T.C.
Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANILI ERİŞKİNLERDE YEME FARKINDALIĞI, DUYGUSAL DAYANIKLILIK, BENLİK SAYGISI VE ÇOCUKLUK TRAVMALARININ İLİŞKİSİ

Dr. Ceren ÖZAĞAÇHANLI

UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi Serap SARI

ERZURUM-2025

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİ ve TEZİ İLE İLGİLİ BİLGİLER

Adı, Soyadı : Ceren ÖZAĞAÇHANLI

Anabilim Dalı : Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Tez Danışmanı: Dr. Öğr. Üyesi Serap SARI

Sınav tarihi:
27 / 03 / 2025

Tezin Konusu ve Başlığı :Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Yeme Farkındalığı, Duygusal Dayanıklılık, Benlik Saygısı Ve Çocukluk Travmalarının İlişkisi

Tezin Niteliği : ☒ Tıpta Uzmanlık Tezi
☐ Klinik Çalışmalar ( ) Prospektif ( ) Retrospektif ( ) Kesitsel
☐ Laboratuvar Çalışmaları ( ) Invitro (Cansız) Çalışmaları ( ) Hayvan Çalışmaları

Tez Sınavının Nasıl Yapıldığı: ☒ Yüz yüze katılım sağlanarak ☐ Online (Jürinin teşkil edilmesinde kurum dışından belirlenecek olan jüri üyesi, aynı il sınırları içerisinde bulunmadığından, tez sınavı dijital ortamda yapılmıştır.)

II. KARAR

Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğinin 19. maddesi gereğince yapılan tez savunma sınavının tamamlanması sonucunda adı geçenin tezinin, jüri üyelerince "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak;

☒ Kabulüne

1.Tez Sınavı ☐ Reddine (Eksikliklerin tamamlanması ve gerekli düzeltmelerin yapılması için uzmanlık öğrencisine, TUEY'nin 19. Maddesinin 6. fıkrası gereğince altı aylık ek bir süre verilmesine)

2.Tez Sınavı ☐ Reddine (TUEY'nin 19. Maddesinin 7. fıkrası gereğince, uzmanlık öğrencisinin uzmanlık öğrenciliği ile ilişiğinin kesilmesine)

☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

III. AÇIKLAMALAR

IV. JÜRİ ÜYELERİ

	Unvanı Adı Soyadı	Uzmanlık Dalı	Kurum Bilgisi	İmza
Jüri Başkanı	PROF.DR. HALİL ÖZCAN	RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	
Jüri Üyesi	DOÇ.DR. HACER AKGÜL CEYHUN	RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	
Jüri Üyesi	DR.ÖGR.ÜYESİ SERAP SARI	RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI	ATATÜRK ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	

ONAY

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 01.12.2023 tarihli 15 numaralı oturumunda, "Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Yeme Farkındalığı, Duygusal Dayanıklılık, Benlik Saygısı ve Çocukluk Travmalarının İlişkisi" başlıklı tezin, araştırma görevlisi Dr. Ceren ÖZAĞAÇHANLI tarafından, Dr. Öğretim Üyesi Serap SARI'ın danışmanlığında yürütülmesine karar verilmiştir. Bu çalışma, Klinik Araştırmalar Tıbbi Etik Kurulu'nun 21.02.2024 tarihli, B.30.2.ATA.0.01.00/103 sayılı yazısı ile 40 numaralı kararına istinaden etik uygunluk onayı alınmıştır.

İÇİNDEKİLER

ONAY ..... **i**
İÇİNDEKİLER ..... **ii**
TABLOLAR DİZİNİ ..... **vi**
KISALTMALAR DİZİNİ ..... **vii**
TEŞEKKÜR ..... **viii**
ÖZET ..... **ix**
ABSTRACT ..... **xi**
1. GİRİŞ VE AMAÇ **1**
2. GENEL BİLGİLER **5**
2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu 5
2.1.1. Tanım 5
2.1.2. Tarihçe 5
2.1.3. Epidemiyoloji 6
2.1.4. Etiyoloji 7
2.1.5. DEHB Tanı Kriterleri 8
2.1.6. DEHB ve Komorbid Psikiyatrik Bozukluklar 12
2.1.7. Tedavi 16
2.2. Yeme Farkındalığı 17
2.2.1. Yeme Farkındalığı ve DEHB 18
2.3. Duygusal Dayanıklılık (Resilience) 19
2.3.1. Duygusal Dayanıklılık (Resilience) ve DEHB 20
2.4. Benlik Saygısı 21
2.4.1. Benlik Saygısı ve DEHB 22
2.5. Çocukluk Çağı Travmaları 23
2.5.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve DEHB 24
3. GEREÇ VE YÖNTEM **26**
3.1. Çalışma Grubunun Seçimi 26
3.1.1. Hasta Grubu İçin Çalışmaya Dahil Edilebilme Kriterleri 26
3.1.2. Hasta Grubu İçin Dışlama Kriterleri 26
3.1.3. Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Dahil Edilebilme Kriterleri 27

3.1.4. Kontrol Grubu İçin Dışlama Kriterleri 27
3.2. Veri Toplama Gereçleri 27
3.2.1. Sosyodemografik Klinik Veri Formu 28
3.2.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, SCID-5) 28
3.2.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, (Adult ADHD Self-Report Scale/ASRS) 28
3.2.4. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) 29
3.2.5. Barrat Dürtüsellik Ölçeği- Kısa Form (BDÖ) 29
3.2.6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği- Kısa Form (RBSÖ) 29
3.2.7. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği- Kısa Form (ÇÇTÖ-28) 30
3.2.8. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30) 30
3.2.9. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ) 31
3.2.10. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu 31
3.3. Etik Kurul Onayı 31
3.4. İstatistiksel Analiz 32
4. BULGULAR 33
4.1.Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri 33
4.2. Gruplara Göre Ölçeklerden Alınan Puanlar 36
4.3. DEHB Tanılı Hastalarda YFÖ-30 Toplam Puanı ve Klinik Özelliklerin İlişkisi 39
4.4. DEHB Tanılı Hastalarda YFÖ-30 Toplam Puanı ve Diğer Ölçeklerden Alınan Puanların İlişkisi 42
4.6. DEHB tanılı hastalarda Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin İlişkisi 46
4.7. Ölçek Korelasyonlarından Elde Edilen Bulgular 49
4.7.1. DEHB Tanılı Hastalarda YFÖ-30 Ölçeği Puanları İle Diğer Ölçekler Arasındaki İlişkiler 49
4.7.2. DEHB Tanılı Hastalarda RBSÖ, PDÖ İle Diğer Ölçekler Arasındaki İlişkiler 51
4.8. Regresyon Analizlerinden Elde Edilen Bulgular 52

4.8.1. DEHB Varlığı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 52
4.8.2. DEHB Tanılı Hastalarda Yüksek (≥3) YFÖ-30 Toplam Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 53
4.8.3. DEHB Tanılı Hastalarda RBSÖ Düşük Benlik Saygısı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları 54
5. TARTIŞMA 55
5.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi . 55
5.2. Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi 58
5.8. DEHB Tanılı Erişkinlerde YFÖ-30 Ölçeği ile Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi 60
5.9. DEHB Tanılı Erişkinlerde YFÖ-30 Ölçeği ile Diğer Ölçekler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi 62
5.10. DEHB Tanılı Erişkinlerde RSBÖ Ölçeği ile Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi 63
5.11. DEHB Tanılı Erişkinlerde RSBÖ Ölçeği ile Diğer Ölçekler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi 65
5.12. Ölçekler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi 66
5.12.1. DEHB Tanılı Erişkinlerde YFÖ-30 Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle Korelasyonlarının Değerlendirilmesi 66
5.12.2. DEHB Tanılı Erişkinlerde RBSÖ, PDÖ Ölçeklerinin Diğer Ölçeklerle Korelasyonlarının Değerlendirilmesi 71
5.13. DEHB Varlığı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarının Değerlendirilmesi 74
5.14. DEHB Tanılı Erişkinlerde Yüksek (≥3) YFÖ-30 Toplam Puanı ile Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarının Değerlendirilmesi 78
5.15. DEHB Tanılı Erişkinlerde RSBÖ-Düşük Benlik Saygısı ile Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarının Değerlendirilmesi 79
6. SONUÇLAR 82
KAYNAKLAR 85

EKLER..... 110
EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Erişkin Hastalar İçin)..... 110
EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Erişkin Sağlıklı Kontroller İçin)... 113
EK-3. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu..... 116
EK-4. Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz - Bildirim Ölçeği.. 118
EK-5. Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu..... 119
EK-6. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)..... 120
EK-7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği..... 121
EK-8. Yetişkinler İçin Dayanıklık Ölçeği..... 122
EK-9. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği..... 124
EK-10. Hamilton Depresyon Ölçeği..... 126

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri 34
Tablo 2. DEHB tanılı hastaların (n=81) klinik özellikleri..... 35
Tablo 3. Katılımcıların ASRS, barrat dürtüsellik ve rosenberg benlik saygısı ölçeklerinden aldıkları puanların değerlendirilmesi..... 37
Tablo 4. Katılımcıların yeme farkındalığı ölçeği-30 ve psikolojik dayanıklılık ölçeğinden aldıkları puanların değerlendirilmesi..... 38
Tablo 5. Katılımcıların çocukluk çağı travmaları-28 ölçeği ve hamilton depresyon ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması 39
Tablo 6. DEHB tanılı hastalarda (n=81) YFÖ-30 puanları ve klinik özelliklerin ilişkisi 40
Tablo 7. DEHB tanılı hastalarda (n=81) YFÖ-30 toplam puanı ve diğer ölçeklerden alınan puanların ilişkisi 42
Tablo 8. DEHB tanılı hastalarında (n=81) rosenberg benlik saygısı ölçeği puanları ile klinik özelliklerin ilişkisi..... 44
Tablo 9. DEHB tanılı hastalarda (n=81) rosenberg benlik saygısı ölçeği ile diğer ölçeklerin ilişkisi 47
Tablo 10. DEHB tanılı hastalarda (n=81) YFÖ-30 ölçeği puanları ile diğer ölçekler arasındaki ilişkiler 50
Tablo 11. DEHB tanılı hastalarda (n=81) RBSÖ, PDÖ ile diğer ölçekler arasındaki ilişkiler..... 51
Tablo 11. DEHB tanılı hastalarda (n=81) RBSÖ, PDÖ ile diğer ölçekler arasındaki ilişkiler..... 52
Tablo 12. Tüm katılımcılar için (n=162) DEHB varlığı ile bağımsız olarak ilişkili olan faktörler, çoklu lojistik regresyon analizi sonuçları 53
Tablo 13. DEHB tanılı hastalarda (n=81) yüksek (≥3) YFÖ-30 Toplam puanı ile bağımsız olarak ilişkili olan faktörler, çoklu lojistik regresyon analizi sonuçları 53
Tablo 14. DEHB tanılı hastalarda (n=81) RBSÖ Düşük benlik saygısı ile bağımsız olarak ilişkili olan faktörler, çoklu lojistik regresyon analizi sonuçları (n=81)..... 54

KISALTMALAR DİZİNİ

AN : Anoreksiya Nervosa

ASRS : Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale

BDÖ : Barrat Dürtüsellik Ölçeği - Kısa Form

BKİ : Beden Kitle İndeksi

BN : Bulimia Nervosa

Bupropion XL : Bupropion Extended-Release (uzun salınımlı form)

ÇÇTÖ-28 : Çocukluk Çağı Travma Ölçeği - Kısa Form

DEHB : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozuklukğu

DSM : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

EKG : Elektrokardiyografi

FDA : The Food and Drug Administration

FMRI : Fonksiyonel Manyetik Rezonans

HAM-D : Hamilton Depresyon Ölçeği

HPA : Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal Aks

PDÖ : Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

PET : Pozitron Emisyon Tomografi

RBSÖ : Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği - Kısa Form

SCID-5 : DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme

SNRI : Serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörleri

SPSS : Statistical Package for Social Sciences

SSRI : Selektif Serotonin Geri Alım İnhibitörü

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

TYB : Tıkanırcasına Yeme Bozukluğu

YB : Yeme Bozukluğu

YFÖ-30 : Yeme Farkındalığı Ölçeği

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimime ve tez sürecime katkılarından dolayı değerli tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Serap SARI'ya,

Uzmanlık eğitimin boyunca bilgilerini ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Halil ÖZCAN, Doc.Dr. Hacer Akgül CEYHUN, Dr. Doc. Dr. Ömer Faruk UYGUR, Dr. Öğr. Üyesi Esat Fahri AYDIN ve Dr. Öğr. Üyesi Fatma TUYGAR OKUTUCU'ya

Bana çalışma etiği, yüksek iş ahlakı ile örnek olan, tez sürecim boyunca desteğini hiç esirgemeyen sevgili hocam Doc.Dr. Pınar TOSUN TAŞAR'a,

Asistanlık döneminde tanıdığım için kendimi şanslı hissettiğim, bundan sonraki hayatımın ayrılmaz bir parçası olmasını dilediğim sevgili arkadaşım Oğuzhan ŞENEL'e,

Asistanlığa başladığımda kıdemlilerim olan ve psikiyatriye ilk adımlarımı motivasyonla yürümemi sağlayan değerli arkadaşlarım Uzm. Dr. İrem İLTER ve Uzm. Dr. Tuğba KOCA LAÇİN'e,

Erzurum'daki yaşantımı güzelleştiren ve yaşadığım zorluklarda desteklerini hissettiğim kıymetli arkadaşlarım Dr. Rümeysa CALP, Dr. Büşra KAYA , Dr. Merve ÇELİK , Dr. Gonca KOÇER ve Dr. Oğuz ERÇELİK'e

Erzurum'daki diğer evim gibi gibi hissettiren çok değerli arkadaşım Psk.Asena Büşra VAROLAN'a

Psikiyatri servis ve polikliniğindeki tüm mesai arkadaşlarıma, tüm Atatürk Üniversitesi Psikiyatri Aile'me,

Beni her zaman destekleyen, yolumu aydınlatan, biricik annem, babam ve kardeşlerime

Sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Arş. Gör. Dr. Ceren ÖZAĞAÇHANLI

ÖZET

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Yeme Farkındalığı, Duygusal Dayanıklılık, Benlik Saygısı ve Çocukluk Travmalarının İlişkisi

Amaç: Bu çalışmanın amacı DEHB'li ve sağlıklı erişkin bireylerin sosyodemografik ve klinik özelliklerini, yeme farkındalığını, duygusal dayanıklılığını, benlik saygısını ve çocukluk çağı travmalarını karşılaştırmaktır. Ayrıca DEHB'li erişkinlerin yeme farkındalığı, duygusal dayanıklılığı, benlik saygısı düzeyleri ve çocuk çağı travmalarının birbirleriyle ilişkisinin incelemektir.

Yöntem: Çalışmaya 81 sağlıklı kontrol ve komorbid hastalığı olmayan 81 DEHB (Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu) tanılı hasta 81 hasta alındı. Katılımcılara, sosyodemografik klinik veri formu, DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, (ASRS), Barrat Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ), Çocukluk Çağı Travma Ölçeği -Kısa Form (ÇÇTÖ-28), Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30), Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ), Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) uygulandı ve tüm katılımcılardan onam alındı. Ölçek sonuçları ve klinik veriler SPSS v25.0 ile analiz edildi.

Bulgular: Çalışmamızda hastaların dürtüselliği, benlik saygısı ve çocukluk çağı travmaları anlamlı olarak kontrol grubundan yüksek bulunurken yeme farkındalığı ve duygusal dayanıklılığı anlamlı olarak kontrol grubundan düşük bulunmuştur. Hastaların yeme farkındalığı ve dürtüselliği arasında negatif yönlü, duygusal dayanıklılığıyla ise pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Hastaların duygusal dayanıklılığı ile benlik saygısı, çocukluk çağı travmaları ve dürtüselliği arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Regresyon analizlerinde ise yüksek yeme farkındalığı, DEHB tanısının yokluğu ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur. Düşük benlik saygısı DEHB tanısı varlığı ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur. DEHB belirtilerinin farkında olma durumu ile düşük duygusal dayanıklılık, düşük benlik saygısı bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur.

Sonuç: Sonuçlar kontrol grubu ile DEHB grubu arasında benlik saygısı, duygusal dayanıklılık, yeme farkındalığı ve çocukluk çağı travmaları arasında farklılıklar olduğunu ortaya koymuştur. Regresyon analizi sonuçları ise DEHB ve diğer değişkenlerle ilgili olabilecek faktörleri ortaya koymuştur. Sonuçlarımızın gelecekte yapılacak daha büyük örneklemli ve uzunlamasına çalışmalara katkı sağlayacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: erişkin DEHB, yeme farkındalığı, duygusal dayanıklılık, benlik saygısı ve çocukluk çağı travmaları

ABSTRACT

The Relationship Between Mindful Eating, Resilience, Self-Esteem, and Childhood Traumas in Adults Diagnosed with Attention Deficit Hyperactivity Disorder

Objective: The aim of this study is to compare the sociodemographic and clinical characteristics, mindful eating, resilience, self-esteem, and childhood trauma experiences of adults with ADHD and healthy controls. Furthermore, it seeks to examine the interrelationships among mindful eating, resilience, self-esteem, and childhood trauma in adults diagnosed with ADHD.

Method: The study included 81 adults diagnosed with ADHD without any comorbid psychiatric disorders and 81 healthy controls. All participants were evaluated using a sociodemographic and clinical data form, the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5), the Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), the Barratt Impulsiveness Scale (BIS), the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES), the Childhood Trauma Questionnaire–Short Form (CTQ-28), the Mindful Eating Questionnaire (MEQ), the Psychological Resilience Scale (PRS), and the Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D). Informed consent was obtained from all participants. Scale scores and clinical data were analyzed using SPSS version 25.0.

Results: In our study, individuals with ADHD had significantly higher levels of impulsivity, lower self-esteem, and more childhood trauma compared to the control group, while they had significantly lower levels of mindful eating and resilience. Among patients with ADHD, mindful eating was negatively correlated with impulsivity and positively correlated with resilience. Resilience was negatively correlated with impulsivity, childhood trauma, and low self-esteem. In regression analyses, higher levels of mindful eating were independently associated with the absence of an ADHD diagnosis. Lower self-esteem was independently associated with the presence of ADHD. Awareness of ADHD symptoms was independently associated with lower resilience and lower self-esteem.

Conclusion: The results reveal significant differences between the ADHD and control groups regarding self-esteem, emotional resilience, mindful eating, and childhood traumas. The regression analysis identified factors potentially associated with ADHD and other related variables. Our findings suggest that future studies with larger and longitudinal samples could contribute to a better understanding of these relationships

Keywords: adult ADHD, mindful eating, resilience, self-esteem, childhood trauma

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), belirti ve bulguları çocukluk çağından itibaren görülmeye başlanan en yaygın nörogelişimsel bozukluklardandır. Dünyada okul çağı çocuklarındaki prevalansının %5 ve erişkinlerindeki prevalansının ise %2,5 civarında olduğu tahmin edilmektedir. Erişkin DEHB prevalansının yüksekliğine karşın bu bireylerin % 20'sinden daha azı tanı ve tedavi almaktadır (1,2). Ayrıca DEHB tanılı erişkinlerin yaklaşık olarak %65- 90'ında komorbid psikiyatrik bozukluklar da mevcuttur. DEHB tanılı erişkinlerde temel belirtiler dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüselliktir. Bunun yanı sıra DEHB, emosyon regülasyonunda ve yürütücü işlevlerde bozulmalar ile de kendini gösterebilmektedir. Tüm bu belirti ve bulgular bireyin işlevselliğinde önemli oranda düşmeye sebep olabilmektedir (3). Plan yapma ve görevleri önemine göre sıralama gibi alanlarda yaşanan zorluklar, zihinsel efor gerektiren görevlerle karşılaşınca yaşanan motivasyon kaybı ve harekete geçme azlığı ile giden döngü DEHB'li erişkinlerin hayatını zorlaştırmaktadır (4). DEHB'li erişkinlerin geleceğe yönelik plan yapmalarında, davranışlarını yönetmelerinde güçlü bir inhibisyon yetersizliği bulunmaktadır (5). İnhibisyon yetersizliği sebebiyle beslenme davranışında da aşırılık olabilmektedir (6). DEHB'li erişkinlerin yürütücü işlevlerdeki bu bozukluk, öz denetimlerindeki azlık, açlık tokluk hissinin farkındalığı olmadan yemek yeme davranışına ve yiyeceklerin aşırı tüketilmesine sebep olabilmektedir (7). Tüm bunlarında da etkisiyle DEHB'li erişkinlerde yeme ile ilgili problemler, yeme bozuklukları (YB) ve obezite sıklıkla görülebilmektedir. Aynı zamanda DEHB tanısı olmayan ancak belirtileri olan bireylerde de bu problemler gözlenmektedir (8). DEHB'nin bozuk yeme tutumları için bir risk faktörü olabileceği bildirilmektedir (9). DEHB'li erişkinlerde yeme bozukluğu tanısının genel topluma oranla daha fazla olduğu ve bu bireylerin tümünün yeme bozukluğu tanı kriterlerini tamamıyla karşılamasalar da çoğunlukla bu bireylerde dürtüsel yeme davranışları, uygun olmayan yeme tutumlarının sık olduğu belirtilmektedir. DEHB tanılı erişkinlerde yeme bozukluğu eş tanısının yaklaşık olarak %10 olduğu ve en sık tıkanırcasına yeme bozukluğunun görüldüğü bildirilmektedir (10). Yeme farkındalığı, bilinçli bir şekilde anda kalarak duygusal farkındalık ve yiyecek deneyimlerine odaklanarak yemek yeme sürecine odaklanan bir yaklaşımdır (11). Yeme farkındalığı,

bireyin kontrollü yemek yemesini sağlayabilmesi için bireyin, içsel (düşüncelerine ve duygularına) ve dışsal (çevresel faktörler) uyaranların farkında olmasını sağlamaktadır. Bu sayede sorunlu yeme davranışlarının önüne geçilmesini sağlayabilmektedir (12). Yeme farkındalığının, tıkınırcasına yeme ve duygusal yeme davranışlarının düzelmesi üzerine olumlu bir etkisi olduğu bilinmektedir (13). Ergenler ve erişkinler arasında 2017'de yapılan randomize kontrollü bir çalışmada, yeme farkındalığını temel alan girişimlerin neticesinde bireylerde dürtüsel yiyecek seçiminin azaldığı gösterilmiştir (14). Kendilik duygusunun bileşenlerinden olan olan "benlik saygısı (self-esteem)" kişinin olmak istediği, idealize ettiği kendisinin kendilik imajına ne kadar ulaşabildiğini gösteren bir kavramdır (15). Benlik saygısının kendini sevme, kendini kabul ve yeterlilik olmak üzere üç temel ögesi bulunmaktadır (16). DEHB'li çocuklar, sosyal becerileri öğrenme aşamalarında akranları tarafından dışlanabilir ve kabul görmeyebilirler. Bu durum, çocuklarda düşük benlik saygısının gelişmesinin nedenlerinden olabilmektedir. Bununla beraber tüm DEHB'li çocuklar düşük benlik saygısına sahip değillerdir. Bir kısmı da sahip oldukları yetenekleri olduğundan fazla göstererek kendileri hakkında gerçekçi olmayan olumlu duygulara sahip olmaktadırlar. Benlik saygısının duygusal dayanıklılığın önemli bir bileşini olduğu, yüksek benlik saygısına sahip bireylerin düşük benlik saygısına sahip bireylere göre problemlerle daha rahat baş ettikleri görülmektedir (17). DEHB'li olan çocuklarda düşük benlik saygısının oluşumuna, öğrenim zorluklarıyla ortaya çıkan eğitim güçlüğü, ebeveynlerin anlayışsızlığıyla pekişen ailevi problemler ve depresif bireysel tecrübeler de sebep olabilmektedir (18). Çocukluk çağı travmaları, bireylerin ebeveynleri, bakım verenleri ya da yabancılar tarafından 18 yaşından önce maruz bırakıldıkları, bilişsel, duygusal, fiziksel ve sosyal açıdan gelişmelerini zorlaştıran, cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmal olmakla birlikte ebeveynden ayrılma, ebeveyin kaybı, şiddete tanık olma, doğal afetler, kazalar ve göç, gibi travmatik yaşantılar olarak da tanımlanabilmektedir (19). Çocukluk çağı travmaları istismar ve ihmal üst başlıkları altında incelenmektedir. İstismar çocuğa karşı kasten yapılan, fiziksel, cinsel, ruhsal veya sosyal açılardan çocuğa zarar veren aktif bir eylem iken ihmal çocuğun bakımından sorumlu olan bireylerin çocuğun bakım ve korunma ihtiyacını olması gereken ölçüde yerine getirmemesi sonucu fiziksel ve ruhsal açısından çocuğun zarar gördüğü pasif bir eylemdir (20). İstismar, ihmal ve duygusal

açıdan çocuğun zarar göreceği diğer olaylar gibi erken çocukluk çağı travmatik yaşantıları, özellikle tacizi gerçekleştiren bakım verense, erken bağlanma ilişkilerini olumsuz etkilemektedir. Çocuklar ilişkilerini reddedici, güvensiz olarak deneyimlediklerinde, bu travmatik yaşantılar çocuğun benlik algısını, başka insanlara olan güven duygusunu ve dünyayı algılama biçimini etkileyebilmektedir (21). Çocukluk çağı travması öyküsü, DEHB, depresyon, anksiyete, kişilik bozuklukları gibi psikiyatrik hastalıkların artışıyla ilişkilendirilebilir. Ayrıca bu bireylerde saldırganlık, intihar girişimi, suç, oranının arttığı bilinmektedir. Çocukluk çağı travmaları bilişsel, sosyal ve duygusal becerileri büyük oranda etkileyerek, kronik fiziksel hastalıklar dahil olmak üzere çocukluk ve erişkinlikte birçok psikopatolojiyle ilişkilendirilmektedir (22). Çocuklukta olumsuz yaşantılara maruziyet, hayatın ileri dönemlerinde depresyon, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) ve obezite dahil olmak üzere birçok hastalığın etiyolojisinde rol oynamaktadır. Çocukluk çağı travması ile obezite arasındaki ilişkinin, çocukluk çağı travması sonrası ortaya çıkabilecek duygusal yeme riski ile bağlantılı olabileceği düşünülmektedir (23). "Duygusal dayanıklılık" tanımı, yoğun olumsuz duyguların düzenlenmesinde baş etme becerilerini (düşünme şemasını değiştirmek, dikkati başka bir şeye yönlendirmek, destek aramak, yeni yollar aramak gibi) kullanma kapasitesi olarak ifade edilmektedir (24). Duygusal dayanıklılık aynı zamanda, problemlerin üstesinden gelme ve daha güçlü olma yeteneği olarak tanımlanmaktadır. Bir kriz veya stresörün ardından ortaya çıkan güçlüğe dayanma ve mücadele edebilme gücü olarak da tanımlanmaktadır (25). Bireyin duygusal dayanıklılığından bahsedebilmek için, normatif gelişim süreçlerinin önündeki kritik engellerle karşı karşıya kalması gerekmektedir. Nörogelişimsel bir bozukluk olan DEHB de kritik bir engel olarak düşünülebilmektedir (26). Olumsuz yaşam olayları, yoğun strese neden olup duygusal-davranışsal uyumda bozulmalara yol açabilmektedir. Bu olaylara sürekli maruz kalmak psikiyatrik sorunlara neden olabildiği gibi belirtilerinin şiddetini de arttırabilmektedir. Benzer şekilde DEHB'de görülen dürtüsel davranışlar da olumsuz yaşam olaylarının yaşanmasına zemin hazırlayabilmektedir (27). Duygusal dayanıklılığın arttırılması problemli davranışları azaltabilir ve bireyle ilgili olumsuz yaşam olaylarının sıklığını azaltabilir. Bu durum bireyin kendisinden kaynaklanabilecek ciddi yaralanmalar, hukuki sorunlar, bağımlılık, evden ayrılma, okuldan atılma gibi olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma

riskinin azalmasını sağlayabilir (28). DEHB'li erişkinlerde duygusal dayanıklılığın zayıf olduğu düşünülüyor olup yapılacak çalışmalar ile duygusal dayanıklılık düzeyinin nasıl etkilendiğinin belirtilmesi gerekmektedir. Bu sayede iyileştirici müdahale önerileri planlanabilecektir (29).

Literatürü taradığımız kadarıyla DEHB'li erişkinlerle ilgili yapılan çalışmalarda özellikle yeme farkındalığı ile bu bireylerin duygusal dayanıklılığı ve benlik saygısı arasındaki ilişkinin incelendiği ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmanın olmadığını yine DEHB'li erişkinlerde çocukluk çağı travmaları ile yeme farkındalığı ve benlik saygısı üzerine az sayıda çalışma olduğunu ancak bunların duygusal dayanıklılık ile olan ilişkinin incelenmediğini gördük. Bu nedenle bu çalışmada amacımız DEHB'li ve sağlıklı erişkin bireylerin sosyodemografik ve klinik özelliklerini, yeme farkındalığını, duygusal dayanıklılığını, benlik saygısını ve çocukluk çağı travmalarını karşılaştırmaktır. Ayrıca DEHB'li erişkinlerin yeme farkındalığı, duygusal dayanıklılığı, benlik saygısı düzeyleri ve çocuk çağı travmalarının birbirleriyle ilişkisinin incelenmesiyle literatürdeki bu boşluğu doldurmaya yardımcı olabilmektir. Çalışmamızın hipotezleri ise şunlardır:

1. DEHB tanılı erişkinlerde yeme farkındalığı, benlik saygısı, duygusal dayanıklılık düzeyleri ve çocuk çağı travma öyküsü kontrol grubundan farklıdır.
2. DEHB tanılı erişkinlerde yeme farkındalık düzeyi ile benlik saygısı, duygusal dayanıklılık düzeyi ve çocukluk çağı travma öyküsü arasında bir ilişki vardır.
3. DEHB tanılı erişkinlerde benlik saygısı ile duygusal dayanıklılık, çocukluk çağı travma öyküsü arasında bir ilişki vardır.
4. DEHB tanılı erişkinlerde duygusal dayanıklılık ile çocukluk çağı travması öyküsü arasında bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

2.1.1. Tanım

DEHB, muhtemelen erişkin bireylerde teşhis edilmemiş en yaygın kronik psikiyatrik bozukluktur. DEHB dikkatsizlik, odaklanma güçlüğü, huzursuzluk, sık değişen ruh hali, çabuk sinirlenme, aşırı hareketlilik, organizasyon eksikliği ve dürtüsellik gibi belirtilerle karakterizedir (30). DEHB çocukluk çağında en sık görülen nörodavranışsal bozukluklardan biridir ve çocukların akademik başarılarını, sosyal ilişkilerini, özgüvenlerini ve genel iyilik hallerini ve işlevselliklerini derinden etkileyebilmektedir (31). Geleneksel görüşe göre, DEHB'nin ergenlik ve genç erişkinlik sürecinde beyin gelişiminin doğal akışıyla birlikte kaybolacağı düşünülmekteydi (32,33). Ancak günümüzde DEHB'nin erişkinlikte de devam ettiği kabul edilmektedir. Yapılan araştırmalar çocukluk döneminde DEHB tanısı alan bireylerin %50-70' inde erişkinlikte de bu bozukluğun belirtilerinin sürdürdüğünü göstermiştir (34,35). Erken teşhis ve tedavi edildiğinde DEHB tedaviye oldukça iyi yanıt veren bir bozukluktur ancak erişkinlerde sıklıkla gözden kaçabilmektedir. Bu da kişilerin psikososyal işlevselliğini olumsuz yönde etkilemektedir. Ayrıca ilerleyen süreçte tedavisiz kalmış bu erişkinlerde anksiyete, depresyon, madde kullanımı ve yeme bozuklukları gibi diğer psikiyatrik komorbiditelerin gelişimine zemin hazırlanmış olmaktadır(34).

2.1.2. Tarihçe

DEHB'nin temel belirtileri ilk olarak 1902'de İngiliz pediatrist Sir George Frederick Still tarafından tanımlanmıştır. Still, dikkatini toplamakta zorlanan, çabuk dikkati dağılan ve odaklanamayan bir grup çocuğu gözlemlemiştir. Bu belirtilerin daha çok erkek çocuklarda görüldüğünü ancak zekâ ya da ev ortamıyla ilişkili olmadığını saptamıştır. Bu çocukları 'davranışsal olarak sorunlu' olarak ifade etmiştir. Öncesinde 1844'te Heinrich Hoffmann, çocuk kitabı olan Struwwelpeter'da ana karakter olan 'Fidgety Philip' yani 'yerinde duramayan Philip' ile çok hareketli, yaramaz bir

çocuğun başından geçenleri anlatarak DEHB'li çocukları anlattığı düşünülmektedir (36).1922'de ise İngiliz Alfred F. Tredgold, DEHB belirtilerinin karakter kusurlarından değil, beyin yapısındaki farklılıklardan veya beyin hasarından kaynaklandığını öne sürmüştür (37). Bu yaklaşım, DEHB belirtilerinin "kötü davranış" olarak ele alınmasından ziyade tıbbi bir durum olarak ele alınması gerektiğini belirtmiştir. 1937'ye gelindiğinde ise Dr. Charles Bradley, bir çocuk psikiyatri kliniğinde baş ağrısı tedavisi için çocuklara benzedrin verdiğinde, beklenmedik bir yan etki keşfetmiştir. Bu uyarıcı ilacın çocukların okula ilgisini arttırdığını, akademik performanslarını iyileştirdiği ve bazı çocuklarda yıkıcı davranışları azalttığını gözlemlemiştir. Bu keşif, DEHB tedavisinde uyarıcı ilaçların kullanılmasına öncülük etmiştir (36).

1952'de yayımlanan DSM (Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Mental Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı) nin ilk baskısında, DEHB'ye yönelik tanımlar yer almasa da "minimal beyin disfonksiyonu" terimi altında hiperaktif davranışların beyin hasarına bağlı olabileceği düşünülmüştür. 1968'de DSM'nin ikinci baskısında "hiperkinetik dürtü bozukluğu (Hyperkinetic Reaction of Childhood)" tanımı kullanılarak DEHB belirtileri Amerikan Psikiyatri Derneği (APD) tarafından ilk kez resmi olarak kabul edilmiştir. 1980'e gelindiğinde DSM'nin üçüncü baskısında DEHB'nin adı "dikkat eksikliği bozukluğu (Attention Deficit Disorder – ADD)" olarak değiştirilmiş ve hiperaktif olan ve olmayan türler olarak tanımlanmıştır. Ancak 1987'de, DSM-III-R'de bu alt türler kaldırılmış ve bozukluğun adı DEHB olarak güncellenmiştir. 1994'de DSM-IV ile DEHB, "ağırlıklı olarak dikkat eksikliği", "ağırlıklı olarak hiperaktif" ve "kombine tür" olmak üzere üç alt tipe ayrılmıştır(38). 2013'de DSM-5'in yayımlanmasıyla DEHB tanı kriterlerinde bazı değişiklikleri yapılmıştır. Bu değişiklikler ile DEHB alt türleri "görünüm belirleyicileri" olarak adlandırılmış ve hafif, orta veya şiddetli olarak sınıflandırılmıştır (39).

2.1.3. Epidemiyoloji

DEHB'nin çocuklardaki prevalansı %4 ila %7 arasında değişkenlik göstermektedir (40,41). Erişkinlerde genel popülasyonda DEHB'nin prevalansı %2,5

olarak tahmin edilmektedir (42). DEHB'li erişkinlerde detaylara dikkatini verememe, sorumlulukları ve sosyal etkinlikleri organize etmede zorluk, çok konuşma, yerinde duramama, süreğen içsel huzursuzluk, hareket etme isteği, unutkanlık ve odaklanma güçlüğü gibi belirtiler bulunmaktadır (43–45). Erişkinlerdeki DEHB'nin nispeten yüksek prevalansına rağmen, erişkin psikiyatri kliniğine başvuran hastalarda tanı genellikle atlanmaktadır (46). Çocukluk döneminde erkeklerde daha sık görülen DEHB'nin, erişkinlikte kadın ve erkek cinsiyet arasında dengeli bir dağılım gösterdiği belirtilmektedir. Buna rağmen erişkin psikiyatri kliniğine başvuranlarda DEHB tanısı sıklıkla kadınlarda gözden kaçırılmaktadır (47). Çocukluk DEHB'si genellikle çocuğun ebeveynleri, öğretmenleri veya bakım verenlerinden alınan bilgilerle tanınabilmektedir. Ayrıca çoğunlukla dışa vurumu yüksek olan DEHB belirtileri ile (örneğin hiperaktivite gibi) kendini gösteren erkek çocuklarının tanı alma ve tedaviye yönlendirilme olasılıkları daha yüksektir (48). Buna karşın DEHB'li kadınlar daha çok içe dönük (dışa vurumu düşük) belirtilere sahiptirler, bu durum daha geç tanı almalarına ve DEHB'nin çekirdek belirtilerini gizleyecek stratejiler geliştirmeleri için daha fazla zamana sahip olmalarına neden olmaktadır (49). Buna rağmen, bir meta-analizde DEHB'li kadınlarda erkeklerden daha fazla zihinsel yeti yitimi olduğu gösterilmiştir (48). Bu durum tanısı gözden kaçan bu popülasyonun erken tanınması ve uygun şekilde tedavisinin yönetilmesinin önemini vurgulamaktadır.

2.1.4. Etiyoloji

DEHB'nin oluşumu ve gelişimi genetik, biyolojik, çevresel ve nörogelişimsel birçok faktörden etkilenmektedir. Bu nedenle multifaktöriyel etiyolojiye sahip bir bozukluktur. Ailesinde DEHB öyküsü olan bireylerde daha yüksek oranlarda DEHB görüldüğü bilinmektedir. İkiz çalışmalarında, DEHB'nin kalıtılabilirliğinin %70-80 arasında olduğu gösterilmiştir (50,51). Ayrıca DEHB oluşumunda dikkat, hareket kontrolü, motivasyon işlevlerinde, dürtü denetimi ve ödül sistemlerinde rol oynayan nöradrenalin, dopamin, serotonin gibi nörotransmitterle ilişkili genlerde varyasyonlar olduğu bilinmektedir. Tüm bunlar DEHB'nin genetik doğasına vurgu yapmaktadır (50). Çevresel risk faktörlerinin perinatal evrelerde DEHB belirtilerinin gelişmesine neden olabileceği güncel araştırmalarda bildirilmektedir. Prematüre doğum, düşük doğum ağırlığı, annenin sigara kullanımı, stres, travma ve obezite gibi prenatal ve

perinatal risk faktörlerinin DEHB gelişiminde önemli ölçüde rolü olduğu bildirilmektedir. Yapay renklendiriciler, pestisitler, kurşun maruziyeti gibi postnatal risk faktörleri de DEHB belirtilerinin şiddetinin artmasına zemin hazırlayabilmektedir (52,53). Psikososyal açıdan incelendiğinde ise stresli aile ortamları, kötü ebeveynlik yöntemleri veya çocukluk çağı travmaları gibi aile dinamiklerinin DEHB belirtilerini şiddetlendirdiği görülmektedir. Sosyal desteğin yetersiz olması, akademik başarısızlıklar ve sosyal ilişkilerde yaşanan güçlükler de DEHB belirtilerini artırabilir ve bireyin işlevselliği olumsuz yönde etkileyebilmektedir (54,55). Nörogelişimsel açıdan incelendiğinde DEHB'de prefrontal korteks, bazal gangliyonlar ve serebellum gibi bazı beyin bölgelerinde yapısal ve işlevsel farklılıklar gözlenmektedir. Bu bölgeler DEHB'li bireylerde belirgin olarak etkilenmiştir ve dolayısıyla bu durum dikkat ve dürtü kontrolünde sorunlara neden olmaktadır. Aynı zamanda DEHB'li çocuklarda beynin kortikal gelişiminde aksamalar olduğu, özellikle prefrontal kortekste yavaşlamış bir olgunlaşma süreci olduğu bildirilmektedir. Bu bölge özellikle dikkati yönetme ve yönlendirme, dürtü kontrolü, karar verme süreçleri gibi yürütücü işlevlerden sorumludur (56,57). Beyin travmaları ve bazı nörolojik durumlar da DEHB belirtilerini şiddetlendirebilmektedir. Yapılan araştırmalar bazı nörogelişimsel hastalıkların da DEHB ile ilişkilendirilebileceğini; özellikle beyindeki bazı yapısal anomalilerin DEHB gelişimini tetikleyebileceğini göstermektedir (58,59). DEHB gelişiminde etkili bir diğer faktörün ise dopamin ve nöradrenalin gibi nörotransmitterlerin düzeylerindeki düzensizlikler olduğu bilinmektedir. DEHB'li bireylerde dikkat ve dürtü denetiminde önemli rolü olan dopaminin işleyişinde eksiklikler olduğu ve bu eksikliklerin de DEHB belirtilerine yol açtığı bilinmektedir. DEHB tedavisinde dopamin artırıcı ilaçların etkili olması da dopamin eksikliğinin DEHB'nin nörobiyolojik temelinde yer aldığını kanıtlar niteliktedir (60,61).

2.1.5. DEHB Tanı Kriterleri

DEHB sıklıkla çocukluk döneminde tanısı konulan ve genellikle de ergenlik veya genç erişkinlik döneminde sona erdiği düşünülen bir nörogelişimsel bozukluk olarak kabul görmekteydi (62). Bu nedenle, ilk tanı kılavuzlarında (DSM'nin önceki versiyonlarında), yalnızca çocuklara DEHB tanısı konabiliyordu ve erişkinlerde tanı koymaya dair herhangi bir kriter belirtilmemişti. Bu durum erişkinlerde DEHB

tanısının sıklıkla gözden kaçırılmasına yol açmaktaydı (63). DEHB tanısının konmasında başlangıç yaşı, belirtilerin ve işlevsellikteki bozulmanın düzeyi, DEHB alt türlerin yaşam boyu sürekliliği gibi önemli konular araştırılarak DEHB tanı kriterlerinde düzenlemeler yapıldı (64,65). DEHB'nin tanımı, DSM'nin beşinci baskısında güncellendi (43). Bu güncelleme erişkinlerin yaşadığı deneyimleri daha doğru bir şekilde tanımlamaya yönelik bazı değişiklikleri içermektedir. Ancak bu değişiklikler DEHB'nin çekirdek tanımını değiştirmedi. Başlıca değişiklikler şunlardır:

1. DEHB, DSM-IV'te "bebeklik, çocukluk veya ergenlik döneminde teşhis edilen bozukluklar" kategorisi altında yer almaktaydı. DSM-5'te ise "nörogelişimsel bozukluklar" kategorisinde sınıflandırılıyor. Bu değişiklik, bozukluk ile beyin gelişimi arasındaki ilişkiyi daha iyi yansıtmak ve hastalığın süreğenliğine vurgu yapmak için yapıldı.
2. Erişkinler (17 yaş ve üzeri) için tanı koymada aynı belirtiler kullanılsa da ,dikkatsizlik ve hiperaktivite/impulsivite olmak üzere iki alanda dokuz belirtiden en az beşinin varlığını yeterli olarak belirlendi (66).
3. Belirti başlangıç yaşı kriteri öncesinde 7 yaş ve öncesiyle DSM-5 ile birlikte 12 yaş ve öncesi şeklinde düzenlendi. Yapılan araştırmalar, DEHB'li yetişkinlerin yalnızca %50'sinin belirtilerinin 7 yaşından önce başladığını belirtirken, %95'inin belirtilerin 12 yaşından önce başladığı vurgulanmaktadır (67).
4. DSM-5 ile birlikte, DEHB tanısı "alt tip" olarak sınıflandırılmaktan çıkıp doğrudan bu alt tiplere karşılık gelen "görünüm belirleyicileri" ile yeniden adlandırıldı. Bu değişiklik ise DEHB belirtilerinin gelişimsel değişkenliğini vurgulamak amacıyla yapıldı.
5. Otizm spektrum bozukluğu tanısı, DEHB tanısını dışlayıcı bir kriter olmaktan çıkarıldı.

