta, B.L., Biederman, J., & Rohde, L.A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *Am J Psychiatry*. 164(6), 942–948.

Prosek, E. A., Giordano, A. L., Woehler, E. S., Price, E., & McCullough, R. (2018). Differences in Emotion Dysregulation and Symptoms of Depression and Anxiety among Illicit Substance Users and Nonusers. *Substance Use & Misuse*. 53(11), 1915–1918.

Quinn, P. O. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: An evolving picture. *Current Psychiatry Reports*. 10, 419-423.

Rabinovici, G. D., Stephens, M. L., & Possin, K. L. (2015). Executive Dysfunction. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*. 21, 646–659.

Rasmussen, P., & Gillberg, C. (2000). Natural Outcome of ADHD With Developmental Coordination Disorder at Age 22 Years: A Controlled, Longitudinal, Community-Based Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 39(11), 1424–1431.

Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Strong, R. E., Hedges, D. W., Adler, L., Spencer, T. J., ... & Soni, P. (2005). Emotional Dysregulation in Adult ADHD and Response to Atomoxetine. *Biological Psychiatry*. 58(2), 125–131.

Reimherr, F.W., Marchant, B.K., Olson, J.L., ... & Robison, R.J. (2010). Emotional dysregulation as a core feature of adult ADHD: its relationship with clinical variables and treatment response in two methylphenidate trials. *J.ADHD Relat. Disord*. 4, 53–64.

Retz, W., Stieglitz, R. D., Corbisiero, S., Retz-Junginger, P., & Rösler, M. (2012). Emotional dysregulation in adult ADHD: what is the empirical evidence?. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 12(10), 1241-1251.

Retz-Junginger, P., Rösler, M., Müller, R., & Retz, W. (2012). Welchen Einfluss hat das Geschlecht auf das Inanspruchnahmeverhalten bei adulter ADHS im Rahmen einer Spezialambulanz? *Psychiatrische Praxis*. 39(07), 345–348.

Rasmussen, P. & Gillberg, C. (2000). Natural outcome of ADHD with developmental coordination disorder At Age 22 Years: A controlled, longitudinal, community-based Study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39: 1424-31. Rasmussen, K., & Levander, S. (2008). Untreated ADHD in Adults. *Journal of Attention Disorders*, 12(4), 353–360.

Richards, K., Campenni, C. & Burke, J.M. (2010). Self-care and well-being in mental health professionals: The mediating effects of self-awareness and mindfulness. *Journal of Mental Health Counseling*, 32(3), 247-264.

Riggio, R. E. (1986). Assessment of basic social skills. *Journal of Personality and Social Psychology*. 51(3), 649–660.

Robison, R.J., Reimherr F., Marchant. B.K., Stephen, V.F., Adler, L.A. & West, S.A. (2008). Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/ hyperactivity disorder: a retrospective data analysis. *J Clin Psychiatry*. 69, 213– 217.

Rösler, M., Casas, M., Konofal, E., & Buitelaar, J. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder in adults. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 11(5), 684-698.

Rugancı, R.N., & Gençöz, T. (2010). Psychometric properties of a Turkish version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Clin Psychol*. 66, 442-455.

Rucklidge, J. J., Downs-Woolley, M., Taylor, M., Brown, J. A., & Harrow, S.-E. (2016). Psychiatric Comorbidities in a New Zealand Sample of Adults With ADHD. *Journal of Attention Disorders*. 20(12), 1030–1038.

Rüfenacht, E., Euler, S., Prada, P., Nicastro, R., Dieben, K., Hasler, R., ... & Weibel, S. (2019). Emotion dysregulation in adults suffering from attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), a comparison with borderline personality disorder (BPD). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*. 6(1).

Sahin, N., & Durak, A. (1994). Kisa Semptom Envanteri (Brief Symptom Inventory-BSI): Türk Gençleri İçin Uyarlanması. *Türk Psikoloji Dergisi*. 9(31),44-56.

Samson, A. C., & Gross, J. J. (2012). Humour as emotion regulation: The differential consequences of negative versus positive humour. *Cognition & Emotion*. 26(2), 375–384.