DSM-5'e göre DEHB tanı kriterleri:

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. <u>Dikkatsizlik:</u> Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir: **<u>Not:</u>** Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gereklidir
a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. Ayrıntıları gözden kaçırır ya da atlar, yaptığı iş yanlıştır).
b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. Ders dinlerken, konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).
c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. Dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, aklı başka yerde gibi görünür).
d. Çoğu kez, verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. Işe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).
e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker (örn. Ardışık işleri yönetmekte güçlük çeker; kullandığı gereçleri ve kişisel eşyalarını düzenli tutmakta güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır, zaman yönetimi kötüdür; zaman sınırlamalarına uyamaz).
f. Çoğu kez, sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. Okulda verilen görevler ya da ödevler; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).
g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesneleri kaybeder (örn. Okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelik araçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).
h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).
i. Çoğu kez, günlük etkinliklerinde unutkandır (örn. Sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemede, randevularına uymakta).
2. <u>Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik</u>: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir: **<u>Not:</u>** Belirtiler, yalnızca, karşıt olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az beş belirti olması gerekir.
a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvranır.
b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerden kalkar (örn. Sınıfta, ofiste ya da işyerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).
c. Çoğu kez, uygunsuz ortamlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (Not: Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekle sınırlı olabilir.)
d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz**.**

e. Çoğu kez, "her an hareket halindedir, "kıçına bir motor takılmış" gibi davranır (örn. Restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarınca, yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).
f. Çoğu kez aşırı konuşur.
g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. insanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasında sırasını bekleyemez).
h. Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. Kuyrukta beklerken).
i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. Konuşmaların, oyunlann ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığının arasına girer ya da başkalarının yaptığını birden kendi yapmaya başlar).

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 (örn. Ev, okul ya da işyeri; arkadaşları ya da akrabalarıyla, diğer etkinlikler sırasında).
D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle 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 (örn. Duygudurum bozukluğu, kaygı bozukluğu, çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde esrikliği ya da yoksunluğu).
Olup olmadığını belirtiniz:
Bileşik görünüm: Son altı ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.
Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay için de, A1 tanı ölçütü karşılanmış, ancak tanı ölçütü karşılanmamıştır.
Aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A2 tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 tanı ölçütü karşılanmamıştır.
Varsa belirtiniz:
Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden bütün tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün için de toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.
O sıradaki ağırlığını belirtiniz:
Ağır olmayan: Tanı koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile, biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.
Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma "ağır olmayan" la "ağır" arasında orta bir yerdedir.
Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.

DSM-5'le birlikte gelen bu revizyonlar ile birlikte DEHB tanısında hem erişkinler hem de çocuklar için daha geniş bir kapsama alanı sunulmaktadır (43).

2.1.6. DEHB ve Komorbid Psikiyatrik Bozukluklar

DEHB'li erişkinlerin yaklaşık %80'i duygudurum ve anksiyete, madde kullanım ve kişilik bozuklukları gibi en az bir komorbid psikiyatrik bozukluğa daha sahiptir (68,69). DEHB'li erişkinlerdeki karmaşık klinik tablo DEHB'nin tanınmasını zorlaştırır. Tanı ve tedavi sonrasında bu bireylerin sosyal ilişkiler, iş performansı ve ebeveynlik becerileri gibi önemli psikososyal alanlardaki işlevselliklerinin iyileştiğini gösteren çalışmalar mevcuttur. DEHB'nin erken ve optimal tedavisinin, duygudurum ve anksiyete, madde kullanım bozukluğu gibi komorbid psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkışını engeller. Psikiyatrik morbidite sürecini potansiyel olarak değiştirebileceği düşünülmektedir (70,71).

DEHB'nin bipolar bozuklukla yüksek oranda komorbidite gösterdiği bilinmektedir. Bipolar bozuklukta DEHB komorbidite oranı %9,5 ile %21,2 arasında iken DEHB'de bipolar bozukluk komorbidite oranının %5,1 ile %47,1 arasında olduğu tahmin edilmektedir (72). Yapılan araştırmalar bipolar bozukluk tip 1'de DEHB komorbiditesinin bipolar bozukluk tip 2'den daha yüksek oranda olduğunu göstermektedir (72). Bipolar bozukluğun mani veya hipomani döneminin huzursuzluk, konuşkanlık, dikkatsizlik ve hareketlilik gibi belirti ve bulguları DEHB belirtileri ile örtüşmektedir. Genellikle bipolar bozukluğu DEHB'den ayırt edebilmek için bipolar bozukluğun belirtilerinin epizodik olmasından ve depresif dönemleri de içermesinden yararlanılmaktadır (45). Birçok çalışma bipolar bozukluğa eşlik eden DEHB'nin, bipolar bozukluğun başlangıç yaşını erkene çektiğini öne sürmektedir. Bir çalışmada, DEHB'li bireylerin %65'inde bipolar bozukluk erken yaşta (18 yaş altı) başlamışken, komorbid DEHB'si olmayan bireyler için bu oran yalnızca %20 olarak bulunmuştur (73). Başka çalışmalarda ise, DEHB komorbiditesi olan bipolar bozukluk tanılı bireylerde, DEHB'si olmayan bireylere kıyasla duygudurum bozukluğu başlangıç yaşının ortalama 5-6 yıl daha erken olduğu bildirilmektedir (74,75). Erken başlangıç yaşının yanı sıra komorbid DEHB'si olan bipolar bozukluk tanılı bireylerde remisyon dönemlerinin daha kısa, mani ve depresyon dönemlerinin daha sık, anksiyete ve madde

kullanımı gibi komorbid psikiyatrik durumların daha fazla olduğu görülmektedir. Bu durum kötü gidişli bir hastalık seyrine işaret etmektedir (75).

DEHB ve depresyon sıklıkla bir arada görülmektedir. Yapılan çalışmalar DEHB'li erişkinlerde komorbid depresyon prevalansının %18,6 ile %53,3 arasında değişkenlik gösterdiği bildirilmektedir (44,69). Depresyonu olan bireylerde komorbid DEHB oranlarının ise %9 ile %16 arasında değiştiği gösterilmiştir (76,77). Güncel bir çalışmada duygudurum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları tanısı ile üçüncü basamak bir psikiyatri kliniğine yönlendirilen bireylerin %28'inde tanı konmamış DEHB olduğu bildirilmiştir (78). Bu durum DEHB belirtilerinin sonucu olarak ortaya çıkan moralsizlik, anhedoni, uyku sorunları ve sinirlilik gibi belirtilerin anksiyete bozukluğu, depresyon gibi psikiyatrik tanılarla karışabileceğini ya da komorbid olabileceğini göstermektedir. Dolayısıyla komorbid depresyon tanısını koyabilmenin anahtarı, statik depresif duygudurumun, iştah değişikliklerinin veya intihar düşüncesinin varlığını tanımakla sağlanabilmektedir (79).

DEHB'li erişkinlerde komorbid anksiyete bozukluklarının prevalansı yaklaşık olarak %50 dir. Bu oran genel popülasyondan daha yüksektir (80,81). DEHB'ye komorbid anksiyete bozukluğu olan bireylerde, DEHB'si olmayanlara göre anksiyete bozukluklarının başlangıç yaşı daha erkendir. Bu bireyler daha şiddetli anksiyete semptomları yaşamaktadır. Daha sık ek psikiyatrik bozuklukları vardır. Madde kullanımı eğilimleri daha yüksektir (80). Komorbid anksiyete bozukluğu olan bireyler anksiyete bozukluğu olmayanlara göre genellikle daha geç DEHB tanısı almaktadır. Bu durum anksiyetenin dürtüselliği baskılaması ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir (82).

DEHB ile komorbiditesi yüksek olan psikiyatrik bozukluklar arasında alkol ve/veya nikotin, esrar ve kokain kullanım bozukluğu da yer almaktadır (83). Yapılan çalışmalarda madde kötüye kullanımının DEHB'li erişkinlerde genel popülasyona göre yaklaşık iki kat daha fazla olduğunu bildirmektedir (84). DEHB ile sigara kullanımı arasında özellikle güçlü bir ilişki bulunmaktadır. DEHB'li erişkinler, DEHB'si olmayan erişkinlerden daha fazla nikotine karşı güçlü bir fiziksel bağımlılık sergilemektedir (85). DEHB ve madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişki çift

yönlüdür. Bu çift yönlülük nörobiyolojik faktörler, diğer komorbid psikiyatrik bozukluklar, yenilik arayışı, dürtüsellik gibi davranışsal özellikler ve DEHB semptomlarını kendi kendine tedavi etme girişimleri gibi çeşitli etkenlerden kaynaklanmaktadır (84). DEHB'li erişkinlerin duygularını düzenleyebilmek ve uyku sorunlarıyla baş edebilmek için daha sık madde kullandıklarını bildiren çalışmalar da mevcuttur (85).

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerde yapılan çalışmalarda DEHB'li olanların madde kullanımına daha erken başladıkları, intihar girişim sayısının daha yüksek olduğu, hastaneye yatış oranlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir. Ayrıca bu bireylerin daha fazla çoklu maddeyi kötüye kullandıkları, bağımlılıktan kurtulma olasılıklarının daha düşük ve tedaviye uyum oranlarının daha kötü olduğu bildirilmiştir (86,87).DEHB ve madde kullanım bozukluğu tanılarının birlikte görülmesi bireyin psikiyatrik belirtilerini ağırlaştırabilir.Ayırca bireyin hastalık seyrini olumsuz yönde etkileyebilir. Bu nedenle madde kullanımı ile başvuran hastalarda DEHB taraması yapmak ya da DEHB'li erişkinlerde madde kullanım bozukluğunu taramak önemli bir terapötik müdahale olabilir (88).

DEHB'nin psikostimülanlarla tedavisi ile daha sonraki dönemlerde madde kullanım bozukluğu gelişimi arasında bir bağlantı olabileceği görüşü önceden savunulsa da güncel literatür artık bunu desteklememektedir. Aksine özellikle çocukluk çağında DEHB tanısı alanlara çocukluk çağında metilfenidat tedavisinin başlanmasının, ergenlik ve erişkinlik döneminde madde kötüye kullanımını %85'e kadar azaltabileceğine dair kanıtlar bulunmaktadır (83).

DEHB'li erişkinlerin %50'sinden fazlasında kişilik bozukluğu komorbiditesi bulunmaktadır. En yaygın olarak B ve C kümesi kişilik bozuklukları görülmektedir; bireylerin %25'inde ise iki veya daha fazla kişilik bozukluğunn olduğunu gösteren çalışmalar vardır. DEHB'ye komorbid kişilik bozukluğu bulunan bireyler hem sosyal hem de iş yaşamında yüksek oranda işlevsellik kaybı göstermektedir (89). Komorbid kişilik bozukluğu olan DEHB'li erişkinler metilfenidat tedavisine daha düşük yanıt verirler. Tedaviye uyumları daha kötüdür (90,91). Emosyon disregülasyonunun baskın olduğu DEHB'li erişkinlerin, dikkat eksikliği baskın olan DEHB'li bireylere göre daha

yüksek kişilik bozukluğu komorbiditesine sahip olduğunu (sırasıyla %74 ve %32) gösteren çalışmalar mevcuttur (92). DEHB'ye komorbid kişilik bozukluğunun olması durumunda diğer eksen I bozuklukların daha sık olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Örneğin, DEHB'ye komorbid depresyonu bulunan erişkinlerin %18'inde ve DEHB'ye komorbid bipolar bozukluğu bulunan erişkinlerin %23'ünde kişilik bozukluğu tanısının olduğu tahmin edilmektedir (93). DEHB ve antisosyal kişilik bozukluğunun birlikteliği, özellikle mahkumlarda daha sıktır. Bir çalışmaya göre hapis cezasına çarptırılmış DEHB'li erişkinlerin %96'sı antisosyal kişilik bozukluğu örüntülerine sahiptir (94).

Son on yılda yapılan çalışmalarda, DEHB ile yeme bozukluklarının (YB) beraberlik gösterdiği rapor edilmektedir (95–97). DEHB ile en çok ilişkilendirilen YB'ler arasında tıkınırcasına yeme bozukluğu (TYB) ve bulimia nervoza (BN) yer almaktadır. Çalışmalar, DEHB ile geleneksel diyete (üç öğünlük diyet) uymama ve anormal bir beslenme düzeni (abur cubur tüketimi) arasında önemli bir bağlantı olduğunu göstermektedir. DEHB'li erişkinlerde obezitenin genel popülasyona göre daha yaygın olması, DEHB'li erişkinlerdeki düzensiz yeme davranışı ile ilişkilendirilmektedir. Altfas, bu iki bozukluğun komorbiditesini ilk tanımlayan kişidir (98). Altfas yaptığı bir çalışmada, obez erişkinlerde DEHB prevalansını %27 olarak bulmuştur. Bazı araştırmacılar ise obezite ile DEHB arasındaki ilişkinin dürtüsellikten kaynaklandığını ileri sürmektedir (99,100). Bu noktada, DEHB'nin yine ortak dürtüsellik semptomu nedeniyle bireyi tıkınırcasına yeme bozukluğuna yatkın hale getirdiği varsayılmaktadır. DEHB hastalarındaki dürtüsellik, yürütücü işlev bozukluğu nedeniyle meydana gelmektedir. Bu durum bireyin yeme davranışını kontrol etmesini güçleştirmektedir (101). Dürtüsellik ve odaklanma güçlüğü semptomlarının aynı zamanda TYB semptomlarının şiddeti ile ilişkili olduğunu gösteren bazı çalışmalar da mevcuttur (102,103). Yürütücü işlev bozukluğunun TYB'de rol oynadığı gösterilmiş olsa da, dürtüsellik tek başına yeme bozukluklarını tam olarak açıklayamamaktadır (104). DEHB'li erişkinlerdeki diğer komorbiditelerin de tıkınırcasına yeme davranışına katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Duygudurum bozukluklarında özellikle TYB insidansının depresyonda daha yüksek olduğu gösterilmiştir (108–110).

2.1.7. Tedavi

Erişkin DEHB için tedavi stratejileri genel olarak farmakoterapi ve psikoterapi olarak iki temel başlık altında toplanabilir. Farmakoterapi psikostimülanlar ve psikostimülan olmayanlar olarak ikiye ayrılmaktadır. Psikostimülan ilaçlar arasında metilfenidat**,** karışık amfetamin tuzları ve lisdeksamfetamin dimesilat bulunmaktadır. DEHB tedavisinde kullanılan psikostimülan olmayan ilaçlar ise atomoksetin ve alfa-2-adrenerjik agonistlerdir. Venlafaksin ve bupropion gibi antidepresanlar da DEHB tedavisi için değerlendirilmiş olup, DEHB semptomlarını hafiflettiklerine dair bazı kanıtlar bulunmaktadır (44,108). Erişkin DEHB için Gıda ve İlaç Dairesi (Food and Drug Administration, FDA) onaylı olan psikostimülanlar, genellikle ilk basamak tedavi olarak önerilmektedir (109). DEHB tedavisinde bir diğer önemli nokta ise, etkin tedavinin komorbid hastalıkların da düşünülerek planlanmasıdır. Bu kapsamlı yaklaşım bireylerin semptomlarında anlamlı iyileşme olmasını sağlayacaktır. Örneğin, atomoksetin ile hem DEHB hem de eşlik eden anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk semptomlarında iyileşmeler olduğu gösterilmiştir (110,111). Yine seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI'lar) veya serotonin-norepinefrin geri alım inhibitörlerinin (SNRI'ler) stimülanlarla birlikte kullanılmasının, DEHB'ye eşlik eden anksiyete veya depresif bozukluk semptomlarında anlamlı iyileşmeler olduğu gösterilmiştir (112,113). Amfetaminler ve metilfenidatın dikkate alınması gereken bir yan etkisi anksiyetenin kötüleşmesidir. Anksiyete dikkatsizlik ve yürütücü işlev bozukluklarına neden olarak bir kısır döngüye sebep olmaktadır; bu da daha yüksek dozda amfetamin tedavisi alınmasına neden olabilir (114).

İlaç tedavisi için psikostimülan başlanacaksa dikkat edilmesi gereken bazı noktalar vardır. Kardiyak risk değerlendirmesi yapılmalı, vital bulgular incelenmelidir. Riskli durumlarda elektrokardiyogram (EKG) ile değerlendirme gerekmektidir. Psikostimülan ile tedaviye başlanıldığında başlangıçta bir idrar toksikoloji taraması yapılmalı ve tedavi başladıktan sonra rastgele idrar tetkikleri ile olası madde kullanımını taramak faydalı olabilir (115). FDA tarafından onaylanan atomoksetin, özellikle madde kullanım bozukluğu olan bireyler için yetişkin DEHB tedavisinde kullanılabilmektedir. Atomoksetin başlangıç dozu üç gün boyunca günde 40 mg olup, daha sonra günlük 80 mg'a yükseltilir (maksimum günlük doz 100 mg'dır). Bazı

çalışmalar DEHB tedavisi için FDA onayı olmamasına rağmen bupropionun erişkin DEHB'de dikkatsizliğe iyi gelebileceğini öne sürmektedir (116). Bu seçenek özellikle odaklanma/yoğunlaşma bozukluğu ile belirgin klinik depresyon belirtileri olan erişkinler için düşünülmektedir. Bupropion tedavisine başlamadan önce anamnezde yeme bozuklukları ve nöbet öyküsü sorgulanmalıdır. Bunlar bupropion kullanımı için kontrendikasyondur. Bupropion Extended Release (XL, uzatılmış salınımlı formülasyon)'nin günde bir kez alınması yeterlidir, bu ilaç uyumunu arttırmaktadır. Bupropion XL bir hafta boyunca günlük 150 mg olarak başlanıp daha sonra günlük 300 mg'a (maksimum günlük doz 450 mg) yükseltilebilmektedir. Çalışmalar erişkin DEHB tedavisinde farmakolojik tedavinin yanında en az 12 ay süren bilişsel davranışçı terapinin DEHB belirtilerine iyi geldiğini göstermektedir (117,118). Bu terapiler grup terapisi ya da bireysel terapi olarak alınabilmektedir. Kanıtlar grup terapilerinin maliyetinin daha düşük olduğunu göstermektedir (119,120). Klinisyenler, dikkatsizlik ve odaklanmada güçlük yaşayan bireylerle buna yönelik stratejileri paylaşabilirler. Büyük görevlerin küçük parçalara bölünmesi, ortamdaki dikkat dağıtıcı unsurların minimuma indirilmesi, görevlere zaman ayırarak acele etmeden yerine getirmek önerilebilir. Psikofarmakolojik ve psikoterapötik tedavilere ek olarak DEHB için oluşturulan destek gruplarından da yararlanılabilir (121).

2.2. Yeme Farkındalığı

Yeme farkındalığı özünde farkındalığın anlık olarak yeme ile ilgili düşüncelere, duygulara, davranışlara ve bedensel duyumlara uygulanmasıdır. Ancak yeme eyleminde yer alan çeşitli fizyolojik ve bilişsel süreçler (metabolizma,hafıza ve dikkat vb.) dikkate alındığında birçok farklı uygulama yeme farkındalığı için uygulanabilmektedir (122). Yeme farkındalığında birey anlık yeme deneyimini açık ve yargısız bir bakış açısıyla gözlemlemektedir (123). Yeme farkındalığı bireyin bilinçli gıda seçimleri yapmasını, fiziksel ve psikolojik açlık ile tokluk sinyallerinin farkına varmasını ve bu sinyallere yanıt olarak sağlıklı beslenmesini içermektedir (14,124). Bu kavram yeme esnasında anda olmanın, yemeğin duyular üzerindeki etkisine dikkat etmenin ve yemeğe yanıt olarak ortaya çıkan fiziksel ve duygusal hisleri gözlemlemenin bir yolu olarak da ele alınmaktadır (125). Farkındalıklı yemenin evrensel bir tanımı yoktur ancak bu ilkeler literatürde tutarlıdır (126–128).

Tıkanırcasına yeme ile ilgili üç inceleme, farkındalığın bu olumsuz yeme davranışını azaltmada olumlu bir etkisi olduğunu göstermekte olup bu çalışmaların etki büyüklükleri orta düzeydedir (129). Ayrıca, yeme farkındalığının duygusal ve dışsal yeme üzerinde de etkinli olduğuna dair kanıtlar bulunmaktadır (126). Obezitenin tedavisi için genellikle multidisipliner bir yaklaşım gereklidir. Düşük kalorili beslenme, fiziksel aktivitenin arttırılması, sağlıksız yeme alışkanlıklarının değiştirilmesi hedeflenmelidir (130,131). Disforik bir duygudurum içerisindeyken duygusal yeme, tıkanırcasına yeme gibi aşırı yeme davranışının gözlendiği durumlar zayıf emosyon düzenleme becerileriyle yakından ilişkilidir. Bazı araştırmacılar bu yeme davranışlarına sahip bireylerde obezite tedavisinde diyetle birlikte emosyon düzenleme becerilerinin geliştirilmesini de önermektedir (132,133). Yeme farkındalıklı terapi programları da bu becerilerin geliştirilmesinde etkili stratejilerdendir. Yeme farkındalığı sayesinde duygusal ve fiziksel açlık arasındaki farklar anlaşılabilir tokluk sinyalleri tanınabilir. Bu sinyallere cevap olarak sağlıklı beslenme ile uyumlu bilinçli besin seçimleri tercih edilebilir. Bunlar sağlıklı bir yaşam tarzı alışkanlığının kazanılmasına yardımcı olabilir (134,135). Yeme farkındalıklı programlara katılan bireylerin tıkanırcasına yeme sıklığının, anksiyete ve depresyon belirtilerinin anlamlı olarak azaldığı gösterilmiştir. Ayrıca bu programların besin tüketimi ile ilgili öz denetimi sağlama, ödül odaklı besin tüketiminde iyileşme ve bilişsel kontrolde gelişmeler gibi olumlu sonuçları görülmüştür (136,137).

2.2.1. Yeme Farkındalığı ve DEHB

DEHB, obezite ve yeme bozukluklarının nörobilişsel alt yapısı incelendiğinde yürütücü işlevlerdeki bozulmanın (dikkat sorunları ve dürtüsellik gibi) ortak bir sorun olduğu görülmüştür. Besinlere yönelik dikkat yanlılığı, besin uyaranlarına verilen dikkati ifade etmektedir. Yapılan çalışmalarda anoreksiye nervosa (AN) ve bulimia nervosa (BN) hastalarının nörobilişsel testlerde dikkat eksiklikleri olduğu gösterilmiştir (138). Yeme davranışını optimum uygunlukta yerine getirebilmek için yeterli dikkat kapasitesi gereklidir. DEHB'de görülen dikkatsizlik ve odaklanamama belirtilerinin bireylerin bulimik davranışlar göstermesine katkıda bulunabileceği düşünülmektedir. Bu bulimik davranışlar içinde dikkat sorunlarıyla bağlantılı dürtüsel şekilde gerçekleştirilen tıkanırcasına yeme atakları olabilir (139). Dürtüsellik aynı

zamanda inhibisyon yetersizliği ve yanıtı engelleyememe durumudur. İnhibisyondaki yetersizlik DEHB'de temel eksikliklerden biridir. Dürtüsellik aynı zamanda ödül duyarlılığından da etkilenmektedir ve besinler doğal ödüllerdir (115,140). Ödül sistemi, öğrenmeye dayalı davranışın belirlenmesinde motivasyonu kullanır. Bunun için kullanılan yolaklardan biri yine ödül sistemine ait yolaklardan olan dopaminerjik mezolimbik yolaktır. DEHB ve dopaminerjik ödül yolaklarının ilişkili olduğu bilinmektedir (140,141). İnsanlarda ve hayvanlarda yapılan bazı çalışmalar, yağ ve şeker açısından zengin yiyeceklerin dopaminerjik ödül sistemini aktive ettiğini göstermiştir. Bu durumun yeme dürtüsünde düzensizliğe yol açarak tıkanırcasına yeme davranışlarına yol açtığı da ileri sürülmektedir (142). Bir çalışmada DEHB'li erkeklerin yemek zamanlarının düzenli olmadığı, dürtüsel yemek yeme alışkanlıkları sergiledikleri ve düşük besin değerlerine sahip yiyecekleri daha fazla tükettikleri (az miktarda meyve ve sebze, daha fazla /çok miktarda şekerli içecek gibi) gösterilmiştir (143). TYB üzerine yapılan başka bir çalışmada anterior singulat korteks ve orbitofrontal korteks aktivasyonu ödül duyarlılığıyla ilişkilendirilmiştir (144). Genel olarak positron emisyon tomografisi (PET) ve fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmalarında tıkınırcasına yeme davranışından dürtü kontrolü ve ödül yollarıyla ilişkilendirilen beyin bölgelerinin sorumlu olduğu gösterilmiştir. Ayrıca anterior singulat korteks aktivasyonunun DEHB'de de rol oynadığı gösterilmiştir (146). Ayrıca DEHB belirtilerinin inhibisyon kontrolünü etkileyen sağ anterior dikkat ağı ile ilişkili olduğu da bulunmuştur (140). Tıkınırcasına yeme davranışı gösteren BN hastalarında yapılan fMRI çalışmalarında öz-düzenlemeyi etkileyen beyin yollarıyla ilişkiler bulunmuştur (146). Öz-düzenleme eksiklikleriyle ilgili frontostriatal devre disfonksiyonu bildirilmiştir (147).

2.3. Duygusal Dayanıklılık (Resilience)

Bireylerin olumsuz tecrübelere uyum sağlama yetenekleri farklılıklar göstermektedir. Bu uyum sağlama yeteneğinin olumlu tarafında dayanıklılık (resilience) kavramı yer almaktadır. Duygusal olarak dayanıklı bireyler, zorluklarla karşılaştıklarında sağlıklı bir uyum sağlama ya da baş etme becerisi gösterebilirler. Psikolojik çöküntüye düşmeden ve işlevsellikleri bozulmadan mevcut zorlukla baş edebilmektedirler (148). Duygusal dayanıklılık kavramını ilk kez ABD'li klinik

psikolog Norman Garmezy tarafından kullanılmıştır. Ardından birçok kişi teoriyi geliştirmiş ve genişletmiştir (149–151). Duygusal dayanıklılık zorluklar, travmalar veya önemli stres kaynakları karşısında olumlu uyum sağlama süreci olarak tanımlanmaktadır (152). Duygusal dayanıklılık yedi ana unsur içermektedir: Optimistlik, kabul, sorun çözmeye odaklanma, savunma mekanizmaları, affedicilik, sorumluluk, kendini tanıma ve geleceği planlamadır. Duygusal olarak dayanıklı bireyler genellikle optimist olma eğilimindedir. Deneyimlerini olumlu bir perspektifden değerlendirmeye çalışırlar. Durumun onlar için olan bireysel avantajlarına ve niteliklerine odaklanırlar. Pozitif eleştiriyi kullanır ve başkalarıyla yakın ilişkiler kurarlar. Gelişmiş sosyal becerilere sahiptirler ve duygularının farkındadırlar. Duygusal dayanıklılık terimi üç fenomen içermektedir. Bunlardan ilki risk faktörlerine rağmen olumlu sonuçlara odaklanılması, ikincisi olumsuz koşullara rağmen işlevselliğini sürdürecek içsel ve dışsal eylemlerde bulunmaktır. Üçüncüsü ise olumsuz tecrübeler sonrası yeniden toparlanmak ve yeni sürece uyum sağlamaya çalışmaktır (153,154). Risk faktörleri bireyler için kötü sonuçlar doğurması muhtemel hem psikososyal (geçim sıkıntısı, travmatik yaşantılar vb.) hem de psikososyal olmayan (hastalıklar, prenatal sorunlar vb.) durumlardır. Bazı bireyler bu zorluklarla olumsuz sonuçlar yaşamadan başa çıkabilirken bazı bireyler adaptasyon sağlayamayarak, baş edememektedirler (155,156). Duygusal dayanıklılık stabil bir yapı değildir, koşullara göre değişebilmektedir (157).

2.3.1. Duygusal Dayanıklılık (Resilience) ve DEHB

Duygusal dayanıklılığın ilişkili olduğu faktörler ve psikopatolojiler birçok araştırmanın konusu olmaktadır (158). DEHB çocukluk ve adolesan/ergenlik döneminde psikiyatri kliniklerine en yaygın başvuru nedenlerinden biridir ve bu başvuruların sebebi genellikle DEHB'nin neden olduğu olumsuz sonuçlardır (64,159). DEHB'li çocukların tedavi alsalar dahi nörotipik gelişim gösteren çocuklara göre sağlık durumu daha kötü ve öznel iyilik hali daha düşüktür (160). DEHB'li erişkinlerde duygusal dayanıklılığı etkileyen faktörleri inceleyen bir araştırma, sosyal ve ailevi faktörlerin duygusal dayanıklılığı etkilediğini göstermektedir (161). DEHB'li çocuklarda duygusal dayanıklılığın araştırıldığı diğer çalışmalarda ise DEHB'nin hem duygusal dayanıklılığı arttırdığı hem de azalttığına dair veriler bulunmuştur (161). Bu

araştırmalarda sosyal bileşenler önemli bir faktör olarak ele alınmaktadır. Daha iyi sosyal becerilere sahip olan DEHB'li çocukların stresli durumların üstesinden gelme ve başkalarıyla ilişki kurma konusunda daha başarılı oldukları gösterilmiştir. Ayrıca stresli durumlarda daha az savunmasız hissettikleri görülmüştür (162) . Ayrıca sosyal kabul görmenin davranış sorunlarına, olumsuz ebeveynliğe ve dikkatsizliğe karşı bir tampon görevi gördüğünü belirten araştırmalar da mevcuttur (163).

2.4. Benlik Saygısı

Benlik saygısı bireyin kendiliğini duygu yüklü bir değerlendirmesidir (164). Kavrama daha spesifik yaklaşırsak, "bireyin kendi değerine yönelik subjektif değerlendirmesi" olarak da tanımlanmaktadır (165). Benlik saygısı bireyin zeka, iş performansı, sosyal beceriler, fiziksel görünüm gibi çeşitli alanlardaki yetenek ve niteliklerine dair algısı ile belirlenmektedir. Ancak benlik saygısı muhakkak bir kişinin gerçek yeteneklerini veya niteliklerini yansıtmaz. Daha çok, bu yetenekler ve nitelikler hakkında kişinin kendisini nasıl gördüğünü, düşündüğünü veya hissettiğini ifade etmektedir.

Benlik saygısının işleviyle ilgili olarak üç temel bakış açısı öne sürülmektedir. Bunlardan ilki öz-yeterliliktir (self-determination) ve benlik saygısının bireylerin kendilerine özen göstermelerini, kendilerini keşfetmelerini ve potansiyellerine ulaşmalarını teşvik eden bir motivasyon aracı gibi işlev gördüğünü varsaymaktadır (166). Bu bakış açısına göre iki tür benlik saygısı mevcuttur: Koşullu benlik saygısı kişinin kendi hakkındaki olumlu duygu ve düşüncelerinin bir koşula yani başarı veya beklentilerin karşılanmasına bağlı olması durumudur; gerçek benlik saygı ise daha sağlam ve güvenli temellere dayanan ve kararlı bir benlik saygısı olarak yorumlanmaktadır. Yani gerçek benlik saygısında birey kim olduğu ve başkalarının onu nasıl algılayacağı konusunda rahattır. Kendisi hakkında sürekli bir eleştirel öz değerlendirme sürecinin içinde değildir. Her iki tür benlik saygısı da bireyin motivasyonuyla ilişkilidir ancak koşullu benlik saygısı ağırlıklı olarak dışsal motivasyonlar ile bağlantılıdır: Olumlu benlik duygusu, ödül elde etme ya da cezadan kaçınma için yapılan faaliyetlerle sağlanabilmektedir. Diğer yandan, gerçek benlik

saygısı sıklıkla içsel motivasyon ile ilişkilidir: Birey kendi ihtiyaçlarına ve değerlerine uygun faaliyetler gerçekleştirildiğinde olumlu benlik duygusu ortaya çıkmaktadır.

Benlik saygısının işlevine dair ikinci bir bakış açısı ise dehşet yönetimi teorisidir (terror management theory) (167). Bu bakış açısına göre, bireyleri diğer türlerden ayıran şey yaşadıkları dünyanın kontrol edilemez absürt bir yer olduğunu ve kendi yaklaşan ölümlerinin kaçınılmaz mutlak olduğunu fark edebilmeleridir. Bu durumla başa çıkabilmek için bireyler kültürleri ile uyumlu, kendileri için anlamı ve düzeni olan bir dünya görüşünü benimsemişlerdir. Dehşet yönetimi teorisi, benlik saygısının bireyin dünyaya dair inançlarına ve geliştirdiği dünya görüşü standartlarına ne ölçüde uyabildiğine dayanan bir bireysel değer duygusuna atıfta bulunur. Bu da ölüm korkusuna karşı bir tampon işlevi görmektedir (168). Yüksek benlik saygısına sahip bireyler, düşük benlik saygısına sahip bireylere göre hayata karşı daha olumlu ve daha az kaderci bir bakış açısına sahiptirler. Bu nedenle gündelik yaşamda ölüm ve hayatın bitimi ile ilişkili hatırlatıcılar ile daha iyi başa çıkabilmektedirler.

Üçüncü bakış açısı ise sosyometre perspektifidir**.** Bu bakış açısı, 'diğer insanların, bireyle olan ilişkilerini ne kadar değerli, önemli veya yakın bulduğunun derecesi" olarak tanımlanmaktadır (169). Benlik saygısı yüksek olduğunda birey diğerleri tarafından saygıdeğer ve değerli bir birey olarak görüldüğü düşüncesine sahiptir. Bu durumda bireyin sosyal ilişkilerdeki konumunu korumak amacıyla diğer insanlarla ilişkileri sürdürme ve geliştirme davranışlarını teşvik etmektedir. Buna karşılık, benlik saygısı düşük olduğunda birey sosyal konumunun tehlikede olduğu düşüncesindedir. Bu durum diğer insanlarla ilişkilerini onarmak için davranışlarını tetikleyen bir alarm işlevi görerek, duygusal bir tepki ortaya çıkarmaktadır. Sosyometre perspektifine göre, benlik saygısı sosyal kabul ve reddedilme işaretlerini sürekli olarak izler. Bu, işaretlere tepki veren ve duygularla yönlendirilen bir termometre gibi işlev görür (170).

2.4.1. Benlik Saygısı ve DEHB

DEHB'li erişkinler günlük yaşamda geniş bir zorluk yelpazesiyle karşı karşı kalmaktadırlar. Bu zorluklar emosyonel ve sosyal işlevsellikle ilişkili problemler

(emosyon regülasyon sorunları, yaşam kalitesinde azalma, kronik yorgunluk) olabilir. Aynı zamanda okul ve iş hayatında da işlevsellikle ilgili sorunlarla (düşük okul başarısı, iş bulma ve sürdürme zorlukları) karşılaşabilirler (171). Bu belirtilerin ve zorlukların da etkisiyle, DEHB'li erişkinlerin hem çocukluk hem de yetişkinlik dönemlerinde düşük benlik saygısına sahip oldukları düşünülmektedir (172–174). DEHB'de benlik saygısını etkileyen nedenlere yönelik yapılan çalışmalar kısıtlı da olsa DEHB'ye bağlı olumsuz yaşam deneyimlerinin ve bu deneyimlerden kaynaklanan olumsuz geri bildirimlerin benlik saygısı üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği öne sürülmektedir (175). Sağlıkla ilgili yaşam kalitesi ölçeği (Health-Related Quality of Life) **(**HRQOL) ile bireylerin fiziksel, ruhsal sağlıklarını nasıl algıladıkları, emosyonel ve sosyal iyi oluşları, günlük yaşam aktivitelerine katılımları değerlendirilmektedir (176,177). DEHB tanılı çocuk ve adolesanlarda HRQOL'nin birçok alanında işlevsellikte bozulma olduğu gözlenmiştir (178,179). En çok bozulmanın ise benlik saygısı ve sosyal işlevsellikte olduğu görülmüştür (180). Düşük benlik saygısına sahip bireylerin kendileri hakkındaki olumsuz inançları fazladır. Bu durum bireylerin kaçınma ve erteleme gibi olumsuz başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yol açmaktadır. Tedavi almayan DEHB'li çocuk ve erişkinlerde, arkadaşlık ve aile ilişkilerinde zayıflık, riskli cinsel davranışlar, artan akran zorbalığı gözlenmiştir (181–183). DEHB'li çocukların sosyal, duygusal, akademik ve davranışsal işlevselliklerinde önemli ölçüde bozulmalar olabilmektedir (184,185). Yine bu bozulmalar bazı DEHB'li çocuklarda adolesan dönemden erişkinliğe kadar sürmektedir (186,187).

2.5. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları, 0-18 yaş arası çocukların maruz kaldığı gerçek ya da algılanan bir tehdidin oluşturduğu aşırı stresli bir durumla çocuğun karşı karşıya kalması olarak tanımlanmaktadır (188). Savaş deneyimi, ebeveyn kaybı, kazalar, yaşamı tehdit eden hastalıklar, şiddete maruz kalma ve çocuklukta ihmal ve istismar gibi birçok çocukluk çağı travmalarına neden olmaktadır (189,190).Çocukluk çağı travmaları çocukluk çağı istismarı ve çocukluk çağı ihmali olmak üzere iki alt grupta incelenmektedir. Çocukluk çağı istismarı fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olarak üç alt grupta incelenirken çocukluk çağı ihmali ise; fiziksel ve duygusal ihmal olarak iki alt grupta incelenmektedir (191). İstismar 18 yaş altı çocukların gelişimlerine zarar

veren davranışlar bütünü olarak tanımlanırken ihmal ise bireyin fiziksel ve duygusal olarak ihtiyaçlarının görmezden gelinmesi, önemsenmemesi veya karşılanmaması olarak tanımlanmaktadır (192). Çocuğun ilk bakım verenleri olan anne, baba veya çocuğun bakıcısı bazen çocuğun hem fiziksel hem psikolojik sağlığının gelişimini olumsuz etkileyen birtakım davranışlarda bulunabilmektedirler. Bu davranışlar çocuğa duygusal, fiziksel, psikolojik, cinsel ve sosyal açılardan zarar verebilmektedir. Çocuğun maruz kaldığı bu ihmal ve istismar durumlarının etkisi sadece çocukluk çağına sınırlı kalmayıp bireyin erişkin hayatında da etkilerini göstermektedir (193). Prospektif ve retrospektif çalışmalar, çocukluk çağı travmalarını erişkin hayatta birçok psikiyatrik bozukluk, kötü fiziksel sağlık ve sosyal işlevsellikte bozulma ile ilişkilendirmektedir (194–196). Yapılan çalışmalarda 16 yaş öncesinde yaşanmış çocukluk çağı travmalarının kümülatif etkisinin erişkin hayatta psikiyatrik bozukluk geliştirme olasılığını arttırdığı gösterilmiştir (197). Bir başka çalışmada ise çocukluk döneminde fiziksel istismara maruz kalmanın, erişkinlik döneminde yüksek beden kitle indeksi (BKİ) ile ilişkili olduğu bildirilmiştir (198). Kümülatif çocukluk çağı travmalarının metabolik parametrelerin bozulma olasılığını, kardiyovasküler hastalık ve erken ölüm riskini arttırdığını gösteren çalışmalar mevcuttur (199,200).

2.5.1. Çocukluk Çağı Travmaları ve DEHB

Gelişimsel psikopatoloji bakış açısından normallikten psikopatolojiye kadar olan tüm varyasyon aralıkları incelendiğinde, psikopatolojinin kökenlerinin ve altında yatan mekanizmaların anlaşılması için birden fazla bileşenin incelenmesi gerekmektedir (201,202). Çocukluk çağı travmalarının etkilerini incelerken düşük sosyoekonomik düzey, ebeveyn psikopatolojisi gibi dışsal faktörler ile çocuğun kendi psikopatolojisi gibi içsel faktörlerin etkileşime girdiğini göz ardı etmemek gerekmektedir (203). Özellikle çocuk beyni erken dönem stresörlerine karşı savunmasızdır (204). Erken çocuklukta ortaya çıkan DEHB gibi hastalıklara sahip çocuklar, tipik gelişim gösteren çocuklara göre çocukluk çağı travmalarına maruz kalma açısından daha fazla risk altındadırlar (205). Çocukluk çağı travmaları aynı zamanda bireylerin erişkinlik dönemleri boyunca süren olumsuz sağlık sonuçlarına yol açabilmektedir (206,207). Çalışmalar, tek ebeveynli evlerde yaşayan çocukların bilişsel işlevlerinde azalma ve akademik başarı düşüklüğü riski taşıdığını

belirtmektedir (208,209). Bunun yanı sıra bazı çalışmalarda obezite, psikiyatrik hastalık, antisosyal davranış ve madde kullanımı riskinin de arttığını göstermektedir (206,210). Bu riskler, DEHB'li çocuklarda daha yüksektir. Çünkü bu çocukların sosyoekonomik dezavantajlar (211), düşük ebeveyn eğitimi (212,213), daha fazla ebeveyn ayrılığı (214,215), ebeveyn stresi ve ebeveyn psikopatolojisi (216,217) gibi birden fazla çocukluk çağı travmasına neden olabilecek durumla karşılaşma olasılığı daha yüksektir (218). Çocukluk çağı travmalarının nörobiyolojik etkilerini inceleyen çalışmalar kortikal kalınlık ve limbik sistemdeki gri madde hacmindeki farklılıklar üzerine odaklanmıştır (218,219). Çocukluk çağı travmaları hipokampus, amigdala, anterior singulat korteks ve orbitofrontal korteks gibi limbik işlevlerle ilişkili kortikal bölgelerde hacim ve kalınlıkta azalmalar ile ilişkilendirilmiştir. Çalışmalarda DEHB'li çocuklarda beyincik hacminde azalma olduğu görülmektedir (220). DEHB'li çocukları inceleyen çalışmalar, daha fazla çocukluk çağı travmasına maruz kalmanın beyincik hacminde azalma ve alt kortikal limbik bölgelerde (örneğin, amigdala ve hipokampus) hacim kaybı ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (213). Çocukluktan ergenliğe uzanan gelişimsel süreçte beyindeki beyaz maddenin olgulaşması ve miyelinleşme süreci devam etmektedir. Bu durum da bireyleri çocukluk çağı travmalarından etkilenmeye açık bırakmaktadır (58). Çalışmalar aynı zamanda korpus kallozum hacminde veya difüzyon özelliklerinde azalmalar olduğunu da göstermiştir (221,222). Bu değişiklikler erişkinlik dönemine kadar devam etmekte olup, çocukluk çağı travmalarının erken dönemde beyin gelişimi üzerindeki uzun süreli olumsuz etkilerini göstermektedir (223).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Çalışma Grubunun Seçimi

Çalışmamız prospektif kesitsel bir anket çalışmasıdır. Çalışmamızın örneklemi Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme formu (Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders,SCID-5) değerlendirilmesi sonucunda Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanısı alan, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, bilgilendirilmiş yazılı onam alınan, dışlama ve dahil etme kriterlerini karşılayan hastalar ve yaş, cinsiyet ve eğitim durumu bakımından benzer sosyodemografik özelliklere sahip, çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden, bilgilendirilmiş yazılı onam alınan, dışlama ve dahil etme kriterlerini karşılayan sağlıklı kontrollerden oluşturulması planlandı.

G Power 3.1.9.7 (Franz Faul, Germany) programı kullanılarak en az 70 DEHB tanılı erişkin hasta ve en az 70 sağlıklı kontrol olmak üzere toplamda en az 140 katılımcının çalışmamıza dahil edilmesi gerektiği tespit edildi (Etki büyüklüğü d= 0.616; %95 güç; %5 hata payı). Çalışmamızın istatistiksel gücünü ve genellenebilirliğini arttırmak amacıyla 81 DEHB tanılı erişkin ve 81 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edildi. Sağlıklı kontroller hastane çalışanlarının yakınlarından seçildi.

3.1.1. Hasta Grubu İçin Çalışmaya Dahil Edilebilme Kriterleri

1. DEHB tanısı almış olmak
2. 18-65 yaş arasında olmak
3. Ölçekteki soruları okuyup anlayabilecek entelektüel kapasiteye sahip olmak
4. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.1.2. Hasta Grubu İçin Dışlama Kriterleri

1. Psikiyatrik komorbiditesinin olması

2. Halihazırda alkol-madde kullanım bozukluğu tanısının olması (sigara/nikotin hariç)
3. Nörolojik komorbiditesinin olması

3.1.3. Kontrol Grubu İçin Çalışmaya Dahil Edilebilme Kriterleri

1. 18-65 yaş arasında olmak
2. Ölçekteki soruları okuyup anlayabilecek entelektüel kapasiteye sahip olmak
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

3.1.4. Kontrol Grubu İçin Dışlama Kriterleri

1. Psikiyatrik bir bozukluğunun bulunması
2. Nörolojik hastalığının olması
3. Hâlihazırda alkol-madde kullanım bozukluğu tanısının olması (sigara/nikotin hariç)
4. Birinci derece akrabasında DEHB tanısının olması

3.2. Veri Toplama Gereçleri

1) Sosyodemografik Klinik Veri Formu
2) DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, SCID-5)
3) Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, (Adult ADHD Self-Report Scale/ASRS)
4) Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)
5) Barrat Dürtüsellik Ölçeği - Kısa Form (BDÖ)
6) Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği - Kısa Form (RBSÖ)
7) Çocukluk Çağı Travma Ölçeği - Kısa Form (ÇÇTÖ-28)
8) Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)
9) Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)
10) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

3.2.1. Sosyodemografik Klinik Veri Formu

Çalışmaya katılanların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim seviyesi, çalışma durumu, komorbid hastalıkları, psikiyatrik özgeçmişi, alkol, madde, sigara kullanımı, trafik kazası, suç öyküsü, soygeçmişi, hastalık tanısını aldığı yaş, psikiyatrik ilaç kullanım öyküsü, *DEHB belirtilerinin farkında olma durumu** gibi klinik ve sosyodemografik bilgilerin yer aldığı ve araştırıldığı bu form araştırmacılar tarafından geliştirildi ve araştırmacı tarafından uygulandı.

*DEHB belirtilerinin farkında olma durumunun sorgulanması: Katılımcılarla yapılandırılmış görüşmenin sonunda bireylerin şikayetlerinin, DEHB belirtileri ile ilişkili olanlarının (örn: odaklanama, dürtüsellik, hareketlilik vb) kendisinde diğer insanlardan daha fazla ya da farklı olup olmadığının farkında olup olmadığı, ne zaman farkettiği soruları uygulayıcı tarafından soruldu.

3.2.2. DSM-5 Bozuklukları İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme (Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders, SCID-5)

DSM-5' te yer alan psikiyatrik bozukluklarının tanısının klinisyenlerce güvenilir olarak konulmasını sağlayan SCID-5, First ve arkadaşları tarafından 2015 yılında DSM-5'e dayanarak geliştirilmiş bir yarı yapılandırılmış görüşme kılavuzudur. SCID-5 nin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması ise 2018 yılında Ömer ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (224).

3.2.3. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, (Adult ADHD Self-Report Scale/ASRS)

Erişkinlerde DEHB taranmasına yardımcı bir araç olarak Dünya sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirmiş bir ölçektir. Ölçek, 'dikkat eksikliği' ve 'hiperaktivite/dürtüsellik' olmak üzere iki alt gruptan oluşmaktadır. Toplamda 18 sorudur ve bireylerin cevapları son 6 aylarını düşünerek vermeleri gerekmektedir. Asla, nadiren, bazen, sık, çok sık yanıtlarını içeren 5'li likert yapısındaki ölçek, 0-4

arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlilik çalışması 2018 yılında Doğan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (225).

3.2.4. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

1967 yılında Hamilton tarafından, depresif hastalarda belirtilerin şiddetini saptamak amacıyla geliştirilen bu ölçek yaygın olarak kullanılmaktadır. Hamilton Depresyon Ölçeğinin 17 sorudan oluşan ve 0-4 arasında puanlanan 5'li likert formunda olan bir ölçektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 1996 yılında Akdemir ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (226).

3.2.5. Barrat Dürtüsellik Ölçeği- Kısa Form (BDÖ)

Barratt dürtüsellik ölçeğinin kısa formu dürtüselliğin ölçümünde en sık kullanılan ölçeklerden biridir. 15 maddeden oluşan ölçek; dikkat dürtüselliği, motor dürtüselliği ve plan yapmama olmak üzere 3 alt gruptan oluşmaktadır. Toplam BDÖ skoru ne kadar yüksekse hastanın dürtüsellik düzeyi o kadar yüksektir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlilik çalışması Güleç ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (227).

3.2.6. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği- Kısa Form (RBSÖ)

Rosenberg tarafından benlik saygısını değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. Ölçeğin orjinalinin 12 alt testi olup, benlik saygısı alt testinin 10 maddesi bulunmaktadır. Ölçekte cevaplar 'çok doğru', 'doğru', 'yanlış' ve 'çok yanlış' olarak maddelendirilmiş olup, olumlu ve olumsuz anlamı olan maddeler yer bulunmktadır. Puanlamada ise 0 –1 puan alanların "yüksek"; 2–4 puan alanların "orta" ve 5–6 puan alanların "düşük" benlik saygısına sahip olabilecekleri kabul edilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1986 yılında Çuhadaroğlu tarafında yapılmıştır (228).

3.2.7. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği- Kısa Form (ÇÇTÖ-28)

Bernstein ve arkadaşları tarafından, 20 yaşından önce gerçekleşen travma ve ihmal yaşantılarını taramaya yönelik geliştirilmiş, 5'li likert tipi özbildirim ölçeğidir. Ölçeğin kısa formu 28 maddeden oluşmaktadır. Çocukluk çağında maruz kalınmış fiziksel ve duygusal ihmal ile fiziksel, cinsel ve duygusal istismarın var olup olmadığı taramaya yönelik bir ölçektir; fiziksel istismar 8, 9, 10, 14 ve 16. maddelerin puanlarının toplamı ile, fiziksel ihmal 1, 3, 5,15 ve 28. maddelerin puanlarının toplamı ile, duygusal istismar 2, 7, 13, 17 ve 24. maddelerin puanlarının toplamı ile, duygusal ihmal 4, 6, 12, 18 ve 27. maddelerin puanlarının toplamı ile ve cinsel istismar 19, 20, 22, 23 ve 26. maddelerin puanlarının toplamı ile belirlenir. Ek olarak 3 minimizasyon-inkar sorusu bulunmaktadır. Ölçekteki cevaplar 'hiçbir zaman, nadiren, zaman zaman, sıklıkla, çok sık' olup; puanlamaları 1-5 arasında değişmektedir. Ölçekte maddelerin aldığı puanlar hesaplanırken olumlu ifadelerden alınan puanlar ters çevrilir. Beş alt grubun toplamı ile toplam puan elde edilir. Alt puanlar 5-25 arasında ve toplam puan ise 25 - 125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyon ile ilgili olan maddelerin (madde 10, 16, ve 22) puanları ters çevrilmez, bu üç madde ile travmanın inkarı ölçülmektedir, toplam puanı etkilemez. Türkiye'de ÇÇTÖ kesme puanları; cinsel ve fiziksel istismar için 5 puan, duygusal istismar ve fiziksel ihmal için 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan üzeri ve toplam puan için 35 puan üzeri olarak kabul edilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 2012 yılında Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (229).

3.2.8. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

Ölçek Framson ve arkadaşları tarafından 28 madde ve 5 alt grup olarak 2009 yılında geliştirilmiştir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışmasını 2017 yılında Köse ve arkadaşları yapmıştır. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması yapılırken orijinal ölçekteki bazı maddeler değiştirilmiş ve bazı yeni maddeler eklenmiştir. Bunun sonucunda 30 maddeden oluşan yeni bir ölçek Köse ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Ölçek 5'li likert tiptedir. Hiç, Nadiren, Bazen, Her Zaman şeklinde cevaplanırken 1 = "Hiç" 2 = "Nadiren" 3= " Bazen" 4 = " Her Zaman" şeklinde puanlandırılmaktadır. Ölçeğin 20 maddesi ters, 10 maddesi düz olarak

kodlanmaktadır. Ölçek puanlanırken alt boyutların ve toplam puanın aritmetik ortalaması alınmaktadır. Ölçeğin puanlaması aritmetik ortalamaya göre yapılıp her bir alt boyutundan alınan 3 ve üzeri puan bireyin ilgili alt boyutun değerlendirdiği özelliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek ayrıca toplam yeme farkındalığı puanı vermektedir. Ölçekten alınan puanlar arttıkça yeme farkındalığı düzeyi yükselmektedir (230).

3.2.9. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği (PDÖ)

Yetişkinler İçin Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği 2003 yılında Friborg ve arkadaşları tarafından oluşturulan beş boyutlu bir ölçektir. Ölçeğin amacı, bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyini ölçmektir. Ölçek 33 maddeden oluşur ve kesme puanı yoktur. 5'li likert tipi bir ölçektir. Puanların artmasıyla psikolojik dayanıklılığında arttığı, puanların azaldıkça da psikolojik dayanıklılığın azaldığı şeklinde değerlendirmesi yapılmaktadır. Ölçekten alınan puan arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması isteniyorsa, cevap kutucuklarının değerlendirilmesi soldan sağa doğru 1,2,3,4,5 olarak gerçekleştirilmelidir. Bu durumda 1-3-4-8-11-12-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı sorular ters puanlanan sorular olarak değerlendirilmelidir. Buna göre bu maddelerin puanlaması 5,4,3,2,1 şeklinde yapılmalıdır. Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması 2011 yılında Basım ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (231).

3.2.10. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Araştırma kapsamında gerçekleştirilecek unsurları özetleyen, katılımcıların verilerinin kimler tarafından ve hangi amaçlarla kullanılacağını açıklayan, ayrıca araştırma tamamlandıktan sonra bu verilerin yeniden kullanılmayacağını belirten bir formdur. Çalışmamızda, bilgilendirilmiş onam formu tüm katılımcılar tarafından yazılı olarak doldurulmuştur.

3.3. Etik Kurul Onayı

Bu araştırma Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nın 01.12.23 tarihli 15 numaralı oturumunda 15 karar

numarası ile onay alınmıştır. Sonrasında, Atatürk Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 21.02.24 tarihinde 1 numaralı oturumda 40 karar numarası ile etik kurul onayı verilmiştir.

3.4. İstatistiksel Analiz

Tüm analizler IBM SPSS v25.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA) programında yapıldı. Nicel değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu histogram, Q-Q grafikleri, Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile değerlendirildi. Nicel değişkenler ortalama ± standart sapma ve ortanca (en küçük değer- en büyük değer) ile özetlenirken, nitel değişkenler sıklık (yüzde) olarak özetlendi. Normal dağılım varsayımını sağlayan nicel değişkenler grup sayısına göre Student t testi veya tek yönlü varyans analizi (ANOVA) ile analiz edildi. Normal dağılım varsayımını sağlamayan nicel değişkenler grup sayısına göre Mann Whitney U testi veya Kruskal Wallis testi ile analiz edildi. Nitel değişkenler ki-kare testi veya Fisher'in kesin testi veya Fisher-Freeman-Halton testi ile analiz edildi. İkili karşılaştırmalarda Bonferroni düzeltmesi kullanıldı. Nicel değişkenler arasındaki ilişkilerin incelenmesinde Pearson veya Spearman korelasyon katsayıları kullanıldı. DEHB tanısı, yeme kontrolü ve benlik saygısı ile bağımsız olarak ilişkili olan faktörlerin belirlenmesinde ileriye dönük seçimli (forward) çoklu lojistik regresyon analizi kullanıldı. $p<0,05$ değerleri istatistiksel olarak önemli kabul edildi. Korelasyon analizinde, r değerinin $0.10 \leq r < 0.30$ aralığında olması düşük, $0.30 \leq r < 0.50$ aralığında olması orta, $0.50 \leq r < 0.70$ aralığında olması ise yüksek düzeyde korelasyon olarak kabul edildi.

4. BULGULAR

Araştırmamıza; Mart 2024 ve Şubat 2025 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran yapılandırılmış psikiyatrik görüşme yapılarak, DSM-5 tanı ölçütlerine göre DEHB tanısını karşılayan gönüllü 81 hasta ve yaş, cinsiyet ve eğitim durumu bakımından benzer 81 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir.

4.1.Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Araştırmaya 81 DEHB tanılı erişkin ve 81 sağlıklı kontrol dahil edildi. DEHB grubunda yaş ortalaması 25,35 ± 5,43 ve kontrol grubunda yaş ortalaması 25,46 ± 5,34 olarak saptandı. Her iki grupta da 36 erkek ve 45 kadın yer almaktaydı. Gruplar arasında yaş ve cinsiyet açısından istatistiksel olarak önemli fark bulunmadı.

DEHB grubundakilerin 12'si (% 14,81) evliyken, kontrol grubundaki erişkinlerin 27'si (%33,33) evliydi. DEHB grubunda 29 (%35,8) hasta çalışıyorken, kontrol grubunda 42 (%51,85) kişi çalışıyordu. Kontrol grubunda evli olanların ve çalışanların yüzdeleri DEHB grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla p=0,010 ve p=0,040). DEHB grubundakilerin vücut kitle indeksi 24,94 kg/m^2 ± 4,74 olarak bulundu ve anlamlı olarak kontrol grubundan yüksekti (p=0,023). DEHB grubunda geçmiş psikiyatrik tanı öyküsü olan 43 (%53,09) hasta, geçmiş psikiyatrik ilaç kulanım öyküsü olan 46 (%56,79) kişi, sigara kullanımı olan 31 (%38,27) hasta, şiddet davranışı öyküsü bulunan 12 (%14,81) hasta, trafik kazası öyküsü olan 13 (%16,05) hasta, ailesinde psikiyatrik hastalık öyküsü olan 49 (%60,49) hasta vardı ve yüzdeleri kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla p<0,001; p<0,001; p=0,001; p=0,004; p=0,018; p<0,001).

DEHB grubunda, çocukken yakının sağlık sorunu yaşaması öyküsü 26 (%32,10) hastada ve çocukken yaşanan hala hatırlanan stresör bir olayın varlığı 34 (%41,98) hastada mevcuttu. Bu değerler kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek bulundu (sırasıyla p=0,016 ve p<0,001). DEHB grubunda çocukken aile dışı biri tarafından travmaya maruz kalan 48 (%59,26) hasta bulunurken 39 (%48,15)

hastanın psikolojik şiddete, 12 (%14,81) hastanın fiziksel saldırıya, 11 (%13,58) hastanın cinsel istismara maruz kaldığı ve yüzdelerinin kontrol grubundan anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulundu (sırasıyla p<0,001; p<0,001; p=0,030 ; p=0,007) . DEHB grubunda çocukken başkasının maruz kaldığı travmaya tanıklık eden hasta sayısının 33 (%40,74) olduğu ve 21 (%25,93) hastanın aile içi şiddete, 25 (%30,86) hastanın fiziksel saldırıya tanıklık ettiği, bu yüzdelerin kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu (sırasıyla p<0,001; p=0,007, p=0,001)(Tablo 1).

DEHB grubunda, ailesinde DEHB tanısı olan 38 (%46,91) kişi vardı. DEHB belirtilerinin fark edildiği yaş ortalaması 19,68 ± 8,01'idi. DEHB tanısının alındığı yaş ortalaması 22,59 ± 7,42 olarak saptandı. DEHB grubunda, 43 (%53,09) hasta DEHB belirtilerinin farkındaydı ve 47 (%58,02) hasta DEHB için ilaç tedavisi almaktaydı. DEHB görünümleri incelendiğinde ise 14 (%17,28) hastada dikkat eksikliği baskın görünüm olduğu, 5 (%6,17) hastada hiperaktivite ve dürtüselliğin baskın görünüm ve 62 (%76,54) hastada bileşik görünüm olduğu şeklindeydi (Tablo 2).

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri

	Grup		
	DEHB (n=81)	**Kontrol (n=81)**	**p**
Yaş	25,35 ± 5,43 24 (18 - 48)	25,46 ± 5,34 24 (18 - 48)	0,896 [a]
Cinsiyet			
Erkek	36 (%44,44)	36 (%44,44)	1,000 [b]
Kadın	45 (%55,56)	45 (%55,56)	
Medeni durum			
Bekar	69 (%85,19)	54 (%66,67)	**0,010** [b]
Evli	12 (%14,81)	27 (%33,33)	
Vücut kitle indeksi, kg/m^2	24,94 ± 4,74 24,44 (16,33 - 36,00)	23,47 ± 3,24 23,05 (17,53 - 33,06)	**0,023** [a]
Eğitim durumu			
İlkokul	0 (%0,00)	0 (%0,00)	0,983 [b]
Lise	40 (%49,38)	39 (%48,15)	
Üniversite	23 (%28,40)	24 (%29,63)	
Yüksek lisans / Doktora	18 (%22,22)	18 (%22,22)	
Çalışma durumu			
Çalışmıyor	52 (%64,20)	39 (%48,15)	**0,040** [b]
Çalışıyor	29 (%35,80)	42 (%51,85)	
Kafa travması öyküsü	9 (%11,11)	2 (%2,47)	0,061 [b]

Tablo 1. (Devamı)

Geçmiş psikiyatrik tanı öyküsü	43 (%53,09)	2 (%2,47)	**<0,001** [b]
Geçmiş psikiyatrik ilaç kullanım varlığı	46 (%56,79)	2 (%2,47)	**<0,001** [b]
Madde kullanım öyküsü	4 (%4,94)	0 (%0,00)	0,120 [c]
Sigara kullanımı	31 (%38,27)	11 (%13,58)	**0,001** [b]
İntihar girişimi öyküsü	6 (%7,41)	1 (%1,23)	0,117 [c]
Şiddet davranışı öyküsü	12 (%14,81)	1 (%1,23)	**0,004** [b]
Suç öyküsü	2 (%2,47)	0 (%0,00)	0,497 [c]
Trafik kazası öyküsü	13 (%16,05)	3 (%3,70)	**0,018** [b]
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	49 (%60,49)	11 (%13,58)	**<0,001** [b]
1.derece akrabasında	45 (%55,56)	8 (%9,88)	**<0,001** [b]
2.derece akrabasında	6 (%7,41)	3 (%3,70)	0,495 [c]

Nicel değişkenler ortalama ± standart sapma ve ortanca (en küçük değer - en büyük değer) ile, nitel değişkenler sıklık (yüzde) ile özetlenmiştir.
a Student t testi, b Ki-kare testi, c Fisher'in kesin testi. DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

Tablo 2. DEHB tanılı hastaların (n=81) klinik özellikleri

Ailede DEHB tanısı varlığı	38 (%46,91)
1.derece akrabasında	33 (%40,74)
2.derece akrabasında	9 (%11,11)
DEHB belirtilerini fark ettiği yaş	19,68 ± 8,01 20 (1 - 55)
DEHB tanısını aldığı yaş	22,59 ± 7,42 22 (1 - 55)
DEHB belirtilerinin farkında olma durumu	43 (%53,09)
DEHB tedavisi için ilaç kullanımı	
Yok	34 (%41,98)
Metilfenidat	44 (%54,32)
Atomoksetin	3 (%3,70)
DEHB tedavisi için ilaç kullanımı	47 (%58,02)
Kısa Etki Süreli Metilfenidat	7 (%8,64)
Orta-Uzun Etki Süreli Metilfenidat	4 (%4,94)
Uzun Etki Süreli Metilfenidat	33 (%40,74)
Atomoksetin	3 (%3,70)
DEHB görünümü	
Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm	14 (%17,28)
Hiperaktivite ve dürtüselliğin baskın olduğu görünüm	5 (%6,17)
Bileşik görünüm	62 (%76,54)

Nicel değişkenler ortalama ± standart sapma ve ortanca (en küçük değer- en büyük değer) ile, nitel değişkenler sıklık (yüzde) ile özetlenmiştir.
DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

4.2. Gruplara Göre Ölçeklerden Alınan Puanlar

DEHB grubunda, ASRS A bölümü ortalama puanı 26,57 ± 5,40, ASRS B bölümü ortalama puanı 23,01 ± 5,84 ve ASRS toplam puanı 49,58 ± 9,92 olarak hesaplanırken sonuçlar kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu (sırasıyla p<0,001; p<0,001; p<0,001). DEHB grubunda, BDÖ -Plan yapmama alt grubunda ortalama puan 12,79 ± 3,13 , BDÖ Motor dürtüsellik alt grubunda ortalama puan 14,15 ± 3,60 , BDÖ Dikkat dürtüselliği alt grubunda ortalama puan 13,84 ± 3,02 ve BDÖ toplam puan ortalaması 40,78 ± 8,08 olarak hesaplanırken sonuçlar kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu (sırasıyla p<0,001; p<0,001; p<0,001;p<0,001). DEHB grubunda, RBSÖ toplam puanı 3'tü ve kontrol grubundan anlamlı olarak bulundu (p<0,001). Ayrıca yüksek benlik saygısı yüzdesi (%69) kontrol grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu (p<0,001) (Tablo 3).

Kontrol grubunda, YFÖ-30-Düşünmeden yeme alt grubu ortalama puanı 3,46 ± 0,73 ve %77,78 yüzdesi (p<0,001 ve p<0,001), YFÖ-30-Duygusal yeme alt grubu ortalama puanı 3,63 ± 0,9 ve %76,54 yüzdesi (p<0,001 ve p<0,001), YFÖ-30-Yeme kontrolü alt grubu ortalama puanı 3,54 ± 0,97 ve %75,31 yüzdesi (p=0,001 ve p=0,005), YFÖ-30-Farkındalık alt grubu ortalama puanı 3,21 ± 0,39 ve %82,72 yüzdesi (p<0,001 ve p<0,001), YFÖ-30-Yeme disiplini alt grubu ortalama puanı 3,06 ± 0,69 ve %64,20 yüzdesi (p<0,001 ve p=0,001), YFÖ-30 toplam puanı 3,35 ± 0,44 ve %80,25 toplam puan yüzdesi (p<0,001 ve p<0,001), DEHB grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 4).

DEHB grubunda, PDÖ Toplam puanı 109,59 ± 19,47 kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu (p<0,001) (Tablo 4).

DEHB grubunda, ÇÇTÖ-28-Fiziksel istismar alt grubu puanı 5 ve istismar varlığı yüzdesi %27,16 (p=0,001 ve p=0,002), ÇÇTÖ-28 Duygusal istismar alt grubu puanı 8 ve %59,26 istismar varlığı yüzdesi (p<0,001 ve p<0,001), ÇÇTÖ-28 Duygusal ihmal alt grubu puanı 11 ve %41,98 ihmal varlığı yüzdesi (p<0,001 ve p<0,001), ÇÇTÖ-28 Cinsel istismar alt grubu puanı 5 ve %23,46 istismar varlığı yüzdesi (p=0,004 ve p=0,009), ÇÇTÖ-28 Toplam puanı 38 ve yüksek (>35) toplam puan

yüzdesi %62,96 (p<0,001 ve p<0,001), kontrol grubundan anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 5).

Tablo 3. Katılımcıların ASRS, barrat dürtüsellik ve rosenberg benlik saygısı ölçeklerinden aldıkları puanların değerlendirilmesi

	Grup		**p**
	DEHB (n=81)	**Kontrol (n=81)**	
ASRS A bölümü (Dikkat Eksikliği)	26,57 ± 5,40 28 (13 - 35)	11,84 ± 5,35 11 (1 - 26)	**<0,001** [a]
ASRS B bölümü (Hiperaktivite/Dürtüsellik)	23,01 ± 5,84 24 (9 - 33)	9,36 ± 5,33 9 (1 - 26)	**<0,001** [a]
ASRS Toplam	49,58 ± 9,92 51 (24 - 68)	21,20 ± 9,51 19 (2 - 52)	**<0,001** [a]
Barrat Dürtüsellik Ölçeği			
Plan yapmama	12,79 ± 3,13 13 (7 - 20)	9,19 ± 2,58 9 (5 - 17)	**<0,001** [a]
Motor dürtüsellik	14,15 ± 3,60 14 (7 - 20)	7,98 ± 2,19 7 (5 - 15)	**<0,001** [b]
Dikkat dürtüselliği	13,84 ± 3,02 14 (7 - 20)	8,36 ± 2,26 8 (5 - 15)	**<0,001** [a]
Toplam	40,78 ± 8,08 41 (21 - 56)	25,52 ± 5,83 25 (15 - 42)	**<0,001** [a]
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	3,04 ± 1,85 3 (0 - 6)	1,32 ± 1,46 1 (0 - 6)	**<0,001** [b]
Yüksek benlik saygısı (0-1)	20 (%24,69)	56 (%69,14)*	**<0,001** [c]
Orta benlik saygısı (2-4)	39 (%48,15)	21 (%25,93)*	
Düşük benlik saygısı (5-6)	22 (%27,16)	4 (%4,94)*	

Nicel değişkenler ortalama ± standart sapma ve ortanca (en küçük değer- en büyük değer) ile, nitel değişkenler sıklık (yüzde) ile özetlenmiştir.
ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
a Student t testi, b Mann Whitney U testi, c Ki-kare testi, d Fisher'in kesin testi, e Fisher-Freeman-Halton testi, * Çok kategorili değişkenler için istatistiksel olarak önemli olan kategori. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile gösterilmiştir.

Tablo 4. Katılımcıların yeme farkındalığı ölçeği-30 ve psikolojik dayanıklılık ölçeğinden aldıkları puanların değerlendirilmesi

	Grup		**p**
	DEHB (n=81)	**Kontrol (n=81)**	
Yeme Farkındalığı Ölçeği-30			
Düşünmeden yeme	2,60 ± 0,91 2,6 (1 - 4,4)	3,46 ± 0,73 3,6 (1,6 - 4,8)	**<0,001** [a]
Yüksek (≥3)	32 (%39,51)	63 (%77,78)	**<0,001** [c]
Duygusal yeme	2,87 ± 1,01 2,8 (1 - 5)	3,63 ± 0,9 3,6 (1,6 - 5)	**<0,001** [a]
Yüksek (≥3)	37 (%45,68)	62 (%76,54)	**<0,001** [c]
Yeme kontrolü	2,95 ± 1,09 3 (1 - 4,75)	3,54 ± 0,97 3,75 (1,5 - 5)	**0,001** [b]
Yüksek (≥3)	43 (%53,09)	61 (%75,31)	**0,005** [c]
Farkındalık	2,96 ± 0,39 3 (2 - 3,8)	3,21 ± 0,39 3,2 (2,2 - 4,2)	**<0,001** [a]
Yüksek (≥3)	45 (%55,56)	67 (%82,72)	**<0,001** [c]
Yeme disiplini	2,66 ± 0,71 2,5 (1 - 4,25)	3,06 ± 0,69 3,25 (1 - 4,5)	**<0,001** [a]
Yüksek (≥3)	31 (%38,27)	52 (%64,20)	**0,001** [c]
Bilinçli beslenme	2,99 ± 0,57 3 (1,4 - 4,2)	3,07 ± 0,52 3 (1,4 - 4,4)	0,303 [a]
Yüksek (≥3)	42 (%51,85)	52 (%64,20)	0,111 [c]
Enterferans	3,44 ± 0,92 3,5 (1,5 - 5)	3,56 ± 0,87 3,5 (1 - 5)	0,405 [a]
Yüksek (≥3)	64 (%79,01)	66 (%81,48)	0,844 [c]
Toplam	2,88 ± 0,49 2,87 (1,9 - 4,17)	3,35 ± 0,44 3,4 (2,2 - 4,3)	**<0,001** [a]
Yüksek (≥3)	31 (%38,27)	65 (%80,25)	**<0,001** [c]
Psikolojik Dayanıklılık Toplam	109,59 ± 19,47 111 (69 - 159)	130,27 ± 16,09 132 (70 - 165)	**<0,001** [a]

Nicel değişkenler ortalama ± standart sapma ve ortanca (en küçük değer - en büyük değer) ile, nitel değişkenler sıklık (yüzde) ile özetlenmiştir. a Student t testi, b Mann Whitney U testi, c Ki-kare testi, d Fisher'in kesin testi, e Fisher-Freeman-Halton testi, * Çok kategorili değişkenler için istatistiksel olarak önemli olan kategori. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile gösterilmiştir.

Tablo 5. Katılımcıların çocukluk çağı travmaları-28 ölçeği ve hamilton depresyon ölçeğinden aldıkları puanların karşılaştırılması

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28	**Grup**		**p**
	DEHB (n=81)	Kontrol (n=81)	
Fiziksel istismar	6,40 ± 3,27 5 (5 - 22)	5,26 ± 1,16 5 (5 - 12)	**0,001** [b]
Yüksek (>5)	22 (%27,16)	6 (%7,41)	**0,002** [c]
Fiziksel ihmal	7,22 ± 2,65 6 (5 - 17)	6,48 ± 2,17 6 (5 - 18)	0,076 [b]
Yüksek (>7)	31 (%38,27)	19 (%23,46)	0,061 [c]
Duygusal istismar	8,88 ± 3,87 8 (5 - 22)	6,04 ± 1,92 5 (5 - 14)	**<0,001** [b]
Yüksek (>7)	48 (%59,26)	13 (%16,05)	**<0,001** [c]
Duygusal ihmal	11,59 ± 4,30 11 (5 - 23)	8,65 ± 3,03 8 (5 - 20)	**<0,001** [b]
Yüksek (>12)	34 (%41,98)	7 (%8,64)	**<0,001** [c]
Cinsel istismar	6,41 ± 3,96 5 (5 - 25)	5,32 ± 1,55 5 (5 - 16)	**0,004** [b]
Yüksek (>5)	19 (%23,46)	6 (%7,41)	**0,009** [c]
Toplam	40,49 ± 12,43 38 (25 - 77)	31,75 ± 7,74 29 (25 - 71)	**<0,001** [b]
Yüksek (>35)	51 (%62,96)	14 (%17,28)	**<0,001** [c]
Hamilton Depresyon Ölçeği	1,41 ± 2,44 0 (0 - 9)	0,70 ± 1,65 0 (0 - 7)	0,089 [b]
Depresyon (>7)	1 (%1,23)	0 (%0,00)	1,000 [d]

Nicel değişkenler ortalama ± standart sapma ve ortanca (en küçük değer - en büyük değer) ile, nitel değişkenler sıklık (yüzde) ile özetlenmiştir. a Student t testi, b Mann Whitney U testi, c Ki-kare testi, d Fisher'in kesin testi, e Fisher-Freeman-Halton testi, * Çok kategorili değişkenler için istatistiksel olarak önemli olan kategori. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile gösterilmiştir.

4.3. DEHB Tanılı Hastalarda YFÖ-30 Toplam Puanı ve Klinik Özelliklerin İlişkisi

DEHB tanılı hastalar içerisinde, 31 (%38,27) hastanın YFÖ-30 Toplam puanı yüksek (≥3) olarak bulundu. YFÖ-30 Toplam puanı yüksek olan hastalarda vücut ağırlığı (p=0,004), vücut kitle indeksi (p<0,001) ve DEHB bileşik görünüm yüzdesi (p=0,034) daha düşük bulunurken, çalışma yüzdesi (p=0,036) ve dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm (p=0,034) yüzdesi daha yüksek bulundu (Tablo 6).

Tablo 6. DEHB tanılı hastalarda (n=81) YFÖ-30 puanları ve klinik özelliklerin ilişkisi

	YFÖ-30 Toplam puanı		
	Düşük, <3 (n=50)	**Yüksek, ≥3 (n=31)**	**p**
Yaş	24,64 ± 4,88 23 (18 - 40)	26,48 ± 6,14 26 (18 - 48)	0,139 [a]
Cinsiyet			
Erkek	20 (%40,00)	16 (%51,61)	0,428 [b]
Kadın	30 (%60,00)	15 (%48,39)	
Medeni durum			
Bekar	44 (%88,00)	25 (%80,65)	0,521 [c]
Evli	6 (%12,00)	6 (%19,35)	
Vücut kitle indeksi, kg/m^2	26,36 ± 4,75 26,11 (17,99 - 36)	22,67 ± 3,78 21,87 (16,33 - 34,6)	**<0,001** [a]
Eğitim durumu			
İlkokul	0 (%0,00)	0 (%0,00)	0,291 [b]
Lise	28 (%56,00)	12 (%38,71)	
Üniversite	13 (%26,00)	10 (%32,26)	
Yüksek lisans / Doktora	9 (%18,00)	9 (%29,03)	
Çalışma durumu			
Çalışmıyor	37 (%74,00)	15 (%48,39)	**0,036** [b]
Çalışıyor	13 (%26,00)	16 (%51,61)	
Kafa travması öyküsü	7 (%14,00)	2 (%6,45)	0,471 [c]
Geçmiş psikiyatrik tanı öyküsü	28 (%56,00)	15 (%48,39)	0,661 [b]
Geçmiş psikiyatrik ilaç kullanım varlığı	31 (%62,00)	15 (%48,39)	0,331 [b]
Madde kullanım öyküsü	4 (%8,00)	0 (%0,00)	0,292 [c]
Sigara kullanımı	21 (%42,00)	10 (%32,26)	0,521 [b]
İntihar girişimi öyküsü	6 (%12,00)	0 (%0,00)	0,077 [c]
Şiddet davranışı öyküsü	10 (%20,00)	2 (%6,45)	0,118 [c]
Suç öyküsü	2 (%4,00)	0 (%0,00)	0,522 [c]
Trafik kazası öyküsü	8 (%16,00)	5 (%16,13)	1,000 [c]
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	33 (%66,00)	16 (%51,61)	0,292 [b]
1.derece akrabasında	29 (%58,00)	16 (%51,61)	0,740 [b]
2.derece akrabasında	5 (%10,00)	1 (%3,23)	0,399 [c]
DEHB belirtilerinin farkında olma	25 (%50,00)	18 (%58,06)	0,633 [b]
DEHB belirtilerini fark ettiği yaş	18,80 ± 6,97 19,5 (1 - 35)	21,10 ± 9,40 21 (7 - 55)	0,212 [a]
DEHB tanısını aldığı yaş	21,54 ± 6,58 21 (1 - 40)	24,29 ± 8,44 25 (8 - 55)	0,105 [a]
DEHB tedavisi için ilaç kullanımı			
Yok	20 (%40,00)	14 (%45,16)	0,918 [d]
Metilfenidat	28 (%56,00)	16 (%51,61)	
Atomoksetin	2 (%4,00)	1 (%3,23)	

Tablo 6. Devamı

DEHB tedavisi için ilaç kullanımı	30 (%60,00)	17 (%54,84)	0,821 [b]
Kısa Etki Süreli Metilfenidat	5 (%10,00)	2 (%6,45)	0,930 [d]
Orta-Uzun Etki Süreli Metilfenidat	2 (%4,00)	2 (%6,45)	
Uzun Etki Süreli Metilfenidat	21 (%42,00)	12 (%38,71)	
Atomoksetin	2 (%4,00)	1 (%3,23)	
DEHB görünümü			
Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm	5 (%10,00)	9 (%29,03)*	**0,034** [d]
Hiperaktivite ve dürtüselliğin baskın olduğu görünüm	2 (%4,00)	3 (%9,68)	
Bileşik görünüm	43 (%86,00)	19 (%61,29)*	
Çocukken yakının sağlık sorunu yaşaması öyküsü	15 (%30,00)	11 (%35,48)	0,788 [b]
Çocukken yakının ölümü	16 (%32,00)	10 (%32,26)	1,000 [b]
Çocukken tanık olunan/maruz kalınan olay	19 (%38,00)	11 (%35,48)	1,000 [b]
Doğal felaket	13 (%26,00)	5 (%16,13)	0,445 [b]
Yangın veya Patlama	3 (%6,00)	1 (%3,23)	1,000 [c]
Trafik kazası	10 (%20,00)	6 (%19,35)	1,000 [b]
Çocukken yaşanan hala hatırlanan bir olayın mevcudiyeti	25 (%50,00)	9 (%29,03)	0,104 [b]
Çocukken aile dışı biri tarafından maruz kalınan travma	31 (%62,00)	17 (%54,84)	0,686 [b]
Psikolojik şiddet	26 (%52,00)	13 (%41,94)	0,514 [b]
Fiziksel saldırı	7 (%14,00)	5 (%16,13)	1,000 [c]
Cinsel istismar	6 (%12,00)	5 (%16,13)	0,741 [c]
Cinsel saldırı	4 (%8,00)	0 (%0,00)	0,292 [c]
Çocukken başkasının maruz kaldığı travmaya tanıklık	21 (%42,00)	12 (%38,71)	0,952 [b]
Aile içi şiddet	15 (%30,00)	6 (%19,35)	0,423 [b]
Fiziksel saldırı	15 (%30,00)	10 (%32,26)	1,000 [b]
Cinsel istismar	2 (%4,00)	2 (%6,45)	0,635 [c]
Cinsel saldırı	1 (%2,00)	0 (%0,00)	1,000 [c]
Cinayet	1 (%2,00)	1 (%3,23)	1,000 [c]
İntihar	4 (%8,00)	0 (%0,00)	0,292 [c]

Nicel değişkenler ortalama ± standart sapma ve ortanca (en küçük değer - en büyük değer) ile, nitel değişkenler sıklık (yüzde) ile özetlenmiştir. DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, YFÖ-30: Yeme Farkındalığı Ölçeği-30 , a Student t testi, b Ki-kare testi, c Fisher'in kesin testi, d Fisher-Freeman-Halton testi, * Çok kategorili değişkenler için istatistiksel olarak önemli olan kategori. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile gösterilmiştir.

4.4. DEHB Tanılı Hastalarda YFÖ-30 Toplam Puanı ve Diğer Ölçeklerden Alınan Puanların İlişkisi

YFÖ-30 Toplam puanı yüksek (≥3) olan hastalarda, ASRS A bölümü puanı (p=0,003), ASRS B bölümü puanı (p=0,002), ASRS Toplam puanı (p<0,001), BDÖ Motor dürtüsellik puanı (p=0,001), BDÖ Dikkat dürtüselliği puanı (p=0,001) ve BDÖ Toplam puanı (p=0,002) diğer hastalardan daha düşük bulundu (Tablo 7).

Tablo 7. DEHB tanılı hastalarda (n=81) YFÖ-30 toplam puanı ve diğer ölçeklerden alınan puanların ilişkisi

	YFÖ-30 Toplam puanı		
	Düşük, <3 (n=50)	**Yüksek, ≥3 (n=31)**	**p**
ASRS A bölümü (Dikkatsizlik)	27,96 ± 4,75 28 (14 - 35)	24,32 ± 5,71 26 (13 - 33)	**0,003** [a]
ASRS B bölümü (Hiperaktivite/Dürtüsellik)	24,56 ± 4,95 25 (12 - 33)	20,52 ± 6,38 20 (9 - 32)	**0,002** [a]
ASRS Toplam	52,52 ± 8,39 53,5 (27 - 68)	44,84 ± 10,48 46 (24 - 62)	**<0,001** [a]
Barrat Dürtüsellik Ölçeği			
Plan yapmama	13,04 ± 3,08 13 (7 - 20)	12,39 ± 3,22 12 (7 - 18)	0,365 [a]
Motor dürtüsellik	15,22 ± 3,49 16 (7 - 20)	12,42 ± 3,10 12 (7 - 19)	**0,001** [b]
Dikkat dürtüselliği	14,68 ± 2,90 15 (7 - 20)	12,48 ± 2,74 13 (7 - 19)	**0,001** [a]
Toplam	42,94 ± 7,53 45 (23 - 56)	37,29 ± 7,83 38 (21 - 51)	**0,002** [a]
Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği	3,14 ± 1,70 3 (0 - 6)	2,87 ± 2,09 2 (0 - 6)	0,500 [b]
Yüksek benlik saygısı (0-1)	11 (%22,00)	9 (%29,03)	0,654 [c]
Orta benlik saygısı (2-4)	26 (%52,00)	13 (%41,94)	
Düşük benlik saygısı (5-6)	13 (%26,00)	9 (%29,03)	
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	106,98 ± 18,67 108,5 (69 - 152)	113,81 ± 20,29 115 (73 - 159)	0,126 [a]

Tablo 7. Devamı

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 puanı			
Fiziksel istismar	6,96 ± 3,94 5 (5 - 22)	5,48 ± 1,36 5 (5 - 12)	0,133 [b]
Yüksek (>5)	16 (%32,00)	6 (%19,35)	0,324 [c]
Fiziksel ihmal	7,50 ± 3,01 6,5 (5 - 17)	6,77 ± 1,87 6 (5 - 11)	0,606 [b]
Yüksek (>7)	20 (%40,00)	11 (%35,48)	0,864 [c]
Duygusal istismar	9,36 ± 4,48 9 (5 - 22)	8,10 ± 2,49 8 (5 - 14)	0,526 [b]
Yüksek (>7)	31 (%62,00)	17 (%54,84)	0,686 [c]
Duygusal ihmal	11,64 ± 4,72 11 (5 - 23)	11,52 ± 3,60 11 (5 - 17)	0,792 [b]
Yüksek (>12)	21 (%42,00)	13 (%41,94)	1,000 [c]
Cinsel istismar	6,96 ± 4,84 5 (5 - 25)	5,52 ± 1,48 5 (5 - 12)	0,184 [b]
Yüksek (>5)	14 (%28,00)	5 (%16,13)	0,339 [c]
Toplam	42,42 ± 14,64 38 (25 - 77)	37,39 ± 6,79 39 (26 - 49)	0,382 [b]
Yüksek (>35)	31 (%62,00)	20 (%64,52)	1,000 [c]

Nicel değişkenler ortalama ± standart sapma ve ortanca (en küçük değer - en büyük değer) ile, nitel değişkenler sıklık (yüzde) ile özetlenmiştir.
ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, YFÖ-30: Yeme Farkındalığı Ölçeği-30
a Student t testi, b Mann Whitney U testi, c Ki-kare testi, d Fisher'in kesin testi, e Fisher-Freeman-Halton testi, * Çok kategorili değişkenler için istatistiksel olarak önemli olan kategori. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile gösterilmiştir.

4.5. DEHB tanılı hastalarında Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği Puanları ile Klinik Özelliklerin İlişkisi

RBSÖ puanlarına göre 20 (%24,69) DEHB tanılı hastada yüksek benlik saygısı (0-1 puan), 39 (%48,15) DEHB tanılı hastada orta benlik saygısı (2-4 puan) ve 22 (%27,16) DEHB tanılı hastada düşük benlik saygısı (5-6 puan) saptandı. Yüksek benlik saygısı grubunda yaş (p=0,030) diğer gruplardan daha yüksek bulundu. Evli olanların yüzdesi (p=0,008) orta benlik saygısı grubunda, yüksek benlik saygısı grubundan daha düşük bulundu. Çalışanların yüzdesi (p=0,028) düşük benlik saygısı grubunda, yüksek benlik saygısı grubundan daha düşük bulundu. Geçmiş psikiyatrik

tanı öyküsü (p=0,012) ve geçmiş psikiyatrik ilaç kullanım varlığı (p=0,004) yüzdeleri orta benlik saygısı grubunda, yüksek benlik saygısı grubundan daha yüksek bulundu. DEHB belirtilerinin farkında olma (p=0,026) yüzdesi düşük benlik saygısı grubunda, yüksek benlik saygısı grubundan daha yüksek bulundu (Tablo 8).