Satterfield, J., Swanson, J., Schell, A., & Lee, F. (1994). Prediction of Antisocial Behavior in Attention-Deficit Hyperactivity Disorder Boys from Aggression/Defiance Scores. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 33(2), 185–190.

Schwandt, H., & Wuppermann, A. (2016). The youngest get the pill: ADHD misdiagnosis in Germany, its regional correlates and international comparison. *Labour Economics*. 43, 72–86.

Secnik, K., Swensen, A., & Lage, M. J. (2005). Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder. *Pharmacoeconomics*. 23(1), 93-102.

Seligman, M. E. P. (1972). Learned helplessness. *Annual Review of Medicine*. 23, 407- 412.

Siefert, C. J., Hilsenroth, M. J., Weinberger, J., Blagys, M. D., & Ackerman, S. J. (2006). The relationship of patient defensive functioning and alliance with therapist technique during short-term psychodynamic psychotherapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*. 13(1), 20–33.

Schaughency, E.A., Lahey, B.B., Hynd, G.W., Stone, P.A., Piacentini, J.C., & Frick, P.J. (1989). Neuropsychological test performance and the attention deficit disorders: Clinical utility of the Luria-Nebraska Neuropsychological Battery- Children's Revision. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 57, 112-116.

Schachar, R. J., Tannock, R., & Logan, G. (1993). Inhibitory control, impulsiveness, and attention deficit hyperactivity disorder. *Clinical Psychology Review*. 13, 721-739.

Schachar, R., Tannock, R., Marriott, M., & Logan, G. (1995). Deficient inhibitory control in attention deficit hyperactivity disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 23(4), 411-437.

Shaywitz, B.A., & Shaywitz, S.E. (1991). Comorbidity: A critical issue in attention deficit disorder. *Journal of Child Neurology*. 6,13- 22.

Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E., (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*. 171, 276-293.

Sim, L., & Zeman, J. (2006). The contribution of emotion regulation to body dissatisfaction and disordered eating in early adolescent girls. *Journal of Youth and Adolescence*. 35(2), 207-216.

Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, Á., & Bitter, I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*. 194(03), 204-211.

Skirrow, C., & Asherson, P. (2013). Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of Affective Disorders*. 147(1-3), 80-86.

Smalley, S. L., McGough, J. J., Moilanen, I. K., Loo, S. K., Taanila, A., Ebeling, H.,... & Järvelin, M. R. (2007). Prevalence and psychiatric comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder in an adolescent Finnish population. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 46, 1575-1583.

Smyth, J. M., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., & Engel, S. G. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 75(4), 629-638.

Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert, T., Philipsen, A. & Rietschel, M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. 257(7), 371-377.

Sobanski, E., Bruggemann, D., Alm B., Kern, S., Philipsen, A., Schmalzried, H., Heblinger, B., Waschkowski, H. & Rietschel, M. (2008). Subtype differences in adults with attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) with regard to ADHD-symptoms, psychiatric comorbidity and psychosocial adjustment. *European Psychiatry*. 23(2), 142-149.

Soenke, M., Hahn, K. S., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2010). Exploring the relationship between childhood abuse and analogue generalized anxiety disorder: The mediating role of emotion dysregulation. *Cognitive Therapy and Research*. 34(5), 401-412.

Soendergaard, H. M., Thomsen, P. H., Pedersen, E., Pedersen, P., Poulsen, A. E., Winther, L., ...& Soegaard, H. J. (2016). Associations of Age, Gender, and Subtypes With ADHD Symptoms and Related Comorbidity in a Danish Sample of Clinically Referred Adults. *Journal of Attention Disorders*. 20(11), 925–933.

Solberg, B. S., Halmøy, A., Engeland, A., Igland, J., Haavik, J., & Klungsøyr, K. (2017). Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*. 137(3), 176–186.

Sorlie, P., & Wei, G. S. (2011). Population-Based Cohort Studies: Still Relevant? *Journal of the American College of Cardiology*. 58(19), 2010–2013.