Tablo 8. DEHB tanılı hastalarında (n=81) rosenberg benlik saygısı ölçeği puanları ile klinik özelliklerin ilişkisi

	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği sınıflaması			
	Yüksek benlik saygısı, 0-1 puan (n=20)	**Orta benlik saygısı, 2-4 puan (n=39)**	**Düşük benlik saygısı, 5-6 puan (n=22)**	**p**
Yaş	28,10 ± 5,22 28,5 (18 - 40)	24,54 ± 5,43* 24 (18 - 48)	24,27 ± 4,99* 22,5 (18 - 35)	**0,030** [a]
Cinsiyet				
Erkek	13 (%65,00)	14 (%35,90)	9 (%40,91)	0,096 [b]
Kadın	7 (%35,00)	25 (%64,10)	13 (%59,09)	
Medeni durum				
Bekar	13 (%65,00)	37 (%94,87)	19 (%86,36)	**0,008** [c]
Evli	7 (%35,00)	2 (%5,13)*	3 (%13,64)	
Vücut kitle indeksi, kg/m²	24,76 ± 4,86 23,76 (16,33 - 34,60)	24,50 ± 4,85 24,14 (17,99 - 36,00)	25,90 ± 4,50 26,29 (17,99 - 34,11)	0,537 [a]
Eğitim durumu				
İlkokul	0 (%0,00)	0 (%0,00)	0 (%0,00)	0,353 [c]
Lise	6 (%30,00)	22 (%56,41)	12 (%54,55)	
Üniversite	7 (%35,00)	10 (%25,64)	6 (%27,27)	
Yüksek lisans / Doktora	7 (%35,00)	7 (%17,95)	4 (%18,18)	
Çalışma durumu				
Çalışmıyor	8 (%40,00)	27 (%69,23)	17 (%77,27)	**0,028** [b]
Çalışıyor	12 (%60,00)	12 (%30,77)	5 (%22,73)*	
Kafa travması öyküsü	2 (%10,00)	5 (%12,82)	2 (%9,09)	1,000 [c]
Geçmiş psikiyatrik tanı öyküsü	6 (%30,00)	27 (%69,23)*	10 (%45,45)	**0,012** [b]
Geçmiş psikiyatrik ilaç kullanım varlığı	6 (%30,00)	29 (%74,36)*	11 (%50,00)	**0,004** [b]
Madde kullanım öyküsü	1 (%5,00)	2 (%5,13)	1 (%4,55)	1,000 [c]
Sigara kullanımı	11 (%55,00)	13 (%33,33)	7 (%31,82)	0,206 [b]
İntihar girişimi öyküsü	0 (%0,00)	3 (%7,69)	3 (%13,64)	0,306 [c]
Şiddet davranışı öyküsü	6 (%30,00)	3 (%7,69)	3 (%13,64)	0,091 [c]

Tablo 8. Devamı

Suç öyküsü	1 (%5,00)	1 (%2,56)	0 (%0,00)	0,735 [c]
Trafik kazası öyküsü	5 (%25,00)	6 (%15,38)	2 (%9,09)	0,416 [c]
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	12 (%60,00)	25 (%64,10)	12 (%54,55)	0,763 [b]
1.derece akrabasında	10 (%50,00)	24 (%61,54)	11 (%50,00)	0,580 [b]
2.derece akrabasında	2 (%10,00)	2 (%5,13)	2 (%9,09)	0,641 [c]
Ailede DEHB tanısı varlığı	10 (%50,00)	17 (%43,59)	11 (%50,00)	0,846 [b]
1.derece akrabasında	8 (%40,00)	16 (%41,03)	9 (%40,91)	0,997 [b]
2.derece akrabasında	2 (%10,00)	4 (%10,26)	3 (%13,64)	0,903 [c]
DEHB belirtilerini fark ettiği yaş	22,50 ± 8,09 25 (8 - 35)	19,49 ± 8,44 19 (1 - 55)	17,45 ± 6,60 18 (5 - 28)	0,122 [a]
DEHB belirtilerinin farkında olma	8 (%40,00)	18 (%46,15)	17 (%77,27)*	**0,026** [b]
DEHB tanısını aldığı yaş	24,25 ± 7,89 26,5 (8 - 40)	22,79 ± 7,35 22 (8 - 55)	20,73 ± 7,02 21 (1 - 33)	0,302 [a]
DEHB tedavisi için ilaç kullanımı	12 (%60,00)	24 (%61,54)	11 (%50,00)	0,667 [b]
Kısa Etki Süreli Metilfenidat	2 (%10,00)	2 (%5,13)	3 (%13,64)	0,710 [c]
Orta-Uzun Etki Süreli Metilfenidat	0 (%0,00)	3 (%7,69)	1 (%4,55)	
Uzun Etki Süreli Metilfenidat	10 (%50,00)	17 (%43,59)	6 (%27,27)	
Atomoksetin	0 (%0,00)	2 (%5,13)	1 (%4,55)	
DEHB tedavisi için ilaç kullanımı				
Yok	8 (%40,00)	15 (%38,46)	11 (%50,00)	0,811 [c]
Metilfenidat	12 (%60,00)	22 (%56,41)	10 (%45,45)	
Atomoksetin	0 (%0,00)	2 (%5,13)	1 (%4,55)	
DEHB görünümü				
Dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm	7 (%35,00)	4 (%10,26)	3 (%13,64)	0,201 [c]
Hiperaktivite ve dürtüselliğin baskın olduğu görünüm	1 (%5,00)	3 (%7,69)	1 (%4,55)	
Bileşik görünüm	12 (%60,00)	32 (%82,05)	18 (%81,82)	
Çocukken yakının sağlık sorunu yaşaması öyküsü	5 (%25,00)	14 (%35,90)	7 (%31,82)	0,697 [b]
Çocukken yakının ölümü	10 (%50,00)	11 (%28,21)	5 (%22,73)	0,129 [b]

Tablo 8. Devamı

Çocukken tanık olunan/maruz kalınan olay	9 (%45,00)	12 (%30,77)	9 (%40,91)	0,511 [b]
Doğal felaket	5 (%25,00)	7 (%17,95)	6 (%27,27)	0,654 [c]
Yangın veya Patlama	0 (%0,00)	2 (%5,13)	2 (%9,09)	0,465 [c]
Trafik kazası	6 (%30,00)	8 (%20,51)	2 (%9,09)	0,241 [c]
Çocukken yaşanan hala hatırlanan bir olayın mevcudiyeti	7 (%35,00)	17 (%43,59)	10 (%45,45)	0,759 [b]
Çocukken aile dışı biri tarafından maruz kalınan travma	14 (%70,00)	23 (%58,97)	11 (%50,00)	0,419 [b]
Psikolojik şiddet	11 (%55,00)	20 (%51,28)	8 (%36,36)	0,416 [b]
Fiziksel saldırı	4 (%20,00)	6 (%15,38)	2 (%9,09)	0,605 [c]
Cinsel istismar	4 (%20,00)	4 (%10,26)	3 (%13,64)	0,536 [c]
Cinsel saldırı	1 (%5,00)	1 (%2,56)	2 (%9,09)	0,573 [c]
Çocukken başkasının maruz kaldığı travmaya tanıklık	10 (%50,00)	13 (%33,33)	10 (%45,45)	0,407 [b]
Aile içi şiddet	7 (%35,00)	10 (%25,64)	4 (%18,18)	0,462 [b]
Fiziksel saldırı	9 (%45,00)	9 (%23,08)	7 (%31,82)	0,224 [b]
Cinsel istismar	1 (%5,00)	0 (%0,00)	3 (%13,64)	0,051 [c]
Cinsel saldırı	0 (%0,00)	0 (%0,00)	1 (%4,55)	0,519 [c]
Cinayet	1 (%5,00)	1 (%2,56)	0 (%0,00)	0,735 [c]
İntihar	0 (%0,00)	1 (%2,56)	3 (%13,64)	0,130 [c]

Nicel değişkenler ortalama ± standart sapma ve ortanca (en küçük değer - en büyük değer) ile, nitel değişkenler sıklık (yüzde) ile özetlenmiştir.
DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
a Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), b Ki-kare testi, c Fisher-Freeman-Halton testi, * "Yüksek benlik saygısı" grubundan faklı. İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile gösterilmiştir.

4.6. DEHB tanılı hastalarda Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ile Diğer Ölçeklerin İlişkisi

BDÖ Motor dürtüsellik puanı (p=0,045) orta benlik saygısı grubunda, yüksek benlik saygısı grubundan yüksek bulundu. PDÖ Toplam puanı (p<0,001) orta benlik saygısı grubunda, yüksek benlik saygısı grubundan düşük bulunurken, düşük benlik saygısı grubunda diğer gruplardan düşük bulundu.

ÇÇTÖ-28 Duygusal istismar puanı ve yüzdesi (p=0,009 ve p=0,005) yüksek benlik saygısı grubunda, diğer gruplardan daha düşük bulundu. ÇÇTÖ-28 Duygusal ihmal puanı (p=0,022) düşük benlik saygısı grubunda, diğer gruplardan daha yüksek bulundu. ÇÇTÖ-28 Duygusal ihmal yüzdesi (p=0,033) düşük benlik saygısı grubunda, yüksek benlik saygısı grubundan daha yüksek bulundu. ÇÇTÖ-28 Toplam puanı ve yüksek (>35) toplam puan yüzdesi (p=0,042 ve p=0,026) düşük benlik saygısı grubunda, yüksek benlik saygısı grubundan daha yüksek bulundu (Tablo 9).

Tablo 9. DEHB tanılı hastalarda (n=81) rosenberg benlik saygısı ölçeği ile diğer ölçeklerin ilişkisi

	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği sınıflaması			
	Yüksek benlik saygısı, 0-1 puan (n=20)	**Orta benlik saygısı, 2-4 puan (n=39)**	**Düşük benlik saygısı, 5-6 puan (n=22)**	**p**
ASRS A bölümü (Dikkatsizlik)	25,20 ± 5,39 27 (13 - 31)	27,03 ± 5,86 28 (15 - 35)	27,00 ± 4,54 28 (17 - 33)	0,432 [a]
ASRS B bölümü (Hiperaktivite/Dürtüsellik)	21,15 ± 6,92 22 (9 - 31)	24,13 ± 5,63 25 (12 - 33)	22,73 ± 4,88 23 (12 - 32)	0,174 [a]
ASRS Toplam	46,35 ± 11,02 49,5 (24 - 62)	51,15 ± 10,31 53 (29 - 68)	49,73 ± 7,61 51 (34 - 62)	0,213 [a]
Barrat Dürtüsellik Ölçeği				
Plan yapmama	13,10 ± 3,52 13 (7 - 19)	12,44 ± 2,82 13 (7 - 19)	13,14 ± 3,37 13 (7 - 20)	0,624 [a]
Motor dürtüsellik	12,45 ± 3,24 11,5 (7 - 18)	14,74 ± 4,07 16 (7 - 20)*	14,64 ± 2,48 15 (10 - 19)	**0,045** [b]
Dikkat dürtüselliği	12,75 ± 2,69 12,5 (7 - 18)	14,00 ± 3,16 14 (7 - 20)	14,55 ± 2,91 15 (8 - 20)	0,142 [a]
Toplam	38,30 ± 8,39 38 (23 - 52)	41,18 ± 8,54 42 (21 - 55)	42,32 ± 6,69 44 (26 - 56)	0,252 [a]
Yeme Farkındalığı Ölçeği-30				
Düşünmeden yeme	2,72 ± 0,80 2,6 (1,4 - 4,2)	2,50 ± 0,97 2,4 (1 - 4,4)	2,65 ± 0,93 2,5 (1 - 4,4)	0,654 [a]
Yüksek (≥3)	8 (%40,00)	14 (%35,90)	10 (%45,45)	0,763 [c]
Duygusal yeme	3,19 ± 1,01 3,1 (1 - 4,8)	2,76 ± 1,09 2,6 (1 - 5)	2,76 ± 0,82 2,7 (1,4 - 4,4)	0,259 [a]
Yüksek (≥3)	11 (%55,00)	17 (%43,59)	9 (%40,91)	0,616 [c]
Yeme kontrolü	2,90 ± 1,10 2,88 (1 - 4,75)	2,97 ± 1,10 3 (1 - 4,75)	2,95 ± 1,11 2,88 (1 - 4,75)	0,946 [b]
Yüksek (≥3)	10 (%50,00)	22 (%56,41)	11 (%50,00)	0,846 [c]
Farkındalık	2,94 ± 0,36 3 (2,2 - 3,8)	2,99 ± 0,40 3 (2 - 3,8)	2,92 ± 0,40 2,9 (2 - 3,6)	0,735 [a]

Tablo 9. Devamı

Yüksek (≥3)	11 (%55,00)	23 (%58,97)	11 (%50,00)	0,794 [c]
Yeme disiplini	2,97 ± 0,68 2,88 (2 - 4)	2,56 ± 0,79 2,5 (1 - 4,25)	2,56 ± 0,51 2,5 (1,5 - 3,5)	0,070 [a]
Yüksek (≥3)	10 (%50,00)	15 (%38,46)	6 (%27,27)	0,318 [c]
Bilinçli beslenme	3,05 ± 0,50 3,1 (2,4 - 4,2)	3,02 ± 0,63 3 (1,4 - 4,2)	2,86 ± 0,52 2,8 (1,6 - 3,6)	0,498 [a]
Yüksek (≥3)	11 (%55,00)	22 (%56,41)	9 (%40,91)	0,482 [c]
Enterferans	3,48 ± 0,99 3,5 (2 - 5)	3,50 ± 0,86 3,5 (1,5 - 5)	3,32 ± 0,97 3,25 (1,5 - 5)	0,751 [a]
Yüksek (≥3)	14 (%70,00)	32 (%82,05)	18 (%81,82)	0,526 [d]
Toplam	3,00 ± 0,50 2,89 (2,17 - 4,17)	2,85 ± 0,52 2,87 (1,9 - 4)	2,82 ± 0,43 2,85 (2,07 - 3,73)	0,451 [a]
Yüksek (≥3)	9 (%45,00)	13 (%33,33)	9 (%40,91)	0,654 [c]
Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği	122,80 ± 18,99 121 (93 - 159)	111,67 ± 14,34* 113 (76 - 143)	93,91 ± 17,72*# 94 (69 - 144)	**<0,001** [a]
Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28 puanı				
Fiziksel istismar	6,15 ± 2,56 5 (5 - 14)	6,79 ± 4,03 5 (5 - 22)	5,91 ± 2,22 5 (5 - 13)	0,726 [b]
Yüksek (>5)	5 (%25,00)	12 (%30,77)	5 (%22,73)	0,770 [c]
Fiziksel ihmal	7,00 ± 2,53 6 (5 - 13)	7,26 ± 2,96 6 (5 - 17)	7,36 ± 2,22 7 (5 - 13)	0,668 [b]
Yüksek (>7)	7 (%35,00)	15 (%38,46)	9 (%40,91)	0,925 [c]
Duygusal istismar	6,90 ± 2,55 6 (5 - 15)	9,08 ± 3,70 9 (5 - 22)*	10,32 ± 4,52 9 (5 - 22)*	**0,009** [b]
Yüksek (>7)	6 (%30,00)	25 (%64,10)*	17 (%77,27)*	**0,005** [c]
Duygusal ihmal	10,05 ± 3,27 10 (5 - 16)	11,21 ± 4,53 10 (5 - 22)	13,68 ± 4,09 13,5 (7 - 23)*#	**0,022** [b]
Yüksek (>12)	5 (%25,00)	15 (%38,46)	14 (%63,64)*	**0,033** [c]
Cinsel istismar	6,50 ± 4,45 5 (5 - 24)	6,05 ± 3,42 5 (5 - 25)	6,95 ± 4,49 5 (5 - 25)	0,474 [b]
Yüksek (>5)	3 (%15,00)	9 (%23,08)	7 (%31,82)	0,437 [c]
Toplam	36,60 ± 10,47 35,5 (25 - 68)	40,38 ± 13,53 36 (26 - 77)	44,23 ± 11,37 43 (28 - 73)*	**0,042** [b]
Yüksek (>35)	10 (%50,00)	22 (%56,41)	19 (%86,36)*	**0,026** [c]

Nicel değişkenler ortalama ± standart sapma ve ortanca (en küçük değer - en büyük değer) ile, nitel değişkenler sıklık (yüzde) ile özetlenmiştir.
ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
a Tek yönlü varyans analizi (ANOVA), b Kruskal Wallis testi, c Ki-kare testi, d Fisher-Freeman-Halton testi, * "Yüksek benlik saygısı" grubundan faklı, # "Orta benlik saygısı" grubundan farklı.
İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile gösterilmiştir.

4.7. Ölçek Korelasyonlarından Elde Edilen Bulgular

4.7.1. DEHB Tanılı Hastalarda YFÖ-30 Ölçeği Puanları İle Diğer Ölçekler Arasındaki İlişkiler

YFÖ-30 Düşünmeden yeme puanı ile BDÖ Motor dürtüsellik (r=-0,388; p<0,001), BDÖ Dikkat dürtüselliği (r=-0,426; p<0,001) ve BDÖ Toplam (r=-0,347; p=0,001) puanları arasında negatif ilişki bulundu.

YFÖ-30 Duygusal yeme puanı ile BDÖ Motor dürtüsellik (r=-0,286; p=0,010), BDÖ Dikkat dürtüselliği (r=-0,277; p=0,012) ve BDÖ Toplam (r=-0,263; p=0,018) puanları arasında negatif ilişki bulundu.

YFÖ-30 Yeme kontrolü puanı ile BDÖ Motor dürtüsellik (r=-0,309; p=0,005), BDÖ Dikkat dürtüselliği (r=-0,327; p=0,003) ve BDÖ Toplam (r=-0,315; p=0,004) puanları arasında negatif ilişki bulundu.

YFÖ-30 Farkındalık puanı ile BDÖ Plan yapmama (r=-0,228; p=0,041) ve ÇÇTÖ-28 Duygusal ihmal (r=-0,263; p=0,018) puanları arasında negatif ilişki bulundu. YFÖ-30 Farkındalık puanı ile PDÖ Toplam (r=0,422; p<0,001) puanları arasında pozitif ilişki bulundu.

YFÖ-30 Yeme disiplini puanı ile BDÖ Plan yapmama (r=-0,236; p=0,034), BDÖ Motor dürtüsellik (r=-0,248; p=0,025), BDÖ Dikkat dürtüselliği (r=-0,363; p=0,001), BDÖ Toplam (r=-0,354; p=0,001) ve RBSÖ (r=-0,264; p=0,017) puanları arasında negatif ilişki bulundu. YFÖ-30 Yeme disiplini puanı ile PDÖ Toplam (r=0,280; p=0,011) puanları arasında pozitif ilişki bulundu.

YFÖ-30 Bilinçli beslenme puanı ile PDÖ Toplam (r=0,244; p=0,028) puanları arasında pozitif ilişki bulundu. YFÖ-30 Bilinçli beslenme puanı ile ÇÇTÖ-28 Fiziksel istismar (r=-0,221; p=0,048) puanı arasında negatif ilişki bulundu.

YFÖ-30 Enterferans puanı ile BDÖ Dikkat dürtüselliği (r=-0,270; p=0,015) puanı arasında negatif ilişki bulundu.

YFÖ-30 Toplam puanı ile BDÖ Motor dürtüsellik (r=-0,383; p<0,001), BDÖ Dikkat dürtüselliği (r=-0,467; p<0,001) ve BDÖ Toplam (r=-0,409; p<0,001) puanları arasında negatif ilişki bulundu. YFÖ-30 Toplam puanı ile PDÖ Toplam (r=0,308; p=0,005) puanları arasında pozitif ilişki bulundu (Tablo 10).

Tablo 10. DEHB tanılı hastalarda (n=81) YFÖ-30 ölçeği puanları ile diğer ölçekler arasındaki ilişkiler

		YFÖ-30, Düşünmeden yeme	**YFÖ-30, Duygusal yeme**	**YFÖ-30, Yeme kontrolü**	**YFÖ-30, Farkındalık**	**YFÖ-30, Yeme disiplini**	**YFÖ-30, Bilinçli beslenme**	**YFÖ-30, Enterferans**	**YFÖ-30, Toplam**
BDÖ, Plan yapmama	r	-0,044	-0,103	-0,072	-0,228	-0,236	-0,042	-0,133	-0,171
	p	0,697	0,360	0,524	**0,041**	**0,034**	0,706	0,238	0,127
BDÖ, Motor dürtüsellik	r	-0,388	-0,286	-0,309	-0,011	-0,248	-0,006	-0,077	-0,383
	p	**<0,001**	**0,010**	**0,005**	0,919	**0,025**	0,961	0,494	**<0,001**
BDÖ, Dikkat dürtüselliği	r	-0,426	-0,277	-0,327	-0,136	-0,363	-0,144	-0,270	-0,467
	p	**<0,001**	**0,012**	**0,003**	0,226	**0,001**	0,199	**0,015**	**<0,001**
BDÖ, Toplam	r	-0,347	-0,263	-0,315	-0,155	-0,354	-0,083	-0,199	-0,409
	p	**0,001**	**0,018**	**0,004**	0,167	**0,001**	0,459	0,076	**<0,001**
RBSÖ	r	-0,037	-0,157	0,004	-0,075	-0,264	-0,089	-0,026	-0,142
	p	0,743	0,161	0,972	0,503	**0,017**	0,431	0,815	0,205
PDÖ, Toplam	r	0,078	0,188	0,179	0,422	0,280	0,244	0,133	0,308
	p	0,490	0,093	0,109	**<0,001**	**0,011**	**0,028**	0,236	**0,005**
ÇÇTÖ-28, Fiziksel istismar	r	-0,158	-0,091	-0,075	-0,156	0,098	-0,221	-0,019	-0,139
	p	0,159	0,422	0,505	0,166	0,383	**0,048**	0,868	0,214
ÇÇTÖ-28, Fiziksel ihmal	r	0,045	0,083	-0,109	-0,112	-0,187	-0,097	-0,132	-0,070
	p	0,691	0,464	0,335	0,321	0,095	0,387	0,239	0,532
ÇÇTÖ-28, Duygusal istismar	r	-0,109	-0,104	-0,023	-0,062	-0,041	-0,069	0,046	-0,093
	p	0,332	0,356	0,835	0,585	0,714	0,539	0,682	0,407
ÇÇTÖ-28, Duygusal ihmal	r	0,048	-0,037	-0,014	-0,263	-0,123	-0,112	-0,040	-0,049
	p	0,670	0,741	0,900	**0,018**	0,275	0,322	0,721	0,663
ÇÇTÖ-28, Cinsel istismar	r	0,053	0,038	-0,084	0,069	-0,073	0,041	-0,129	-0,004
	p	0,641	0,738	0,455	0,538	0,519	0,719	0,251	0,973
ÇÇTÖ-28, Toplam	r	-0,017	-0,056	-0,100	-0,159	-0,114	-0,133	-0,074	-0,113
	p	0,882	0,621	0,373	0,156	0,309	0,237	0,513	0,313

r: Korelasyon katsayısı, BDÖ: Barrat Dürtüsellik Ölçeği, ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28, HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği, PDÖ: Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, YFÖ-30: Yeme Farkındalığı Ölçeği-30
İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile gösterilmiştir.

4.7.2. DEHB Tanılı Hastalarda RBSÖ, PDÖ İle Diğer Ölçekler Arasındaki İlişkiler

RBSÖ puanı ile BDÖ Dikkat dürtüselliği (r=0,266; p=0,016), ÇÇTÖ-28 Duygusal istismar (r=0,271; p=0,015), ÇÇTÖ-28 Duygusal ihmal (r=0,238; p=0,033) ve ÇÇTÖ-28 Toplam (r=0,242; p=0,030) puanları arasında pozitif ilişki bulundu. RBSÖ puanı ile PDÖ Toplam (r=-0,577; p<0,001) puanları arasında negatif ilişki bulundu.

PDÖ Toplam puanı ile BDÖ Plan yapmama (r=-0,376; p=0,001), BDÖ Dikkat dürtüselliği (r=-0,317; p=0,004), BDÖ Toplam (r=-0,374; p=0,001), ÇÇTÖ-28 Fiziksel ihmal (r=-0,358; p=0,001), ÇÇTÖ-28 Duygusal istismar (r=-0,323; p=0,003), ÇÇTÖ-28 Duygusal ihmal (r=-0,569; p<0,001) ve ÇÇTÖ-28 Toplam (r=-0,524; p<0,001) puanları arasında negatif ilişki bulundu (Tablo 11).

Tablo 11. DEHB tanılı hastalarda (n=81) RBSÖ, PDÖ ile diğer ölçekler arasındaki ilişkiler

		RBSÖ	**PDÖ**
RBSÖ	r	-	-0,577
	p	-	**<0,001**
BDÖ, Plan yapmama	r	0,102	-0,376
	p	0,364	**0,001**
BDÖ, Motor dürtüsellik	r	0,188	-0,190
	p	0,092	0,089
BDÖ, Dikkat dürtüselliği	r	0,266	-0,317
	p	**0,016**	**0,004**
BDÖ, Toplam	r	0,206	-0,374
	p	0,065	**0,001**
ÇÇTÖ-28, Fiziksel istismar	r	-0,062	-0,103
	p	0,582	0,361
ÇÇTÖ-28, Fiziksel ihmal	r	0,095	-0,358
	p	0,397	**0,001**
ÇÇTÖ-28, Duygusal istismar	r	0,271	-0,323
	p	**0,015**	**0,003**
ÇÇTÖ-28, Duygusal ihmal	r	0,238	-0,569
	p	**0,033**	**<0,001**

Tablo 11. DEHB tanılı hastalarda (n=81) RBSÖ, PDÖ ile diğer ölçekler arasındaki ilişkiler

ÇÇTÖ-28, Cinsel istismar	r	0,104	-0,084
	p	0,357	0,456
ÇÇTÖ-28, Toplam	r	0,242	-0,524
	p	**0,030**	**<0,001**

r: Korelasyon katsayısı, BDÖ: Barrat Dürtüsellik Ölçeği, ÇÇTÖ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-28, HAM-D: Hamilton Depresyon Ölçeği, PDÖ: Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği.
İstatistiksel olarak önemli bulunan p değerleri kalın font ile gösterilmiştir.

4.8. Regresyon Analizlerinden Elde Edilen Bulgular

4.8.1. DEHB Varlığı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre, bekar olmak (OR: 5,038; 95% CI: 1,045 - 24,275; p=0,044), geçmiş psikiyatrik tanı öyküsü (OR: 17,392; 95% CI: 2,498 - 121,088; p=0,004), sigara kullanımı (OR: 10,865; 95% CI: 2,662 - 44,356; p=0,001), ailede psikiyatrik hastalık öyküsü (OR: 15,543; 95% CI: 3,569 - 67,694; p<0,001), çocukken aile dışı biri tarafından maruz kalınan travma (OR: 16,780; 95% CI: 4,023 - 69,989; p<0,001) ve RBSÖ Düşük benlik saygısı (OR: 36,554; 95% CI: 6,060 - 220,511; p<0,001) DEHB tanısı ile bağımsız olarak ilişkili bulundu.

Diğer bir yandan yüksek (≥3) YFÖ-30 Toplam puanı (OR: 0,150; 95% CI: 0,041 - 0,545; p=0,004) DEHB yokluğu ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (Tablo 13). Analize dahil edilen diğer değişkenler, vücut kitle indeksi (p=0,513), çalışma durumu (p=0,492), şiddet davranışı öyküsü (p=0,334), trafik kazası öyküsü (p=0,082), çocukken yakının sağlık sorunu yaşaması öyküsü (p=0,675), çocukken yaşanan hala hatırlanan bir olayın mevcudiyeti (p=0,483), çocukken başkasının maruz kaldığı travmaya tanıklık (p=0,725), PDÖ toplam puanı (p=0,922) ve ÇÇTÖ-28 toplam puanı (p=0,175) istatistiksel olarak önemsiz bulundu (Tablo 12).

Tablo 12. Tüm katılımcılar için (n=162) DEHB varlığı ile bağımsız olarak ilişkili olan faktörler, çoklu lojistik regresyon analizi sonuçları

	β katsayısı	Standart hata	p	Exp(β)	Exp(β) için %95 GA	
Medeni durum, Bekar	1,617	0,802	**0,044**	5,038	1,045	24,275
Geçmiş psikiyatrik tanı öyküsü	2,856	0,990	**0,004**	17,392	2,498	121,088
Sigara kullanımı	2,386	0,718	**0,001**	10,865	2,662	44,356
Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü	2,744	0,751	**<0,001**	15,543	3,569	67,694
Çocukken aile dışı biri tarafından maruz kalınan travma	2,820	0,729	**<0,001**	16,780	4,023	69,989
YFÖ-30 Toplam, Yüksek (≥3)	-1,897	0,658	**0,004**	0,150	0,041	0,545
RBSÖ puanı [(a)]			<0,001			
Orta benlik saygısı	0,510	0,686	0,458	1,665	0,434	6,392
Düşük benlik saygısı	3,599	0,917	**<0,001**	36,554	6,060	220,511
Constant	-3,645	0,967	<0,001			

Nagelkerke R^2=0,773; (a) Referans kategori: Yüksek benlik saygısı
GA: Güven aralığı, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği, YFÖ-30: Yeme Farkındalığı Ölçeği-30

4.8.2. DEHB Tanılı Hastalarda Yüksek (≥3) YFÖ-30 Toplam Puanı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Lojistik regresyon analizi sonucuna göre, düşük beden kitle indeksi (OR: 0,820; 95% CI: 0,717 - 0,938; p=0,004) ve düşük ASRS Toplam puanı (OR: 0,920; 95% CI: 0,868 - 0,974; p=0,004), yüksek (≥3) YFÖ-30 Toplam puanı ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (Tablo 13).

Analize dahil edilen diğer değişkenler, vücut ağırlığı (p=0,674), çalışma durumu (p=0,204), DEHB görünümü (p=0,666) ve BDÖ Toplam puanı (p=0,140) istatistiksel olarak önemsiz bulundu.

Tablo 13. DEHB tanılı hastalarda (n=81) yüksek (≥3) YFÖ-30 Toplam puanı ile bağımsız olarak ilişkili olan faktörler, çoklu lojistik regresyon analizi sonuçları

	β katsayısı	Standart hata	p	Exp(β)	Exp(β) için %95 GA	
Beden kitle indeksi, kg/m^2	-0,198	0,068	**0,004**	0,820	0,717	0,938
ASRS Toplam puanı	-0,084	0,029	**0,004**	0,920	0,868	0,974
Constant	8,389	2,281	<0,001			

Nagelkerke R^2=0,327
ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, YFÖ-30: Yeme Farkındalığı Ölçeği-30, GA: Güven aralığı,

4.8.3. DEHB Tanılı Hastalarda RBSÖ Düşük Benlik Saygısı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre DEHB belirtilerinin farkında olma (OR: 6,548; 95% CI: 1,638- 26,179; p=0,008) ve düşük PDÖ Toplam puanı (OR: 0,915; 95% CI: 0,874 - 0,958; p<0,001) , RBSÖ Düşük benlik saygısı ile bağımsız olarak ilişkili bulundu (Tablo 14).

Analize dahil edilen diğer değişkenler, yaş (p=0,451), medeni durum (p=0,514), çalışma durumu (p=0,705), geçmiş psikiyatrik tanı öyküsü (p=0,093), geçmiş psikiyatrik ilaç kullanım varlığı (p=0,189), BDÖ Motor dürtüsellik puanı (p=0,900) ve ÇÇTÖ-28 Toplam puanı (p=0,102) istatistiksel olarak önemsiz bulundu.

Tablo 14. DEHB tanılı hastalarda (n=81) RBSÖ Düşük benlik saygısı ile bağımsız olarak ilişkili olan faktörler, çoklu lojistik regresyon analizi sonuçları (n=81)

	β katsayısı	**Standart hata**	**p**	**Exp(β)**	**Exp(β) için %95 GA**	
DEHB belirtilerinin farkında olma	1,879	0,707	**0,008**	6,548	1,638	26,179
PDÖ Toplam puanı	-0,089	0,023	**<0,001**	0,915	0,874	0,958
Constant	7,133	2,284	0,002			

Nagelkerke R^2=0,472
DEHB: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, GA: Güven aralığı, PDÖ: Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği, RBSÖ: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

5. TARTIŞMA

5.1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Araştırmamıza yaş, cinsiyet ve eğitim durumu açısından eşleştirilmiş 81 DEHB'li erişkin ve 81 sağlıklı kontrol dahil edildi. Katılımcılarımızın %55,56'sını kadınlar oluşturuyordu. Güncel literatür bilgileri incelendiğinde erişkin popülasyonda DEHB'nin cinsiyet dağılımının birbirine yakın ya da erkeklerde biraz daha fazla olduğu bildirilmektedir (232,233). Ancak Alyanak ve ark. (2011) de yaptıkları bir çalışmada psikiyatri kliniğe başvuran hastalardan kadınların daha fazla oranda DEHB tanısı aldığını belirtmektedir (234).

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerin evlilik oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Literatürde DEHB'li erişkinlerin dürtüsellik, emosyonel labilite gibi sebeplerle uzun süreli ilişkileri sürdürmede zorlandıkları, sık ayrılıklar yaşadıkları bildirilmektedir (215,235).

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerin çalışma durumlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Kooij ve ark. (2013) yaptığı bir çalışmada DEHB'li erişkinlerin yaşıtlarına göre daha geç iş yaşamına atıldıkları, iş yaşamında istikrarı daha zor sağladıkları, %35 kadarınında ilerleyen yaşlarda kendi işlerinde ya da bağımsız işlerde çalıştıkları görülmektedir (236). DEHB'li erişkinlerin yaklaşık %80'inin akşamcıl kronotipe sahip olması nedeniyle geceleri uyumama (237), gün içindeyse yorgunluk, odaklanamama gibi sorunları olmaktadır. Bu kişilerin yaklaşık %60 ının gün içinde uykululuk problemi yaşadığı da bir başka çalışmada belirtilmektedir (238). Bu durum DEHB'li erişkinlerin iş yaşamına uyum göstermekte zorluk yaşamasının bir başka nedeni olabilir.

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerin BKİ'lerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Bu alanda yapılan çalışmalar, DEHB'li erişkinlerin sağlıklı popülasyona göre yeme tutumlarında bozulmalar olduğunu bunun da DEHB'li erişkinlerde BKİ yüksekliğine sebep olduğunu göstermektedir (239). DEHB ve yeme alışkanlıklarını

inceleyen 34.653 DEHB'li erişkinin dahil edildiği bir çalışmada özellikle dürtüselliğin ve dikkat eksikliği ile ilişkin belirtilerin, DEHB ve obezite arasındaki ilişkiye aracılık ettiği belirtilmektedir (240).

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerin geçmişte psikiyatrik tanı alma ve psikiyatrik ilaç kullanma durumları daha yüksek bulunmuştur. DEHB yalnızca dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileri ile sınırlı kalmaz; aynı zamanda bireyin bilişsel, davranışsal ve emosyonel regülasyonunu da etkileyen nörogelişimsel ve nörodavranışsal bir bozukluktur. DEHB'nin belirtiler kümesi (dikkat eksikliği, dürtüsellik, duygusal dalgalanmalar) birçok psikiyatrik bozuklukla örtüşebilmektedir. Bu nedenle, DEHB'li erişkinlerde diğer psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkma oranı genel popülasyondan daha yüksektir (241). Ayrıca bu durum bireylerin yıllar içinde farklı tanılar almalarına ya da uzun süre doğru tedaviye erişememelerine de neden olabilmektedir. Literatür, DEHB'nin neden olduğu problemlerle psikiyatriye başvuran bireylerin çoğunlukla diğer tanılarla takip edilmekte olduğunu ve yaklaşık %90'ının tedavisiz kaldığını belirtmektedir (242). Asherson ve ark. (2012), erişkin DEHB'lilerin; DEHB tanısı almadan önce en sık depresyon ve anksiyete bozukluğu teşhisi aldıklarını bildirmektedir (182). Literatür, DEHB'li erişkinlerde depresyon ve anksiyete bozukluğu görülme olasılığının %50'den fazla olduğunu bildirmektedir (77). Bir başka çalışmada sonuçlarımıza benzer şekilde DEHB tanısı almış bireylerin, genel popülasyona göre daha fazla psikiyatrik ilaç kullandıkları gösterilmiştir (243).

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerin şiddet davranışı sergileme ve trafik kazası yaşama öyküsü literatürle uyumlu şekilde daha yüksek bulunmuştur. Bu alanda yapılan çalışmalar incelendiğinde DEHB'li erişkinlerin daha fazla antisosyal davranışlar sergiledikleri (69), hızlı ve ehliyetsiz araç kullandıkları gösterilmiştir (244). Çocukluk döneminde DEHB'nin, şiddet davranışlarını arttırdığı bilinmektedir (245). Çocukluk çağı DEHB'sine %25-%75 arasında davranım bozukluğu ya da karşıt olma karşıt gelme bozukluğu eşlik ederken (246) , erişkinlerde ise antisosyal kişilik bozukluğu tanısının %12-%25 oranında eşilik edebileceği bildirilmektedir (247). Yine bir başka çalışmada DEHB'li erişkinlerin özellikle hiperaktivite-dürtüsellik belirtileri şiddetli olanların, antisosyal davranışlarının ve suç işleme oranlarının yüksek olduğu bildirilmektedir (248).

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerin sigara kullanımı kontrol grubundan yüksek bulunmuştur. DEHB'li erişkinlerde dopaminerjik sistemde sorun olduğu bilinmektedir. Bireyler nikotin tüketerek bir çeşit self medikasyon yapıyor olabilirler. Çalışmalar, DEHB'li erişkinlerin sigara bağımlılığı geliştirme olasılıklarının ve sigara tüketimlerinin daha yüksek, sigaraya başlama yaşlarının ise daha erken olduğunu bildirmektedir (249).

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerde çocukluk dönemlerinde yakınlarının sağlık sorunu öyküsünün, çocuklukta yaşanan ve hala hatırlanan stresli bir olay maruziyetinin, çocukken aile dışı biri tarafından psikolojik şiddet, fiziksel saldırı ve cinsel istismara maruz bırakılmanın, çocukken aile dışı birinin aile içi şiddet ve fiziksel saldırıya tanık olma oranının kontrol grubundan yüksek olduğu bulunmuştur. Tüm bu durumlar çocukların gelişim dönemlerinde maruz kaldıkları stresörlerdir. Özellikle DEHB'li çocuklar sağlıklı popülasyona göre travmaya maruz kalmaya daha açıktırlar. Çocukluk çağı travmaları, hipotalamohipopitüiter aks (HPA) ve amigdala aşırı duyarlılığına neden olur; kortizol seviyelerini düzensizleştirir ve dopamin sisteminde bozulmalara yol açar (250). Stresör yaşantılarla ilişkili olarak prefrontal korteks gelişimindeki gecikme, DEHB'li bireylerin zaten sorun yaşadıkları emosyonel regülasyon ve karar alma mekanizmalarını daha da zayıflatabilmektedir (56). Bu çocukların DEHB belirtileri şiddetlenebilir; DEHB belirtileri nedeniyle dürtü denetiminde problem yaşayayan çocuklar riskli davranışlarda bulunabilirler. Bu durum aynı zamanda iki yönlü bir ilişki olarak da değerlendirilebilir. Duygu düzenleme güçlükleri nedeniyle davranışlarını ya da davranışlarının sonuçlarını yönetmede ve bunlarla başa çıkmada zorlanan çocuklar, ödül sistemlerindeki bozulmalar neticesinde tekrar riskli bir davranışta bulunabilirler. Literatürde de DEHB'li çocukların çocukluk çağı travmalarına daha sık maruz kaldığı ve bunun DEHB semptomlarını kötüleştirdiği belirtilmektedir (251).

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerde ailede psikiyatrik hastalık öyküsü varlığı daha yüksek bulunmuştur. Solberg ve ark. (2018) 40.000 erişkin DEHB'li hastada yaptıkları çalışmada, DEHB'li erişkinlerin ebeveynlerinde daha fazla psikiyatrik bozukluk olduğu gösterilmiştir (252).

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerin yaklaşık %53,09 unun DEHB belirtilerinin farkında olduğu gösterilmiştir. DEHB belirtilerinin fark edildiği yaş ortalama 20 yıl, tanı alma yaşı ise ortalama 22 yıl olarak bulunmuştur. Bu sonuç, DEHB' nin toplumda ve erişkin psikiyatri polikliniklerinde yeterince tanınmaması, bireylerin DEHB belirtilerini kişilik özellikleri sanması ile ilgili olabilir. Literatürde erişkin DEHB tanısının genellikle 20'li yaşlarda konduğu bildirilmektedir; bu durum üniversite ve iş hayatında zorlanmaya başlayan bireylerin belirtilerinin şiddetinin ya da belirtilere karşı farkındalığının artması ile ilişkilendirilmektedir (253). Genellikle çocukluk döneminde tanı almayan bireylerin tanıları 20'li yaşlara ve bazen daha ileri yaşlara kadar gecikebilmektedir (254).

DEHB'li erişkinlerin DEHB görünümleri incelendiğinde ise literatürle uyumlu olarak bileşik görünümün en sık olduğu, sonra dikkat eksikliği baskın görünümün geldiği ve en az da hiperaktivite-dürtüsellik görünümün olduğu bulunmuştur (255). Debert ve ark. (2015) yaptıkları çok uluslu ve çok merkezli bir çalışmada da en yaygın görünümün bileşik görünüm (%63.2) olduğunu belirtmektedir (256).

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerin %58,02 sinin ilaç kullandığı, %54,32 sinin Metilfenidat türevi psikostimülan bir farmakolojik ajan kullandığı bulunmuştur. 2023 yılında yayımlanan bir çalışmada DEHB'li erişkinlerin %36,5'inin herhangi bir tedavi almadıkları, en yaygın kullanılan farmakolojik ajanların ise %33,4 oranı ile psikostimülan stimülan türevleri oldukları belirtilmektedir (257). Bu sonuçlar kliniğimizde Erişkin DEHB farkındalığının ortalamaya göre daha yüksek olduğunu düşündürmektedir.

5.2. Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda DEHB grubunda ASRS A bölümü, ASRS B bölümü ve toplam puan yüksek bulunmuştur. Bu durum ASRS'nin Erişkin DEHB tarama aracı olması nedeniyle beklenen bir sonuçtur.

Araştırmamızda DEHB grubunda BDÖ-Plan Yapamama, BDÖ-Motor Dürtüsellik ve BDÖ-Dikkat Dürtüselliği puanlarının yüksek olduğu bulunmuştur.

DEHB temelde prefrontal korteks, limbik sistem gelişiminde gecikme veya bozulmalarla karakterizedir. Prefrontal korteksin dorsolateral kısmı daha çok planlama, organizasyon, dikkat sürdürülmesi, bilişsel esneklik gibi işlevlerden sorumluyken; orbitofrontal korteks ve limbik sistem dürtüsellik, zaman ve bütçe yönetimi, haz erteleme, emosyonel stabilite gibi işlevlerden sorumludur (258). Dürtüsellik DEHB'nin ana belirtilerinden biridir. Bu nedenle dürtüsellik puanlarının yüksek olması olası bir sonuçtur.

Araştırmamızda DEHB grubunda YFÖ-30 un alt gruplarından olan düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, yeme farkındalığı, yeme disiplini puanları ve YFÖ-Toplam puanı yüksek bulunmuştur. Literatür incelendiğinde DEHB belirtilerinin duygusal yeme, dışsal yeme ve tıkınırcasına yeme gibi yeme farkındalığının düşük olduğu eylemlerle pozitif korele olduğu görülmektedir (259).

Araştırmamızda DEHB grubunda RSBÖ puanları daha yüksek olmakla birlikte düşük benlik saygısı yüzdesi de daha fazla bulunmuştur. Literatürde DEHB düşük benlik saygısı ile ilişkilendirilmektedir (173). Sonuçlarımız literatürde bu alanda yapılan çalışmalarla uyumlu olup çalışmalar DEHB ile ilişkili olumsuz yaşam deneyimlerinin, başarısızlıkların ve ardından gelen olumsuz geri bildirimlerin benlik saygısı üzerinde yıkıcı etkiler yaratabileceği öne sürmektedir (175). Bu bireyler çoğunlukla kendi entelektüel kapasitelerinin altında akademik ve iş başarısı gösterebilmektedirler (260). Bu durum bireylerin kendilerine ve çevrelerine yönelik eleştirel tutumlar ve olumsuz düşünceler geliştirmelerine neden olarak benlik saygılarını zedeleyebilir.

Araştırmamızda DEHB grubunda PDÖ toplam puanı düşük bulunmuştur. Shi ve ark. yaptıkları çalışmada daha fazla DEHB belirtisi gösteren bireylerin, daha az DEHB belirtisi gösteren bireylere kıyasla daha düşük dayanıklılık seviyelerine sahip olduğunu belirtilmektedir (261).

Araştırmamızda DEHB grubunda ÇÇTÖ-28 puanları incelendiğinde fiziksel, cinsel, duygusal istismar ve duygusal ihmal puanları daha yüksek bulunmuştur. ÇÇTÖ-28 toplam puanı da DEHB grubunda daha yüksek bulunmuştur. Literatürde,

DEHB'li çocukların, çocukluk çağı travmalarına daha yatkın olduğu bildirilmektedir. Bunun temel sebepleri arasında DEHB'li çocukların dışa dönük problemli davranışlar sergilemeye yatkın olmaları ve DEHB'nin güçlü genetik temelleri olması nedeniyle aile üyelerinin de dürtü denetim problemleri yaşamaları gösterilmektedir (262,263). DEHB'li erişkinler, çocukluk döneminden itibaren; hatta prenatal dönemden itibaren strese maruz kalabilirler. Özellikle çocukluk döneminde 'yaramaz, söz dinlemez, kavgacı, okulu bitiremez' şeklinde etiketlenen çocuklar, zorlayıcı belirtilerinin yeteri kadar anlaşılamaması nedeniyle çevrenin hatta ailenin travmatik davranışlarına daha fazla maruz kalabilirler.

5.8. DEHB Tanılı Erişkinlerde YFÖ-30 Ölçeği ile Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerde yeme farkındalığının düşük olduğu bulunmuştur. DEHB'li erişkinlerde yeme farkındalığını araştıran bir çalışma literatürü taradığımız kadarıyla bulunmamaktadır. Ancak çalışmalar, DEHB'nin yeme bozuklukları ile özellikle de yeme bozukluklarının; aşırı yeme, duygusal yeme, hızlı yeme ve sağlıksız beslenme gibi aslında yeme farkındalığının düşük olduğu davranış paternleri ile ilişkili olduğunu göstermektedir (259).

DEHB tanılı hastalar içerisinde, 31 (%38,27) hastanın YFÖ-30 Toplam puanı yüksek (≥3) olarak bulundu. YFÖ-30 Toplam puanı yüksek olan hastalarda vücut ağırlığı (p=0,004), vücut kitle indeksi (p<0,001) ve DEHB bileşik görünüm yüzdesi (p=0,034) daha düşük bulunurken, çalışma yüzdesi (p=0,036) ve dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm (p=0,034) yüzdesi daha yüksek bulundu

Araştırmamızda yeme farkındalığı düşük olan bireylerde çalışmıyor olma durumunun, BKİ'nin ve DEHB bileşik görünümün yüksek olduğu, DEHB dikkatsizlik baskın görünümünün düşük olduğu bulunmuştur. Yeme farkındalığı düşük olan bireylerde impulsivite, ödül duyarlılığı ve emosyon regülasyon problemlerinin sık görüldüğü bilinmektedir. Bu bireylerin iş yaşamının stresli döngüsü içinde bu belirtilerin neden olduğu sonuçlarla başa çıkmaları zor olmaktadır. Farkındalığı düşük yeme davranışları olan bireylerde kan şekeri dengesizlikleri, konsantrasyon

sorunlarına yol açarak iş performansını düşürebilmekte aynı zamanda yetersiz beslenme veya aşırı enerji alımı, bilişsel işlevlerde dalgalanmalara neden olarak iş yerinde verimliliği azaltabilmektedir**.** Ayrıca yapılan çalışmalar yeme farkındalık düzeyi yüksek bireylerin stresörler karşısında daha olumlu tutumlar sergilediklerini ve bu bireylerin daha iyi işlevselliklik düzeyleri olduğunu da göstermektedir (264,265).

Strimas ve ark. tarafından yapılan çalışmada sağlıklı yetişkin erkeklerde DEHB belirtileri ile aşırı yeme davranışları ve BKİ arasında pozitif bir ilişki olduğu gösterilmiştir (266). Yine Patte ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada tıkanırcasına, duygusal ve hedonik yeme gibi yeme farkındalığının düşük olduğu eylemlerin, DEHB belirtileri ile BKİ arasındaki ilişkide önemli bir rolü olduğu vurgulanmaktadır (267). Bu zaman kadar yapılan çalışmalar DEHB'li erişkinlerin sağlıklı popülasyona göre daha kilolu olduğunu, yüksek BKİ'leri olduğunu ve yaklaşık 1,3 kat kadar artmış obezite riski ile karşı karşıya olduklarını belirtmektedir (268). Bu durum DEHB'nin belirtileri, genetiği, hormonlar üzerine etkisi, DEHB'li erişkinlerde yeme tutumları gibi birçok faktörle açıklanmaya çalışılmış. Ancak tek bir faktörle bu sonucu açıklamak güç olabilir. Bireyin fazla kilolu ya da obez olması mevcut fiziksel özelliklerini beğenmemesine, dışarıdan mevcut yeme davranışları veya fiziksel özellikleri ile ilgili eleştiri almasına ya da kendisini eleştirmesine neden olabilir; zaten duygu düzenlemede sorun yaşayan ve inhibisyon kontrol mekanizmaları yeteri kadar çalışmayan DEHB'li erişkin bu olumsuz hissiyatla baş edememeyebilir, dürtüsel olarak daha fazla besin tüketebilir.

Çalışmamızda yeme farkındalığı düşük olan DEHB'li erişkinlerde bileşik görünüm yüzdesi daha yüksek bulunmuştur. Yeme farkındalığı yüksek DEHB'li erişkinlerde ise dikkatsizlik baskın görünüm yüzdesi anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Literatür bilgileri, bileşik görünüm baskın olan DEHB'li çocukların sadece dikkat eksikliği ya da sadece hiperaktivite-dürtüsellik baskın görünüme göre daha yüksek obezite ve daha fazla kilolu olma riskine sahip olduklarını belirtmektedir (269). Bu durum bu bireylerde yeme farkındalığının daha düşük olduğuna işaret edebilir. Dikkat eksikliği baskın görünümde bireyler ise genellikle belirtilerini kamufle etmeye daha yatkındırlar ve telafi davranışları geliştirebilirler (270). Yeme

farkındalığı yüksek eylemlerin bu telafi davranışlarının bir parçası olabileceğini düşünülebilir.

5.9. DEHB Tanılı Erişkinlerde YFÖ-30 Ölçeği ile Diğer Ölçekler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda yeme farkındalığı düşük olan DEHB'li erişkinlerde, dikkat eksikliği baskın görünüm (ASRS A), hiperaktivite-dürtüsellik baskın görünüm (ASRS B) ve ASRS toplam puanları yüksek bulunmuştur. 2022'de 109 yeme bağımlısının dahil edildiği bir çalışmada, yüksek ASRS puanlarına sahip olan bireylerin daha yüksek BKİ'leri olduğu gösterilmiştir. Bu durum, bireylerin DEHB ile yeme bağımlılığının ortak nörodavranışsal belirtisi olan dürtüselliği paylaşmaları ile ilişkilendirilmiştir (271). Yüksek ASRS puanları olan bireyler, DEHB belirtilerinin daha çok veya daha şiddetli olduğu bireylerdir. Bu bireylerin dürtüsellik, hazzı erteleyememe davranışlarının ve odaklanma probleminin daha fazla olduğu düşünülebilir. Aynı zamanda besinin haz odaklı, açlık-tokluk sinyalleri ile ilişkilendirmeden, emosyonel dalgalanmalara yanıt olarak tüketilmesi de farkındalığın düşük olduğunu gösterebilir.

Araştırmamızda yeme farkındalığı yüksek olan DEHB'li erişkinlerde dürtüsellik (motor, dikkat, toplam) daha düşük bulunmuştur. DEHB ve yeme bozukluklarının, özellikle dopaminerjik sinyal iletimi ile ilişkili ortak bir nöral altyapıya sahip oldukları belirtilmektedir. Dopaminerjik sinyal iletimi, motor aktivite ve duygular için kritik bir rol oynamaktadır; bu iki önemli işlev birleşerek yemek yeme gibi motivasyon gerektiren davranışların oluşmasını sağlamaktadır(272). DEHB'nin çekirdek belirtilerinden olan dürtüsellik, DEHB hastalarında düzensiz yeme alışkanlıkları ile ilişkili görülmektedir (273). Cortese ve ark. tarafından yapılan çalışmada, DEHB'li erişkinlerdeki dürtüselliğin, yürütücü işlevlerin sosyal çıktılarında bozukluğa sebep olduğu gösterilmiştir. Bu durum bireyin yeme davranışını kontrol etmesini zorlaştırmaktadır (101).

Araştırmamızda yeme farkındalığı düşük olan DEHB'li erişkinler ile yüksek olan DEHB'li erişkinler arasında benlik saygısı, duygusal dayanıklılık ve çocukluk

çağı travmaları açısından önemli bir fark bulunmamıştır. Bunun yanı sıra çalışmamızda DEHB'li erişkinlerde çocukluk çağı travmaları, düşük duygusal dayanıklılık ve benlik saygısının yaygın olduğunu görülmüştür. Sonuçlarımızı ise subgrupların küçük örneklemlere sahip olması etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca benlik saygısının (274), duygusal dayanıklılığın (275) ve çocukluk çağı travmalarının (276) çevresel faktörlerden de etkilenmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Ayrıca bireylerin duygusal dayanıklılık ve benlik saygılarına iş, aile ve sosyal yaşamları da etki etmektedir. Bireyin yeme farkındalığı düşük olsa dahi başka koruyucu etmenler hala işler olabilir. Çünkü kişinin benlik saygısı, genel kimlik algısı ve başarı hissi ile de ilişkili olmaktadır (171). Ayrıca çalışmamızın örneklemi göz önünde bulundurulduğunda katılımcılarının büyük kısmının eğitim seviyelerinin iyi olduğu görülmüştür. Bunun da sonuçları etkilemiş olabileceği düşünülmüştür. Bireylerin benlik saygısının ve duygusal dayanıklılığının bu durumdan (yeme farkındalığı seviyesi) etkilenmesi için bireyin bu durumu aşılması gereken bir stresör olarak görmesi gerekebilir. Bireyler daha çok ikincil sonuçlar olan ilişkilerinde bozulma, kaygılarında artma, sosyalleşmekten kaçınma gibi durumlara odaklanabilir ve bu sonuçlar öz-yeterlilik hissiyatını daha çok etkiliyor olabilir. Benlik saygısı ve duygusal dayanıklılık ise bu aşamada etkileniyor olabilir. Literatürde çocukluk çağı travmalarının farkındalıklı yeme davranışlarını azalttığı, duygusal yemeyi arttığı gösterilmiştir (23). Ancak çocukluk çağı travmaları süreç içerisinde birçok bileşenden etkilenebilir. Daha çok duygusal yeme, tıkınırcasına yeme davranışları olan bu bireylerin mevcut durumu düşük öz kontrol ile ilişkili olabilir. Yeme farkındalığının yüksek ya da az olması ile doğrudan bir ilişki olmayabilir.

5.10. DEHB Tanılı Erişkinlerde RSBÖ Ölçeği ile Sosyodemografik ve Klinik Özelliklerin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerde düşük ve orta düzey benlik saygısına sahip olma durumu daha yüksek bulunmuştur. DEHB'li erişkinlerde benlik saygısını değerlendiren bir sistematik derlemede de sonucumuz ile uyumlu olarak yetişkin DEHB'sinin düşük benlik saygısı ile ilişkili olduğu belirtilmiştir; düşük benlik saygısının, DEHB'li erişkinlerde birçok olumsuz yaşam olayına aracılık eden bir faktör olduğu da belirtilmiştir. (171).

Yüksek benlik saygısına sahip olan DEHB'li erişkinlerin yaş ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Literatürde yaşın artmasıyla birlikte benlik saygısının azaldığına dair çalışmalar bulunmaktadır (165,277). Ancak yine literatürde yaş arttıkça DEHB'nin doğal seyri içinde; bireylerin olgunlaşmasıyla birlikte sosyal işlevsellik sorunlarının azalabileceğini ve bununla birlikte benlik saygısının arttabileceğini destekleyen çalışmalarda mevcuttur. İki yönlü bulguların olması hem DEHB'nin hem de benlik saygısının, biyopsikososyal birçok faktörden etkilenmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir (278).

Araştırmamızda yüksek benlik saygısı olan DEHB'li erişkinlerin çalışıyor ve evli olma durumlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur. Çalışmalar, DEHB'li erişkinlerde düşük benlik saygısının zayıf kişilerarası ilişkiler, yetersiz sosyal beceriler, boş zaman aktiviteleri ve hobilere az katılım gösterme gibi faktörlerden etkilendiğini göstermektedir (278). Bu perspektiften bakıldığında düşük benlik saygısına sahip DEHB'li erişkinlerin iş yaşamında güçlüklerle karşılaşması, düşük istihdam oranları ve uzun süreli romantik ilişkileri sürdürmede zorluklar yaşamaları beklenen durumlar olabilir.

DEHB belirtilerinin yaşla beraber hafiflemesi kişinin karşılaştığı sorunları azaltabilir. Bu durum kişinin kendisi hakkındaki yanlış inanışların gerçekleşmediğini görmesine dolayısıyla benlik saygısının artmasına katkı sağlayabilir. Yine bu bireylerin evli olmaları ve çalışıyor olmaları aile ve iş yaşamında sosyal destek aldıklarını düşündürebilir, bu bireylerin stresörlerini paylaşmalarına ve yalnızlaşmalarına engel olurken, başarılı olma hissine yol açar. Bu durum bireylerin öz-yeterlilik hislerini arttırabilir. Bu durumun hem benlik saygısına hem de duygusal dayanıklılığı olumlu etki yapabilir.

Araştırmamızda düşük benlik saygısı olan bireylerin belirtilerinin farkında olduğu bulunmuştur. Bu alanda yapılmış güncel literatür bilgisine araştırmalarımızda ulaşamadık. Ancak bu durumun kişinin DEHB belirtilerini anlamladıramadığı zorluklar olarak görmesine yol açabilir; kişinin tanı almadığı sürece bu konudaki desteklere de yeteri kadar ulaşamaması olumsuz otomatik düşüncelerinin artmasına ve öz yetersizlik hissinin pekişmesine neden olabilir. Kişi tüm bunların neticesinde 'ben

sorunluyum, yetersizim' gibi self stigmatizasyona yol açan düşünceleri benimseyebilir ve benlik saygısı zedelenebilir.

5.11. DEHB Tanılı Erişkinlerde RSBÖ Ölçeği ile Diğer Ölçekler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

Araştırmamızda yüksek benlik saygısına sahip DEHB'li erişkinlerde BDÖ-motor dürtüsellik puanlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Çalışmalar, yüksek dürtüsellik ve düşük öz denetimin, kişinin sosyal ilişkilerini, akademik başarısını ve iş hayatını negatif yönde etkilediğini bu durumunda kişinin benlik saygısını zedelendiğini belirtmektedir (279). Buradan yola çıkarak dürtüselliği daha az olan bireylerin bu alanlarda daha az zorlukla karşılaşması beklenebilir. Bu da kendileri hakkında olumsuz düşüncelerin pekişmesini engelleyebilir ve daha yüksek benlik saygısına sahip olmalarına yardımcı olabilir.

Araştırmamızda düşük benlik saygısına sahip DEHB'li erişkinlerde duygusal dayanıklılığın daha düşük olduğu bulunmuştur. DEHB, günlük yaşamda birçok alanda işlevselliği etkileyecek zorluklarla ilişkilendirilebilir. Bu zorluklar, sosyal ve duygusal işlevsellikte bozulmaları (172), istihdam düzeyinde azalmayı (280), yaşam kalitesinde kötüleşmeyi (281), diğer psikiyatrik bozuklukların komorbiditesini (282) kapsamaktadır. Tüm bunlar bireylerin hem benlik saygısını hem de duygusal dayanıklılık kapasitelerini etkileyebilir. Yakın tarihli bir meta-analizde DEHB'li çocukların ve ergenlerin, DEHB'si olmayan akranlarına kıyasla benlik saygılarının daha düşük olduğu gösterilmiştir (283).

DEHB'li çocukların , ergenlik ve yetişkinliğe ilerledikçe, akranlarıyla karşılaştırılmaları ve çevreden gelen taleplerin artması benlik saygılarını olumsuz etkileyebilmektedir (284). Bu durum duygusal dayanıklılığın olumlu yönde gelişebilmesi için gerekli olan eşik stresör seviyesinin aşılmasına neden olabilir. Literatürde benlik saygısı, eğitim seviyesi, istihdam durumu ve iş tatmini ile ilişkilendirilmektedir (285). Bireyin olumlu yaşantıları yeni bilişler geliştirmesine neden olarak benlik saygısını güçlendirebilir. Yeni ve olumlu baş etme stratejileri geliştirmeleri için bakış açısı geliştirmelerini sağlayabilir; bununla birlikte duygusal

dayanıklılığa da pozitif yönde katkı sağlamış olabilir. Bir başka çalışmada düşük benlik saygısı, kötü fiziksel sağlık ile ilişkilendirilmektedir (286). Bireyin fiziksel olarak sağlıklı olmaması günlük yaşama daha zor uyum sağlamasına sebep olarak duygusal ve fiziksel dayanıklılığını etkileyebilir.

Araştırmamızda yüksek benlik saygısına sahip DEHB'li erişkinlerde duygusal istismar daha düşük bulunurken, düşük benlik saygısına sahip DEHB'li erişkinlerde duygusal ihmal ve çocukluk çağı travmaları daha yüksek bulunmuştur. Araştırmalar çocukluk çağı travmalarının, çocuğun nöral, bilişsel ve duygusal gelişim süreçlerine etkisinin olduğunu (287,288) ve aynı zamanda DEHB semptomlarının gelişimi için bilinen bir risk faktörü olduğunu belirtmektedir (289). DEHB'li çocuklar, özellikle şiddete maruz kalma (fiziksel istismar) gibi çocukluk çağı travmalarına daha yatkın hale gelebilmektedirler. Bu durumun iki temel sebebi olabilmektedir; ilki DEHB'li çocukların DEHB'ye ait dışa dönük problemli davranışlarını sergilemeleri ikincisi ise DEHB'nin güçlü genetik temelleri nedeniyle aile üyelerinin de dürtü kontrol sorunları yaşayabilmeleri olarak görülmektedir (262,290). Tüm bu durumlar DEHB'li bireylerde düşük benlik saygısı gelişmesine zemin hazırlayabilir.

5.12. Ölçekler Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi

5.12.1. DEHB Tanılı Erişkinlerde YFÖ-30 Ölçeğinin Diğer Ölçeklerle Korelasyonlarının Değerlendirilmesi

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerde düşünmeden yeme, yeme kontrolü, yeme disiplini puanları ile dürtüsellik (motor, dikkat, toplam) puanları arasında negatif yönlü orta düzey korelasyon; duygusal yeme, farkındalık ve enterferans puanları ile dürtüsellik (sırasıyla; motor, dikkat, toplam; plan yapamama, dikkat) puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey korelasyon bulunmuştur. Bu durum dürtüsellik ile yeme farkındalığı düşük yeme davranışlarının birbirleri ile pozitif yönlü bir ilişki olduğunu göstermiştir. DEHB'li erişkinlerde yeme farkındalığı ve dürtüsellik ilişkisi üzerine yapılan bir çalışmaya mevcut literatürü incelediğimizde ulaşamadık. Düşünmeden yeme; yemek yerken kendini durdurma, yenilecek besinin miktarını ve ne kadar sürede yiyeceğinin kontrolü ile ilişkiliyken; yeme kontrülü ise, yemek yeme hızının

ayarlanması ve yeme işlevinin kontrolünün bireyin bilinçli bir şekilde kendinde olması ile ilişkilidir. Yeme disiplini ise yemeği hazırlama, dengeleme (sıcakken soğumasını bekleme gibi) ile ilgilidir (291). Dikkat dürtüselliğinde problem olan bireyler dikkatlerini sürdürmekte problemler yaşayabilirler. Bu açıdan bakıldığında bu bireylerin yemek yerken dikkatlerinin çabuk dağılması, doyma işaretlerini fark edememeleri veya yemek sırasında başka uyaranlarla meşgul olmaları, düşünmeden yeme davranışına neden olabilir veya bu davranışı arttırabilir. Motor dürtüsellik açısından değerlendirdiğimizde ise hızlı, kontrolsüz ve ani kararlar yeme davranışına etki edebilir. Aç hissetmeden atıştırmalık tüketmek, birdenbire çok büyük porsiyonları bitirmek bu davranışlara örnek oluşturabilir. Tüm bu alt faktörlere baktığımızda düşünmeden yeme, yeme kontrolü ve yeme disiplini özellikle motor ve dikkat kontrolü ile ilişkili olabileceği düşünülebilir. Duygusal yeme davranışı, duygusal açlık, iyi hissetme, haz için yeme davranışlarını içerir. Farkındalık, yemek yerken dışsal uyaranlarla ilgilenmeme, yemeğin kendisinde dikkatini verme ile ilişkiliyken enterferans yiyeceklerle ilgili dışsal etmenlerden etkilenmekle ilgilidir (291). Bu durumda duygusal yeme davranışı olan bireylerin emosyonel dalgalanmaları karşısında motor dürtüsellikle ve besinin o an tüketilmesine olan fizyolojik ihtiyacı değerlendirmeden dikkat dürtüselliği ile yeme davranışında bulundukları düşünülebilir. Enterferans içinde aynı durumun geçerli olduğu düşünülebilir. Birey bir besinin kokusundan, görüntüsünden etkilenebilir ve besininin tüketilmesi gerekliliğini gözardı ederek yeme davranışında bulunabilir. Plan yapamama dürtüselliği yüksek bireyler çoğunlukla anda kalamazlar, sık karar değiştirebilirler. Bu bireylerin dışsal faktörlere dikkatlerinin kayması ve yemeğin kendisinden daha çok çevrede olup bitenle ilgilenmeleri beklenen bir durum olabilir. Davis ve ark. tarafından yapılan çalışmada, yüksek dürtüselliğe sahip bireylerde aşırı yeme ve düşünmeden yeme davranışlarının daha yüksek olduğu gösterilmiştir (292).

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerde yeme farkındalığı toplam puanı ile dürtüsellik (motor, dikkat, toplam) puanları arasında negatif yönlü orta düzey korelasyon bulunmuştur. DEHB'li erişkinlerde dürtüselliğin yüksek olduğu bilinmekle birlikte bu bireylerdeki ödül duyarlılığı varlığı da aşırı yeme davranışlarına, hazzı erteleyememeye, yemek yerken yavaşlayamamaya, fizyolojik tokluk

sinyallerine odaklanamamaya yol açabilir. Jasinska ve ark. tarafından yapılan çalışmada, dürtüselliğin, bilinçsiz ve ödül odaklı yeme davranışlarının artırarak sağlıksız yeme alışkanlıklarına katkıda bulunduğu belirtmektedir (293). DEHB'li erişkinler gibi inhisyon yetersizliği olan ve dürtüselliği çok olan bireyler yiyecek seçimi yaparken yemeğin kokusu, görünümü gibi dışsal faktörlerden daha çok etkilenebilirler. Yine bu bireyler yiyecek seçimi yaparken besinlerin sağlık değerlerinden daha çok lezzet odaklı seçimler yapmaktadırlar; bu tercihler de genellikle kalorisi yüksek, şekerli ve işlenmiş gıda seçimlerini içermektedir (293). Tüm bu davranışlar sonuçlarımızla uyumlu olarak dürtüselliği yüksek bireylerde yeme farkındalığı düşük eylemlerin daha sık olabileceğini gösterebilir.

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerde farkındalık ve yeme farkındalığı toplam puanı ile duygusal dayanıklılık puanları arasında pozitif yönlü orta düzey korelasyon bulunmuştur. DEHB'li erişkinlerde yeme disiplini ve bilinçli beslenme puanları ile duygusal dayanıklılık puanları arasında pozitif yönlü zayıf düzey korelasyon bulunmuştur. Besin tüketimi esnasında dışsal uyaranlardan izole olan bireylerin dikkatlerini yönlendirme konusunda daha iyi oldukları düşünülebilir. Yine bu bireylerin dikkatlerini yönlendirebilmeleri, organizasyon ve plan yapma becerilerini olumlu yönde etkileyebilir. Bu yeteneği günlük yaşamın diğer alanlarına entegre edebilen bireyler, stresörlerine yönelik planlı müdahaleler gerçekleştirebilirler. Yeme farkındalığının bir bileşeni de duygusal tetikleyicilerle başa çıkarak farkındalıklı yemek yemektir. Duygusal dayanıklılık ise stres, olumsuz durumlar ile başa çıkabilme ve olumsuz duyguların bireyde yarattığı etkiyi azaltabilme kapasitesini içermektedir(294). Duygusal dayanıklılığı yüksek olan bireyler stresörler ve olumsuz duygular karşısında yemek yeme davranışını daha iyi düzenleyebilmektedirler (295). Ayrıca bu bireyler yeme davranışlarını yönlendirmede daha başarılı olabilirler. Literatürde duygusal dayanıklılığı yüksek bireylerin yemek yeme konusunda daha bilinçli davrandıkları ve stres kaynaklı aşırı yeme eğilimlerinin daha az olduğu belirtilmektedir (136). Emosyon regülasyon problemleri olan bireyler (DEHB'li erişkinler gibi) stres, kaygı gibi olumsuz durumlar karşısında anlık bir ödül kaynağı olan yiyeceklere yönelip yemek yeme eğilimi göstermektedir. Bu eğilim genellikle bilinçsizce ve hızlı olmaktadır (295). Duygusal dayanıklılığı yüksek olan bireylerin

emosyon regülasyonu daha iyidir. Bu bireylerin olumsuz duygularla başa çıkma becerileri daha iyidir, bu nedenle başa çıkma stratejisi olarak reaktif yeme davranışını daha az gösterebilirler (295). DEHB ve yeme bozuklukları arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada bunun birkaç temel sebebi olabileceği belirtilmiştir. İlki kişinin öncesinde var olan kişilik özellikleridir; kişinin yeme davranışlarını etkiler. İkincisi yeme bozukluğu semptomları geliştiğinde bunun bireyin kişilik özellilerini etkilemesidir. Literatürde bu durum patoplastisite olarak da ele alınmaktadır (296). Burada pozitif pekiştireç ile başlayan ancak sonrasında negatif pekiştirece dönen ve bireyin başa çıkamadığı bir döngü oluşuyor olabilir. Bireyin kişilik özellikleri, başa çıkma stratejileri ve hatta sosyal çevresi mevcut durumdan etkilenebilir ve duygusal dayanıklılığı zedelenebilir. Bilinçli beslenme farkındalığı olan bireyler, fizyolojik açlık-tokluk uyaranlarının, kendi beslenme alışkanlıklarının daha çok farkındadırlar (124). Bu durum bireylerin kendi duyumları ve alışkanlıkları hakkında daha fazla farkındalıkları ve bilgi sahibi olduklarını düşündürebilir. Kişinin bu farkındalığı başka alanlarda da mevcutsa kendisinin olaylar karşısındaki tutumlarının ve duygularının farkında olabilir. Bu durum kişinin davranışlarını sağlıklı bir şekilde yönetmesini sağlayabilir. Bu da kişinin öz yeterliliğini pekiştirip ve duygusal dayanıklılığını arttırabilir.

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerde benlik saygısı puanı ile dürtüsellik (dikkat) puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzey korelasyon bulunmuştur. Bu sonuç bize DEHB'li erişkinlerin benlik saygıları ile dürtüsellikleri arasında zıt yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. Literatürle sonuçlarımız benzerdir. 2024 yılında yayınlayanan sistematik bir derlemede, DEHB'li erişkinlerde belirti şiddeti yüksekliği ile benlik saygısı düşüklüğününün korele olduğu belirtilmektedir (171). Kumar oynama bozukluğu olan DEHB'li erişkinlerin dahil edildiği diğer bir çalışmada da benzer bir sonuç elde edilmiştir (297).

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerde yeme disiplini ve benlik saygısı puanları arasında negatif yönlü zayıf düzeyde korelasyon bulunmuştur. Bu sonuç yeme disiplini olan bireylerde daha yüksek benlik saygısı düzeylerine işaret etmektedir. Yeme disiplini olan bireylerin beslenme rutinleri vardır, bilinçli besin tüketimi yaparlar (298). Bu durum benlik saygısı yüksek bireylerin rutin oluşturma konusunda daha iyi

olmaları ile ilişkili olabilir. Bu bireyler benlik saygılarını doyuran eylemler çevresinde hareket ettiklerinden kontrolsüz, ani ve plansız yeme eğilimini normal popülasyona göre daha az gösterebilirler. Docet ve ark. tarafından obez DEHB'li bireylerle yaptığı çalışmada, bu bireylerin daha sık tıkanırcasına yediği, öğün aralarında atıştırmalık tüketme oranlarının yüksek olduğu, büyük porsiyonlar tükettikleri ve gizli yeme eğiliminde oldukları belirtilmiştir (9). Bu durum kişiye, self-kontrolünü yetersiz hissettirebilir. Kontrol eksikliğinin dışardan farkedilmesi ise bireyin hem içsel hem dışsal stigmatizasyonunu arttırabilir. Mevcut durum kişide yeme bozukluklarının yanı sıra depresyon, anksiyete gibi bozukluklara sebep olurken bireyin işlevselliğinin bir ölçütü olan benlik saygısında da azalmaya neden olabilmektedir (96).

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerde farkındalık puanları ve duygusal ihmal puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey korelasyon; bilinçli beslenme puanları ile fiziksel istismar puanları arasında negatif yönlü zayıf düzey korelasyon bulunmuştur. 2021 yılında yayınlanan bir sistematik derlemede çocukluk çağı travmaları ve ASRS hiperaktivite/dürtüsellik puanları arasında pozitif korelasyon bulunmuştur. Yine aynı çalışmada DEHB'li çocukların sıklıkla duygusal istismar ve ihmale maruz kaldıkları belirtilmektedir (299). Başka bir çalışmada ise çocukluk çağında travmaya maruz kalmış bireylerin özellikle de fiziksel istismara, yetişkinlikte de daha yüksek BKİ'ye sahip olduğu belirtilmiştir (198). Bu bireylerdeki yeme bozukluklarına, yüksek kiloya sebep olan faktörlerden biri de düşük yeme farkındalığı olabilir. Bir çalışmada, duygusal ihmale uğrayan çocukların hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin daha fazla olduğuna değinilmiştir (300). Bu çocukların yeme eylemini gerçekleştirirken sadece yeme eylemine ve yiyeceğe odaklanmaları zor olabilir. Kişi yemeğin görüntüsüne, lezzetine, kalitesine ve faydalı olup olmamasına odaklanmaktan ziyade çevresinde olup bitenle daha meşgul olabilir. Kişinin hem tükettiği besin hem de kendisinin bu besini nasıl tükettiği ile ilgili farkındalığı düşük olabilir. Duygusal ihmal, özelikle DEHB'li erişkinlerde tıkanırcasına yeme ile ilişkilendirilmektedir; bu davranışı gerçekleştiren bireyler, sonrasında yoğun bir suçluluk hissetmektedir (301). Yoğun öz eleştirileri, benlik saygılarının düşmesinin dolaylı bir nedeni olabilir. Fiziksel istismara uğrayan bireylerin ise daha kontrolcü ve mükemmelliyetçi olduklarını vurgulamaktadır (302). Bireylerin bu tutumları düşük özdeğer algılarını dengelemeye

çalışmaktan ileri gelebilir. Bu bireylerin yeme davranışları incelendiğinde daha çok kendilerini cezalandırma amacıyla besin kısıtlamasına gittikleri görülmektedir (303). Mevcut durum bilinçli beslenme davranışına uymamaktadır. Hatta bazı çalışmalar bu bireylerde anoreksiya nevroza görülme ihtimalinin de arttığını bildirmektedir (301).

5.12.2. DEHB Tanılı Erişkinlerde RBSÖ, PDÖ Ölçeklerinin Diğer Ölçeklerle Korelasyonlarının Değerlendirilmesi

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerde benlik saygısı puanı ile duygusal dayanıklılık puanı arasında negatif yönlü yüksek düzey korelasyon bulunmuştur. Bu sonuç yüksek benlik saygısı seviyelerinin yüksek duygusal dayanıklılıkla ilişkili olduğunu göstermektedir. DEHB'li erişkinler ,yürütücü işlevlerindeki yetersizlikler ya da ödül mekanizmasındaki problemler gibi nöropsikolojik sorunları nedeniyle kişilerarası, akademik ve mesleki zorluklarla sağlıklı popülasyona göre daha fazla karşılaşmaktadırlar; bunların olumsuz sonuçlarıyla baş etmeye çalışmaktadırlar (304). DEHB'li erişkinlerin çok defa yaşadıkları bu olumsuz deneyimler, benlik saygısı oluşumunu olumsuz yönde etkilemektedir (305). Bireyler kötü deneyimlerinin neticesinde kendileri hakkında olumsuz inançlar geliştirmekte ve maladaptif başa çıkma stratejileri geliştirmektedir (175). Kaçınma ve erteleme gibi stratejiler, bu kişilerin korktukları sonuçlarla daha fazla karşılaşmalarına sebep olabilir; kendileri hakkındaki olumsuz inançları pekişerek bir kısır döngüye yol açabilir. Tüm bu süreç benlik saygısının gelişimini zedelerken (306), DEHB'li erişkinlerde düşük benlik saygısı gelişmesine zemin hazırlamaktadır (305).

Dayanıklılık, bireyin stresörler karşısında pozitif adaptif beceriler geliştirdiği dinamik bir süreç olarak değerlendirilmektedir; bu bağlamda dayanıklılık, biyopsikososyal faktörlerin, bireyin maruz kaldığı riskler ve koruyucu faktörler arasındaki etkileşim sonucu değişen bir beceri olarak da nitelendirilebilmektedir (151). Birçok çalışma, risk altındaki bireylerde dayanıklılığı artıran çeşitli koruyucu faktörlerin olduğunu göstermektedir. Bunlar güçlü benlik saygısı, bilişsel zeka, destekleyici ve otoriter olmayan ebeveynlik, olumlu mizaç özellikleri ,aile içi uyum, sosyoekonomik avantajlar, olumlu okul ortamı, stres yönetimi, öz düzenleme becerileri, ilgili kişilerle kurulan olumlu ilişkilerdir (307). Çevresel ve bireysel

faktörler göz önünde bulundurulduğunda duygusal dayanıklılık ve benlik saygısının yakından ilişkili ve birbirini etkileyen iki faktör olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerde duygusal dayanıklılık puanı ile dürtüsellik (dikkat ve toplam) puanı arasında negatif yönlü orta düzey korelasyon bulunmuştur. Bu bulgu bize dürtüsellik ve duygusal dayanıklılık arasında zıt yönlü bir ilişki olduğunu göstermektedir. DEHB de hem birincil hem de ikincil işlevsellik bozukluklar olmaktadır. Birincil bozukluklar, genellikle hastalığın doğasından kaynaklanan ve tanı alan bireylerin çoğunda görülen hiperaktivite-dürtüsellik ve dikkatsizlik belirtileridir. Hiperaktivite ve dürtüsel davranışlar; enerjik olma, psikomotor veya içsel huzursuzluk, aşırı konuşma veya uygun olmayan ortamlarda yerinde duramamadır. Dikkatsizlik belirtileri ise ayrıntılara dikkatini vermede güçlük, aşırı hayal kurma veya odaklanma süreçlerinde yetersizlik ve görevleri veya aktiviteleri organize etmede zorluk yaşamadır (43). DEHB'nin ikincil bozuklukları ise birincil işlevsellik bozukluklarına sekonder gelişen kişisel, ailesel, sosyal ve akademik problemlerin neticesinde ortaya çıkan bozukluklardır (308). Bu nedenlerle, DEHB'li çocuk ve erişkin, akademik başarısızlık, düşük notlar ve okuldan uzaklaştırma gibi olumsuz eğitim sonuçları açısından nörotipik bir bireye göre daha yüksek risk altındadır (309). Günlük aktivitelerini (evi düzenlenme, hazırlanıp dışarı çıkma gibi) yerine getirme konusunda da daha fazla zorluk yaşayabilirler çünkü sıklıkla düşünmeden, plan yapmadan ve dürtüsel hareket etmektedirler (310). DEHB'li çocuk ve erişkinler sosyal hayatlarında nörotipik akranlarına göre daha çok konuşmakta, söz kesmekte ve duygusal dalgalanmalarını karşı tarafa daha fazla yansıtmaktadır. Bu dürtüsel eylemleri nedeniyle iletişim güçlükleri çekebilmekte, arkadaşlık kurmakta ve sürdürmekte güçlük yaşamaktadırlar. Genellikle sosyal ve çevresel ipuçlarını düşünmeden dürtüsel hareket etmektedirler (311). Tüm bunlar zaman içerisinde bireyin gündelik yaşamında ve hayatın farklı alanlarında tekrarlayan zorluklar yaşamasına neden olabilir. Günlük yaşamları sırasında karşılaştıkları zorluklarla mücadele ederken de yürütücü işlevlerine başvurmaları gerektiğinden bu zorluklar artabilir. Bu durum kendilerini bir çıkmazın içinde hissetmelerine neden olurken duygusal dayanıklılık becerilerini geliştirmelerine de olanak vermeyebilir.

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerde duygusal dayanıklılık puanı ile fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal puanları arasında negatif yönlü orta düzey korelasyon ve çocukluk çağı travmaları toplam puanı ile arasında negatif yönlü yüksek düzey korelasyon DEHB'li erişkinlerde benlik saygısı puanı ile duygusal istismar, duygusal ihmal ve çocukluk çağı travmaları toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf düzey korelasyon bulunmuştur. Çalışmalarda DEHB'li çocukların özellikle duygusal istismar ve ihmale uğradığı belirtilmektedir (299). Çocukluk çağı travmaları, erken yaşamda bir çocuğun, kendisine yönelik gerçek veya algılanan bir tehdit oluşturan aşırı stresörlerin deneyimlenmesidir. Bu savaş deneyimi, ebeveyn ölümü, kazalar, yaşamı tehdit eden hastalıklar, şiddete maruz kalma ve çocukluk ihmal ve istismarı gibi çok çeşitli olayları kapsayabilmektedir (189). Çalışmalar, çocukluk çağı travmalarının fiziksel sağlık sorunları ve işlevsellikte bozulma ile ilişkili olduğunu göstermektedir (196,312). Erken yaşamda kronik travma, stres ve inflamasyon yanıtlarında düzensizliklerle ile ilişkilendirilmektedir (313). Bu durum beyin gelişimde birçok alanı etkileyebilir. Miyelinleşme doğum sonrasında da devam ettiği için bu süreç olası travmalara karşı hassas bir süreçtir (58). Beyin gelişiminde zarar gören tek nokta miyelinleşme değildir. 2020 yılında yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı travmalarının, hipokampus, amigdala, anterior singulat korteks ve orbitofrontal korteks gibi beyin bölgelerinde hacim ve kalınlık kaybına neden olduğunu göstermiştir (219). Machlin ve ark.tarafından yapılan bir çalışmada, DEHB'li çocukların, daha fazla çocukluk çağı travmalarına maruz kaldığı ve bunun amigdala, hipokampus gibi bölgelerde daha fazla hacim kaybı ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (213). Çocukluk çağı travmaları, bilişsel kontrol ve işlevler için kritik beyin bölgelerini etkilemektedir (314). Bu biyolojik sürecin olumsuz psikososyal sonuçlarının olması kaçınılmaz olabilir. 2013 yılında yapılan bir çalışmada çocukluk çağı travmalarının, çocukluktan erişkinliğe, sağlık sorunlarına yol açabileceği belirtilmiştir (43). Örnek olarak obezite, psikiyatrik bozukluklar, antisosyal davranışlar ve madde kullanımı verilmiştir (210). Aynı zamanda bu bireyler, bilişsel işlevlerdeki zorlanmalar nedeniyle düşük akademik başarı riski ile karşı karşıya kalmaktadır (209).

Vrijsen ve ark. tarafından Beck'in negatif bilişler şemalar teorisinin, nörogelişimsel bozukluklarının gelişiminde rol oynayabileceği belirtilmektedir (315).

Beck'in negatif bilişsel şeması kişinin kendisini değersiz, dünyayı tehlikeli ve geleceği umutsuz gördüğü negatif bilişler etrafında şekillenmektedir (316). Bu noktada çocukluktan itibaren yaşanan olumsuzluklar ve travmalar bireyin negatif bilişlerin beslenmesine neden olarak kişilik özelliklerinin gelişim sürecini bozabilir. Duygusal dayanıklılığı etkileyen faktörlerden biri de bireyin kişilik özellikleridir. DEHB'li erişkinlerin kişilik özelliklerini beş faktörlü kişilik modeli üzerinden inceleyen bir çalışmada, DEHB'nin ile en tutarlı şekilde düşük sorumluluk (conscientiousness), düşük uyumluluk (agreeableness) ve yüksek nörotizm (neuroticism) ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (317). Sorumluluk kişilik özellikleri olan bireylerin öz disiplini, görevlerini tamamlama becerisi ve uzun vadeli hedeflere ulaşmadaki karalılıkları yüksekken; DEHB'li erişkinlerde, sorumsuzluk, dikkatsizlik ve düşünmeden hareket etme gibi belirtilerin olması düşük sorumlulukla ile ilişkilendirmektedir (318,319). Uyumluluk ise bireyin olumlu sosyal ve kişilerarası ilişkiler kurma motivasyonunu tanımlar. Bu bireyler genellikle şefkatli, uyum sağlama yeteneği yüksek ve pozitif bakış açısına sahiptirler (320). DEHB'li erişkinler ise eleştirellik, şüphecilik, sınırları zorlamaya eğilim, düşmanlık ifade etme ve kibirli olma gibi düşük uyumluluk özellikleri göstermektedir (321). Nörotizm ise bireyin deneyimlediği olumsuz duyguların düzeyini ifade etmektedir. Nörotiklik düzeyi yüksek bireylerin fiziksel ve psikiyatrik hastalıklara yatkınları yüksek olup, daha düşük yaşam kalitesine dahip olabilirler. (322). DEHB'li erişkinlerin çocukluk çağı travmaları ve belirtilen kişilik özellikleri birleştiğinde maladaptif başa çıkma stratejilerine yatkınlık oluşturabilir. Kişi daha yalnız ve olumsuz bir iç dünyaya sahip olabilir. Bu durum düşük dayanıklılığın yanında düşük benlik saygısının gelişimine katkı sağlayabilir.