Spencer, T., Biederman, J., Wilens, T., Doyle, R., Surman, C., Prince, J., ... & Faraone, S. (2005). A large, double-blind, randomized clinical trial of methylphenidate in the treatment of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological Psychiatry*. 57(5), 456–463.

Srivastava, K., Chatterjee, K. & Bhat, P.S. (2016). Mental health awareness: The Indian scenario. *Industrial Psychiatry Journal*. 25(2), 131-134.

Sroufe, L. A., Carlson, E. A., Levy, A. K., & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*. 11(1), 1–13.

Staikova, E., Marks, D. J., Miller, C. J., Newcorn, J. H., & Halperin, J. M. (2010). Childhood Stimulant Treatment and Teen Depression: Is There a Relationship? *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*. 20(5), 387–393.

Stevens, J.P. (2009). *Applied Multivariate Statistics for the Social Sciences*, 5th ed., New York: Routledge.

Strupp, H. H., Butler, S. F., & Rosser, C. L. (1988). Training in psychodynamic therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 56(5), 689–695.

Svaldi, J., & Naumann, E. (2014). Effects of Rumination and Acceptance on Body Dissatisfaction in Binge Eating Disorder. *European Eating Disorders Review*. 22(5), 338–345.

Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B., & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: a marker of eating pathology or general psychopathology?. *Psychiatry Research*. 197(1-2), 103-111.

Southward, M. W., Wilson, A. C., & Cheavens, J. S. (2020). On what do therapists agree? Assessing therapist evaluations of emotion regulation strategy effectiveness. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. 94 (2), 231-246.

Szatmari, P., Offord, D. R., & Boyle, M. H. (1989). Ontario Child Health Study: Prevalence of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 30(2), 219–223.

Tsai, F-J., Tseng, W-L., Yang, L-K. & Gau, S.S-F. (2019). Psychiatric comorbid patterns in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: Treatment effect and subtypes. *Plos One*, 14(2), 1-16.

Tabachnick, B.G., & Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics*. Northridge: Pearson.

Thorley, G. (1984). Hyperkinetic syndrome of childhood: clinical characteristics. *Br J Psychiatry*. 144: 16-24.

Thompson, R. A. (1994). Emotion Regulation: A Theme in Search of Definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*. 59(2), 25–52.

Thompson, R. A. (1991). Emotional regulation and emotional development. *Educational Psychology Review*. 3(4), 269–307.

Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 25–52.

Thompson, R. A., & Calkins, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and Psychopathology*, 8(01), 163.

Tull, M. T., Barrett, H. M., McMillan, E. S., & Roemer, L. (2007). A preliminary investigation of the relationship between emotion regulation difficulties and posttraumatic stress symptoms. *Behavior Therapy*. 38(3), 303–313.

Tull, M. T., Jakupcak, M., McFadden, M. E., & Roemer, L. (2007). The Role of Negative Affect Intensity and the Fear of Emotions in Posttraumatic Stress Symptom Severity Among Victims of Childhood Interpersonal Violence. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 195(7), 580–587.

Tull, M. T., Gratz, K. L., Latzman, R. D., Kimbrel, N. A., & Lejuez, C. W. (2010). Reinforcement Sensitivity Theory and emotion regulation difficulties: A multimodal investigation. *Personality and Individual Differences*. 49, 989–994.