5.13. DEHB Varlığı İle Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Araştırmamızda, bekar olmak, geçmiş bir psikiyatrik tanının olması, sigara kullanımı, ailede psikiyatrik hastalık varlığı, çocukken aile dışı biri tarafından maruz kalınan travma ve düşük benlik saygısının, DEHB için bağımsız bir risk faktörü olduğu gösterilmiştir. DEHB yokluğu ile yüksek yeme farkındalığı ise bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur. Bu durum hem DEHB'nin yüksek kalıtılabilirliğinden (%70-90) hem de başka psikiyatrik bozukluklarla kesişen nörobiyolojik doğasından kaynaklanıyor

olabilir. Bir çalışmada DEHB'li çocuklarının ebeveynlerinin yaklaşık %20'sinde de DEHB tanısının olduğu bildirilmektedir (323). Diğer bir çalışmada ise DEHB tanılı birinci derece akrabası olan birinin, olmayan birine göre tanı alma olasılığının 2 ila 8 kat arasında arttığı gösterilmiştir (324). 2013 yılında yapılan bir çalışmada DEHB'li çocukları olan ebeveynlerin, daha çok DEHB belirtilerinin olduğu, daha fazla depresif bozukluk tanısı aldıkları belirtilmektedir. Yine aynı çalışmada annelerin daha fazla içselleştirilmiş (depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu gibi); babaların ise daha fazla dışsallaştırılmış bozukluklarının (alkol-madde kullanım bozukluğu gibi) olduğu belirtilmektedir (325). DEHB'li çocukların ebeveynlerinin, nörotipik gelişim gösteren çocukların ebeveynlerine kıyasla daha fazla psikiyatrik bozuklukla karşı karşıya kalığını gösteren çalışmalar da mevcuttur (326,327). Bu durum DEHB'nin genetik kalıtılabilirliği ile ilişkilendirilebilirken aynı zamanda DEHB'li bir çocuğa sahip olmanın olası zorluklarının ebeveyni etkilemesinden de kaynaklanıyor olabilir. Ebeveyn ve çocuk arasında olumsuz iletişim ve çatışma döngüleri olabilir (328). Bu durum hem ebeveyni etkileyebilir hem de çocuğun DEHB belirtilerinin şiddetlenmesine yol açabilir. Mevcut durumdan evin diğer üyeleri olan kardeşlerin de etkilenmesi muhtemeldir. Literatürde DEHB'li çocukların kardeşlerinde duygudurum ve anksiyete bozukluklarının sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu gösterilmiştir (329).

Araştırmamızda bekar olma, DEHB varlığı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. DEHB'li erişkinlerin ilişkilerinde sık sık problemler yaşadıkları bilinmektedir. Bu bireylerde ilişki sorunları ve ayrılıklar daha yaygındır. DEHB'li erişkinlerdeki duygusal aşırılık ve tepkisellik, partnerler, arkadaşları ile ilişkilerinde sorunlara yol açabilmektedir(330). Bu nedenle kişilerarası problemler, bu bireyler için psikiyatriye başvurunun önemli bir nedeni olmaktadır (331). İlişkiler genellikle kısa ömürlüdür. Bazı araştırmalara göreyse DEHB'li bireylerde boşanma oranları yüksektir (332). DEHB'li erişkinlerde organizasyon yaparken sıkıntı yaşama, dağınıklık gibi dikkat eksikliği ile ilişkili belirtiler sıktır. Dolayısıyla bu bireyler beraberliklerinde ev işlerindeki sorumlulukları paylaşmada yetersiz kalabilirler. Partnerlerinin sık sık sözünü kesme, ani öfkelenmeler gibi dürtüsellik belirtileri ise iletişim problemlerine neden olabilmektedir (333).

Araştırmamızda aile dışı bireyler tarafından maruz kalınan travma, DEHB varlığı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. DEHB'ye çocukluk çağında davranım problemleri, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu gibi durumlar sık eşlik etmektedir(334). Bu, bireylerin kişilerarası iletişimde problem yaşamalarına, yanlış anlaşılmalarına ve de travmaya maruz kalmalarına sebep olabilir. Bu çocukların aileleri mevcut bozukluğun farkında olabilir ve bu durum çocuk için aile ortamının koruyucu olmasını destekleyebilir. Ancak aynı durum aile dışı bireyler için söz konusu olmayabilir. Çocuğun dürtüsel davranışlarının, aşırı hareketliliğinin saygısızlık ya da şımarıklık olarak değerlendirilmesi öğretmenleri, akranları akranlarının aileleri tarafından hoş karşılanmayabilir. DEHB'li çocuk ve ergen, zorbalığa maruz kalabilir. Bu nedenle arkadaşları tarafından dışlanabilir.

Araştırmamızda sigara kullanımı, DEHB varlığı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Literatürü incelediğimizde DEHB'li erişkinlerde sigara ve madde kullanımının sağlıklı popülasyona göre daha fazla olduğu görülmektedir(335). Bunun nedenleri içerisinde DEHB'deki dopaminerjik sistemlerindeki bozukluk, ödül sistemlerdeki aşırı duyarlılık nedeniyle hazzı erteyelememe olduğu düşünülmektedir. Nikotinin hızlı dopamin salınımına sebep olması hem DEHB için self medikasyonu sağlarken (dikkati toparlama, odaklanmayı arttırma) hem de bireyin anlık haz almasını (fazik dopamin salınımı ile) sağlayabilir. Bu aynı zamanda DEHB'li erişkinlerin sigara bırakma sürecinin daha zor olmasına ve nüks oranlarının daha fazla olmasına neden olabilmektedir (336).

Araştırmamızda düşük benlik saygısı, DEHB varlığı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Michielsen ve ark. (2014) çalışmasında DEHB ve benlik saygısı arasında, tüm DEHB görünümlerinde negatif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (337). DEHB ve benlik saygısı arasındaki ilişki karmaşık bir dinamiğe sahiptir (338). DEHB'li bireylerin, özellikle tedavi almamış DEHB'li bireylerin sosyal işlevsellik becerilerinde azalma bildirilmektedir. Zayıf akran ve aile ilişkileri, artan akran zorbalığına maruz kalma, riskli cinsel davranışlar bu sonuca neden olabilir ya da bu sonucu besleyebilir (182). DEHB'nin dikkat eksikliği, dürtüsellik ve hiperaktivite gibi çekirdek belirtilerin yanı sıra bireylerin işlevsellik durumlarını değerlendirmek için benlik saygısı ve sosyal işlevsellik düzeyleri de önemlidir (190).

Araştırmamızda geçmiş psikiyatrik tanı öyküsü, DEHB varlığı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. DEHB'li erişkinlerin ilk poliklinik başvurularında genellikle bu tanıyı almadıklarını, tahammülsüzlük, unutkanlık gibi şikayetlerle öncelikle Depresif bozukluk tanısı aldıklarını belirten çalışmalar bulunmaktadır (339). Aynı zamanda DEHB'li erişkinlerde, depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, alkol kullanım bozukluğu komorbiditelerinin de sık olduğu bilinmektedir (340). Barkley ve ark. yaptıkları çalışmada psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan birçok bireyin, tanı almamış DEHB'li olduğunu bildirmektedir (341). DEHB'nin multigenetik yapısı ve multifaktöriyel etiyolojisi nedeniyle birçok psikiyatrik hastalık DEHB'ye komorbid olabilir. Ayrıca DEHB'nin belirtileri de birçok psikiyatrik hastalığın gelişmesine zemin hazırlayabilir. Bu durum bireyin farklı tanılar almasına sebep olabilir veya tanı alma zamanını geciktirebilir.

Araştırmamızda yüksek yeme farkındalığı, DEHB yokluğu ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. İnhibisyon yetersizliği ve dürtüsellik, sağlıksız yeme davranışları için risk faktörü olarak düşünebilir (293). Dürtüsellik, içsel ve dışsal uyaranlara karşı hızlı ve plansız tepkiler vermeyi içerir. Birey bu esnada eyleminin kendisini ya da sonucunu değerlendirmemiş olmaktadır (342). DEHB'nin ana belirtilerinden olan dürtüselliğin bileşenlerinden hızlı karar verme, düşünmeden hareket etme, duyum arayışı kişinin amacına uygun olmayan biçimde besin tüketimine sebep olmaktadır (343). Yeme farkındalığı açısından ele aldığımızda, yeme farkındalığı aslında bilinçli farkındalığın sağlandığı bir davranış halidir(11). Buradaki önemli nokta DEHB' de yürütücü işlevlerin olması gerektiği gibi kullanılamamasıdır. Yeme farkındalığı yüksek olan bireylerde prefrontal korteks ve limbik sistem çalışmasının daha iyi olduğu düşünülebilir. Muhtemelen bu bireyler içsel ve dışsal uyaranı değerlendirme süreçlerinin daha çok farkındadırlar ve eylemlerinin süreç içerisinde getirilerinin ne olduklarını daha iyi analiz edebilirler. Ancak DEHB'li bireylerde bu basamaklar yeteri kadar iyi çalışamaz.

5.14. DEHB Tanılı Erişkinlerde Yüksek (≥3) YFÖ-30 Toplam Puanı ile Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Araştırmamızda lojistik regresyon analizi sonucuna göre, düşük BKİ ve düşük ASRS toplam puanı, yüksek yeme farkındalığı ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur. Araştırmamızda düşük BKİ, yüksek yeme farkındalığı anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. 2013 yılında 90 üniversite öğrencisinin katıldığı bir çalışmada da yüksek yeme farkındalığının düşük BKİ ile ilişkili olduğu belirtilmektedir (344). Patte ve ark. (2016) yaptıkları bir çalışma DEHB belirtileri ile yüksek BKİ arasındaki ilişkide duygusal yeme, tıkanırcasına yeme gibi yeme farkındalığı düşük eylemlerin rol oynadığını belirtilmiştir (267). İnsanlar gün içinde yemekle ilgili yaklaşık 200 karar vermektedirler. Bu kararların birçoğu otomatik ve bilinçsizse gerçekleşmektedir (345). Yeme farkındalığı yüksek olan bireyler gerekli besinleri, gerektiği kadar ve gereken zamanda tüketme konusunda başarılı olabilirler. Aynı zamanda besin tüketiminde aşırıya gitmeden kendilerini frenleyebilirler. Kişilerin yeme süreçlerinde bilinçli dikkatlerini kullanabilmeleri kilo kontrolü ve sağlıklı beslenme için önemli bir araç olarak düşünülebilir. Yüksek BKİ, bireyin sadece fiziksel görünümüne etki eden bir parametre değildir. Aynı zamanda kardiyovasküler hastalıklar, uyku problemleri, metabolik sendrom görülme riskini arttırabilmektedir (346). Yeme farkındalığı düşük olan DEHB'li erişkinlerin, ASRS puanlarınının ve dürtüsellik puanlarının daha yüksek olması nedeniyle DEHB belirtilerinin daha şiddetli yaşadıklarını ve bu belirtilerin daha fazla soruna neden olduğu düşünülebilir.

Araştırmamızda düşük ASRS toplam puanı, yüksek yeme farkındalığını anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. DEHB ve yeme davranışlarını inceleyen 12 çalışmanın dahil edildiği bir derlemede çalışmalarının 10'unda DEHB ve aşırı yeme davranışları arasında bir ilişki olduğu gösterilmiştir (338). Bu aşırı yeme davranışları, yeme farkındalığının düşük olduğu duygusal yeme, dışsal yeme, disinhibe yeme davranışlarını içermektedir. Benzer şekilde diğer bir çalışmada, sağlıklı erişkin erkeklerde; DEHB belirtileri ile aşırı yeme davranışları ve yüksek BKİ arasında bir ilişki olduğunu vurgulamaktadır (266). Düşük ASRS puanları, DEHB belirtilerinin şiddetinin düşük olduğunu göstermektedir. Bu da bu bireylerin yürütücü işlevlerini

daha iyi kullanabildiklerini, odaklanma, dikkati sürdürme becerilerinin daha iyi ve dürtüselliklerinin daha düşük olduğunu gösterebilir. Bu sayede bu bireylerin yeme farkındalığı daha yüksek olabilir.

5.15. DEHB Tanılı Erişkinlerde RSBÖ-Düşük Benlik Saygısı ile Bağımsız Olarak İlişkili Olan Faktörler, Çoklu Lojistik Regresyon Analizi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Araştırmamızda lojistik regresyon analizi sonuçlarına göre DEHB belirtilerinin farkında olma ve düşük duygusal dayanıklılık, düşük benlik saygısı ile bağımsız olarak ilişkili bulunmuştur.

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerde düşük duygusal dayanıklılık, düşük benlik saygısı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. DEHB'li erişkinlerdeki duygusal dayanıklılık çalışmaları kısıtlıdır. Nörotipik bireylerle yapılan çalışmalar dayanıklılığa ailesel (iyi ebeveynlik becerileri) , bireysel (yüksek benlik saygısı) , topluluk düzeyinde (iyi bir iş veya okul ortamı) faktörlerin katkıda bulunabileceğini belirtmektedir (347). DEHB için yapılan çalışmalarda da benzer sonuçlar elde edilmiştir(161). Schei ve ark. (2018) çalışmasında da yüksek benlik saygısının dayanıklılığa pozitif yönde katkı sağladığı belirtilmektedir (348). Yine Zolkoski ve Bullock 2012'de yaptıkları çalışmada, olumlu düşünmenin, yüksek benlik saygısının, umutlu olmanın, dayanıklılığı ve adaptif başa çıkma stratejilerini desteklediğini belirtilmektedir (349). DEHB'li bireylerde benlik algısının dayanıklılık üzerindeki etkisini inceleyen sınırlı sayıdaki araştırma benlik saygısı düşük bireylerin dayanıklılığının da düşük olabileceğini göstermektedir (161). Güçlü bilişsel yetiler, bireyler için koruyucu faktör olarak işlev görebilir. Aynı zamanda bu yetiler motive edici ve olumlu faktörleri farkedip etkili şekilde kullanmayı da sağlayabilir (350). Sosyal becerileri yüksek olan DEHB'li çocuklar, stresli durumlarla daha iyi başa çıkabilirler ve bu durumları daha iyi yönetmeleri benlik saygılarını destekleyebilir (162). Shi ve ark. (2018) çalışmasında, DEHB semptomları fazla olan bireylerde daha düşük dayanıklılık seviyeleri olduğu bildirilmektedir (261).

Araştırmamızda, DEHB belirtilerinin farkında olma durumu, düşük benlik saygısı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Literatürde, erişkinlerde DEHB belirtilerinin farkında olma durumu ilgili güncel bir çalışamaya ulaşılamamıştır. Kessler ve ark. yaptıkları çalışmada, erişkin DEHB'sinin sıklıkla atlandığını, bu bireylerin tedavi edilmediğini ve yaşam kalitelerinin olumsuz etkilediğini belirtmektedir (77). Birçok DEHB'li erişkin yaşamları boyunca potansiyellerini tam olarak gerçekleştirememekten yakınmaktadır(351). Bu bireylerin çoğu karşılaştıkları zorluklarla mücadele edebilmek için telafi edici davranışlar geliştirirler. Bu telafi edici davranışlar kişilerin belirtilerin dış dünyaya yansımasını azalttığı için, DEHB'nin tanınmasını zorlaştırabilir. Ancak telafi davranışları geliştiren bu bireylerin içselleştirilmiş sorunlarının yüksek olabilir. Böylece DEHB maskelenirken komorbitelerin de tabloya eklenmesi tanı almayı güçleştirebilir. Bu durumun kümülatif etkisi ise bireyin farkında olduğu ama tanı alamadığı hastalığı nedeniyle; tanısının ve tedavisinin gecikmesi, eşlik eden komorbiditelerinin olması, başka tanılarla başka tedaviler alması, çözüme ulaşamadıkça kendisini başarısız, yetersiz ve tuhaf görmesine neden olabilir. Bu durum bireyin psikososyal işlevsellik düzeyini koruyabilmesi için daha fazla efor sarfetmesine neden olabilir. Özellikle de telafi edici davranışlarının geliştiği düzene yeni bir durum ya da stresör eklendiğinde oluşturdukları korunaklı ama zorlayıcı yapı dağılabilir. Telafi edici davranışlardan yeterli faydayı görememeye başlarlar. Bu da bireylerin duygusal dayanılıklarına ve benlik saygısına zarar verebilir. DEHB belirtilerinin farkında olan ancak tanı almamış bu bireyler kendileri hakkında olumsuz inançlar geliştirebilir, benlik saygıları zedelenebilir.

Düşük benlik saygısına sahip bireyler maladaptif başa çıkma stratejilerini kullanmaktadırlar (278). Sorumluluklarını yerine getirirken organize olmakta zorluk çekmeleri kaçınma davranışına, işleri planlamada yaşadıkları zorluklar erteleme davranışına sebep olabilir. Bu döngü içerisinde DEHB belirtileri ile kendilerini etiketleyebilirler. DEHB'li erişkinlerin benlik saygısının araştırıldığı bir çalışmada en yüksek benlik saygısına sahip bireylerin semptomatik ancak tedavi arayışında olmayan DEHB'li erişkinler olduğu belirtilmektedir (297). Bu durum, bu bireylerin öz-yeterliliklerin yüksek olduğunu, semptomları yönetebildiklerini ve kendilik algılarının

zedelenmediğini gösterebilir. Semerci ve ark (2016) yaptıkları bir çalışmada DEHB'li erişkinin, DEHB belirtilerine karşı farkındalık kazanmasının işlevselliğini arttıracağı belirtilmektedir (352). Aynı zamanda bireylerin DEHB tanısı aldıktan sonra belirtiler konusunda farkındalık kazanmalarının; belirtilerin farkında olup bu belirtilerin nedeni hakkında fikirlerinin olmamasının da sonuçları etkileyebilir.

5.16. Araştırmamızın Güçlü Yönleri ve Kısıtlılıkları

Araştırmamız, kesitsel bir vaka-kontrol çalışması olması nedeniyle neden-sonuç ilişkisi üzerine kapsamlı bir yorum yapmaya uygun değildir. Ancak longitudinal çalışmalar yapılsa dahi bireylerin belirtileri ve zaman içinde alacakları farklı teşhisler nedeniyle ilişkili semptom gruplarını ayırt etmek zor olabilir. Çünkü DEHB'nin etiyolojisi ve patofizyolojisi henüz tam olarak net değildir ve tanı büyük ölçüde betimseldir. Araştırmamızın özbildirim formlarına dayalı olarak yapılmış olması ve geçmişe dayalı sorular içermesi hatırlama yanlılığına sebep olmuş olabilir.

Araştırmamız, DEHB belirtileri ile nicel dayanıklık ölçümleri ve yeme farkındalığı arasındaki korelasyonu inceleyen nadir çalışmalardan biridir. Araştırmamıza katılan bireylerin yapılandırılmış görüşmelerle psikiyatrik muayenelerinin yapılmış olması ve depresyon gibi DEHB'ye en yüksek oranda eşlik edebilecek komorbid bozukluğun nesnel bir ölçüm aracılığı taranmış ve dışlanmış olması çalışmamızın güçlü yönlerindendir. Komorbidite oranı çok yüksek olan DEHB grubunda komorbiditesi bulunmayan hastalarla; cinsiyet, yaş ve eğitim durumu açısından eşleşmiş sağlıklı kontrollerle araştırmamızı yapmış olmamızın birçok karıştırıcı faktörün etkisini azalttığını düşünmekteyiz. Ancak bu komorbiditelerin ve sosyodemografik özelliklerin etkisinin de önemli olduğunun farkında olarak; çalışmamızın bu konuda ileride yapılacak çalışmalara öncül olabileceğini düşünmekteyiz.

6. SONUÇLAR

Araştırmamız bildiğimiz kadarıyla DEHB'li erişkinlerde yeme farkındalığının değerlendirildiği literatürdeki ilk çalışmadır. Aynı zamanda çalışmamız DEHB'li erişkinlerde komorbiteler dahil edilmeden benlik saygısı ve duygusal dayanıklılığın araştırıldığı nadir çalışmalardan biridir.

Araştırmamızın elde ettiğimiz bulgulara baktığımızda;

DEHB'li erişkinlerin, geçmişte psikiyatrik tanı almalarının ve ilaç kullanmalarının, şiddet davranışlarının, trafik kazası öykülerinin, bekar ve herhangi bir işte çalışmıyor olma durumlarının kontrol grubuna göre daha fazla olduğunu bulunmuştur. Aynı zamanda bu bireylerin ailelerinde psikiyatrik hastalık varlığının da daha yüksek olduğunu bulunmuştur.

DEHB'li erişkinlerin yeme farkındalığının toplam puanının ve altgruplarından; düşünmeden yeme, duygusal yeme, yeme kontrolü, farkındalık, yeme disiplini puanlarının kontrol grubuna göre daha düşük olduğunu bulunmuştur.

DEHB'li erişkinleri yeme farkındalığı düşük ve yüksek olarak sınıflandırdığımızda ise farkındalığı yüksek grubun BKİ'nin daha düşük olduğunu, çalışıyor olma durumlarının ve dikkatsizlik baskın görünüm yüzdelerinin daha yüksek olduğunu ve ASRS, Barrat toplam puanlarının daha düşük olduğunu bulunmuştur.

DEHB' li erişkinlerde yeme farkındalığı toplam puanı ile dürtüsellik toplam puanı arasında negatif yönlü bir ilişki, PDÖ toplam puanı arasında pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur ancak ÇÇTÖ- 28 toplam puanı ile bir ilişki bulunamamıştır.

Çoklu ileriye dönük lojistik regresyon analizlerinde ise düşük ASRS puanlarını ve düşük BKİ' yi DEHB'li erişkinlerde yeme farkındalığı ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur. Aynı zamanda yüksek yeme farkındalığını, DEHB yokluğu ile anlamlı olarak ilişkili bulunmuştur.

Biz çalışmamızda DEHB'li erişkinlerin çocukluk çağı travmaları ve yeme farkındalığı arasında sadece fiziksel istismar ve bilinçli beslenme; duygusal ihmal ve farkındalık arasında negatif yönlü bir ilişki bulduk. Bu durum örneklemimizin subgruplar açısında yetersiz kalmasıyla ilgili olabileceği gibi çocukluk çağı travmaları ve yeme farkındalığı ilişkisine aracılık eden başka değişkenlerin de olabilir.

Araştırmamızda DEHB'li erişkinlerin, benlik saygısı puanlarının kontrollerden yüksek ve duygusal dayanıklılık puanlarının kontrollerden düşük olduğunu bulunmuştur. DEHB'li erişkinlerde yaşı daha büyük olanların, evli olanların, çalışanların, geçmişte psikiyatrik tanısı veya ilaç kullanımı olmayanların benlik saygısı puanlarının daha düşük olduğu, DEHB belirtilerinin farkında olanların ise benlik saygısı puanlarının daha yüksek olduğunu bulunmuştur. DEHB'li erişkinlerde benlik saygısı puanları yüksek olanların ile duygusal dayanıklık puanlarının da düşük olduğunu ancak ÇÇTÖ-28 puanlarının yüksek olduğunu bulunmuştur. Ayrıca erişkin DEHB'li erişkinlerde düşük benlik saygısını, belirtilerin farkında olma durumu ve duygusal dayanıklılık ile anlamlı olarak ilişkili olduğu bulunmuştur.

Erişkin DEHB' nin kısa sürede tanınması; bu bireylerin daha erken tedavi almasına, yaşadıkları olumsuz tecrübelerin sağlıklı değerlendirilmesini sağlarken, kendileri hakkında olumsuz bilişsel şemalarının oluşmasına engel olabilir. Böylece bu bu bireylerin zamanla geliştirebileceği maladaptif davranış biçimlerine engel olabileceğimizi, kişilik özelliklerinin olumlu şekillenmesine katkı sağlayarak psikososyal işlevselliklerini de arttırabileceğimizi düşünmekteyiz. Bu bireylerde yeme farkındalığını erken dönemde değerlendirmemizin; bireyleri karşı karşıya oldukları obezite ve yol açabileceği diğer sorunlardan korumaya katkı sağlayabilir. Bu zor ve karmaşık ilişkilerin çözülmesi için daha büyük örneklemlerde, longitudinal çalışmaların faydası olabilir. DEHB'li erişkinlerde yeme farkındalığını arttıracak müdahaleler planlamamızın, bu bireylerin yeme davranışlarına etki ederek, uzun vadede ancak kalıcı bir şekilde daha sağlıklı bir kiloya ve sağlıklı bir yaşama ulaşmalarına yardımcı olabileceğimizi düşünmekteyiz. Ayrıca bu çok bileşenli yapıda mindfulness temelli terapilerin kullanılmasının, bireyin sadece yeme farkındalığını geliştirmesine yardımcı olmakla kalmayıp dürtüsellik, odaklanamama, hazzı

erteyelememe gibi DEHB semptomlarının şiddetinin hafiflemesine destek olacağına inanıyoruz.

Bu uzun vadeli sürecin çıktılarının DEHB belirtilerinin şiddetini azaltırken, bireyin benlik saygısı ve duygusal dayanıklılığına da yeni öğrendiği olumlu stratejiler ile katkı sağlanabileceğine inanıyoruz.

KAYNAKLAR

1. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. Int J Epidemiol. 2014 Apr;43(2):434-42. doi: 10.1093/ije/dyt261. Epub 2014 Jan 24. PMID: 24464188; PMCID: PMC4817588. Int J Epidemiol. Nisan 2014;43(2):434-42.
2. Ginsberg Y, Quintero J, Anand E, Casillas M, Upadhyaya HP. Ginsberg Y, Quintero J, Anand E, Casillas M, Upadhyaya HP. Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the literature. Prim Care Companion CNS Disord. 2014;16(3):PCC.13r01600. doi: 10.4088/PCC.13r01600. Epub 2014 Jun 12. PMID: 25317367; PMCID: PMC4195639. Prim Care Companion CNS Disord. 12 Haziran 2014;16(3):PCC.13r01600.
3. Wiener J, Daniels L. School Experiences of Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Learn Disabil. Kasım 2016;49(6):567-81.
4. Dvorsky MR, Langberg JM. Dvorsky MR, Langberg JM. Predicting Impairment in College Students With ADHD: The Role of Executive Functions. J Atten Disord. 2014 Sep 17;23(13):1624-1636. doi: 10.1177/1087054714548037. PMID: 25234039. J Atten Disord. Kasım 2019;23(13):1624-36.
5. Kray J, Karbach J, Haenig S, Freitag C. Can Task-Switching Training Enhance Executive Control Functioning in Children with Attention Deficit/-Hyperactivity Disorder? Front Hum Neurosci. 03 Ocak 2012;5:180.
6. Smith CF, Williamson DA, Bray GA, Ryan DH. Flexible vs. Rigid dieting strategies: relationship with adverse behavioral outcomes. Appetite. Haziran 1999;32(3):295-305.
7. Cortese S, Angriman M, Maffeis C, Isnard P, Konofal E, Lecendreux M, vd. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: a systematic review of the literature. Crit Rev Food Sci Nutr. Haziran 2008;48(6):524-37.
8. Semerci B. AU. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara: Miki Matbaacılık; 2018. 143-227 s.
9. Docet MF, Larrañaga A, Pérez Méndez LF, García-Mayor RV. Attention deficit hyperactivity disorder increases the risk of having abnormal eating behaviours in obese adults. Eat Weight Disord. 2012 Jun;17(2):e132-6. doi: 10.1007/BF03325337. PMID: 23010783.
10. Tuğlu C. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu. Psikiyatride Güncel. 2016;6(4):296-320.
11. Nelson JB. Mindful eating: The art of presence while you eat. Diabetes Spectr. 30(3);171–4, 2017.
12. Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D. Development and Validation of the Mindful Eating Questionnaire. J Am Diet Assoc. 109(8);1439–44, 2009.
13. Katzenmajer-Pump L, Farkas BF, Varga BA, Jansma JM, Balázs J. Katzenmajer-Pump L, Farkas BF, Varga BA, Jansma JM, Balázs J. Low Level of Perfectionism as a Possible Risk Factor for Suicide in Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Front Psychiatry. 2021 Sep

13;12:707831. doi: 10.3389/fpsyt.2021.707831. PMID: 34589006; PMCID: PMC8473605. Front Psychiatry. 13 Eylül 2021;12:707831.
14. Hendrickson, K. L. ve Rasmussen, E. B. (2017). Mindful eating reduces impulsive food choice in adolescents and adults. Health Psychology, 36(3), 226–235. doi:10.1037/hea0000440.
15. Yager J, Gitlin MJ: Clinical Manifestations of Psychiatric Disorders. Chapter 8. In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Sadock BJ, SadockVA (eds). Eighth Edition. Volume One. Lippincott Williams&Wilkins, PA, USA, sayfalar: 983-984, 2005.
16. Wells E, Marwell G. Self-Esteem: It's Conceptualization and Measurement, Beverly Hills: Sage Publications Inc, 1976.
17. Dumont M, Provost MA: Resilience in Adolescents: Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activities on Experience of Stress and Depression. Journal of Youth and Adolescence, 28(3):343-363, 1999.
18. Bouden E, Halayem MB: Attention Deficit and Hyperactivity in the Child. Tunis Med. 79 (6-7): 335-40, 2001.
19. J.H. Travma ve iyileşme. İstanbul: Literatür Yayıncılık; 1992.
20. Yurdakök K. Çocuk istismar ve ihmali, tanım ve risk faktörleri. Katkı Pediatri Dergisi. 2010;32(5):537-46.
21. Dye, H. (2018). The impact and long-term effects of childhood trauma. Journal of Human Behavior in the Social Environment, 28(3), 381–392. https://doi.org/10.1080/10911359.2018.1435328.
22. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. The lancet. 2009;373(9657):68-81.
23. Michopoulos V, Powers A, Moore C, Villarreal S, Ressler KJ, Bradley B. The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. Appetite. 2015 Aug;91:129-36. doi: 10.1016/j.appet.2015.03.036. Epub 2015 Apr 9. PMID: 25865667; PMCID: PMC4459910.
24. Bernard M, Pires D. Emotional resilience in children and ado- lescence: implications for rational-emotive behavior therapy. A. Ellis and ME. Bernard, (Ed.), In Rational Emotive Behavioral Approaches To Childhood Disorders: Theory, Practice And Re- search. NY: Springer.2006.
25. Walsh, Froma. Strengthening family resilience. Guilford publications, 2015.
26. Masten AS. Ordinary magic. Resilience processes in development. Am Psychol. 2001 Mar;56(3):227-38. doi: 10.1037//0003-066x.56.3.227. PMID: 11315249.
27. Flouri E, Kallis C. Adverse life events and mental health in mid- dle adolescence. J Adolesc 2011;34: 371–7.
28. Metin GT, Harma H, Gökçay G. Düşük sosyoekonomik düzey- deki ergenlerde olumsuz yaşam olayları, özdenetim becerisi ve problem davranışlar. Türk Psikolojisi Dergisi 2017;32(79): 1-14 (In Turkish).
29. Regalla MA, Guilherme P, Aguilera P, Serra-Pinheiro MA, Mattos P. Attention deficit hyperactivity disorder is an independent risk factor for lower resilience in adolescents: a pilot study. Trends Psychiatry Psychother. 2015 Jul-Sep;37(3):157-60. doi: 10.1590/2237-6089-2015-0010. PMID: 26630407.

30. Wender PH. Attention-deficit hyperactivity disorder in adults. Psychiatr Clin North Am. 1998 Dec;21(4):761-74, v. doi: 10.1016/s0193-953x(05)70039-3. PMID: 9890120.
31. Wolraich, M. L., Hagan Jr, J. F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., ... & Zurhellen, W. (2019). Subcommittee on Chil- dren and Adolescents with Attention-Deficit/Hyperactive Disor- der. Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. Pediatrics, 144(4), e20192528.
32. Kasparek, T., Theiner, P., & Filova, A. (2015). Neurobiology of ADHD from childhood to adulthood: findings of imaging meth- ods. Journal of Attention Disorders, 19(11), 931-943.
33. Zalsman, G., & Shilton, T. (2016). Adult ADHD: a new disease International journal of psychiatry in clinical practice, 20(2), 70-76.
34. Turgay, A., Goodman, D. W., Asherson, P., Lasser, R. A., Babcock, T. F., Pucci, M. L., ... & ADHD Transition Phase Model Work- ing Group. (2012). Lifespan persistence of ADHD: the life transition model and its application. The Journal of clinical psychiatry, 73(2), 10337.
35. Nemeroff, Charles B., et al., eds. The American Psychiatric Association publishing textbook of mood disorders. American Psychiatric Pub, 2022.
36. Mayes, Rick, et al. “Suffer the restless children: the evolution of ADHD and paediatric stimulant use, 1900—80.” History of Psychiatry, 18:4, pp. 435-457. December 2007. doi: 10.1177/0957154X06075782.
37. Lange, Klaus, et al. “The history of attention deficit hyperactivity disorder.” ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders, 2:4, pp. 241-255. December 2010. doi: 10.1007/s12402-010-0045-8.
38. “ADHD Throughout the Years.” Centers for Disease Control and Prevention. Updated September 28, 2018.
39. APA. “DSM History.” American Psychiatric Association. Web. 26 June 2019.
40. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. Psychol Med. 2006;36(2):159–65.
41. Spencer TJ, Biederman J, Mick E. Attention-deficit/hyperactivity disorder: diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. J Pediatr Psychol. 2007; 32(6):631–42.
42. Simon V, Czobor P, Bálint S, Mészáros A, Bitter I. Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. Br J Psychiatry. 2009;194(3):204–11.
43. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: 2013.
44. Bond DJ, Hadjipavlou G, Lam RW, McIntyre RS, Beaulieu S, Schaffer A, et al. The Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder. Ann Clin Psychiatry. 2012;24(1):23–37.
45. Klassen LJ, Katzman MA, Chokka P. Adult ADHD and its comorbidities, with a focus on bipolar disorder. J Affect Disord. 2010;124(1–2):1–8.
46. Ginsberg Y, Quintero J, Anand E, Casillas M, Upadhyaya HP. Underdiagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder in adult patients: a review of the

literature. Prim Care Companion CNS Disord. 2014;16(3):PCC.13r01600. doi: 10.4088/PCC.13r01600. Epub 2014 Jun 12. PMID: 25317367; PMCID: PMC4195639.
47. Ramtekkar, U. P., et al. (2010). Sex and age differences in attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and diagnoses: implications for DSM-V and ICD-11. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49(3), 217-228.
48. Gershon J. A meta-analytic review of gender differences in ADHD. J Atten Disord. 2002;5(3):143–54.
49. Waite R. Women and attention deficit disorders: a great burden overlooked. J Am Acad Nurse Pract. 2007;19(3):116–25.
50. Franke B, Neale BM, Faraone SV. Genome-wide association studies in ADHD. Hum Genet. 2009 Jul;126(1):13-50. doi: 10.1007/s00439-009-0663-4. Epub 2009 Apr 22. PMID: 19384554; PMCID: PMC3774416.
51. 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.
52. Banerjee, T. D., Middleton, F., & Faraone, S. V. (2007). Environmental risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. Acta Paediatrica, 96(9), 1269-1274.
53. Thapar, A., Cooper, M., Jefferies, R., & Stergiakouli, E. (2013). What causes attention deficit hyperactivity disorder? Archives of Disease in Childhood, 98(5), 386-392.
54. Chronis-Tuscano, Andrea, et al. "Very early predictors of adolescent depression and suicide attempts in children with attention-deficit/hyperactivity disorder." Archives of general psychiatry 67.10 (2010): 1044-1051.
55. Biederman, J., et al. (1995). A family-genetic study of co-morbidity in attention deficit hyperactivity disorder. Psychiatric Clinics of North America, 18(4), 831-843.
56. Shaw P, Eckstrand K, Sharp W, Blumenthal J, Lerch JP, Greenstein D, Clasen L, Evans A, Giedd J, Rapoport JL. Attention-deficit/hyperactivity disorder is characterized by a delay in cortical maturation. Proc Natl Acad Sci U S A. 2007 Dec 4;104(49):19649-54. doi: 10.1073/pnas.0707741104. Epub 2007 Nov 16. PMID: 18024590; PMCID: PMC2148343.
57. Castellanos, F. X., & Proal, E. (2012). Large-scale brain systems in ADHD: beyond the prefrontal–striatal model. Trends in cognitive sciences, 16(1), 17-26.
58. Giedd JN, Blumenthal J, Jeffries NO, Castellanos FX, Liu H, Zijdenbos A, Paus T, Evans AC, Rapoport JL. Brain development during childhood and adolescence: a longitudinal MRI study. Nat Neurosci. 1999 Oct;2(10):861-3. doi: 10.1038/13158. PMID: 10491603.
59. Barkley, R. A. (1998). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. The Guilford Press.
60. Swanson, J. M., et al. (2000). Dopamine genes and ADHD: A review and research agenda. Behavioral Brain Research, 108(1), 9-29.
61. Volkow, N. D., et al. (2009). Evaluating dopamine reward pathway in ADHD: Clinical implications. The Journal of American Psychiatry, 166(8), 957-968.
62. Hill JC, Schoener EP. 1996. Age-dependent decline of attention def-icit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 153:1143–1146.

63. McCarthy S, Asherson P, Coghill D, Hollis C, Murray M, Potts L, Sayal K, de Soysa R, Taylor E, Williams T, Wong IC. Attention-deficit hyperactivity disorder: treatment discontinuation in adolescents and young adults. Br J Psychiatry. 2009 Mar;194(3):273-7. doi: 10.1192/bjp.bp.107.045245. PMID: 19252159.
64. Faraone SV, Biederman J, Spencer T, Mick E, Murray K, Petty C,et al. 2006. Diagnosing adult attention deficit hyperactivity dis-order: are late onset and subthreshold diagnoses valid? Am JPsychiatry 163:1720–1729.
65. McGough JJ, Barkley RA. 2004. Diagnostic controversies in adultattention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry161:1948–1956.
66. Bell AS. 2011. A critical review of ADHD diagnostic criteria: what toaddress in the DSM-V. J Atten Disord 15:3–10.
67. Barkley RA, Brown TE. 2008. Unrecognized attention-deficit/hyper-activity disorder in adults presenting with other psychiatric dis-orders. CNS Spectr 13:977–984.
68. Katzman MA, Bilkey T, Chokka P, Fallu A, Klassen L. Re: is adult attention-deficit/hyperactivity disorder being overdiagnosed? Can J Psychiatr 2016; 61(1):60–1.
69. Torgersen T, Gjervan B, Rasmussen K. ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. Nord J Psychiatry. 2006;60(1):38-43. doi: 10.1080/08039480500520665. PMID: 16500798.
70. Biederman J, Wilens T, Mick E, Spencer T, Faraone SV. Pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder reduces risk for substance use disorder. Pediatrics. 1999;104(2):e20.
71. Biederman J, Monuteaux MC, Spencer T, Wilens TE, Faraone SV. Do stimulants protect against psychiatric disorders in youth with ADHD? A 10- year follow-up study. Pediatrics. 2009;124(1):71–8.
72. Wingo AP, Ghaemi SN. A systematic review of rates and diagnostic validity of comorbid adult attention-deficit/hyperactivity disorder and bipolar disorder. J Clin Psychiatry. 2007;68(11):1776–84.
73. Tamam L, Karakus G, Ozpoyraz N. Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2008;258(7):385–93.
74. McIntyre RS, Kennedy SH, Soczynska JK, Nguyen HT, Bilkey TS, Woldeyohannes HO, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with bipolar disorder or major depressive disorder: results from the international mood disorders collaborative project. Prim Care Companion J Clin Psychiatry. 2010;12(3):e1–7.
75. Nierenberg AA, Miyahara S, Spencer T, Wisniewski SR, Otto MW, Simon N, et al. Clinical and diagnostic implications of lifetime attention-deficit/ hyperactivity disorder comorbidity in adults with bipolar disorder: data from the first 1000 STEP-BD participants. Biol Psychiatry. 2005;57(11):1467–73.
76. McIntosh D, Kutcher S, Binder C, Levitt A, Fallu A, Rosenbluth M. Adult ADHD and comorbid depression: a consensus-derived diagnostic algorithm for ADHD. Neuropsychiatr Dis Treat. 2009;5:137–50.
77. Kessler RC, Adler L, Barkley R, Biederman J, Conners CK, Demler O, Faraone SV, Greenhill LL, Howes MJ, Secnik K, Spencer T, Ustun TB, Walters EE, Zaslavsky AM. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United

States: results from the National Comorbidity Survey Replication. Am J Psychiatry. 2006 Apr;163(4):716-23. doi: 10.1176/ajp.2006.163.4.716. PMID: 16585449; PMCID: PMC2859678.
78. Sternat T, Mohamed M, Furtado M, et al. SSRI treatment response may predict undetected attention deficit hyperactivity disorder in depressed patients. Presented at the Anxiety and Depression Association of America (ADAA) Conference 2016; 2 April 2016 (Abstract S2–10).
79. Mao AR, Findling RL. Comorbidities in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: a practical guide to diagnosis in primary care. Postgrad Med. 2014; 126(5):42–51.
80. Braaten EB, Beiderman J, Monuteaux MC, Mick E, Calhoun E, Cattan G, Faraone SV. Revisiting the association between attention-deficit/ hyperactivity disorder and anxiety disorders: a familial risk analysis. Biol Psychiatry. 2003;53(1):93–9.
81. Mancini C, Van Ameringen M, Oakman JM, Figueiredo D. Childhood attention deficit/hyperactivity disorder in adults with anxiety disorders. Psychol Med. 1999;29(03):515–25.
82. Schatz DB, Rostain AL. ADHD with comorbid anxiety a review of the current literature. J Atten Disord. 2006;10(2):141–9.
83. Klassen LJ, Bilkey TS, Katzman MA, Chokka P. Comorbid attention deficit/ hyperactivity disorder and substance use disorder: treatment considerations. Curr Drug Abuse Rev. 2012;5(3):190–8.
84. Martinez-Raga J, Szerman N, Knecht C, de Alvaro R. Attention deficit hyperactivity disorder and dual disorders. Educational needs for an underdiagnosed condition. Int J Adolesc Med Health. 2013;25(3):231–43.
85. Wilens TE, Vitulano M, Upadhyaya H, Adamson J, Sawtelle R, Utzinger L, et al. Cigarette smoking associated with attention deficit hyperactivity disorder. J Pediatr. 2008;153(3):414–9.
86. Kooij SJ, Rösler M, Philipsen A, Wächter S, Dejonckheere J, van der Kolk A, et al. Predictors and impact of non-adherence in adults with attention-deficit/ hyperactivity disorder receiving OROS methylphenidate: results from a randomized, controlled trial. BMC Psychiatry. 2013;13:36.
87. Arias AJ, Gelernter J, Chan G, Weiss RD, Brady KT, Farrer L, et al. Correlates of co-occurring ADHD in drug-dependent subjects: prevalence and features of substance dependence and psychiatric disorders. Addict Behav. 2008;33(9): 1199–207.
88. Philipsen A, Graf E, Jans T, Matthies S, Borel P, Colla M, Gentschow L, Langner D, Jacob C, Groß-Lesch S, Sobanski E, Alm B, Schumacher-Stien M, Roesler M, Retz W, Retz-Junginger P, Kis B, Abdel-Hamid M, Heinrich V, Huss M, Kornmann C, Bürger A, van Elst LT, Berger M. A randomized controlled multicenter trial on the multimodal treatment of adult attention-deficit hyperactivity disorder: enrollment and characteristics of the study sample. Atten Defic Hyperact Disord. 2014 Mar;6(1):35-47. doi: 10.1007/s12402-013-0120-z. Epub 2013 Oct 17. PMID: 24132867.
89. Olsen JL, Reimherr FW, Marchant BK, Wender PH, Robison RJ. The effect of personality disorder symptoms on response to treatment with methylphenidate transdermal system in adults with attention-deficit/ hyperactivity disorder. Prim Care Companion CNS Disord. 2012;14(5). doi:10.4088/PCC.12m01344.