- Uchida, M., Spencer, T. J., Faraone, S. V., & Biederman, J. (2015). Adult Outcome of ADHD: An Overview of Results From the MGH Longitudinal Family Studies of Pediatrally and Psychiatrically Referred Youth With and Without ADHD of Both Sexes. *Journal of Attention Disorders*. 22(6), 523-534.
- Van Der Kolk, B. A. (2005). Developmental Trauma Disorder: A more specific diagnosis than posttraumatic stress disorder should be considered for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*. 35, 401-409.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Simpson, W., & Patterson, B. (2011). Adult attention deficit hyperactivity disorder in an anxiety disorders population. *CNS Neurosci Therapeutic*. 17(4), 221-6.
- Wanberg, K. W., Horn, J. L., & Foster, F. M. (1977). A differential assessment model for alcoholism. The scales of the Alcohol Use Inventory. *Journal of Studies on Alcohol*. 38(3), 512-543.
- Walcott, C. M., & Landau, S. (2004). The Relation Between Disinhibition and Emotion Regulation in Boys With Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*. 33(4), 772-782.
- Wasserstein, J. (2005). Diagnostic issues for adolescents and adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychology*. 61(5), 535-547.
- Webb, T. L., Schweiger Gallo, I., Miles, E., Gollwitzer, P. M., & Sheeran, P. (2012). Effective regulation of affect: An action control perspective on emotion regulation. *European Review of Social Psychology*. 23(1), 143-186.
- Weiss, G., Hechtman, L., Milroy, T., & Perlman, T. (1985). Psychiatric Status of Hyperactives as Adults: A Controlled Prospective 15-Year Follow-up of 63 Hyperactive Children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*. 24(2), 211-220.
- Weiss, G., & Hechtman, L.T. (1993). *Hyperactive Children Grow up: ADHD Children, Adolescents, and Adults*. 2nd ed. New York, NY: Guilford Press.
- Welsh, M. C., & Pennington, B. F. (1988). Assessing frontal lobe functioning in children: Views from developmental psychology. *Developmental Neuropsychology*. 4(3), 199-230.
- Wender, P.H., Reimherr, F.W., & Wood, D.R. (1981): Attention deficit disorder ('Minimal Brain Dysfunction') in adults: A replication study of diagnosis and drug treatment. *Arch Gen Psychiatry*. 38, 449 - 456.
- Wender, P. H. (1995). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. Oxford University Press.
- Westwood, H., Kerr-Gaffney, J., Stahl, D., & Tchanturia, K. (2017). Alexithymia in eating disorders: Systematic review and meta-analyses of studies using the Toronto Alexithymia Scale. *Journal of Psychosomatic Research*. 99, 66-81.

Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the Executive Function Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biological Psychiatry*. 57(11), 1336–1346.

Wilens, T.E., Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., & Spencer, T. (1997). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is associated with early onset substance use disorders. *J Nerv Ment Dis*. 185(8), 475–82.

Wilens, T. E., Biederman, J., Faraone, S. V., Martelon, M., Westerberg, D., & Spencer, T. J. (2009). Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*. 70(11), 1557-1562.

Willcutt, E.G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 9, 490-499.

Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the Executive Function Theory of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A Meta-Analytic Review. *Biological Psychiatry*. 57(11), 1336–1346.

Woods, S. P., Lovejoy, D. W., & Ball, J. D. (2002). Neuropsychological Characteristics of Adults with ADHD: A Comprehensive Review of Initial Studies. *The Clinical Neuropsychologist*. 16(1), 12–34.

Wong, T. Y., & Hyman, L. (2008). Population-Based Studies in Ophthalmology. *American Journal of Ophthalmology*. 146(5), 656–663.

Wong, C. F., Silva, K., Kecojevic, A., Schrage, S. M., Bloom, J. J., Iverson, E. & Lankenau, S. E. (2013). Coping and emotion regulation profiles as predictors of nonmedical prescription drug and illicit drug use among high-risk young adults. *Drug and Alcohol Dependence*. 132(1), 165-171.

Yallop, L., Brownell, M., Chateau, D., Walker, J., Warren, M., & Bailis, D. (2015) Lifetime prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in young adults: examining variations in the socioeconomic gradient. *The Canadian Journal of Psychiatry*. 60(10), 432-440.

Yoshimasu, K., Barbaresi, W.J., Colligan, R.C., Voigt, R.G., Killian, J.M., Weaver, A.L., & Katusic, S.K. (2016). Adults With Persistent ADHD: Gender and Psychiatric Comorbidities-A Population Based Longitudinal Study. *Journal of Attention Disorders*. 1-12.

Yoshimasu, K., Barbaresi, W. J., Colligan, R. C., Voigt, R. G., Killian, J. M., Weaver, A. L., & Katusic, S. K. (2016). Suicidality and psychiatric comorbidities among adults with childhood identified ADHD: Gender differences – a population-based longitudinal study. *European Psychiatry*. 33, 77.

Young, S., & Thome, J. (2011). ADHD and offenders. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 12(1), 124–128.

Zetsche, U., D'Avanzato, C., & Joormann, J. (2012). Depression and rumination: Relation to components of inhibition. *Cognition & Emotion*. 26(4), 758–767.

Zlotnick, C., Zakriski, A. L., Shea, M. T., Costello, E., Begin, A., Pearlstein, T., & Simpson, E. (1996). The long-term sequelae of sexual abuse: Support for a complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*. 9(2), 195–205.

Points to Consider on Multiplicity Issues in Clinical Trials (2002). <https://ema.europa.eu/> (22 Ekim 2021).



8 EKLER

EK-1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Sayın Katılımcımız,

Tarih:

Çalışmada Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) olan erişkin bireydeki ruhsal sorunların gelişmesinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolünün incelenmesi amaçlanmaktadır. Çalışmada yer almanız gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmaya katılmama ve çalışmanın herhangi bir yerinde ayrılma hakkına sahipsiniz. Çalışma öz bildirim ölçek uygulamalarını ve araştırmacı tarafından yapılacak değerlendirmeleri içermekte olup sizin açınızdan herhangi bir yan etkiye sahip değildir.

Çalışmaya katılmanız halinde size sosyodemografik bilgi formu, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği (ASRS), DSM-5 Bozuklukları için Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV), Kısa Semptom Envanteri ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği uygulanacaktır. Sosyodemografik bilgi formu, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Ölçeği, Kısa Semptom Envanteri ve Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği kendinizin cevaplayacağı bazı soruları içermekte ve yaklaşık 15-20 dakika sürmektedir. DSM-5 Bozuklukları için Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV) ise araştırmacı tarafından uygulanacak olup yaklaşık olarak 50 dakika sürecektir. Kullanılacak tüm testlerin geçerlik ve güvenirlikleri yapılmıştır.

Çalışmamız etik kuruldan izin alınarak gerçekleştirilmektedir. Bu onam formunun bir örneği size verildikten sonra çalışmaya başlanacaktır. Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar kimliğiniz bildirilmeden sadece bilimsel amaçlarla kullanılacaktır. İstemediğiniz takdirde verdiğiniz bilgiler çalışmada kullanılmayacaktır. Çalışma Prof. Dr. Ömer Faruk Şimşek, Doç. Dr. Muhammed Ayaz ve Öğr. Gör. Fatma Kayım tarafından yürütülecektir. Yapılması planlanan çalışma Öğr. Gör. Fatma Kayım'ın doktora tezi kapsamında gerçekleştirilecektir. Bu formun yanı sıra görüşmeyi yaptığınız araştırmacımız da size sözel olarak bilgi verecek ve

Çalışmayla ilgili merak ettiğiniz bütün sorularınızı cevaplayacaktır. Araştırmaya dair herhangi bir konu ile ilgili [REDACTED] numaralı telefona veya [REDACTED] mail adresine başvurabilirsiniz.

İZİN ONAYI:

Ben _____ bu formu okudum. Formda açıklanan çalışmanın özelliklerini tamamen anladım. Bu çalışmanın amacı, nasıl yapılacağı ve olası zararları tarafıma ayrıntılı olarak açıklandı ve sorularım yanıtlandı. “*Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Zemininde Gelişen Ruhsal Sorunlarda Duygu Düzenlemenin Aracı Rolü*” adlı çalışmaya kendi rızamla gönüllü olarak katılmayı kabul ettiğimi ve bu formun bir kopyasının bana verildiğini imzamla beyan ederim.

Gönüllünün Adı Soyadı:

İmzası ve Tarih:

Telefon:

Araştırmacının Adı Soyadı

İmzası ve Tarih:

EK-2 Sosyodemografik Bilgi Formu

1. Ad-Soyad:

2. Cinsiyet: 0) Kadın 1) Erkek

3. Doğum Tarihi:

4. Medeni Durum: 0) Evli 1) Bekar 2) Boşanmış/Ayrı

5. Eğitim durumu: 0) Ön lisans 1) Lisans 2) Yüksek lisans

6. Eğitim sürecinde yıl kaybı yaşadınız mı? 0)Evet 1) Hayır

7. Yarıda bıraktığı bir eğitim programı 0) Var 1) Yok

8. Baba eğitimi: 0) Okur-yazar değil 1) Okur-yazar 2) İlk 3) Orta 4) Lise
5) Yüksek Öğretim

9. Anne eğitimi: 0) Okur-yazar değil 1) Okur-yazar 2) İlk 3) Orta 4) Lise
5) Yüksek Öğretim

10. Kardeş sayısı: 0) Yok 1) Varsa sayısını belirtiniz.....

11. Yaşam şekli: 0) Yalnız 1) Arkadaş ile 2) Kök Aile ile 3) Aile ile

12. Okulda disiplin cezası aldınız mı? 0) Hayır 1) Evet

13. Adli Öyküsü: 0) Yok 1) Varsa belirtiniz.....

14. Ailede psikiyatrik hastalık durumu

0) Yok 1) Var ise yakınlığını ve tanıyı belirtiniz.....

15. Daha önce hiç psikiyatrik hastalık tanısı aldınız mı?

0) Hayır 1) Evet ise tanı/tanıları belirtiniz.....

**EK-3 Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi
Bildirim Ölçeği**

Ad:

Doğum Tarihi:

Soyad:

Cinsiyet:

A BÖLÜMÜ	Asla 0	Nadiren 1	Bazen 2	Sık 3	Çok Sık 4
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin /projenin son ayrıntılarını toparlayıp proje tamamlamakta sorun yaşıyor mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşıyorsunuz?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşıyorsunuz?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamakta kaçınıyor ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşıyor, kıpırdanıyor ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
B BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşıyorsunuz?					
10. Evden veya işten eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşıyorsunuz?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevşemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					

EK-4 Kısa Semptom Envanteri (KSE)

Aşağıda insanların bazen yaşadıkları belirtiler ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi lütfen dikkatle okuyun. Daha sonra o belirtinin sizi bugün dâhil, **son bir haftadır** ne kadar rahatsız ettiğini yandaki kutulardan uygun olanının içini X işaretleyerek gösterin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösterin. Fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızın üstünü karalayın.

	Hiç	Biraz	Orta Derecede	Oldukça Fazla	Ciddi Derecede
1. İçinizdeki sinirlilik ve titreme hali					
2. Baygınlık, baş dönmesi					
3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edebileceği inancı					
4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu düşüncesi					
5. Olayları hatırlamada güçlük					
6. Çok kolayca kızıp öfkelenme					
7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar					
8. Meydanlık (açık) alanlardan korkma duygusu					
9. Yaşamınıza son verme düşünceleri					
10. İnsanların çoğuna güvenilmeyeceği düşüncesi					
11. İştahta bozukluklar					
12. Hiçbir nedeni olmayan ani korkular					
13. Kontrol edemediğiniz duygu patlamaları					
14. Başka insanlarla beraberken bile yalnızlık hissetme					
15. İşleri bitirme konusunda kendini engellenmiş hissetme					
16. Yalnızlık hissetme					
17. Hüzünlü, kederli hissetme					
18. Hiçbir şeye ilgi duymama					
19. Ağlamaklı hissetme					
20. Kolayca incinebilme, kırılma					
21. İnsanların sizi sevmediğine kötü davrandığına inanmak					
22. Kendini diğerlerinden daha aşağı görme					
23. Mide bozukluğu, bulantı					
24. Diğerlerinin sizi gözlediği ya da hakkınızda konuştuğu inancı					
25. Uykuya dalmada güçlük					

26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etme					
27. Karar vermede güçlükler					
28. Otobüs, tren, metro gibi umumî vasıtalarla seyahat etmekten korkma					
29. Nefes darlığı, nefessiz kalma					
30. Sıcak, soğuk basmaları					
31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya, yer, etkinliklerden uzak kalmaya çalışma					
32. Kafanızın birden bomboş kalması					
33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar					
34. Günahlarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi					
35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları içinde olmak					
36. Konsantrasyonda (dikkati bir şey üzerinde toplamada) güçlük/zorlanma					
37. Bedenin bazı bölgelerinde zayıflık, güçsüzlük hissi					
38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme					
39. Ölüm ve ölmek üzerine düşünceler					
40. Birini dövme, ona zarar verme, yaralama isteği					
41. Bir şeyleri kırma/dökme isteği					
42. Diğerlerinin yanındayken kendini çok fazla gözlemek, yanlış bir şeyler yapmamaya çalışmak					
43. Kalabalıklarda rahatsızlık duymak					
44. Bir başka insana hiç yakınlık duymamak					
45. Dehşet ve panik nöbetleri					
46. Sık sık tartışmaya girme					
47. Yalnız bırakıldığında/kalındığında sinirlilik hissetme					
48. Başarılarınız için diğerlerinden yeterince takdir görmediğiniz düşüncesi					
49. Yerinde duramayacak kadar gergin ve tedirgin hissetme					
50. Kendini değersiz görme, değersizlik hissi					
51. İzin verdiğiniz takdirde insanların sizi sömüreceği düşüncesi					
52. Suçluluk duyguları					
53. Aklınızda bir bozukluk olduğu düşünceleri					

EK-5 Duygu Düzenleme Güçlüğü       (DDGÖ)

Aşağıdaki cümlelerin size ne sıklıkla uyduğunu altlarında belirtilen 5 dereceli     k üzerinden değerlendiriniz. Her bir cümlenin altındaki 5 noktalı     kten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	1	2	3	4	5
	Hemen hemen hiç	Bazen	Yaklaşık yarı yarıya	çoğu zaman	Hemen hemen her zaman
	(%0-%10)	(%11-%35)	(%36-%65)	(%66-%90)	(%91-%100)
1. Ne hissettiğim konusunda netimdir.					1 2 3 4 5
2. Ne hissetti�imi dikkate alırım.					1 2 3 4 5
3. Duygularım bana dayanılmaz ve kontrolsüz gelir.					1 2 3 4 5
4. Ne hissettiğim konusunda hiçbir fikrim yoktur.					1 2 3 4 5
5. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					1 2 3 4 5
6. Ne hissetti�ime dikkat ederim.					1 2 3 4 5
7. Ne hissetti�imi tam olarak bilirim.					1 2 3 4 5
8. Ne hissetti�imi �nemserim.					1 2 3 4 5
9. Ne hissettiğim konusunda karmaşa ya�arım.					1 2 3 4 5
10. Kendimi kötü hissetmeyi kabullenebilirim.					1 2 3 4 5
11. Kendimi kötü hissetti�imde böyle hissettiğim için kendime kızarım.					1 2 3 4 5
12. Kendimi kötü hissettiğim için utanırım.					1 2 3 4 5
13. Kendimi kötü hissetti�imde i�lerimi bitirmekte zorlanırım.					1 2 3 4 5
14. Kendimi kötü hissetti�imde kontrolden �ıkarım.					1 2 3 4 5
15. Kendimi kötü hissetti�imde uzun süre böyle kalaca�ıma inanırım.					1 2 3 4 5
16. Kendimi kötü hissetmemin yo�un depresif duyguyla sonu�lanaca�ına inanırım.					1 2 3 4 5
17. Kendimi kötü hissetti�imde duygularımın yerinde ve önemli olduğuna inanırım.					1 2 3 4 5
18. Kendimi kötü hissederken başka şeylere odaklanmakta zorlanırım.					1 2 3 4 5

19.	Kendimi kötü hissederken kontrolden çıktığım duygusu yaşarım.	1	2	3	4	5
20.	Kendimi kötü hissediyor olsam da çalışmayı sürdürebilirim.	1	2	3	4	5
21.	Kendimi kötü hissettiğimde bu duygumdan dolayı kendimden utanırım.	1	2	3	4	5
22.	Kendimi kötü hissettiğimde eninde sonunda kendimi daha iyi hissetmenin bir yolunu bulacağımı bilirim.	1	2	3	4	5
23.	Kendimi kötü hissettiğimde zayıf biri olduğum duygusuna kapılırım.	1	2	3	4	5
24.	Kendimi kötü hissettiğimde de davranışlarım kontrolüm altındadır.	1	2	3	4	5
25.	Kendimi kötü hissettiğim için suçluluk duyarım.	1	2	3	4	5
26.	Kendimi kötü hissettiğimde konsantre olmakta zorlanırım.	1	2	3	4	5
27.	Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarımı kontrol etmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
28.	Kendimi kötü hissettiğimde daha iyi hissetmem için yapabileceğim hiçbir şey olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
29.	Kendimi kötü hissettiğimde böyle hissettiğim için kendimden rahatsız olurum.	1	2	3	4	5
30.	Kendimi kötü hissettiğimde kendimle ilgili olarak çok fazla endişelenmeye başlarım.	1	2	3	4	5
31.	Kendimi kötü hissettiğimde kendimi bu duyguya bırakmaktan başka çıkar yol olmadığına inanırım.	1	2	3	4	5
32.	Kendimi kötü hissettiğimde davranışlarım üzerindeki kontrolümü kaybederim.	1	2	3	4	5
33.	Kendimi kötü hissettiğimde başka bir şey düşünmekte zorlanırım.	1	2	3	4	5
34.	Kendimi kötü hissettiğimde duygumun gerçekte ne olduğunu anlamak için zaman ayırırım.	1	2	3	4	5
35.	Kendimi kötü hissettiğimde kendimi daha iyi hissetmem zaman alır.	1	2	3	4	5
36.	Kendimi kötü hissettiğimde duygularım dayanılmaz olur.	1	2	3	4	5

EK-6 İstanbul Arel Üniversitesi Etik Kurul Onayı

Tarih: 20.10.2019
Sayı: 69396709-050.01.01
E-00000000000000000000



T.C.
İSTANBUL AREL ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : 69396709-050.01.01
Konu : Etik Kurul Kararı Hk.

Sayın Fatma KAYIM

Üniversitemiz Etik Kurulu'nun 23.10.2019 tarih ve 2019/06 sayılı toplantısında alınan karar aşağıda sunulmuştur.

Gereğini bilgilerinize rica ederim.



KARAR NO-1: Üniversitemiz Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji doktora programı öğrencisi Fatma KAYIM'ın "Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Zemininde Gelişen Ruhsal Sorunlarda Duygu Düzenlemenin Aracı Rolü" isimli çalışması görüşüldü. Yapılan görüşmeler sonucunda; öğrenci Fatma KAYIM'ın çalışmasıyla ilgili Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü öğretim üyesi Prof. Dr. Yılmaz ÖZAKPINAR'ın da görüşü doğrultusunda söz konusu projenin etik ilkelere uygun olduğuna oy birliği ile karar verildi.

Türkiye Mahallisi Erguvan Sokak No:26 / K:34537 Topkapı - Beşiktaş/İSTANBUL (www.arel.edu.tr)

Başlı: NİŞANCI (Yazı İşleri Müdürü) ben@arel.edu.tr

Tel : +90 850 8502735 Fax: +90 212 860 04 81

Evrensel elektronik imzalı suretine <https://e-belge.arel.edu.tr/adresinden/f0ff673-70d2-43fb-9b06-8684c49e4634> kodu ile erişilebilir.

Bu belge 5070 sayılı Elektronik İmza Kanunu'na uygun olarak Güçlendirilmiş Elektronik İmza ile onaylanmıştır.

EK-7. KLİPPS – Klinik Psikoloji ve Psikiyatri Sempozyumu Katılım Belgesi