90. Robison RJ, Reimherr FW, Gale PD, Marchant BK, Williams ED, Soni P, et al. Personality disorders in ADHD part 2: the effect of symptoms of personality disorder on response to treatment with OROS methylphenidate in adults with ADHD. Ann Clin Psychiatry. 2010;22(2):94–102.
91. Gift TE, Reimherr FW, Marchant BK, Steans TA, Wender PH. Personality disorder in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: attrition and change during long-term treatment. J Nerv Ment Dis. 2016;204(5):355–63.
92. Reimherr FW, Marchant BK, Gift TE, Steans TA, Wender PH. Types of adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): baseline characteristics, initial response, and long-term response to treatment with methylphenidate. ADHD Atten Def Hyp Disord. 2015;7:115–28.
93. Krause J. SPECT and PET of the dopamine transporter in attention-deficit/ hyperactivity disorder. Expert Rev Neurother. 2008;8:611–25.
94. Ginsberg Y, Hirvikoski T, Lindefors N. Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) among longer-term prison inmates is a prevalent, persistent and disabling disorder. BMC Psychiatry. 2010;10:112.
95. Cortese S, Angriman M, Maffeis C, Isnard P, Konofal E, Lecendreux M, Purper-Ouakil D, Vincenzi B, Bernardina BD, Mouren MC. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and obesity: a systematic review of the literature. Crit Rev Food Sci Nutr. 2008 Jun;48(6):524-37. doi: 10.1080/10408390701540124. PMID: 18568858.
96. Quinn PO. Attention-deficit/hyperactivity disorder and its comorbidities in women and girls: an evolving picture. Curr Psychiatry Rep. 2008 Oct;10(5):419-23. doi: 10.1007/s11920-008-0067-5. PMID: 18803916.
97. Nazar BP, Pinna CM, Coutinho G, Segenreich D, Duchesne M, Appolinario JC, Mattos P. Review of literature of attention-deficit/hyperactivity disorder with comorbid eating disorders. Braz J Psychiatry. 2008 Dec;30(4):384-9. doi: 10.1590/s1516-44462008000400014. PMID: 19142417.
98. Altfas JR. Prevalence of attention deficit/hyperactivity disorder among adults in obesity treatment. BMC Psychiatry. 2002;2:9–17.
99. Fleming JP, Levy LD, Levitan RD. Symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in severely obese women. Eat Weight Disord. 2005;10(1):e10–e13.
100. Agranat-Meged AN, Deitcher C, Goldzweig G, Leibenson L, Stein M, Galili-Weisstub E. Childhood obesity and attention deficit/hyperactivity disorder: a newly described comorbidity in obese hospitalized children. Int J Eat Disord. 2005;37(4):357–359.
101. Cortese S, Comencini E, Vincenzi B, Speranza M, Angriman M. Attention-deficit/hyperactivity disorder and impairment in executive functions: a barrier to weight loss in individuals with obesity? BMC Psychiatry. 2013;13:286–292.
102. Reinblatt SP, Leoutsakos JM, Mahone EM, Forrester S, Wilcox HC, Riddle MA. Association between binge eating and attention-deficit/ hyperactivity disorder in two pediatric community mental health clinics. Int J Eat Disord. 2014;48(5):505–511.
103. Gruss B, Mueller A, Horbach T, Martin A, de Zwaan M. Attention-deficit/hyperactivity disorder in a prebariatric surgery sample. Eur Eat Disord Rev. 2012;20(1):e103–e107.
104. Steadman KM, Knouse LE. Is the relationship between ADHD symptoms and binge eating mediated by impulsivity? J Atten Disord. 2014.

105. Khalife N, Kantomaa M, Glover V, et al. Childhood attention-deficit/ hyperactivity disorder symptoms are risk factors for obesity and physical inactivity in adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2014; 53(4):425–436.
106. Nazar BP, Suwwan R, de Sousa Pinna CM, Duchesne M, Freitas SR, Sergeant J, Mattos P. Influence of attention-deficit/hyperactivity disorder on binge eating behaviors and psychiatric comorbidity profile of obese women. Compr Psychiatry. 2014 Apr;55(3):572-8. doi: 10.1016/j.comppsych.2013.09.015. Epub 2013 Oct 22. PMID: 24246603.
107. Alfonsson S, Parling T, Ghaderi A. Self-reported symptoms of adult attention deficit hyperactivity disorder among obese patients seeking bariatric surgery and its relation to alcohol consumption, disordered eating and gender. Clin Obes. 2013;3(5):124–131.
108. Banaschewski T, Roessner V, Dittmann RW, Santosh PJ, Rothenberger A. Non–stimulant medications in the treatment of ADHD. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2004;13(1):i102–16.
109. Castells X, Blanco-Silvente L, Cunill R. Amphetamines for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults.Cochrane Database Syst Rev 2018;8:Cd007813.
110. Spencer TJ, Faraone SV, Michelson D, Adler LA, Reimherr FW, Glatt SJ, et al. Atomoxetine and adult attention-deficit/hyperactivity disorder: the effects of comorbidity. J Clin Psychiatry. 2006;67(3):415–20.
111. Adler LA, Liebowitz M, Kronenberger W, Qiao M, Rubin R, Hollandbeck M, et al. Atomoxetine treatment in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid social anxiety disorder. Depress Anxiety. 2009; 26(3):212–21.
112. Gabriel A. The mixed amphetamine salt extended release (Adderall XR, max-XR) as an adjunctive to SSRIs or SNRIs in the treatment of adult ADHD patients with comorbid partially responsive generalized anxiety: an open- label study. Atten Defic Hyperact Disord. 2010;2(2):87–92.
113. Biederman J, Mick E, Spencer T, Surman C, Faraone SV. Is response to OROS-methylphenidate treatment moderated by treatment with antidepressants or psychiatric comorbidity? A secondary analysis from a large randomized double blind study of adults with ADHD. CNS Neurosci Ther. 2012;18(2):126–32.
114. Huang H, Huang H, Spottswood M, Ghaemi N. Approach to Evaluating and Managing Adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Primary Care. Harv Rev Psychiatry. Mart 2020;28(2):100-6.
115. Volkow ND, Swanson JM. Clinical practice: adult attention deficit-hyperactivity disorder. N Engl J Med 2013;369: 1935–44.
116. Verbeeck W, Bekkering GE, Van den Noortgate W, Kramers C. Bupropion for attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adults. Cochrane Database Syst Rev 2017;10:Cd009504.
117. Safren SA, Otto MW, Sprich S, Winett CL, Wilens TE, Biederman J. Cognitive-behavioral therapy for ADHD in medication-treated adults with continued symptoms. Behav Res Ther. 2005 Jul;43(7):831-42. doi: 10.1016/j.brat.2004.07.001. PMID: 15896281.
118. Safren SA, Sprich S, Mimiaga MJ, Surman C, Knouse L, Groves M, Otto MW. Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms: a randomized

controlled trial. JAMA. 2010 Aug 25;304(8):875-80. doi: 10.1001/jama.2010.1192. PMID: 20736471; PMCID: PMC3641654.
119. Philipsen A. Psychotherapy in adult attention deficit hyperactivity disorder: implications for treatment and research. Expert Rev Neurother. 2012 Oct;12(10):1217-25. doi: 10.1586/ern.12.91. PMID: 23082738.
120. Bramham J, Young S, Bickerdike A, Spain D, McCartan D, Xenitidis K. Evaluation of group cognitive behavioral therapy for adults with ADHD. J Atten Disord 2009;12:434–41.
121. Attention deficit hyperactivity disorder: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2019 Sep. PMID: 29634174.
122. Higgs, S., Spetter, M.S., Thomas, J.M., Rotshtein, P., Lee, M., Hallschmid, M. et al. (2017) Interactions between metabolic, reward and cognitive processes in appetite control: impli- cations for novel weight management therapies. Journal of Psychopharmacology, 31(11), 1460–1474.
123. Bishop SR, Lau M, Shapiro S, et al. (2004) Mindfulness: a proposed operational definition. Clin Psych Sci Pract 11, 230–241.
124. Miller CK, Kristeller JL, Headings A, Nagaraja H. Comparison of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a randomized controlled trial. Health Educ Behav. 2014 Apr;41(2):145-54. doi: 10.1177/1090198113493092. Epub 2013 Jul 12. PMID: 23855018; PMCID: PMC4217158.
125. Kristeller JL, Wolever RQ. Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: the conceptual foundation. Eat Disord. 2011 Jan-Feb;19(1):49-61. doi: 10.1080/10640266.2011.533605. PMID: 21181579.
126. O'Reilly GA, Cook L, Spruijt-Metz D, et al. (2014) Mindfulness- based interventions for obesity-related eating behaviours: a literature review. Obes Rev 15, 453–461.
127. Godsey J (2013) The role of mindfulness based interventions in the treatment of obesity and eating disorders: an integrative review. Complement Ther Med 21, 430–439.
128. Olson KL & Emery CF (2015) Mindfulness and weight loss: a systematic review. Psychosom Med 77, 59–67.
129. Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, et al. (2014) Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. Eat Behav 15, 197–204.
130. Tronieri, J. S., Wadden, T. A., Chao, A. M., & Tsai, A. G. (2019). Primary care interventions for obesity: Review of the evidence. Current Obesity Reports, 8(2), 128–136. https://doi.org/10.1007/ s13679-019-00341-5.
131. Morillo-Sarto H, López-Del-Hoyo Y, Pérez-Aranda A, Modrego-Alarcón M, Barceló-Soler A, Borao L, Puebla-Guedea M, Demarzo M, García-Campayo J, Montero-Marin J. "Mindful eating" for reducing emotional eating in patients with overweight or obesity in primary care settings: A randomized controlled trial. Eur Eat Disord Rev. 2023 Mar;31(2):303-319. doi: 10.1002/erv.2958. Epub 2022 Nov 17. PMID: 36397211; PMCID: PMC10100015.
132. van Strien, T. (2018). Causes of emotional eating and matched treatment of obesity. Current Diabetes Reports, 18(6), 35. https://doi.org/10.1007/S11892-018-1000-X.

133. Stojek, M. M. K., Tanofsky-Kraff, M., Shomaker, L. B., Kelly, N. R., Thompson, K. A., Mehari, R. D., Marwitz, S. E., Demidowich, A. P., Galescu, O. A., Brady, S. M., Yanovski, S. Z., & Yanovski, J. A. (2017). Associations of adolescent emotional and loss of control eating with 1-year changes in disordered eating, weight, and adiposity. International Jour- nal of Eating Disorders, 50(5), 551–560. https://doi.org/10. 1002/eat.22636.
134. Warren, J. M., Smith, N., & Ashwell, M. (2017). A structured literature review on the role of mindfulness, mindful eating and intuitive eating in changing eating behaviours: Effective- ness and associated potential mechanisms. Nutrition Research Reviews, 30(2), 272–283. https://doi.org/10.1017/S0954422 417000154.
135. Kristeller, J. L., & Wolever, R. Q. (2011). Mindfulness-based eating awareness training for treating binge eating disorder: The conceptual foundation. Eating Disorders, 19(1), 49–61. https:// doi.org/10.1080/10640266.2011.533605.
136. Mason AE, Epel ES, Aschbacher K, Lustig RH, Acree M, Kristeller J, Cohn M, Dallman M, Moran PJ, Bacchetti P, Laraia B, Hecht FM, Daubenmier J. Reduced reward-driven eating accounts for the impact of a mindfulness-based diet and exercise intervention on weight loss: Data from the SHINE randomized controlled trial. Appetite. 2016 May 1;100:86-93. doi: 10.1016/j.appet.2016.02.009. Epub 2016 Feb 8. PMID: 26867697; PMCID: PMC4799744.
137. Miller CK, Kristeller JL, Headings A, Nagaraja H, Miser WF. Comparative effectiveness of a mindful eating intervention to a diabetes self-management intervention among adults with type 2 diabetes: a pilot study. J Acad Nutr Diet. 2012 Nov;112(11):1835-42. doi: 10.1016/j.jand.2012.07.036. PMID: 23102183; PMCID: PMC3485681.
138. Bosanac P, Kurlender S, Stojanovska L, et al. Neuro-psychological study of underweight and "weight-recovered" anorexia nervosa compared with bulimia nervosa and normal controls. Int J Eat Disord. 2007; 40(7):613–21. [PubMed: 17607697].
139. Cortese S, Isnard P, Frelut ML, et al. Association between symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder and bulimic behaviors in a clinical sample of severely obese adolescents. Int J Obes (Lond). 2007; 31(2):340–6.
140. Silvetti M, Wiersema JR, Sonuga-Barke E, Verguts T. Deficient reinforcement learning in medial frontal cortex as a model of dopamine-related motivational deficits in ADHD. Neural Netw. 2013; 46:199–209.
141. Volkow ND, Wang GJ, Fowler JS, et al. "Nonhedonic" food motivation in humans involves dopamine in the dorsal striatum and methylphenidate amplifies this effect. Synapse. 2002; 44(3): 175–80.
142. Gearhardt AN, Boswell RG, White MA. The association of "food addiction" with disordered eating and body mass index. Eat Behav. 2014; 15(3):427–33.
143. Ptacek R, Kuzelova H, Stefano GB, Raboch J, Sadkova T, Goetz M, Kream RM. Disruptive patterns of eating behaviors and associated lifestyles in males with ADHD. Med Sci Monit. 2014 Apr 14;20:608-13. doi: 10.12659/MSM.890495. PMID: 24727744; PMCID: PMC3999164.
144. Schienle A, Schafer A, Hermann A, Vaitl D. Binge-eating disorder: reward sensitivity and brain activation to images of food. Biol Psychiatry. 2009; 65(8):654–61.

145. Bledsoe JC, Semrud-Clikeman M, Pliszka SR. Anterior cingulate cortex and symptom severity in attention-deficit/hyperactivity disorder. J Abnorm Psychol. 2013; 122(2):558–65.
146. Marsh R, Steinglass JE, Gerber AJ, et al. Deficient activity in the neural systems that mediate self- regulatory control in bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 2009; 66(1):51–63.
147. Marsh R, Horga G, Wang Z, Wang P, Klahr KW, Berner LA, Walsh BT, Peterson BS. An FMRI study of self-regulatory control and conflict resolution in adolescents with bulimia nervosa. Am J Psychiatry. 2011 Nov;168(11):1210-20. doi: 10.1176/appi.ajp.2011.11010094. Epub 2011 Jun 15. PMID: 21676991; PMCID: PMC3328859.
148. Kim-Cohen J. Resilience and developmental psychopathology. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2007;16:271-83.
149. Zvizdic S: Social support and resilience in children and ado- lescents. Sarajevo: Faculty of Philosophy in Sarajevo, 2015.
150. Deborah JC: Development and validation of a college resilience questionnaire. ETD collection for University of Nebraska – Lincoln, 2001.
151. Luthar SS, Cicchetti D. The construct of resilience: implications for interventions and social policies. Dev Psychopathol. 2000 Autumn;12(4):857-85. doi: 10.1017/s0954579400004156. PMID: 11202047; PMCID: PMC1903337.
152. American Psychological Association. (2014). The road to resilience.
153. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. Development and Psychopathology. 1990;2(4):425-444. doi:10.1017/S0954579400005812.
154. Jakšic N et al: The role of personality traits in post- traumatic stress disorder (PTSD). Psychiatr Danub 2012; 24:256-66.
155. Rutter M. Resilience as a dynamic concept. Dev Psychopathol. 2012;24:335-44.
156. Rutter M. Psychosocial resilience and protective mechanisms. Am J Orthopsychiatry. 1987;57:316-31.
157. Reivich K, Shatte A. The resilience factor: 7 essential skills for overcoming life's inevitable obstacles. New York: Broadway Books; 2002.
158. Regalla MAR, Segenreich D, Guilherme PR, Mattos P. Resilience levels among adolescents with ADHD using quantitative measures in a family-design study. Trends Psychiatry Psychother. 2019 Jun 19;41(3):262-267. doi: 10.1590/2237-6089-2018-0068. PMID: 31241684.
159. Topczewski A. Attention deficit and hyperactivity disorder: a therapeutic option. Einstein (Sao Paulo). 2014 Sep;12(3):310-3. doi: 10.1590/s1679-45082014ao2925. PMID: 25295451; PMCID: PMC4872941.
160. Modesto-Lowe V, Yelunina L, Hanjan K. Attention-deficit/ hyperactivity disorder: a shift toward resilience? Clin Pediatr (Phila). 2011;50:518-24.
161. Dvorsky MR, Langberg JM. A Review of Factors that Promote Resilience in Youth with ADHD and ADHD Symptoms. Clin Child Fam Psychol Rev. 2016 Dec;19(4):368-391. doi: 10.1007/s10567-016-0216-z. PMID: 27747466.
162. Hai, T., & Climie, E. A. (2021). Positive child personality fac- tors in children with ADHD. Journal of Attention Disorders, 26(3), 476–486. https://doi.org/10.1177/1087054721997562.
163. Dvorsky MR, Langberg JM, Evans SW, Becker SP. The Protective Effects of Social Factors on the Academic Functioning of Adolescents With ADHD. J Clin

Child Adolesc Psychol. 2018 Sep-Oct;47(5):713-726. doi: 10.1080/15374416.2016.1138406. Epub 2016 Mar 8. PMID: 26954373; PMCID: PMC6135242.
164. MacDonald G, Leary MR. Individual differences in self-esteem. In: Leary MR, Tangney JP, editors. Handbook of Self and Identity. 2nd ed. New York: Guilford Press; 2012:354–377.
165. Orth, Ulrich, and Richard W. Robins. "The development of self-esteem." Current directions in psychological science 23.5 (2014): 381-387.
166. Deci EL, Ryan RM. Human autonomy. The basis for true self-esteem. In: Kernis MH, editor. Efficacy, Agency, and Self-Esteem. New York: Plenum Press; 1995:31–49.
167. Greenberg J, Pyszczynski T, Solomon S. The causes and consequences of a need for self-esteem: a terror manangement theory. In: Baumeister RF, editor. Public Self and Private Self. New York: Springer Verlag; 1986:189–212.
168. Pyszczynski T, Greenberg J, Solomon S, Arndt J, Schimel J. Why do people need self-esteem? A theoretical and empirical review. Psychol Bull. 2004;130:435–468. doi:10.1037/0033-2909.130.3.435.
169. Leary MR, Baumeister RF. The nature and function of self-esteem: sociometer theory. In: Zanna MP, editor. Advances in Experimental Social Psychology. San Diego, CA: Academic Press; 2000:1–62.
170. Leary MR, Downs DL. Interpersonal functions of the self-esteem motive: the self-esteem system as a sociometer. In: Kernis MH, editor. Efficacy, Agency, and Self-Esteem. New York: Plenum Press; 1995:123–144.
171. Pedersen AB, Edvardsen BV, Messina SM, Volden MR, Weyandt LL, Lundervold AJ. Self-Esteem in Adults With ADHD Using the Rosenberg Self-Esteem Scale: A Systematic Review. J Atten Disord. 2024 May;28(7):1124-1138. doi: 10.1177/10870547241237245. Epub 2024 Mar 16. PMID: 38491855; PMCID: PMC11016209.
172. Kooij, J. J. S., Bijlenga, D., Salerno, L., Jaeschke, R., Bitter, I., Balázs, J., Thome, J., Dom, G., Kasper, S., Nunes Filipe, C., Stes, S., Mohr, P., Leppämäki, S., Casas, M., Bobes, J., McCarthy, J. M., Richarte, V., Kjems Philipsen, A., Pehlivanidis, A., & . . . Asherson, P. (2019). Updated European Consensus Statement on diagnosis and treatment of adult ADHD. European Psychiatry, 56, 14–34. https://doi. org/10.1016/j.eurpsy.2018.11.001.
173. Çelebi, F., & Ünal, D. (2021). Self esteem and clinical features in a clinical sample of children with ADHD and social anxi- ety disorder. Nordic Journal of Psychiatry, 75(4), 286–291. https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1850857.
174. Cook J, Knight E, Hume I, Qureshi A. The self-esteem of adults diagnosed with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a systematic review of the literature. Atten Defic Hyperact Disord. 2014 Dec;6(4):249-68. doi: 10.1007/s12402-014-0133-2. Epub 2014 Mar 26. PMID: 24668198.
175. Young, S. & Bramham, J. (2007). ADHD in Adults: A Psychological Guide to Practice.
176. Danckaerts, M., Sonuga-Barke, E. J., Banaschewski, T., Buitelaar, J., Dopfner, M., Hollis, C., & Coghill, D. (2010). The qual- ity of life of children with attention deficit/hyperactivity dis- order: A systematic review. European Child & Adolescent Psychiatry, 19, 83-105.

177. Coghill D, Danckaerts M, Sonuga-Barke E, Sergeant J; ADHD European Guidelines Group. Practitioner review: Quality of life in child mental health--conceptual challenges and practical choices. J Child Psychol Psychiatry. 2009 May;50(5):544-61. doi: 10.1111/j.1469-7610.2009.02008.x. PMID: 19432681.
178. Klassen, A. F., Miller, A., & Fine, S. (2004). Health-related qual- ity of life in children and adolescents who have a diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics, 114, e541-e547.
179. Coghill D. The impact of medications on quality of life in attention-deficit hyperactivity disorder: a systematic review. CNS Drugs. 2010 Oct;24(10):843-66. doi: 10.2165/11537450-000000000-00000. PMID: 20839896.
180. Hodgkins, P., Arnold, L. E., Shaw, M., Caci, H., Kahle, J., Woods, A. G., & Young, S. (2011). A systematic review of global publication trends regarding long-term outcomes of ADHD. Frontiers in Psychiatry, 2, 84.
181. Mrug, S., Molina, B. S., Hoza, B., Gerdes, A. C., Hinshaw, S. P., Hechtman, L., & Arnold, L. E. (2012). Peer rejection and friendships in children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Contributions to long-term outcomes. Journal of Abnormal Child Psychology, 40, 1013-1026.
182. Asherson P, Akehurst R, Kooij JJ, Huss M, Beusterien K, Sasané R, Gholizadeh S, Hodgkins P. Under diagnosis of adult ADHD: cultural influences and societal burden. J Atten Disord. 2012 Jul;16(5 Suppl):20S-38S. doi: 10.1177/1087054711435360. Epub 2012 Feb 29. PMID: 22377849.
183. Hosain, G. M., Berenson, A. B., Tennen, H., Bauer, L. O., & Wu, Z. H. (2012). Attention deficit hyperactivity symptoms and risky sexual behavior in young adult women. Journal of Women's Health, 21, 463-468.
184. Wilson, J. M., & Marcotte, A. C. (1996). Psychosocial adjustment and educational outcome in adolescents with a childhood diagnosis of attention deficit disorder. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 35, 579-587.
185. DuPaul, G. J., McGoey, K. E., Eckert, T. L., & VanBrakle, J. (2001). Preschool children with attention-deficit/hyperactiv- ity disorder: Impairments in behavioral, social, and school functioning. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 40, 508-515.
186. Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2006). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: A meta-analy- sis of follow-up studies. Psychological Medicine, 36, 159-165.
187. Biederman J, Mick E, Faraone SV. Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. Am J Psychiatry. 2000 May;157(5):816-8. doi: 10.1176/appi.ajp.157.5.816. PMID: 10784477.
188. Öztürk, M. (2011). Çocuk ihmal ve istismarı. M. Öztürk (Edt.). Çocuk Hakları Açısından Çocuk İhmal ve İstismarı. İstanbul: Çocuk Vakfı Yayınları.
189. International Journal of Psychology and Counselling. (2020). Classification of posttraumatic stress disorder and its evolution in Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) criteria. International Journal of Psychology and Counselling, 12(4), 105-108. (DOI: 10.5897/IJPC2020.0597).
190. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2001.

191. Runyan D., Wattam C., Ikeda R., Hassan F. & Ramiro L. (2002). Child Abuse And Neglect By Parents and Other Caregivers. World Health Organization, 59-86.
192. Güneri Yöyen, E. (2017). Childhood trauma and self-respect. International Journal of Social Sciences and Education Research, 3(1), 267-282. https://doi.org/10.24289/ijsser.274033.
193. Lamont, A. (2010). Effects of child abuse and neglect for children and adolescents. Australian Institute of Family Studies, 1-7.
194. Koenen KC, Roberts AL, Stone DM, Dunn EC. The epidemiol- ogy of early childhood trauma. In: Lanius R, Vermetten E, Pain C, editors. The impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic. Cambridge: Cambridge University Press; 2010. p. 13–24.
195. Mulvihill D. The health impact of childhood trauma: an interdis- ciplinary review, 1997–2003. Comprehen Child Adoles Nursing. 2005;28:115–36.
196. McKay MT, Cannon M, Chambers D, Conroy RM, Coughlan H, Dodd P, Healy C, O'Donnell L, Clarke MC. Childhood trauma and adult mental disorder: A systematic review and meta-analysis of longitudinal cohort studies. Acta Psychiatr Scand. 2021 Mar;143(3):189-205. doi: 10.1111/acps.13268. Epub 2021 Jan 18. PMID: 33315268.
197. Copeland WE, Shanahan L, Hinesley J, Chan RF, Aberg KA, Fairbank JA, et al. Association of childhood trauma exposure with adult psychiatric disorders and functional outcomes. JAMA Netw Open. 2018;1:e184493.
198. Bentley T, Widom CS. A 30-year follow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. Obesity. 2009;17:1900–5.
199. Godoy LC, Frankfurter C, Cooper M, Lay C, Maunder R, Farkouh ME. Association of adverse childhood experiences with cardiovascu- lar disease later in life: a review. JAMA Cardiology. 2021;6:228–35.
200. Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: system- atic review and meta-analysis. Mol Psychiatry. 2014;19:544–54.
201. Miklosi, M., Mate, O., & Balazs, T. (2020). Developmental Psychopathology Perspective of Attention Defi cit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Neu-ropsychopharmacologia Hungarica, 22(3), 112–120.
202. Garber, J., & Bradshaw, C. P. (2020). Developmental psychopathology and the research domain criteria: Friend or foe? Journal of Clinical Child & Ado- lescent Psychology, 49(3), 341–352.
203. McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) III: Associations with functional impairment related to DSM-IV disorders. Psychological Medicine, 40(5), 847–859.
204. Fox, S. E., Levitt, P., & Nelson, C. A., III (2010). How the timing and quality of early experiences influence the development of brain architecture. Child Development, 81(1), 28–40.
205. Walker, C. S., Walker, B. H., Brown, D. C., Buttross, S., & Sarver, D. E. (2020). Defining the role of exposure to ACEs in ADHD: examina- tion in a national sample of US children. Child Abuse & Neglect, 112, 104884.

206. McLanahan S, Tach L, Schneider D. The Causal Effects of Father Absence. Annu Rev Sociol. 2013 Jul;39:399-427. doi: 10.1146/annurev-soc-071312-145704. PMID: 24489431; PMCID: PMC3904543.
207. Mäntymaa, M., Puura, K., Luoma, I., Latva, R., Salmelin, R. K., & Tamminen, T. (2012). Predicting internalizing and externalizing problems at five years by child and parental factors in infancy and toddlerhood. Child Psychiatry & Human Development, 43(2), 153–170.
208. Brown SL. Marriage and Child Well-Being: Research and Policy Perspectives. J Marriage Fam. 2010 Oct 1;72(5):1059-1077. doi: 10.1111/j.1741-3737.2010.00750.x. PMID: 21566730; PMCID: PMC3091824.
209. Amato, P. R., & Anthony, C. J. (2014). Estimating the effects of parental divorce and death with fixed effects models. Journal of Marriage and Fam- ily, 76(2), 370–386.
210. Duriancik, D. M., & Goff, C. R. (2019). Children of single-parent households are at a higher risk of obesity: A systematic review. Journal of Child Health Care, 23(3), 358–369.
211. Msall, M. E., Bier, J.-A., LaGasse, L., Tremont, M., & Lester, B. (1998). The vulnerable preschool child: The impact of biomedical and social risks on neurodevelopmental function. Seminars in Pediatric Neurology, 5(1), 52– 61.
212. Law, E. C., Sideridis, G. D., Prock, L. A., & Sheridan, M. A. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder in young children: Predictors of diagnostic stability. Pediatrics, 133(4), 659–667.
213. Machlin, L., McLaughlin, K. A., & Sheridan, M. A. (2020). Brain structure mediates the association between socioeconomic status and attention-deficit/hyperactivity disorder. Developmental Science, 23(1), e12844.
214. Schermerhorn, A. C., D'onofrio, B. M., Slutske, W. S., Emery, R. E., Turkheimer, E., Harden, K. P., Heath, A. C., Martin, N. G. (2012). Offspring ADHD as a risk factor for parental marital problems: Controls for genetic and environmental confounds. Twin Research and Human Genetics, 15(6), 700–713.
215. Wymbs, B. T., Pelham, W. E., Jr., Molina, B. S., Gnagy, E. M., Wilson, T. K., & Greenhouse, J. B. (2008). Rate and predictors of divorce among parents of youths with ADHD. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76(5), 735–744.
216. Craig, F., Operto, F. F., De Giacomo, A., Margari, L., Frolli, A., Conson, M., Ivagnes, S., Monaco, M., Margari, F. (2016). Parenting stress among par- ents of children with neurodevelopmental disorders. Psychiatry Research, 242, 121–129.
217. Vidair, H. B., Reyes, J. A., Shen, S., Parrilla-Escobar, M. A., Heleniak, C. M., Hollin, I. L., ..., Rynn, M. A. (2011). Screening parents during child evaluations: Exploring parent and child psychopathology in the same clinic. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 50(5), 441–450.
218. Duan, C., Hare, M. M., Staring, M., & Deligiannidis, K. M. (2019). Examining the relationship between perinatal depression and neurodevelopment in infants and children through structural and functional neuroimaging research. International Review of Psychiatry, 31(3), 264–279.
219. Chad-Friedman, E., Botdorf, M., Riggins, T., & Dougherty, L. R. (2020). Early childhood cumulative risk is associated with decreased global brain mea- sures, cortical thickness, and cognitive functioning in school-age chil- dren. Developmental Psychobiology. 63(2), 192–205.

220. Rubia, K. (2018). Cognitive neuroscience of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and its clinical translation. Frontiers in Human Neuro- science, 12, 100.
221. Jackowski, A. P., Douglas-Palumberi, H., Jackowski, M., Win, L., Schultz, R. T., Staib, L. W., Krystal, J. H., Kaufman, J. (2008). Corpus callosum in mal- treated children with posttraumatic stress disorder: A diffusion tensor imaging study. Psychiatry Research: Neuroimaging, 162(3), 256–261.
222. McCarthy-Jones S, Oestreich LKL, Lyall AE, Kikinis Z, Newell DT, Savadjiev P, Shenton ME, Kubicki M, Pasternak O, Whitford TJ; Australian Schizophrenia Research Bank. Childhood adversity associated with white matter alteration in the corpus callosum, corona radiata, and uncinate fasciculus of psychiatrically healthy adults. Brain Imaging Behav. 2018 Apr;12(2):449-458. doi: 10.1007/s11682-017-9703-1. PMID: 28341872; PMCID: PMC6310006.
223. Hare MM, Dick AS, Graziano PA. Adverse childhood experiences predict neurite density differences in young children with and without attention deficit hyperactivity disorder. Dev Psychobiol. 2022 Jan;64(1):e22234. doi: 10.1002/dev.22234. PMID: 35050509; PMCID: PMC8827844.
224. Elbir M, Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Topak O, Çetin Ş, vd. DSM-5 Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin Klinisyen Versiyonunun Türkçeye Uyarlanması ve Güvenilirlik Çalışması 2 Adaptation and Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-5-Disorders-Clinician Version (SCID-5/CV) to the Turkish Language. Turk Psikiyatri Derg Turk J Psychiatry. 01 Nisan 2019;30.
225. Doğan S, Öncü B, Varol-Saraçoğlu G, Küçükgöncü S. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. Anatol J Psychiatry.
226. Haluk Ö. Hamilton depresyon derecelendirme ölçeği (HDDÖ)'nin geçerliliği-güvenirliliği ve klinikte kullanımı. C. 4. 1996. s. 251-9.
227. Tamam L, Güleç H, Karataş G. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması. Nöro Psikiyatri Arş. 05 Haziran 2013;50(2):130-4.
228. Tonga Z. Ergen Öznel İyi Oluşu İle Benlik Saygısı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Int J Soc Humanit Sci Res JSHSR. 01 Ocak 2017;4(12):1214-21.
229. Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. Turk Klin J Med Sci. 2012;32(4):1054-63.
230. Kose G, Tayfur M, Birincioglu I, Donmez A. Adaptation Study of the Mindful Eating Questiionnare (MEQ) into Turkish. J Cogn-Behav Psychother Res. 2017;1.
231. Basım, H. N., and Fatih Çetin. "Yetişkinler için psikolojik dayanıklılık ölçeğinin güvenilirlik ve geçerlilik çalışması." Türk Psikiyatri Dergisi 22.2 (2011): 104-114.232.Faraone, Stephen V., and Joseph Biederman. "What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults." Journal of attention disorders 9.2 (2005): 384-391.
233. Willcutt EG. The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. Neurotherapeutics. 2012 Jul;9(3):490-9. doi: 10.1007/s13311-012-0135-8. PMID: 22976615; PMCID: PMC3441936.

234. Özdemiroğlu Alyanak F, Yargıç İ, Oflaz S. Genel Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ve Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğuna Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Bozukluklar. Nöro Psikiyatri Arşivi. 2011 Sep;48(3):1-1.
235. Eakin L, Minde K, Hechtman L, Ochs E, Krane E, Bouffard R, Greenfield B, Looper K. The marital and family functioning of adults with ADHD and their spouses. J Atten Disord. 2004 Aug;8(1):1-10. doi: 10.1177/108705470400800101. PMID: 15669597.
236. Kooij, J. J. Sandra. Adult ADHD : Diagnostic Assessment and Treatment. Third edition. London: Springer, 2013. Print.
237. Van Veen, Maaike M., et al. "Delayed circadian rhythm in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder and chronic sleep-onset insomnia." Biological psychiatry 67.11 (2010): 1091-1096.
238. Kooij, JJ Sandra, et al. "The effect of stimulants on nocturnal motor activity and sleep quality in adults with ADHD: an open-label case-control study." Journal of Clinical Psychiatry 62.12 (2001): 952-956.
239. Levin, Rivka L., and Jennine S. Rawana. "Attention-deficit/hyperactivity disorder and eating disorders across the lifespan: a systematic review of the literature." Clinical psychology review 50 (2016): 22-36.
240. Cortese S, Faraone SV, Bernardi S, Wang S, Blanco C. Adult attention- deficit hyperactivity disorder and obesity: epidemiological study. Br J Psychiatry. 2013;203(1):24–34.
241. Biederman J, Faraone SV, Spencer T, Wilens T, Norman D, Lapey KA, Mick E, Lehman BK, Doyle A. Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry. 1993 Dec;150(12):1792-8. doi: 10.1176/ajp.150.12.1792. PMID: 8238632.
242. Kristiansen CB, Shanmuganathan JW, Gustafsson LN, Løkke KP, Munk-Jørgensen P. Increasing incidence and diagnostic instability in adult attention-deficit hyperactivity disorder nationwide between 1995 and 2012. Atten Defic Hyperact Disord. 2015 Jun;7(2):151-6. doi: 10.1007/s12402-014-0155-9. Epub 2014 Oct 11. PMID: 25304687.
243. Faraone SV, Asherson P, Banaschewski T, Biederman J, Buitelaar JK, Ramos-Quiroga JA, Rohde LA, Sonuga-Barke EJ, Tannock R, Franke B. Attention-deficit/hyperactivity disorder. Nat Rev Dis Primers. 2015 Aug 6;1:15020. doi: 10.1038/nrdp.2015.20. PMID: 27189265.
244. Jerome L, Segal A, Habinski L. What we know about ADHD and driving risk: a literature review, meta-analysis and critique. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2006 Aug;15(3):105-25. PMID: 18392181; PMCID: PMC2277254.
245. Satterfield JH, Faller KJ, Crinella FM, Schell AM, Swanson JM, Homer LD. A 30-year prospective follow-up study of hyperactive boys with conduct problems: adult criminality. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 May;46(5):601-610. doi: 10.1097/chi.0b013e318033ff59. PMID: 17450051.
246. King, Jean A., Russell A. Barkley, and Susan Barrett. "Attention-deficit hyperactivity disorder and the stress response." Biological psychiatry 44.1 (1998): 72-74.

247. Kooij, JJ Sandra, et al. “Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults.” Psychological medicine 35.6 (2005): 817-827.
248. Rösler, Michael, et al. “Prevalence of attention deficit–/hyperactivity disorder (ADHD) and comorbid disorders in young male prison inmates.” European archives of psychiatry and clinical neuroscience 254 (2004): 365-371.
249. Lambert NM, Hartsough CS. Prospective study of tobacco smoking and substance dependencies among samples of ADHD and non-ADHD participants. J Learn Disabil. 1998 Nov-Dec;31(6):533-44. doi: 10.1177/002221949803100603. PMID: 9813951.
250. Bremner JD. Traumatic stress: effects on the brain. Dialogues Clin Neurosci. 2006;8(4):445-61. doi: 10.31887/DCNS.2006.8.4/jbremner. PMID: 17290802; PMCID: PMC3181836.
251. Charach A, Yeung E, Climans T, Lillie E. Childhood attention-deficit/hyperactivity disorder and future substance use disorders: comparative meta-analyses. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2011 Jan;50(1):9-21. doi: 10.1016/j.jaac.2010.09.019. Epub 2010 Dec 3. PMID: 21156266.
252. Solberg BS, Halmøy A, Engeland A, Igland J, Haavik J, Klungsøyr K. Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. Acta Psychiatr Scand. 2018 Mar;137(3):176-186. doi: 10.1111/acps.12845. Epub 2017 Dec 21. PMID: 29266167; PMCID: PMC5838558.
253. Faraone SV, Biederman J. What is the prevalence of adult ADHD? Results of a population screen of 966 adults. J Atten Disord. 2005 Nov;9(2):384-91. doi: 10.1177/1087054705281478. PMID: 16371661.
254. Faraone SV, Biederman J, Mick E. The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. Psychol Med. 2006 Feb;36(2):159-65. doi: 10.1017/S003329170500471X. PMID: 16420712.
255. Wilens TE, Biederman J, Faraone SV, Martelon M, Westerberg D, Spencer TJ. Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. J Clin Psychiatry. 2009 Nov;70(11):1557-62. doi: 10.4088/JCP.08m04785pur. PMID: 20031097; PMCID: PMC2948439.
256. Deberdt W, Thome J, Lebrec J, Kraemer S, Fregenal I, Ramos-Quiroga JA, Arif M. Prevalence of ADHD in nonpsychotic adult psychiatric care (ADPSYC): A multinational cross-sectional study in Europe. BMC Psychiatry. 2015 Oct 13;15:242. doi: 10.1186/s12888-015-0624-5. PMID: 26462666; PMCID: PMC4604704.
257. Staley, P. L., Robinson, L. R., Claussen, A. H., Katz, S. M., Danielson, M. L., Summers, A. D., Farr, S. L., Blumberg, S. J., & Tinker, S. C. (2023). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Diagnosis, Treatment, and Telehealth Utilization Among Adults — United States, 2023. Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR), 73(40).
258. Dinn, Wayne M., Nicole C. Robbins, and Catherine L. Harris. “Adult attention-deficit/hyperactivity disorder: neuropsychological correlates and clinical presentation.” Brain and cognition 46.1-2 (2001): 114-121.
259. Kaisari P, Dourish CT, Higgs S. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and disordered eating behaviour: A systematic review and a framework

for future research. Clin Psychol Rev. 2017 Apr;53:109-121. doi: 10.1016/j.cpr.2017.03.002. Epub 2017 Mar 6. PMID: 28334570.
260. Wolf LE, Wasserstein J. Adult ADHD. Concluding thoughts. Ann N Y Acad Sci. 2001 Jun;931:396-408. PMID: 11462756.
261. Shi M, Liu L, Sun X, Wang L. Associations between symptoms of attention-deficit/ hyperactivity disorder and life satisfaction in medical students: the mediating effect of resilience. BMC Med Educ. 2018 Jul 13;18(1):164. doi: 10.1186/s12909-018-1261-8. PMID: 30005708; PMCID: PMC6043958.
262. Harold GT, Leve LD, Barrett D, Elam K, Neiderhiser JM, Natsuaki MN, Thapar A (2013) Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental inter- face between nature and nurture. J Child Psychol Psychiatry 54(10):1038–1046. doi:10.1111/jcpp.12100.
263. Vrijsen JN, Tendolkar I, Onnink M, Hoogman M, Schene AH, Fernández G, vd. ADHD symptoms in healthy adults are associated with stressful life events and negative memory bias. ADHD Atten Deficit Hyperact Disord. Haziran 2018;10(2):151-60.
264. Preissner, C.E., Oenema, A. & de Vries, H. Examining socio-cognitive factors and beliefs about mindful eating in healthy adults with differing practice experience: a cross-sectional study. BMC Psychol 10, 268 (2022). https://doi.org/10.1186/s40359-022-00977-4.
265. Poissant, H., Moreno, A., Potvin, S., & Mendrek, A. (2020). A meta-analysis of mindfulness-based interventions in adults with attention-deficit hyperactivity disorder: Impact on ADHD symptoms, depression, and executive functioning. Mindfulness, 11(10), 2669-2681. (DOI: 10.1007/s12671-020-01458-8).
266. Strimas, R., Davis, C., Patte, K., Curtis, C., Reid, C., & McCool, C. (2008). Symptoms of atten- tion-deficit/hyperactivity disorder, overeating, and body mass index in men. Eating Behaviors, 9(4), 516–518.
267. Patte, K. A., Davis, C. A., Levitan, R. D., Kaplan, A. S., Carter-Major, J., & Kennedy, J. L. (2016). A behavioral genetic model of the mechanisms underlying the link between obesity and symptoms of ADHD. Journal of Attention Disorders. http://dx.doi.org/10.1177/ 1087054715618793.
268. Faraone SV, Bellgrove MA, Brikell I, Cortese S, Hartman CA, Hollis C, Newcorn JH, Philipsen A, Polanczyk GV, Rubia K, Sibley MH, Buitelaar JK. Attention-deficit/hyperactivity disorder. Nat Rev Dis Primers. 2024 Feb 22;10(1):11. doi: 10.1038/s41572-024-00495-0. Erratum in: Nat Rev Dis Primers. 2024 Apr 15;10(1):29. doi: 10.1038/s41572-024-00518-w. PMID: 38388701.
269. Yang R, Mao S, Zhang S, Li R, Zhao Z. Prevalence of obesity and overweight among Chinese children with attention deficit hyperactivity disorder: a survey in Zhejiang Province, China. BMC Psychiatry. 2013; 13(1):133–140.
270. Rivas-Vazquez RA, Diaz SG, Visser MM, Rivas-Vazquez AA. Adult ADHD: Underdiagnosis of a Treatable Condition. J Health Serv Psychol. Şubat 2023;49(1):11-9.
271. Sevinçer, Güzin Mukaddes, Numan Konuk, and Nazlı Batar. "Food addiction: association with attention-deficit/hyperactivity disorder and impulsivity." Psychiatry and Behavioral Sciences (2022).
272. Nazar BP, Bernardes C, Peachey G, Sergeant J, Mattos P, Treasure J. The risk of eating disorders comorbid with attention-deficit/hyperactivity disorder: A

systematic review and meta-analysis. Int J Eat Disord. 2016 Dec;49(12):1045-1057. doi: 10.1002/eat.22643. Epub 2016 Nov 15. PMID: 27859581.
273. Ptacek R, Stefano GB, Weissenberger S, Akotia D, Raboch J, Papezova H, Domkarova L, Stepankova T, Goetz M. Attention deficit hyperactivity disorder and disordered eating behaviors: links, risks, and challenges faced. Neuropsychiatr Dis Treat. 2016 Mar 3;12:571-9. doi: 10.2147/NDT.S68763. PMID: 27042070; PMCID: PMC4780667.
274. Cortese S, Moreira-Maia CR, St Fleur D, Morcillo-Peñalver C, Rohde LA, Faraone SV. Association Between ADHD and Obesity: A Systematic Review and Meta-Analysis. Am J Psychiatry. 2016 Jan;173(1):34-43. doi: 10.1176/appi.ajp.2015.15020266. Epub 2015 Aug 28. PMID: 26315982.
275. Wentz, Elisabet, et al. "Childhood onset neuropsychiatric disorders in adult eating disorder patients: a pilot study." European child & adolescent psychiatry 14 (2005): 431-437.
276. Biederman, Joseph, et al. "Examining the nature of the comorbidity between pediatric attention deficit/hyperactivity disorder and post-traumatic stress disorder." Acta Psychiatrica Scandinavica 128.1 (2013): 78-87.
277. Orth U, Erol RY, Luciano EC. Development of self-esteem from age 4 to 94 years: A meta-analysis of longitudinal studies. Psychol Bull. 2018 Oct;144(10):1045-1080. doi: 10.1037/bul0000161. Epub 2018 Jul 16. PMID: 30010349.
278. Harpin V, Mazzone L, Raynaud JP, Kahle J, Hodgkins P. Long-Term Outcomes of ADHD: A Systematic Review of Self-Esteem and Social Function. J Atten Disord. 2016 Apr;20(4):295-305. doi: 10.1177/1087054713486516. Epub 2013 May 22. PMID: 23698916.
279. Ramsay, J. R., & Rostain, A. L. (2016). Adult attention-deficit/hyperactivity disorder as an implementation problem: Clinical significance, underlying mechanisms, and psychosocial treatment. Practice Innovations, 1(1), 36–52.
280. Gjervan, B., Hjemdal, O., & Nordahl, H. M. (2016). Functional impairment mediates the relationship between adult ADHD inattentiveness and occupational outcome. Journal of Attention Disorders, 20(6), 510–518. https://doi.org/10.1177/ 1087054712474689.
281. Kazda, L., McGeechan, K., Bell, K., Thomas, R., & Barratt, A. (2022). Association of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder diagnosis with adolescent quality of life. JAMA Network Open, 5(10), e2236364. https://doi.org/10.1001/ jamanetworkopen.2022.36364.
282. Schiweck, C., Arteaga-Henriquez, G., Aichholzer, M., Edwin Thanarajah, S., Vargas-Cáceres, S., Matura, S., Grimm, O., Haavik, J., Kittel-Schneider, S., Ramos-Quiroga, J. A., Faraone, S. V., & Reif, A. (2021). Comorbidity of ADHD and adult bipolar disorder: A systematic review and meta-analy- sis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews, 124, 100–123. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.017.
283. Betancourt, J. L., Alderson, R. M., Roberts, D. K., & Bullard, C. C. (2024). Self-esteem in children and adolescents with and without attention-deficit/hyperactivity disorder: A meta- analytic review. Clinical Psychology Review, 108, 102394. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102394.
284. Richman, G., Hope, T., & Mihalas, S. (2010). Assessment and treatment of self-esteem in adolescents with ADHD. In M. H. Guindon (Ed.), Self-esteem across

the lifespan: Issues and interventions (pp. 111–123). Routledge/Taylor & Francis Group.
285. von Soest, T., Wagner, J., Hansen, T., & Gerstorf, D. (2018). Self-esteem across the second half of life: The role of socioeconomic status, physical health, social relationships, and personality factors. Journal of Personality and Social Psychology, 114(6), 945–958. https://doi.org/10.1037/pspp 0000123.
286. Byth, S., Frijters, P., & Beatton, T. (2022). The relationship between obesity and self-esteem: longitudinal evidence from Australian adults. Oxford Open Economics, 1.
287. Stein MB, Koverola C, Hanna C, Torchia MG, McClarty B (1997) Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. Psychol Med 27(4):951–959.
288. Sugaya L, Hasin DS, Olfson M, Lin KH, Grant BF, Blanco C (2012) Child physical abuse and adult mental health: a national study. J Trauma Stress 25(4):384–392. doi:10.1002/jts.21719.
289. Stevens SE, Sonuga-Barke EJ, Kreppner JM, Beckett C, Castle J, Colvert E, Rutter M (2008) Inattention/overactivity following early severe institutional deprivation: presentation and associa- tions in early adolescence. J Abnorm Child Psychol 36(3):385– 398. doi:10.1007/s10802-007-9185-5.
290. Franke B, Faraone SV, Asherson P, Buitelaar J, Bau CH, Ramos-Quiroga JA, Mick E, Grevet EH, Johansson S, Haavik J, Lesch KP, Cormand B, Reif A; International Multicentre persistent ADHD CollaboraTion. The genetics of attention deficit/hyperactivity disorder in adults, a review. Mol Psychiatry. 2012 Oct;17(10):960-87. doi: 10.1038/mp.2011.138. Epub 2011 Nov 22. PMID: 22105624; PMCID: PMC3449233.
291. Köse, Gizem, et al. "Yeme farkındalığı ölçeği'ni Türkçeye uyarlama çalışması." Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 3.1 (2016): 125-134.
292. Davis C, Curtis C, Levitan RD, Carter JC, Kaplan AS, Kennedy JL. Evidence that "food addiction" is a valid phenotype of obesity. Appetite 2011; 57:711-717.
293. Jasinska AJ, Yasuda M, Burant CF, Gregor N, Khatri S, Sweet M, Falk EB. Impulsivity and inhibitory control deficits are associated with unhealthy eating in young adults. Appetite. 2012 Dec;59(3):738-47. doi: 10.1016/j.appet.2012.08.001. Epub 2012 Aug 8. PMID: 22885454; PMCID: PMC3490037.
294. Lopes PN, Brackett MA, Nezlek JB, Schütz A, Sellin I, Salovey P. Emotional intelligence and social interaction. Pers Soc Psychol Bull. 2004 Aug;30(8):1018-34. doi: 10.1177/0146167204264762. PMID: 15257786.
295. Nigg JT, Johnstone JM, Musser ED, Long HG, Willoughby MT, Shannon J. Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and being overweight/obesity: New data and meta-analysis. Clin Psychol Rev. 2016 Feb;43:67-79. doi: 10.1016/j.cpr.2015.11.005. Epub 2015 Dec 2. PMID: 26780581; PMCID: PMC4800333.
296. Lilenfeld LR, Wonderlich S, Riso LP, Crosby R, Mitchell J. Eating disorders and personality: a methodological and empirical review. Clin Psychol Rev. 2006;26:299–320.
297. Chamberlain SR, Ioannidis K, Leppink EW, Niaz F, Redden SA, Grant JE. ADHD symptoms in non-treatment seeking young adults: relationship with other forms of impulsivity. CNS Spectr. 2017 Feb;22(1):22-30. doi:

10.1017/S1092852915000875. Epub 2016 Sep 29. PMID: 27680974; PMCID: PMC5330410.
298. Hofmann W, Adriaanse M, Vohs KD, Baumeister RF. Dieting and the self-control of eating in everyday environments: an experience sampling study. Br J Health Psychol. 2014 Sep;19(3):523-39. doi: 10.1111/bjhp.12053. Epub 2013 Jun 10. PMID: 23751109; PMCID: PMC3784634.
299. Rabito-Alcón, María F., Jose I. Baile, and Johan Vanderlinden. "Mediating factors between childhood traumatic experiences and eating disorders development: a systematic review." Children 8.2 (2021): 114.
300. Semiz, Ümit Başar, et al. "Childhood abuse and neglect in adult attention-deficit/hyperactivity disorder." Psychiatry and Clinical Psychopharmacology 27.4 (2017): 344-348.
301. Michopoulos V, Powers A, Moore C, Villarreal S, Ressler KJ, Bradley B. The mediating role of emotion dysregulation and depression on the relationship between childhood trauma exposure and emotional eating. Appetite. Ağustos 2015;91:129-36.
302. Chen, Chang, Paul L. Hewitt, and Gordon L. Flett. "Adverse childhood experiences and multidimensional perfectionism in young adults." Personality and Individual Differences 146 (2019): 53-57.
303. Molendijk ML, Hoek HW, Brewerton TD, Elzinga BM. Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. Psychol Med. 2017 Jun;47(8):1402-1416. doi: 10.1017/S0033291716003561. Epub 2017 Jan 19. PMID: 28100288.
304. Stieglitz, R.-D., Nyberg, E., & Hofecker-Fallahpour, M. (2011). ADHS im Erwachsenenalter. Göttingen, Germany: Hogrefe.
305. Philipsen, A., Richter, H., Peters, J., Alm, B., Sobanski, E., Colla, M., & Hesslinger, B. (2007). Structured group psychotherapy in adults with attention deficit hyperactivity disorder. Results of an open multicentre study. Journal of Nervous and Mental Disease, 195, 1013-1019.
306. Newark, P., & Stieglitz, R.-D. (2010). Therapy-relevant factors in adult ADHD from a cognitive behavioural perspective. Atten- tion Deficit and Hyperactivity Disorders, 2, 59-72.
307. Mavroveli S, Sanchez-Ruiz MJ. Trait emotional intelligence influ- ences on academic achievement, and school behaviour. Br J Educ Psychol. 2011;81(1):112–34. doi:10.1348/2044-8279.002009.
308. Barkley RA. Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment, 4th ed. New York, NY: Guilford Press; 2014.
309. Stein R. Measurement of ADHD outcomes: implications for the future. Ambul Pediatrics. 2007;7(1):140–43. doi:10.1016/j. ambp.2006.09.005.
310. Stein MA, Szumowski E, Blondis TA, Roizen NJ. Adaptive skills dysfunction in ADD and ADHD children. J Psychol Psychiatry. 1995;36(4):663–70. doi:10.1111/j.1469-7610.1995.tb02320.x.
311. McQuade JD, Hoza B. Peer problems in attention deficit hyper- activity disorder: current status and future directions. Dev Disabil Res Rev. 2008;14:320–24. doi:10.1002/ddrr.v14:4.
312. Brown M, Worrell C, Pariante CM. Inflammation and early life stress: an updated review of childhood trauma and inflammatory markers in adulthood. Pharmacol Biochem Behav. 2021;211: 173291.

313. de Bellis MD, Zisk A. The biological effects of childhood trauma. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2014;23:185–222.
314. McGaugh JL. The amygdala modulates the consolidation of memories of emotionally arousing experiences. Annu Rev Neurosci. 2004;27:1-28. doi: 10.1146/annurev.neuro.27.070203.144157. PMID: 15217324.
315. Vrijsen JN, van Amen CT, Koekkoek B, van Oostrom I, Schene AH, Tendolkar I (2017) Childhood trauma and negative memory bias as shared risk factors for psychopathology and comorbidity in a naturalistic psychiatric patient sample. Brain Behav 7(6):e00693. doi:10.1002/brb3.693.
316. Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and the emotional disorders. New York, NY: International Universities Press.
317. Nigg JT, John OP, Blaskey LG, Huang-Pollock C, Willcutt EG, Hinshaw SP, et al. Big five dimensions and ADHD symptoms: links between personality traits and clinical symptoms. J Pers Soc Psychol. 2002;83(2):451–69. https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.2.451.
318. Griffin SA, Samuel DB. A closer look at the lower-order structure of the personality inventory for DSM-5: comparison with the five-factor model. Personal Disord. 2014;5(4):406–12. https://doi.org/10.1037/per0000074.
319. De Fruyt F, De Clercq B, De Bolle M, Wille B, Markon K, Krueger RF. General and maladaptive traits in a five-factor framework for DSM-5 in a university student sample. Assessment. 2013;20(3):295–307. https://doi.org/10.1177/1073191113475808.
320. McCrae RR, Costa PT Jr. NEO inventories, Professional Manual: PAR; 2010.
321. Widiger TA. The Oxford handbook of the five factor model; 2017.
322. Lahey BB. Public health significance of neuroticism. Am Psychol. 2009;64(4): 241–56. https://doi.org/10.1037/a0015309.
323. Faraone SV, Biederman J, Feighner JA, Monuteaux MC. 2000. Assessing symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children and adults: which is more valid? J Consult Clin Psychol 68:830–842.
324. Boomsma, Dorret I., et al. "Genetic epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD index) in adults." PloS one 5.5 (2010): e10621.
325. Margari, Francesco, et al. "Parents psychopathology of children with attention deficit hyperactivity disorder." Research in developmental disabilities 34.3 (2013): 1036-1043.
326. Humphreys, K. L., Mehta, N., & Lee, S. S. (2012). Association of parental ADHD and depression with externalizing and internalizing dimensions of child psychopathology. Journal of Attention Disorders, 16(4), 267–275.
327. Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Review and recommendations for future research. Clinical Child and Family Psychology Review, 4(3), 183–207.
328. Ellis, B., & Nigg, J. (2009). Parenting practices and attention-deficit/hyperactivity disorder: New findings suggest partial specificity of effects. Journal of American Academy of Child Adolescent Psychiatry, 48, 146–154.
329. Chronis AM, Jones HA, Raggi VL. Evidence-based psychosocial treatments for children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. Clin Psychol Rev. 2006 Aug;26(4):486-502. doi: 10.1016/j.cpr.2006.01.002. Epub 2006 Feb 17. PMID: 16483703.

330. Brod M, Pohlman B, Lasser R, Hodgkins P. 2012. Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. Health Qual Life Outcomes 10:47. DOI: 10.1186/1477-7525-10-47.
331. Retz W, Stieglitz RD, Corbisiero S, Retz-Junginger P, Rösler M. Emotional dysregulation in adult ADHD: What is the empirical evidence? Expert Rev Neurother. 2012 Oct;12(10):1241-51. doi: 10.1586/ern.12.109. PMID: 23082740.
332. Klein RG, Mannuzza S, Olazagasti MAR, Roizen E, Hutchison JA, Lashua EC, et al. 2012. Clinical and functional outcome of child- hood attention-deficit/hyperactivity disorder 33 years later. Arch Gen Psychiatry 69:1295–1303.
333. Tuckman, A. (2007). Integrative treatment for adult ADHD: Practical easy-to-use guide for clinicians. New Harbinger Publications.
334. Biederman J, Newcom J, Sprich S. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety and other disorders. Am J Psychiatry 1991;148:564–77.
335. Monuteaux MC, Faraone SV, Michelle Gross L, Biederman J. Predictors, clinical characteristics, and outcome of conduct disorder in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder: a longitudinal study. Psychol Med. 2007 Dec;37(12):1731-41. doi: 10.1017/S0033291707000529. Epub 2007 Apr 24. PMID: 17451627.
336. Tercyak KP, Lerman C, Audrain J. Association of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms with levels of cigarette smoking in a community sample of adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2002 Jul;41(7):799-805. doi: 10.1097/00004583-200207000-00011. PMID: 12108804.
337. Michielsen M, Comijs HC, Semeijn EJ, Beekman AT, Deeg DJ, Kooij JJ. Attention deficit hyperactivity disorder and personality characteristics in older adults in the general Dutch population. Am J Geriatr Psychiatry. 2014 Dec;22(12):1623-32. doi: 10.1016/j.jagp.2014.02.005. Epub 2014 Feb 25. PMID: 24656507.
338. Halleröd, S. L. H., Anckarsäter, H., Råstam, M., & Hansson Scherman, M. (2015). Experienced consequences of being diagnosed with ADHD as an adult: A qualitative study. BMC Psychiatry, 15, 31. https://doi.org/10.1186/s12888-015-0410-4.
339. Kenar, Ayşe Nur İnci, and Hasan Herken. "Erişkinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu." Turkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics 1.1 (2015): 39-45.
340. Treuer T, Chan KLP, Kim BN, Kunjithapatham G, Wynchank D, Semerci B, Montgomery W, Novick D, Dueñas H. Lost in transition: A review of the unmet need of patients with attention deficit/hyperactivity disorder transitioning to adulthood. Asia Pac Psychiatry. 2017 Jun;9(2). doi: 10.1111/appy.12254. Epub 2016 Aug 23. PMID: 27552649.
341. Barkley, Russell A., and Thomas E. Brown. "Unrecognized attention-deficit/hyperactivity disorder in adults presenting with other psychiatric disorders." CNS spectrums 13.11 (2008): 977-984.
342. Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The five factor model and impulsivity. using a structural model of personality to understand impulsivity. Pers Individual Differentiation, 30, 669–689.

343. Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. American Journal of Psychiatry, 158(11), 1783–1793.
344. Moor, Katrina R., Alison J. Scott, and William D. McIntosh. "Mindful eating and its relationship to body mass index and physical activity among university students." Mindfulness 4 (2013): 269-274.
345. Wansink, B., & Sobal, J. (2007). Mindless eating: The 200 daily food decisions we overlook. Environment and Behavior, 39(106), 106– 123.
346. Garcia-Argibay M, Li L, Du Rietz E, Zhang L, Yao H, Jendle J, Ramos-Quiroga JA, Ribasés M, Chang Z, Brikell I, Cortese S, Larsson H. The association between type 2 diabetes and attention- deficit/hyperactivity disorder: A systematic review, meta-analysis, and population-based sibling study. Neurosci Biobehav Rev. 2023 Apr;147:105076. doi: 10.1016/j.neubiorev.2023.105076. Epub 2023 Feb 6. PMID: 36754221.
347. Herrman, H., Stewart, D. E., Diaz-Granados, N., Berger, E. L., Jackson, B., & Yuen, T. (2011). What is resilience? The Canadian Journal of Psychiatry, 56(5), 258–265. https://doi. org/10.1177/070674371105600504.
348. Schei J, Nøvik TS, Thomsen PH, Lydersen S, Indredavik MS, Jozefiak T. What Predicts a Good Adolescent to Adult Transition in ADHD? The Role of Self-Reported Resilience. J Atten Disord. 2018 Apr;22(6):547-560. doi: 10.1177/1087054715604362. Epub 2015 Sep 23. PMID: 26399710.
349. Zolkoski, Staci M., and Lyndal M. Bullock. "Resilience in children and youth: A review." Children and youth services review 34.12 (2012): 2295-2303.
350. Chan, E. S. M., Groves, N. B., Marsh, C. L., Miller, C. E., Richmond, K. P., & Kofler, M. J. (2022). Are there resilient children with ADHD? Journal of Attention Disorders, 26(5), 643–655. https://doi.org/10.1177%2F10870547211025629.
351. Rivas-Vazquez RA, Diaz SG, Visser MM, Rivas-Vazquez AA. Adult ADHD: Underdiagnosis of a Treatable Condition. J Health Serv Psychol. 2023;49(1):11-19. doi: 10.1007/s42843-023-00077-w. Epub 2023 Jan 28. PMID: 36743427; PMCID: PMC9884156.
352. Semerci, Bengi, et al. "Factors predicting treatment adherence in patients with adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A preliminary study." ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders 8 (2016): 139-147.

EKLER

EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Erişkin Hastalar İçin)

Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ERİŞKİN HASTALAR İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: **Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Yeme Farkındalığı, Duygusal Dayanıklılık, Benlik Saygısı Ve Çocukluk Travmalarının İlişkisi**
Sorumlu Araştırıcının Adı:Dr. Serap SARI
Diğer Araştırıcıların Adı: Arş. Gör. Dr. Ceren ÖZAĞAÇHANLI
Destekleyici (varsa):

"**Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Yeme Farkındalığı, Duygusal Dayanıklılık, Benlik Saygısı Ve Çocukluk Travmalarının İlişkisi**'' isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısıyla takip ediliyor olmanızdır. Katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında, Dr.Serap SARI'nın sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- *Bu araştırmada* ***"Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Yeme Farkındalığı, Duygusal Dayanıklılık, Benlik Saygısı Ve Çocukluk Travmalarının İlişkisi"*** *değerlendirilecektir.*
- *Bu çalışmada* ***Mart 2024 ve Şubat 2025 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran çalışmaya katılım şartlarımızı sağlayan ve gönüllü olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısıyla takip edilen hastaların (en az 70 gönüllü Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinin) ve çalışmaya katılım şartlarımızı sağlayan ve gönüllü olan sağlıklı kontrollerin (en az 70 sağlıklı erişkin)*** *değerlendirilmesi planlanmaktadır.*
- **Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

- Bu araştırmada kullanılacak bazı özel olmayan kişisel bilgileriniz içeren (yaş, eğitim durumu gibi) bir formla birlikte *benlik saygısı, duygusal dayanıklılık,yeme farkındalığı,dürtüsellik ve çocukluk çağı travmaları ile* ilgili düşünceler içeren bir formu doldurmanız sizden istenmektedir. Bunun yanında bazı sosyodemografik bilgilerle ilgili bazı sorular tarafınıza iletilecektir.
- Araştırmanın süresi:11 ay
- Hastaya ait biyolojik bir materyal ya da görüntü materyali üzerinde çalışılmayacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?
Örnek:
1.Sadece anket doldurmaya yönelik bir çalışmadır.
2.Araştırmadan dolayı önemli bir risk bulunmamaktadır. Anketleri doldurmanız çalışma için yeterli olacaktır.
Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda *yeme farkındalığı, duygusal dayanıklılık,benlik saygısı ve çocukluk çağı travmaları önemli birer sorundur..Bu sorunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi önemli bir konudur.Bu konuda bilgi edinmeyi amaçlayan bir çalışmaya katılmış olacaksınız.*
Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)
Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)
Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?
Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Ceren ÖZAĞAÇHANLI
GÖREVİ : Arş. Gör. Dr.
TELEFON :

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Dr.Serap Sarı veya onun görevlendirdiği bir araştırmacı tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

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

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Arş.Gör.Dr.Ceren Özağaçhanlı'yı numaralı telefon ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nden arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim
Adı soyadı, unvanı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER *ALMAYACAKTIR.*

EK-1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Erişkin Sağlıklı Kontroller İçin)

Atatürk Üniversitesi
Tıp Fakültesi

GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

ERİŞKİN SAĞLIKLI KONTROLLER İÇİN
BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Araştırma Projesinin Adı: **Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Yeme Farkındalığı, Duygusal Dayanıklılık, Benlik Saygısı Ve Çocukluk Travmalarının İlişkisi**
Sorumlu Araştırıcının Adı:Dr. Serap SARI
Diğer Araştırıcıların Adı: Arş. Gör. Dr. Ceren ÖZAĞAÇHANLI
Destekleyici (varsa):

"**Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Yeme Farkındalığı, Duygusal Dayanıklılık, Benlik Saygısı Ve Çocukluk Travmalarının İlişkisi**'' isimli bir çalışmada yer almak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmaya davet edilmenizin nedeni dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısıyla takip ediliyor olmanızdır. Katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Çalışmaya katılma konusunda karar vermeden önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Çalışma hakkında tam olarak bilgi sahibi olduktan sonra ve sorularınız cevaplandıktan sonra eğer katılmak isterseniz sizden bu formu imzalamanız istenecektir. Bu araştırma, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalında, Dr.Serap SARI'nın sorumluluğu altındadır.

Çalışmanın amacı nedir; benden başka kaç kişi bu çalışmaya katılacak?

- *Bu araştırmada* "**Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinlerde Yeme Farkındalığı, Duygusal Dayanıklılık, Benlik Saygısı Ve Çocukluk Travmalarının İlişkisi**" *değerlendirilecektir.*
- *Bu çalışmada* ***Mart 2024 ve Şubat 2025 tarihleri arasında Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Başvuran çalışmaya katılım şartlarımızı sağlayan ve gönüllü olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısıyla takip edilen hastaların (en az 70 gönüllü Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Erişkinin) ve çalışmaya katılım şartlarımızı sağlayan ve gönüllü olan sağlıklı kontrollerin (en az 70 sağlıklı erişkin)*** *değerlendirilmesi planlanmaktadır.*
- **Bu çalışmaya katılmalı mıyım? (Bu bölüm aynen korunacaktır)**

Bu çalışmada yer alıp almamak tamamen size bağlıdır. Şu anda bu formu imzalasanız bile istediğiniz herhangi bir zamanda bir neden göstermeksizin çalışmayı bırakmakta özgürsünüz. Eğer katılmak istemez iseniz veya çalışmadan ayrılırsanız, doktorunuz tarafından sizin için en uygun tedavi planı uygulanacaktır. Aynı şekilde çalışmayı yürüten doktor çalışmaya devam etmenizin sizin için yararlı olmayacağına karar verebilir ve sizi çalışma dışı bırakabilir, bu durumda da sizin için en uygun tedavi seçilecektir.

Bu çalışmaya katılırsam beni ne bekliyor?

- Bu araştırmada kullanılacak bazı özel olmayan kişisel bilgileriniz içeren (yaş, eğitim durumu gibi) bir formla birlikte *benlik saygısı, duygusal dayanıklılık,yeme farkındalığı,dürtüsellik ve çocukluk çağı travmaları ile* ilgili düşünceler içeren bir formu doldurmanız sizden istenmektedir. Bunun yanında bazı sosyodemografik bilgilerle ilgili bazı sorular tarafınıza iletilecektir.
- Araştırmanın süresi:11 ay
- Hastaya ait biyolojik bir materyal ya da görüntü materyali üzerinde çalışılmayacaktır.

Çalışmanın riskleri ve rahatsızlıkları var mıdır?
Örnek:
1.Sadece anket doldurmaya yönelik bir çalışmadır.
2.Araştırmadan dolayı önemli bir risk bulunmamaktadır. Anketleri doldurmanız çalışma için yeterli olacaktır.
Çalışmada yer almamın yararları nelerdir?
Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda *yeme farkındalığı, duygusal dayanıklılık,benlik saygısı ve çocukluk çağı travmaları önemli birer sorundur..Bu sorunları etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi önemli bir konudur.Bu konuda bilgi edinmeyi amaçlayan bir çalışmaya katılmış olacaksınız.*
Bu çalışmaya katılmamın maliyeti nedir? (Bu bölüm aynen korunacaktır)
Çalışmaya katılmakla parasal yük altına girmeyeceksiniz ve size de herhangi bir ödeme yapılmayacaktır.

Kişisel bilgilerim nasıl kullanılacak? (Bu bölüm aynen korunacaktır)
Çalışma doktorunuz kişisel bilgilerinizi, araştırmayı ve istatiksel analizleri yürütmek için kullanacaktır ancak kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır. Yalnızca gereği halinde, sizinle ilgili bilgileri etik kurullar ya da resmi makamlar inceleyebilir. Çalışmanın sonunda, kendi sonuçlarınızla ilgili bilgi istemeye hakkınız vardır. Çalışma sonuçları çalışma bitiminde tıbbi literatürde yayınlanabilecektir ancak kimliğiniz açıklanmayacaktır.

Daha fazla bilgi için kime başvurabilirim?
Çalışma ile ilgili ek bilgiye gereksiniminiz olduğunuzda aşağıdaki kişi ile lütfen iletişime geçiniz.

ADI : Ceren ÖZAĞAÇHANLI
GÖREVİ : Arş. Gör. Dr.
TELEFON :

(Katılımcının/Hastanın Beyanı)

Atatürk Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde Dr.Serap Sarı veya onun görevlendirdiği bir araştırmacı tarafından tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı ve ilgili metni okudum. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim.

Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir neden göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (*Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim).* Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

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

Araştırmadan elde edilen benimle ilgili kişisel bilgilerin gizliliğinin korunacağını biliyorum.

Araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Arş.Gör.Dr.Ceren Özağaçhanlı'yı numaralı telefon ve Atatürk Üniversitesi Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniği'nden arayabileceğimi biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla, hiç bir baskı ve zorlama olmaksızın, gönüllülük içerisinde katılmayı kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Görüşme tanığı
Adı, soyadı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

Katılımcı ile görüşen hekim
Adı soyadı, unvanı:
Adres:
Tel:
İmza:
Tarih:

AYDINLATMA ve KATILIMCININ BEYANI KESİNLİKLE BİRBİRLERİNİN DEVAMI ŞEKLİNDE OLACAKTIR. AYRI AYRI SAYFALARDA YER *ALMAYACAKTIR.*

EK-3. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

DEHB SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Hastanın ismi: **İletişim no:**

1. Vaka no:
2. Yaşı:
3. Cinsiyeti: **0)** Erkek **1)** Kadın
4. Medeni hali: **0)** Bekar **1)** Evli **2)** Dul (Boşanmış? ya da eşi vefat etmiş?, zamanı……)
5. Boy: ……. Kilo:…….. BKI:
6. Eğitim: **0)** Okur yazar değil **1)**Diğer(……...)
7. İş durumu: **0)** Çalışıyor (Düzenli gelirli) **1)** Düzensiz gelirli iş (çiftçi, mevsimlik işçi) **2)** Ev hanımı **3)** Öğrenci **4)** Çalışmıyor (İşsiz/Emekli/Malulen emekli)
8. Ek tıbbi hastalıkları **0)** Yok **1)** Var (……...)
9. Kafa travması/kaza öyküsü var mı? **0)** Yok **1)** Var (……...)
10. Kişilik bozuklukları **0)** Yok **1)** Var (……...)
11. İlaç kullanımı **0)** Yok **1)** Var (……...)
12. Daha önceden psikiyatrik tanı almış mı? **0)** Hayır **1)** Evet
13. Daha önceden psikiyatrik tedavi kullanmış mı? **0)** Hayır **1)** Evet (nedir? İlaç……/psikoterapi/ diğer……)
14. Geçmişte madde kullanımı var mı? **0)** Yok **1)** Var (……..)
15. Sigara kullanımı var mı? **0)** Yok **1)** Var (…… adet/gün/yıl)
16. İntihar girişimi **0)** Yok **1)** Var (
17. Şiddet davranışları oluyor mu? **0)** Hayır **1)** Evet
18. Suç öyküsü var mı? **0)** Yok **1)**Var
19. Trafik kazası öyküsü var mı ? **0)** Yok **1)**Var
20. Birinci (anne, baba, kardeş veya çocuk), ikinci dereceden akrabasında psikiyatrik bozukluk
    0) Yok **1)** Var (Kimde, tanısı……)
21. Birinci (anne, baba, kardeş veya çocuk), ikinci dereceden akrabasında DEHB?
    0) Yok **1)** Var (Kimde, tanısı……)

22. Psikiyatriye başvuru şikayeti:
23. DEHB belirtilerinin fark edildiği yaş:
24. DEHB belirtilerinin farkında mıydı: evet:…. hayır:……
25. DEHB tanısı aldığı yaş:
26. DEHB için ilaç kullanımı: **0)** Yok **1)**Metilfenidat türevi **2)**Diğer …….
27. Çocukluğunuzda yakın olduğunuz biri ciddi bir sağlık sorunu yaşadı mı?
    0) Hayır **1)** Evet (.....)
28. Çocukluğunuzda yakın olduğunuz biri öldü mü?
    0) Hayır **1)** Evet (.....)
29. Çocukluk döneminde aşağıdakilerden tanık olduğunuz-maruz kaldığınız varsa lütfen işaretleyiniz? (Birden fazla seçebilirsiniz.)
    0:Yok
    1:Doğal felaket(sel-deprem-kasırga vb)
    2:Yangın veya patlama
    3:Trafik kazası
    4:Diğer (.....)

30. Çocukluk döneminde yaşadığınız, hatırladığınızda ciddi şekilde rahatsız hissettiren bir olay var mı? **0)** Hayır **1)** Evet (.....)

31. Çocukluk döneminde aile bireylerinizin dışındaki insanlar tarafından kendinize yönelik aşağıdakilerden birine (ve-veya daha fazlasına) maruz kaldınız mı?

    1) Hayır

    2) Psikolojik şiddet (alay edilme, aşağılanma vb)

    3) Fiziksel saldırı (saldırıya uğrama, dövülme, tekmelenme, yumruklanma vb)

    4) Cinsel istismar

    5) Cinsel saldırı

32. Çocukluk döneminde çevrenizde aşağıdakilerden birine (ve-veya daha fazlasına) tanık oldunuz mu?

    1) Hayır

    2) Aile içi şiddet (ebeveynler arasında vb)

    3) Fiziksel saldırı (saldırıya uğrama, dövülme, tekmelenme, yumruklanma vb)

    4) Cinsel istismar

    5) Cinsel saldırı

    6) Cinayet

    7) İntihar

EK-4. Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz - Bildirim Ölçeği

Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu
Öz - Bildirim Ölçeği (ASRS)

Adı Soyadı: Tarih:

Aşağıdaki soruları yanıtlarken sağındaki ölçeği kullanarak, ölçütlerden her biriyle ilgili kendinizi derecelendirin.
Her soruya 6 aydaki duygu ve davranışlarınızı göz önünde bulundurarak cevap verin.

A BÖLÜMÜ	Hiçbir	Nadiren	Zaman Zaman	Sık Sık	Çok Sık
1. Sıkıcı ya da zor bir iş yapmak zorunda kaldığınızda ne sıklıkta dikkatsizce hatalar yaparsınız?	0	1	2	3	4
2. Sıkıcı ya da tekrarlanan bir iş yaparken ne sıklıkta dikkatinizi sürdürmekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
3. İnsanlar doğrudan sizinle konuştuklarında bile, ne sıklıkta size ne söylediklerine konsantre olmakta güçlük çekersiniz?	0	1	2	3	4
4. Zor kısımlarını bitirdiğiniz bir işin son detaylarını tamamlamakta ne sıklıkta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
5. Düzenleme gerektiren bir iş yapmak zorunda kaldığınızda, ne sıklıkta işleri sıraya koymakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
6. Çok düşünmeyi gerektiren bir iş yapacağınızda ne sıklıkta başlamayı gerektiriyor ya da kenara atıyorsunuz?	0	1	2	3	4
7. Ne sıklıkta evde ya da iş yerinde eşyaları yanlış yere koyar ya da bulmakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
8. Ne sıklıkta etrafınızdaki hareketler ya da sesler dikkatinizi dağıtır?	0	1	2	3	4
9. Ne sıklıkta randevularınızı ya da sorumluluklarınızı hatırlamakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
A BÖLÜMÜ TOPLAM					
B BÖLÜMÜ	Hiçbir	Nadiren	Zaman Zaman	Sık Sık	Çok Sık
10. Uzun süre oturmanız gerektiğinde ne sıklıkta sıkıntılı hareketler yapar, ellerinizle oynar ya da ayaklarınızı hareket ettirirsiniz?	0	1	2	3	4
11. Toplantılarda ya da oturmanız gereken durumlarda ne sıklıkta koltuğunuzu terk edersiniz?	0	1	2	3	4
12. Ne sıklıkta huzursuz ya da kıpır kıpır (yerinde duramaz) hissedersiniz?	0	1	2	3	4
13. Kendinize zaman ayırdığınızda bile ne sıklıkta rahatlamak ve gevşemekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
14. Ne sıklıkta kendinizi aşırı aktif ve bir motor takılmış gibi birçok şeyi yapmak zorunda hissedersiniz?	0	1	2	3	4
15. Sosyal ortamlarda ne sıklıkta çok konuştuğunuzu fark dersiniz?	0	1	2	3	4
16. Sohbet sırasında ne sıklıkta karşınızdaki kişi sözünü bitiremeden onun cümlesini tamamladığınızı hissedersiniz?	0	1	2	3	4
17. Sıraya girmeniz gerektiği durumlarda ne sıklıkta sıranızı beklemekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
18. Meşgul oldukları sırada ne sıklıkta başkalarının işini bölersiniz?	0	1	2	3	4
B BÖLÜMÜ TOPLAM					

EK-5. Barrat Dürtüsellik Ölçeği-11 Kısa Formu

BARRATT DÜRTÜSELLİK ÖLÇEĞİ-11 KISA FORMU

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir. Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

		Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1	İşlerimi dikkatle planlarım				
2	Düşünmeden iş yaparım				
3	Dikkat etmem				
4	Uçuşan düşüncelerim var				
5	Dikkatli düşünen birisiyim				
6	İş güvenliğine dikkat ederim				
7	Düşünmeden bir şeyler söylerim				
8	Düşünmeden hareket ederim				
9	Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.				
10	Aklıma estiği gibi hareket ederim				
11	Düşünerek hareket ederim				
12	Düşünmeden alışveriş yaparım				
13	Hobilerimi değiştiririm				
14	Kazandığımdan daha fazla harcarım				
15	Geleceğini düşünen birisiyim				

EK-6. Yeme Farkındalığı Ölçeği (YFÖ-30)

YEME FARKINDALIĞI ÖLÇEĞİ (YFÖ-30)

Değerli katılımcı, bu anket sizin yeme alışkanlıklarınız ve farkındalığınız ile ilgilidir.
Lütfen her bir soruyu dikkatlice okuyunuz ve size uygun gelen kutunun içine X işareti koyunuz.

1	2	3	4	5
Hiç	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman

		1	2	3	4	5
1.	Besinlerin kalorileri hakkında bilgim vardır.					
2.	Ana öğünümü ekmeksiz yiyemem.					
3.	Lokmalarımı çiğnemeden yutarım.					
4.	Sevdiğim yiyeceklerden birini yerken, doyduğumu fark edemem.					
5.	Fast food olmayan bir hayat düşünemiyorum.					
6.	Çevremdekiler çok hızlı yemek yediğimi söyler.					
7.	Gaz yapan yiyecekleri yemekten kaçınırım.					
8.	Yemeden önce yiyeceklerin görüntüsü ve kokusundan keyif alırım.					
9.	Dün akşam ne yediğimi hatırlayabilirim.					
10.	Bir şey ikram edildiğinde düşünmeden yerim.					
11.	Yüksek kalorili besinlerden uzak dururum.					
12.	Protein içeriği yüksek besinleri yemeyi tercih ederim.					
13.	Yediğim besinlerdeki ince tatları fark ederim.					
14.	Birden bire çok acıktığımı fark edip ne bulsam yiyecek duruma gelirim.					
15.	Yediğim her lokmanın tadına varırım.					
16.	Sık sık diyet yaparım.					
17.	Tok olsam bile bir yiyeceğin aklımı çeldiği olur.					
18.	Öğün saatlerim bellidir.					
19.	Yemek yerken çatal yerine kaşık kullanırım.					
20.	Bir öğünde daha fazla yiyemeyecek hale gelene kadar yerim.					
21.	Evin bir yerlerinde dondurma, kurabiye ya da cips varken yemeden duramam.					
22.	Moralim bozulunca ilk aklıma gelen şey yemek olur.					
23.	Canım sıkılınca yerim.					
24.	Sağlıklı beslenirim.					
25.	Yemek çok sıcak ise biraz soğumasını beklerim.					
26.	Yediğimi fark etmeden atıştırırım.					
27.	Küçük lokmalarla yerim.					
28.	Stresli hissettiğimde abur cubur yerim.					
29.	Yerken otomatik pilota bağlarım.					
30.	Mutlu olmak için çikolata yerim.					

Türkçe Kaynak: Köse G, Tayfur M, Birincioğlu İ, Dönmez A. Adaptation Study of the Mindful Eating Questiionnare (MEQ) into Turkish, Journal of Cognitive-Behavioral Psychotherapy and Research, 2016; 5(3): 125-134, doi: 10.5455/JCBPR.250644.

Orijinal Kaynak: Framson C, Kristal AR, Schenk JM, Littman AJ, Zeliadt S, Benitez D. Development and validation of the mindful eating questionnaire. Journal of the American Dietetic Association. 2009;109(8):1439-44.

PUANLAMA YÖNERGESİ

Alt boyut ve madde sayısı: 7 alt boyut ve 30 madde

1. Düşünmeden Yeme (5 madde) : 4, 14, 17, 20, 26
2. Duygusal Yeme (5 madde): 21, 22, 23, 28, 30
3. Yeme Kontrolü (4 madde): 3, 6, 27, 29
4. Farkındalık (5 madde): 8, 9, 12, 13 15
5. Yeme Disiplini (4 madde): 1, 18, 24, 25
6. Bilinçli Beslenme (5 madde): 2, 7, 11, 16, 19
7. Enterferans (Dış etmenlerden etkilenme) (2 madde): 5, 10

Ölçeğin bulunan ters maddeler: Ölçekte 20 ters madde bulunmaktadır. 1, 7, 9, 11, 13, 15, 18, 24, 25 ve 27.sorular düz puanlandırılmaktadır. Geriye kalan sorular ters* puanlandırılmaktadır. {*Ters Puanlama (1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1)}

Ölçeğin Değerlendirilmesi: Ölçeğin her bir alt boyutundan alınan yüksek puan bireyin ilgili alt boyutun değerlendirdiği özelliğe sahip olduğunu göstermektedir. Ölçek ayrıca toplam yeme farkındalığı puanı vermektedir. Ölçek puanlanırken alt boyutların ve toplam puanın ortalaması alınmaktadır.

İzin için iletişim adresi: drgizemkose@gmail.com

EK-7. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Sizin için uygun olanı seçiniz.

1) Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

2) Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

3) Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

4) Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

5) Kendimde gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

6) Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

7) Genel olarak kendimden memnunum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

8) Kendime karşı daha fazla saygı duyabilmeyi isterdim.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

9) Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

10) Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.

a) Çok doğru b) Doğru c) Yanlış d) Çok yanlış

EK-8. Yetişkinler İçin Dayanıklık Ölçeği

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği

1. Beklenmedik bir olay olduğunda…						
Her zaman bir çözüm bulurum						Çoğu kez ne yapacağımı kestirememem
2. Gelecek için yaptığım planların…						
Başarılması zordur						Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır…						
Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda						Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. …olmaktan hoşlanıyorum						
Diğer kişilerle birlikte						Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta neyin önemli olduğu konusundaki anlayışı…						
Benimkinden farklıdır						Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları …						
Hiç kimseyle tartışmam						Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi…						
Çözemem						Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi…						
Nasıl başaracağımı bilirim						Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda …						
İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım						Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak						
Önemli değildir						Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi … hissederim						
Çok mutlu						Çok mutsuz
12. Beni …						
Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir						Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim…						
Olduğuna çok inanırım						Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin … olduğunu hissediyorum						
Ümit verici						Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir…						
Zamanımı planlama						Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu … bir şeydir						
Kolayca yapabildiğim						Yapmakta zorlandığım

Yetişkinler İçin Dayanıklılık Ölçeği Devamı

17. Ailem şöyle tanımlanabilir …						
Birbirinden bağımsız						Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler …						
Zayıftır						Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma …						
Çok fazla güvenmem						Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım …						
Belirsizdir						İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar …						
Günlük yaşamımda yoktur						Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak …						
Benim için zordur						Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem …						
Geleceğe pozitif bakar						Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında…						
Bana hemen haber verilir						Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken						
Kolayca gülerim						Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır:						
Birbirlerini desteklemez biçimde						Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım						
Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden						Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda … eğilimim vardır						
Her şeyi umutsuzca gören bir						Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, benim için …						
Zordur						Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda …						
Bana yardım edebilecek kimse yoktur						Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) …						
Başa çıkmaya çalışırım						Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz …						
İşleri bağımsız olarak yapmayı						İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri …						
Yeteneklerimi beğenirler						Yeteneklerimi beğenmezler

EK-9. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	**1. Hiç Bir Zaman**	**2. Nadiren**	**3. Kimi zaman**	**4. Sık olarak**	**5.Çok sık**
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2.Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3. Ailemdekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7. Sevildiğimi hissediyordum.					
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13. Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					

14. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme,itilip kakılma vb.) inanıyorum.					
16. Çocukluğum mükemmeldi					
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.					
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanla söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu					
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.					
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.					
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					

EK-10. Hamilton Depresyon Ölçeği

HAMİLTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim:_____**Tarih:**_____

1) **Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)**
   - 0- Yok
   - 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
   - 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
   - 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
   - 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) **Suçluluk duyguları**
   - 0- Yok
   - 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
   - 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
   - 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
   - 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) **İntihar**
   - 0- Yok
   - 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
   - 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
   - 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
   - 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) **Uykuya dalamamak**
   - 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
   - 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
   - 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) **Geceyarısı uyanmak**
   - 0- Herhangi bir sorunu yok.
   - 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
   - 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 punla değerlendirilir.)

6) **Sabah erken uyanmak**
   - 0- Herhangi bir sorunu yok.
   - 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
   - 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) **Çalışma ve aktiviteler**
   - 0- Herhangi bir sorunu yok.
   - 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
   - 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, müteredditolduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
   - 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
   - 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) **Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)**
   - 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
   - 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
   - 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
   - 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
   - 4- Tam stuporda.

9) **Ajitasyon**
   0- Yok
   1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
   2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) **Psişik anksiyete**
   0- Herhangi bir sorunu yok.
   1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
   2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
   3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
   4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) **Somatik anksiyete**
   0- Yok
   1- Hafif
   2- Ilımlı
   3- Şiddetli
   4- Çok şiddetli
   Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:
   Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
   Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
   Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) **Somatik semptomlar- Gastrointestinal**
   0- Yok
   1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
   2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) **Somatik semptomlar- Genel**
   0- Yok
   1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
   2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) **Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)**
   0- Yok
   1- Hafif
   2- Şiddetli

15) **Hipokondriaklık**
   0- Yok
   1- Kuruntulu.
   2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
   3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
   4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) **Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)**
A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)
   0- Kilo kaybı yok.
   1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
   2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.
B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde
   0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
   1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) **Durumu hakkında görüşü**
   0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
   1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
   2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru: