

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE DİKKAT
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
BELİRTİLERİ, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ,
SOMATİZASYON VE DİSSOSİYASYON
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek Lisans Tezi

Zeynep Betül USTA

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

İstanbul-2021

TEZ TANITIM FORMU

- Yazar Adı Soyadı** : Zeynep Betül Usta
- Tezin Dili** : Türkçe
- Tezin Adı** : Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Somatizasyon ve Dissosiyasyon Arasındaki İlişki
- Enstitü** : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
- Anabilim Dalı** : Psikoloji Anabilim Dalı
- Tezin Türü** : Yüksek Lisans Tezi
- Tezin Tarihi** : 31.05.2021
- Sayfa Sayısı** : 104
- Tez Danışmanı** : Dr. Öğr. Üyesi Hakan Karış
- Dizin Terimleri** : Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, duygu düzenleme güçlüğü, somatizasyon, dissosiyasyon
- Türkçe özet** : Bu çalışmanın örneklemini 380 üniversite öğrencisinden oluşmaktadır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri ile somatizasyon, duygu düzenleme güçlüğü, dissosiyasyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Duygu düzenleme güçlüğü ile somatizasyon, dissosiyasyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur. Somatizasyon ile dissosiyasyon arasında anlamlı ilişki bulunmuştur.
- Dağıtım Listesi** : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

İmzası

Zeynep Betül USTA

T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**ÜNİVERSİTE ÖĞRENCİLERİNDE DİKKAT
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
BELİRTİLERİ, DUYGU DÜZENLEME GÜÇLÜĞÜ,
SOMATİZASYON VE DİSSOSİYASYON
ARASINDAKİ İLİŞKİ**

Yüksek lisans Tezi

Zeynep Betül USTA

Danışman
Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

İstanbul-2021

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Zeynep Betül USTA

.../.../2021



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Zeynep Betül Usta'nın '**Üniversite Öğrencilerinde Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri, Duygu Düzenleme Güçlüğü, Somatizasyon Ve Dissosiyasyon Arasındaki İlişki**' adlı tez çalışması, jürimiz tarafından Psikoloji anabilim dalı, Klinik Psikoloji bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Hakan KARAŞ

(Danışman)

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN

Üye

Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Fuat AKGÜL

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

... / ... / 2021

İmzası

Prof. Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Bu çalışmanın amacı dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) belirtileri, duygu düzenleme güçlüğü, somatizasyon ve dissosiyasyon arasındaki ilişkiyi incelemektir. Araştırmanın örneklemini 380 kişi oluşturmaktadır. Araştırmada kullanılan soru formları Sosyodemografik Soru Formu, Erişkin DEHB Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form (DERS-16), Belirti Tarama Listesi Somatizasyon alt Ölçeği (SCL-90-R) ve Dissosiyatif Yaşantılar ölçeğinden (DESII) oluşmaktadır. Araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) 25.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Analiz bulguları kapsamında elde edilen sonuca göre; katılımcıların somatizasyon puanları cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir. Katılımcıların ASRS ölçeğinden, DERS-16 ölçeğinden ve DESII ölçeğinden elde ettikleri puanlar cinsiyete ve yaşa göre farklılık göstermemektedir. Katılımcıların somatizasyon ve duygu düzenleme güçlüğünden elde ettikleri puanlar gelir durumu değişkenine göre farklılaşmaktadır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri ile duygu düzenleme güçlüğü arasında orta düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki, DEHB belirtileri ve somatizasyon arasında orta düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki, DEHB belirtileri ve dissosiyasyon arasında orta düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki, dissosiyasyon ve somatizasyon arasında orta düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki, duygu düzenleme güçlüğü ve somatizasyon arasında orta düzeyde, pozitif yönlü anlamlı bir ilişki ve dissosiyasyon ile duygu düzenleme güçlüğü arasında orta düzeyde, pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, duygu düzenleme güçlüğü, somatizasyon, dissosiyasyon.

SUMMARY

The aim of this study is to investigate the relationship between attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) symptoms, emotion dysregulation, somatization, and dissociation. The sample of the research consists of 380 people. The questionnaire form which was used in the research contains the Sociodemographic Form, Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS), Brief Version of The Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS-16), Symptom Checklist-90 Revised Somatization Subscale (SCL-90-R) and Dissociative Experiences Scale (DESI). Analysis of the research obtained data performed by SPSS (Statistical Package for the Social Science) 25.0 package program. The result obtained within the scope of the analysis findings; there is a significant difference between genders in somatization scores. There isn't a significant difference between genders and age categories in participants' ASRS, DERS-16, and DESI scores. There is a significant difference between monthly income categories in somatization and emotion dysregulation scores. There is a moderate, positive, and significant relationship between ADHD symptoms and emotion dysregulation, a moderate, positive, and significant relationship between ADHD symptoms and somatization, a moderate, positive, and significant relationship between ADHD symptoms and dissociation, a moderate, positive, and significant relationship between somatization and dissociation, a moderate, positive, and significant relationship between emotion dysregulation and somatization and a moderate, positive, and significant relationship between dissociation and emotion dysregulation.

Keywords: attention deficit/hyperactivity disorder, emotion dysregulation, somatization, dissociation.

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
SUMMARY	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMALAR.....	v
TABLolar LİSTESİ	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ	vii
ÖNSÖZ.....	viii
GİRİŞ	1

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu.....	3
1.1.1. Tanım.....	3
1.1.2. Tarihçe.....	3
1.1.3. DEHB Epidemiyolojisi ile İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar	5
1.1.4. Etyoloji	7
1.1.5. Çocuklukta ve Yetişkinlikte Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	9
1.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü	12
1.2.1. Duygu	12
1.2.2. Duygu Düzenleme	12
1.2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü	16
1.2.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Duygu Düzenleme Güçlüğü.....	17
1.3. Somatizasyon.....	18
1.3.1. Tanım.....	18
1.3.2. Etyoloji	19
1.3.3. Epidemiyoloji ve Psikopatoloji	20
1.3.4. Somatizasyon ve Kültür	21

1.4. Dissosiyasyon	21
--------------------------	----

İKİNCİ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi	25
2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi	25
2.3. Araştırmanın Yöntemi	26
2.3.1. Araştırmanın Sınırlılıkları	26
2.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları	26
2.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	26
2.4.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Öz Bildirim Ölçeği (ASRS)	26
2.4.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Kısa Form-16 (DERS-16)	27
2.4.4. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)	27
2.4.5. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)	27
2.5. Veri Analiz Yöntemi	28

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

3.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı	29
3.2. Güvenilirlik Analizi	32
3.3. Normallik Dağılımı	33
3.4. Ölçeklere Ait Tanımlayıcı Bulgular	34
3.5. Araştırmanın Değişkenlerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi	36
3.6. Korelasyon Analizi	42
3.7. Regresyon Analizi	45

SONUÇLAR VE ÖNERİLER.....	59
----------------------------------	-----------

KAYNAKÇA	70
-----------------------	-----------

KISALTMALAR

- ASRS** : Erişkin Dikkat Eksikliği hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği
- DESII** : Dissosiyatif yaşantılar ölçeği
- DDG** : Duygu düzenleme güçlüğü
- DEHB** : Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu
- DERS-16** : Duygu düzenleme güçlüğü ölçeği kısa form- 16
- Ed.** : Editör
- KW** : Kruskal Wallis
- OKB** : Obsesif kompulsif bozukluk
- Ort** : Ortalama
- SCL-90-R** : Belirti tarama listesi
- SPSS** : Statistical Package Program for the Social Science
- SS.** : Standart sapma
- TSSB** : Travma sonrası stres bozukluğu
- Vd.** : Ve diğerleri
- DSÖ** : Dünya Sağlık Örgütü (World Health Organization)

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı.....	29
Tablo 2. Ölçeklere ait güvenilirlik analizi	32
Tablo 3. Ölçeklerin normallik dağılımının sınanması	33
Tablo 4. Ölçeklere ait tanımlayıcı bulgular	34
Tablo 5. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS) puan aralıklarına göre katılımcıların dağılımı	35
Tablo 6. Dissosiyatif yaşantılar ölçeği (DESII) puan aralığına göre katılımcıların dağılımı.....	35
Tablo 7. Ölçek puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması.....	36
Tablo 8. Ölçek puanlarının yaş değişkenine göre karşılaştırılması	37
Tablo 9. Ölçek puanlarının gelir durumu değişkenine göre karşılaştırılması.....	39
Tablo 10. Ölçek puanlarının fakülte değişkenine göre karşılaştırılması	40
Tablo 11. Değişkenler arası Spearman Korelasyon Analizi.....	42
Tablo 12. Hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin dissosiyasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü	45
Tablo 13. Dikkat eksikliği belirtilerinin dissosiyasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü.....	48
Tablo 14. Hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin somatizasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü	51
Tablo 15. Dikkat eksikliği belirtilerinin somatizasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü.....	55
Tablo 16. Hipotez sonuçları.....	67

ŞEKİLLER LİSTESİ

- Şekil 1.** Hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin dissosiyasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının aracı rolü..... 48
- Şekil 2.** Dikkat eksikliği belirtilerinin dissosiyasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının aracı rolü. 51
- Şekil 3.** Hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin somatizasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının aracı rolü..... 54
- Şekil 4.** Dikkat eksikliği belirtilerinin somatizasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının aracı rolü 58



ÖNSÖZ

Tez sürecim boyunca değerli fikirleri ile bana yol gösteren, bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, destekleyici ve motive edici tutumu ile bu süreci başarılı şekilde tamamlayabilmemde bana yardımcı olan değerli danışman hocam Sayın Dr. Öğr. Üyesi Hakan Karış' a saygı ve teşekkürlerimi sunarım. Hayatım boyunca her zaman yanımda olan ve aldığım her kararda beni destekleyen sevgili ailem Yasemin Usta, Cevdet Usta ve biricik kardeşim Feyza Usta'ya sonsuz teşekkürler.



GİRİŞ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), hiperaktivite/dürtüselliğin ön planda olduğu tip, dikkat eksikliğinin ön planda olduğu tip ve bileşik tip olmak üzere üç farklı görünüm ile ortaya çıkan, çocuklukta başlayarak sıklıkla ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde de devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur. Hiperaktivite ve dürtüselliğin ön planda olduğu DEHB görünümüne sahip çocuklarda, duygusal değişkenlik, çabuk öfkelenme, çok konuşma, aşırı hareket etme ve huzursuzluk gözlenirken, ergenlikle beraber hiperaktivite belirtilerinde azalma görülmeye başlamakta ve dikkat eksikliği belirtileri daha çok ön plana çıkmaktadır. Yetişkinlerde sabırsızlık, içsel huzursuzluk, öfke yönetiminde zorluk, söz kesme, aşırı konuşma, bir yerde sabit duramama, tehlikeli araç kullanımı ve kazalar şeklinde hiperaktivite belirtileri görülmektedir. Dikkat eksikliğinin baskın olduğu DEHB görünümü ergenlik ve yetişkinlik döneminde ön plana çıkmakta ve okul öncesi dönemdeki çocuklarda sık görülmemektedir. Çocuklarda dikkat eksikliğinin görünümü, unutkanlık, gündüz düşleri, dağınıklık ve odaklanma şeklinde ortaya çıkarken yetişkinlerde organize olmada güçlük, zaman yönetiminde sorunlar, herhangi bir işe başlamada ve bitirmede zorluk ve dikkati sürdürmede güçlük şeklinde görülmektedir (Çetin ve Güney, 2019, s. 119-123; Morrison, 2017, s. 33; Tan, 2019, s. 183).

DEHB' nun temel özelliği olarak görülen duygu düzenleme güçlüğü (DDG) DEHB olan yetişkinlerin %34-70'inde görülmektedir (Shushakova, Ohrmann ve Pedersen, 2018, s. 359). DEHB olan kişilerde özellikle ergenlikten itibaren artarak ortaya çıkan DDG ergenin riskli ve saldırgan davranışlarda bulunması, çabuk öfkelenme, sabırsızlık, düşük tolerans sahibi olmak şeklinde görülmektedir (Bunford, Evans ve Wymbs, 2015, s. 185; Tan, 2019, s. 183). DDG duygusal tepkinin yoğunluğunun düzenlenmesi, davranışsal tepkiyi ketleyebilme ve uzun vadeli sonuçların ve hedeflerin göz önünde bulundurularak davranış sergilenmesi süreçlerinin herhangi birinde meydana gelmektedir (Bunford vd., 2015, s. 185) Sheppes, Suri ve Gross (2015)'e göre DEHB' da DDG' nün yaşadığı en önemli süreç kısa vadeli kazanımların uzun vadeli kazanımlara tercih edilmesinden dolayı meydana gelmektedir (aktaran Thorell, Tilling ve Sjöwall, 2020, s. 748). DEHB' da DDG sadece olumsuz duyguların düzenlenmesi ile değil olumlu duyguların

düzenlenmesi ile de ortaya çıkabilmektedir. Sjöwöll, Roth, Lindqvist ve Thorell (2013)'ün gerçekleştirdiği bir araştırmaya göre DEHB olan ergenlerin düzenlemede en çok güçlük yaşadığı duygular; öfke, üzüntü, mutluluk ve korku olarak tespit edilmiştir (aktaran Bunford vd., 2015, s. 189). DEHB olan yetişkinlerde DDG, DEHB semptomlarının şiddetini ve somatik şikayetleri arttırabilmektedir (Retz, Stieglitz, Corbisiero, Retz-Junginger ve Rösler, 2012, s. 1244). DDG sadece DEHB' na özgü bir görünüm olmamakla birlikte birçok bozuklukta da deneyimlenebilmektedir. Somatoform bozukluklar ile duygu düzenleme güçlüğü arasında ilişki olduğu ve somatizasyon seviyesinin artması ile DDG seviyesinin ilişkili olduğu belirtilmektedir (Hirsch, Chavanon ve Christiansen, 2019, s. 1; Kim, 2020, s. 1). Somatizasyon duygulanım deneyimini değiştirmek ve sıkıntıya karşı kişinin kendini koruyabilmesi amacıyla duygusal ögenin bilinçli farkındalığının bedene yöneltmesidir. Duygulanım deneyiminin düzenlenmesi amacıyla dikkatin, algının, duyumun ve bilinçli farkındalığın duygu üzerinden yön değiştirerek bedene aktarılması ile somatizasyon veya bilinçli farkındalığın bloke edilmesi ile dissosiyasyon yaşanabilmektedir (Laria ve Lewis-Fernández, 2001, s. 22). Somatizasyon bozukluğunda yaşam boyu dissosiyatif bozukluk oranının %38,9 olduğu belirtilmektedir (Sar, Akyüz, Dogan ve Öztü, 2009, s. 53). Dissosiyasyonun duygunun fazla düzenlenmesi ile ortaya çıktığı ya da yoğun duyguları etkin bir şekilde kendi kendine düzenleyememe sonucu olarak ortaya çıktığı belirtilmektedir (Hébert, Langevin ve Oussaïd, 2018, s. 307). Dissosiyasyon ve somatizasyon DSM'de farklı kategorilerde bulunmalarına rağmen dissosiyasyon, konversiyon ve belirli somatizasyon şikayetlerinin aslında tek bir ilkenin farklı görünümleri olarak değerlendirildiği belirtilmektedir (Nijenhuis, 2001, s.8).

BİRİNCİ BÖLÜM

KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

1.1.1. Tanım

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) gelişimsel düzeye uygun olmayan dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik bileşenleri ile karakterize olan nörogelişimsel bir bozukluktur. DEHB olan kişi dikkati sürdürmede, dürtü kontrolünde, organize olmakta, ayrıntılara dikkat etmekte ve verilen görevleri bitirmekte güçlük yaşamaktadır (Yılmaz Kafalı ve Özbaran, 2019, s. 25; Kavakcı, Demirel, Kuğu, Nur ve Doğan, 2011, s. 414; Nussbaum, 2017, s. 56).

1.1.2. Tarihçe

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tarihsel gelişiminin literatürde nasıl karşımıza çıktığına bakıldığında günümüz DEHB tanısı ile benzerlik gösteren birçok tanımlamanın yer aldığı görülmektedir. Belirtilen en eski kaynaklara bakıldığında bu kavramın 1700'lü yıllara dayandığı görülmektedir. 1775 yılında yayınlanan 'Der Philosophische Arzt' kitabında Alman hekim Melchior Adam Weikard günümüz DEHB kavramıyla örtüşen dikkat bozukluğundan bahsetmektedir (Barkley ve Peters, 2012, s. 628). 1798 yılında ise İskoç hekim Alexander Crichton yayınladığı kitabında dikkat ve bozukluklarından bahsetmektedir. Crichton'nun dikkat kavramının ve dikkat bozukluğu tanımının günümüz DEHB tanısı ile oldukça örtüştüğü belirtilmektedir (Palmer ve Finger, 2001, s. 66).

1844'de Alman hekim Heinrich Hoffmann kliniğini ziyaret eden çocuklardan yola çıkarak yazdığı kitabında bulunan hikayelerindeki çocuk tasvirlerinin günümüz DEHB kriterleri ile benzerlik gösteren davranışlardan oluştuğu görülmektedir (Soysal Acar, 2019, s. 4).

1902 yılında yayınladığı ve 43 çocuk ile ilgili gözlemlerinden bahsettiği kitabında Still bu çocuklarda dikkati sürdürmede güçlük, dikkatsizlik, aşırı hareketlilik, disipline direnç ve saldırganlık gözlemlediğini belirtmekte ve

günümüz DEHB tanı kriterlerine çok yakın bir tabloda bahsetmektedir. Still bu davranışları sergileyen çocukları ‘defect in moral control’ olarak adlandırmakta ve üç ana bileşenden bahsetmektedir. Bunlar; çevre ile bilişsel ilişkide, ahlaki bilinçte ve ket vurucu iradede bozukluk olarak belirtilmektedir (Barkley, Murphy ve Fischer, 2008, s. 9; Barkley ve Peters, 2012, s. 1).

1908 yılında Alfred Tregold anormal davranışlar sergileyen, dikkat yetisi sınırlı, dürtü kontrolünde sorun yaşayan çocuklardan bahsetmektedir. Ayrıca Tregold bu çocukların beyin hasarı sonucu davranış sorunları yaşadıklarını belirtmektedir (Palmer ve Finger, 2011, s. 70). 1917-1918 yıllarında ensafatilis salgını sonrası bu hastalığı geçiren çocukların dikkatte bozulma, hiperaktivite ve yetersiz dürtü kontrolü gibi davranış problemleri yaşadıkları belirtilmiştir. Bu davranış problemlerinin günümüz DEHB’nun çoğu karakteristik özelliğini taşıdığı belirtilmekte ve birçok klinisyen bu durumu ‘postnephritic behavior disorder’ olarak adlandırmıştır (Barkley, 2015, s.6).

1932 yılında ise Kramer ve Pollnow motor davranışta huzursuzluk ve aşırı hareketlilik semptomlarını ‘hyperkinetic syndrome’ olarak adlandırmışlardır. Kramer ve Pollnow tanımladıkları bu hastalığa sahip çocukların ensefatisis geçirmediğini belirtmişlerdir (Soysal Acar, 2019, s. 7). Khan ve Cohen 1934 yılında daha önceki olgulara benzer şekilde belirtiler gösteren çocukları ‘organic driveness’ olarak adlandırmışlardır. 1935’de Childres ve 1938’de Lein ise benzer davranış problemleri gösteren çocukları ‘restlessness syndrome’ olarak adlandırmışlardır (Barkley, 2006, s.6). 1937 yılında Bradley dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik yaşayan çocuklarda ilaç tedavisinin olumlu etkileri olduğunu tespit ettiğini belirtmiştir (Soysal Acar, 2019, s. 8).

1947’de Strauss ve Lehtinen beyin hasarı sonucunda hiperaktivite ve dürtüsellik oluştuğunu belirtmişlerdir. Belirtileri gözlemledikleri çocukları ‘brain injured child’ olarak adlandırmışlardır (Barkley, 2006, s. 6.). 1950’ler ve 1960’larda çocuklarda gözlenen günümüz DEHB kriterleri ile benzerlik gösteren davranış problemlerini ‘minimal brain dysfunction’ ya da ‘minimal brain damage’ olarak adlandırdığı görülmektedir (Palmer ve Finger, 2011, s. 71). DEHB’nun yetişkinlikte de devam eden bir bozukluk olduğuna dair bilgiler minimal beyin disfonksiyonu belirtilerinin gözlemlendiği yetişkinlerde belirtilerin çocukluktan beri sürdüğü bilgisi ve minimal beyin disfonksiyonuna sahip çocukların ailelerinin

de benzer semptomlara sahip oldukları yönünde ileri sürülen tespitler ile ortaya konmuştur (Tuğlu ve Şahin, 2010, s. 78).

DEHB ile benzerlik gösteren birçok sendromun farklı isimlerle belirtilmiş olup bunların benzerlik gösterdikleri en önemli noktaların hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat problemleri olduğu görülmektedir (Millichap, 2010, s. 2).

DEHB 1968'de 'çocukluğun hiperkinetik reaksiyonu' olarak DSM II'de 1980'de 'dikkat eksikliği bozukluğu' olarak hiperaktivitenin eşlik ettiği ve hiperaktivitenin eşlik etmediği şeklinde iki alt tipi ile DSM III'de yer almıştır. 1987 DSMIII-R'de ise 'dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu' olarak, 1994'de ise 'yıkıcı davranım bozuklukları' başlığı altında DSM IV' de yer almıştır. DSM IV-TR' de 'çocukluk dönemi psikiyatrik bozuklukları' başlığı altında yayınlanmıştır. 2013' de DSM 5' de 'nörogelişimsel bozukluklar' başlığı altında yer almıştır. Üç alt tipten oluşmaktadır. Bunlar; dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik ve bileşik tip olarak belirtilmektedir (Gül ve Öncü, 2018, s. 148; Tufan ve Yaluğ, 2010, s. 352; Tuğlu ve Şahin, 2010, s.80).

1.1.3. DEHB Epidemiyolojisi ile İlgili Yapılan Bazı Çalışmalar

DEHB prevalansı ile ilgili tüm dünyada çalışmalar yürütülmüştür. Bu başlık altında DEHB ile ilgili gerçekleştirilmiş olan bazı çalışmalara DEHB yaygınlığını daha iyi anlamak amacı ile yer verilmiştir. Kessler, Adler, Barkley, Biederman, Conners, Demler, Faraone, Greenhill, Howes, Secnik, Spencer, Ustun, Walters ve Zaslavsky (2006) 18-44 yaş arası bireylerde DEHB sıklığını tespit etmek amacı ile yürüttükleri çalışmalarında yetişkinlerde DEHB sıklığını %4,4 olarak tespit ettiklerini bildirmişlerdir. Çalışmanın katılımcılarının %85,8'inin çocukluklarında dikkat eksikliği, hiperaktivite veya dürtü problemleri yaşamadığını, katılımcıların %4'ününün çocukluk dönemi kriterlerini karşıladıklarını ve bu kişilerin %2,6'sının halen yetişkinlikte devam eden semptomlarının olduklarını tespit etmişlerdir. Kessler, Green, Adler, Barkley, Chatterji, Faraone, Finkelman, Greenhill, Gruber, Jewell, Russo, Sampson ve Brunt (2010) 345 kişi ile yürüttükleri çalışmalarında çocuklukta DEHB kriterlerini karşılayan katılımcıların %45,7'sinin yetişkinlikte de DEHB kriterlerini karşıladıklarını tespit etmişlerdir. Çocuklukta DEHB tanısı alan olguların yetişkinlikte de semptomlarının devam etme yaygınlığı ise %50- %70 olarak belirtmektedir (Yeşil Örnek ve Durmuş,

2016, s. 92). Ülkemizde Ercan (2010) tarafından yapılan bir çalışmada DEHB yaygınlığı %13,8 olarak bildirilmiştir (aktaran Çetin ve Işık, 2018, s. 20).

Gimpel ve Kuhn'un (2000) çocuklarda DSM IV kriterlerine göre DEHB sıklığını araştırdıkları çalışmalarında 2 ile 6 yaş arası 253 çocuğun annelerinden alınan bilgiye göre DSM IV DEHB A kriterlerinin sıklığının %9,5 olduğunu tespit etmişlerdir.

Kavakci, Kugu, Semiz, Karsikaya ve Dogan (2012) tarafından 980 üniversite öğrencisi ile ülkemizde yürütülen bir çalışmada DEHB yaygınlığını %6,1 olarak tespit edilmiştir. Erkeklerde DEHB yaygınlığı %7 iken kadınlarda %5 olarak tespit edilmiştir. En yüksek yaygınlık gösteren DEHB tipi erkeklerde %5,1, kadınlarda %3,48 oranında tespit edilen bileşik tip olarak belirtilmiştir.

Güçlü ve Erkiran (2004) DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB sıklığını incelediği araştırmalarında ebeveynlerde yaygınlığın %6,8 olduğunu belirtmişlerdir.

Polanzyck, De Lima, Horta, Biederman ve Rohde (2007) 1978 ve 2005 yılları arasında Kuzey Amerika, Güney Amerika, Avrupa, Asya, Okyanusya, Afrika ve Orta Doğu'da yayınlanmış çalışmalarını inceledikleri meta analizlerinde 18 yaşından küçük çocuklarda DEHB yaygınlığını %5,29 olarak tespit etmişlerdir. Ayrıca DSM III-R'a göre DEHB kriterleri karşılama yaygınlığının DSM IV kriterlerini karşılayanlardan anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmişlerdir.

Wolraich, Hannah, Baumgaertel ve Feurer (1998) Amerika'da okul çağı çocuklarında DEHB yaygınlığını %16,1 olarak tespit etmişlerdir (aktaran Biederman ve Faraone, 2005, s. 237). Erşan, Doğan, Doğan ve Sümer 2004 yılında Sivas ilinde okul çağı çocuklarında DEHB yaygınlığını incelemek amacı ile 6-15 yaş arasında olan 1425 katılımcı ile gerçekleştirdikleri araştırmalarında DEHB yaygınlığının %8,1 olduğu tespit edilmiştir. Alt tiplere bakıldığında %27,8 bileşik, %32,2 dikkat eksikliği ve %40 hiperaktif tip olduğunu bildirmişlerdir.

Faraone, Sergeant, Gillberg ve Biederman, 2003 yılında yayınladıkları meta analizlerinde Amerika'da DSM III kriterlerine göre gerçekleştirilen çalışmalarda DEHB yaygınlığını %9,1-12, Amerika dışında gerçekleştirilen çalışmalarda %5,8-11,2 olduğunu, DSM III-R kriterlerine göre yaygınlığın Amerika'da %7,1-12,8 Amerika dışında %3,9-10,9, DSMIV kriterlerine göre

Amerika'da yaygınlığın %11,4-16,1 ve Amerika dışında yapılan çalışmalarda yaygınlığın %2,4-19,8 olduğunu bildirmişlerdir.

Simon, Czobor, Bálint, Mészáros ve Bitter (2009) erişkinlerde DEHB yaygınlığını %2,5 olarak bildirirken Yallop, Brownell, Chateau, Walker, Waren, Bailis ve LeBow (2015), 8-29 yaş arası Kanadalı gençlerde DEHB yaygınlığını %7,11 olarak bildirmektedir.

Willcut (2012) 1994-2010 yılları arasındaki çalışmaları incelediği araştırmasında DEHB yaygınlığının 3-5 yaş arası çocuklarda %10,5, 6-12 yaş arası çocuklar %11,4, 13-18 yaş arası çocuklarda %8 ve 19 yaş üzeri bireylerde %5 olduğunu tespit etmiştir.

Fayyad, De Graaf, Kessler, Alonso, Angermeyer, Demyttenaere, De Girolamo, Haro, Karam, Lara, Lépine, Ormel, Posada-Villa, Zaslavsky ve Jin (2007) DEHB yaygınlığının Kolombiya'da %1,9, Fransa'da %7,3, Almanya'da %3,1, İtalya'da %2,8, Lübnan'da %1,8, Meksika'da %1,9, Hollanda'da %5, İspanya'da %1,2 ve Amerika'da %5,2 olduğunu belirtmiştir.

Doğan, Öncü, Varol-Saraçoğlu ve Küçükgöncü (2008) üniversite öğrencileri örnekleminde gerçekleştirdikleri çalışmalarında 2 standart sapma üzerindeki değerde DEHB yaygınlığını %2,6, 1,5 standart sapma üzerindeki değerde %6 olduğunu tespit etmişlerdir. Weyandt, Linterman ve Rice (1995) üniversite öğrencilerinde DEHB yaygınlığını %2,5, Heiligenstein, Conyers, Berns ve Smith (1998) %4, Pope, Whiteley, Smith, Lever, Wakelin Dudiak ve Dewart (2007) %6,9, Mckee (2008) %7,48 olduğunu bildirmişlerdir.

Yaşlılarla ilgili DEHB prevalansının incelendiği bir çalışmada yaygınlık %4,2, başka bir çalışmada %3,3 olarak tespit edilmiştir (Çavuşoğlu, Demirkol, Tamam, 2020, s.185).

Ülkemizde DEHB yaygınlığı klinikte %8,6 ile %29,4 arasında değişmekte iken genel toplumda yaygınlık %8,1 ile %8,6 arasında değişmektedir (Akgün, Tufan, Yurteri, Erdoğan, 2011, s.16).

1.1.4. Etyoloji

DEHB' nun etyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte genetik ve çevresel etkenlerin beraber rol aldığı ve biopsikososyal bir biçimde ele alınması gerektiği

düşünülmektedir (Yeşil Örnek ve Durmuş, 2016, s. 92; Soysal ve Özdemir, 2004, s.89).

DEHB' nun genetik aktarımı ile ilgili yapılan evlat edinme ve ikiz çalışmalarında ulaşılan sonuca göre; evlat edinilen çocuğun biyolojik ailesinin DEHB tanısı alması evlat edinilen aileye göre üç kat daha fazladır. Ayrıca tek yumurta ikizlerinde eş hastalanma %59 ile %92 arasında iken çift yumurta ikizlerinde eş hastalanma %29-%42 olarak tespit edilmiştir (Çetin ve Işık, 2018, s.20). Faraone ve Doyle (2001) DEHB olan ikizler üzerinde gerçekleştirdikleri çalışmalarında DEHB' nun etyolojisinin %80 genetik olduğunu belirtmiştir (aktaran Akgün vd., 2011, s. 21). Başka bir ikiz çalışmasında hiperaktivite/dürtüselliğin oranının %69, dikkat eksikliğinin %39 oranında kalıtsal olabileceğini belirlemiştir (Çetin ve Işık, 2018, s.22).

DEHB tanılı bir kişinin yakın akrabalarında DEHB görülme riski %10-%35, anne-babasinda DEHB görülme riski 8 kat fazla, kardeşinde DEHB görülme riski %32, ebeveynlerden birinde DEHB varsa çocukta DEHB olma riski %20-%54, her iki ebeveynde de DEHB varsa çocukta DEHB oranı %57 olduğu belirtilmektedir. DEHB olan çocuk ve ergenin annesinde DEHB görülme riski %15-%20, babasında görülme riski %25-%30 olarak bildirilmiştir (Akgün vd., 2011, s.19; Çetin ve Işık, 2018, s.23; Kayaalp, 2008, s.148).

DEHB etyolojisinde rol aldığı düşünülen genler ile ilgili çalışmalar devam etmektedir. Henüz herhangi bir genin tek başına DEHB etyolojisine sebep olduğu söylenememektedir. Birden fazla genin etyolojide rol alabileceği düşünülmektedir.

DEHB ile ilişkili olduğu düşünülen dopamin reseptörlerinin; DRD1, DRD2, DRD3, DRD4 ve DRD5 olduğu bildirilmiştir. DRD4'ün DEHB'nun patofizyolojisinde etkili olduğu belirtilmiştir. Serotonerjik transmitter SCL6A3 ve SCL6A4'ün DEHB ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Yapılan fare deneylerinde SNAP25'in bulunmadığı farelerde hiperaktivite gözlenirken sağlıklı SNAP25 geninin bulunmasının hiperaktiviteyi azalttığı tespit edilmiştir. Üzerinde durulan diğer genlerin Tiroid reseptör β geni ve dopamin taşıyıcı geni olduğu belirtilmektedir (Biederman ve Faraone, 2005, s.239; Çetin ve Işık, 2018, s. 32; Kayaalp, 2008, s.148; Öncü ve Şenol, 2002, s. 113).

DEHB ile ilgili yapılan nörofizyolojik çalışmalarda DEHB olan kişilerde orbitofrontal korteks, bazalganglionlar, korpus kolozum, serebellum ve toplam beyin hacminde küçülme olduğu, fronto subkortikal yollardaki dopaminerjik ve noradrejenik sistemlerde sorun olduğu, premotor ve superior kortekste glikoz metabolizmasında azalma olduğu ve frontolobta fonksiyon bozuklukları ile bu fonksiyon bozuklukları ile ilişkili olarak yürütücü işlevlerde sorun olduğu farklı çalışmalardan elde edilen bulgular ile bildirilmiştir (Akgün vd., 2011, s.17; Şahmurova ve Sezgin, 2019, s.568; Öncü ve Şenol, 2002, s.115).

Çevresel etkenler olarak hamilelik döneminde sigara, alkol ve madde kullanımı, doğum öncesi ve sonrası dönemdeki çevresel etmenler ve stresli hamilelik ve doğum sırasında yaşanan komplikasyonlar, toksemi, eklampsi, hamilelik yaşı, ebeveynlerin birinde ve/veya ikisinde psikiyatrik bozukluk, tek ebeveyn, çocuklukta duygusal ihmal ve annelik modeli, aile içi stres ve şiddet, olumsuz sosyal koşullar ve düşük sosyoekonomik seviye, prematüre doğum, obstetrik sorunlar olarak belirtilmiştir (Biederman ve Faraona, 2005, s.240; Çavuşoğlu, Demirkol ve Tamam, 2020, s.183; Deniz, Öztop, Mıstık, 2008, s.209; Kayaalp, 2008, s.149).

Hamilelikte sigara kullanımının dopaminerjik aktiviteyi etkileyerek düzensizliğe sebep olduğunu ve bu durumun DEHB'na neden olabileceği belirtilmektedir. Ayrıca ailede psikopatolojinin, aile bağlarının zayıf olmasının ve ailede çatışmanın DEHB olan çocukların ailelerinde kontrol grubundaki çocukların ailelerine göre daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Biederman ve Faraone, 2005, s.240).

1.1.5. Çocuklukta ve Yetişkinlikte Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DEHB çocukluk döneminde hiperaktivitenin daha ön planda olduğu bir görünüme sahiptir. DEHB olan çocuk ev ve okul kurallarına uymakta sıkıntılar yaşamaktadır. Kardeşleri ve akranları ile sık kavga etmekte, onları bir iş ile meşgul iken bölmekte ya da rahatsız etmekte ve onlara uyum göstermekte güçlük çekmektedir. Bu durum çocuğun sosyal ilişkilerinin zayıflamasına sebep olabilmektedir. Zihinsel olarak bir soruna sahip olmasalar da derse odaklanmak, dikkatini toparlayarak öğrenmeye çalışmak, derste yerinde oturmak ve sessizliğini

korumak bu çocuklar için güçtür. Tüm bunlar çocuğun yaşlarından beklenen performansın altında performans göstermesine neden olmaktadır. Eşyalarını, ödevlerini unutmak, kaybetmek ve bir işi organize etmek, başlamak, sürdürmek ve tamamlamakta zorlanmaktadırlar. DEHB olan çocukta karşıt gelme davranışları ve tehlike oluşturabilecek veya kazalara sebep olabilecek riskli davranışlar da görülmektedir (Şahmurova ve Sezgin, 2019, s. 569; Coşkun, Tamam, Demirkol, 2020, s. 313; Öner, Öner ve Aysev, 2003, s. 97).

Çocuklarda ve ergenlerde DEHB ile birlikte görülen diğer bozukluklar incelendiğinde; anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu, distimik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, kekemelik, enürezis nokturna, tik bozukluğu, davranım bozukluğu, duygudurum bozukluğu, majör depresyon, obsesif kompulsif bozukluk (okb), öğrenme güçlüğü, sınırda kişilik bozukluğu ve tourette sendromu'nun DEHB ile eş tanı gösterdiği görülmektedir (Aktepe, 2011, s. 201; Minde, Eakin, Hecthman, Ochs, Bouffard, Greenfield ve Looper, 2003, s. 641; Biederman, Faraone, Milberger, Curtis, Chen, Marrs, Ouellette, Moore ve Spencer, 1996, s. 346; İpçi, İzmir, Türkçapar, Özdel, Ardiş ve Ercan, 2020, s. 283; Biederman, Newcorn, Sprich, 1991, s. 564; Elia, Ambrosini ve Berrettini, 2008, s.1; Kadesjö ve Gillberg, 2001, s. 487; West, McElroy, Strakowski, Keck ve McConville, 1995, s. 271).

DEHB' nun çocukluk döneminde görülen hiperaktivitenin ön planda olduğu görünümü yaş ile birlikte azalmaktadır. Ergenlikte azalmaya başlayan hiperaktivite erişkinlikte artık daha az görülmekte ve dikkat sorunları ile karakterize şekilde ortaya çıkmaktadır (Çetin ve Güney, 2019, s. 123). Dikkat ile ilgili sorunlar kişinin kendini organize edememesine sebep olmaktadır. Bir işi organize etmenin, planlamanın, başlayabilmenin, dikkatini o iş üzerinde toplayabilmenin ve işi tamamlayabilmenin çok güç olduğu ve bu nedenle DEHB olan yetişkinin iş kaybı, sık iş değiştirme veya işyerinde düşük başarı gösterebilmekte olduğu belirtilmektedir. Ayrıca dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan kişinin işlerini önem sırasına koymakta güçlük, detayları gözden kaçırmak, aceleci karar vermek gibi sorunlar yaşamakta olduğu belirtilmektedir (Özmen, 2020, s. 202; Yapıcıoğlu, Kavakçı, Güler, Semiz ve Doğan, 2011, s. 178). Duygusal tepkilerin şiddetli olması, öfke yönetiminde güçlük ve şiddet sorunları yaşayabilmektedirler. Akranlarıyla veya sosyal ilişkilerinde sorunlar

yaşamakta ve uzun süreli ilişkiler kurmakta güçlük çekmektedirler. DEHB olan yetişkinlerde kaza, intihar, madde kötüye kullanımı ve yasal sorunlar gibi riskli davranışlar görülebilmektedir (Özdemiroğlu, Karakuş, Memiş, Şen ve Sevinçok, 2016, s. 6; Soysal, Can, Tan, Keskinoglu ve Elmastaş-Dikeç, 2011, s. 1603; Tuğlu ve Şahin, 2010, s. 76). Dürtüsellik, diğerlerinin konuşmasını dinlemekte güçlük, sırada beklemekte güçlük, çok konuşmak, duygu durumunda değişkenlik, sabırsızlık, saldırganlık ve antisosyal davranışlar, kızgın, tepkisel, çekinmez ve umursamaz davranışlar görülebilmektedir (Nussbaum, 2017, s. 57; Özmen ve Özmen, 2012, s. 46; Tınaz, 2004, s. 197).

Yetişkinlerde DEHB ile komorbitenin araştırıldığı bir çalışmada DEHB olan örneklem grubunun %10'unda hayat boyu süren bir komorbite, %14'ünde iki, %15'inde üç ve %53'ünde dört veya daha fazla komorbite olduğu tespit edilmiştir (Wilens, Biederman, Faraone, Martelon, Westerberg ve Spencer, 2009, s. 1560). Sobanski (2006)'ye göre DEHB olan yetişkinlerde %65-89 oranında bir veya daha fazla komorbite görülmektedir.

Yetişkinlerde DEHB ile birliktelik gösteren psikiyatrik tanılar ile ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında; yeme bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları, majör depresif bozukluk, sosyal fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, dürtü kontrol bozukluğu, bipolar bozukluk, anksiyete bozukluğu, davranım bozukluğu, distimik bozukluk, panik bozukluk, agorafobi, basit fobi, siklotimik bozukluk, antisosyal kişilik bozukluğu, duygudurum bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu ve sınırda kişilik bozukluğunun görüldüğü belirtilmiştir (Sobanski, Brüggemann, Alm, Kern, Deschner, Schubert, Philipsen ve Rietschel, 2007, s. 373; Rösler, Retz, Yaqoobi, Burg ve Retz-Junginger, 2009, s. 101; Biederman, Monuteaux, Mick, Spencer, Wilen, Silva, Snyder ve Faraone, 2006, s. 172; Torgersen, Gjervan ve Rasmussen, 2006, s. 40; Murphy, Barkley ve Bush, 2002, s.152; Jacob, Romanos, Dempfle, Heine, Windemuth-Kieselbach, Kruse, Reif, Walitza, Romanos, Strobel, Brocke, Schäfer, Schmidtke, Böning ve Lesch, 2007, s. 311; Van Ameringen, Mancini, Simpson ve Patterson, 2011, s. 221; McGough, Smalley, McCracken, Yang, Del'Homme, Lynn ve Loo, 2005, s. 1624; Wilens vd., 2009, s. 1560; Shekim, Asarnow, Hess, Zaucha ve Wheeler, 1990, s. 416; Faraone, Biederman, Mennin, Wozniak ve Spencer, 1997, s. 1384; Biederman, Faraone, Spencer, Wilens, Norman, Lapey, Mick, Lehman ve

Doyle, 1993, s. 1794; Ateşçi, Tüysüzoğulları, Özdel, Oğuzhanoglu, 2010, s. 69; Tamam, Karakus ve Ozpoyraz, 2008, s. 389; Yapıcıoğlu vd., 2011, s. 179; Ekinci, Öncü ve Canat, 2011, s. 187).

1.2. Duygu Düzenleme Güçlüğü

1.2.1. Duygu

Duygular kişiye kendisi ve çevresine dair bilgiler sunan, sosyal etkileşimi, davranışsal tepkileri ve karar vermeyi etkileyen, algı ve davranış üzerinde etkili olan, güçlü ya da zayıf, uzun ya da kısa, olumlu ya da olumsuz olabilen kompleks ve dinamik yapılar olarak tanımlanmaktadır (LeBlanc, Essau ve Ollendick, 2017, s. 3; Barnow, Reinelt ve Sauer, 2016, s. 5; Dede ve Eker, 2019, s. 4547). Duygular belirli bir durum için yanlış türde, yoğunlukta veya süre içinde ortaya çıkabilmekte ve böyle durumlarda kişiye zarar verebilmekte olup çeşitli duygular deneyimleyen kişi bu duyguları ile etkili ya da etkisiz biçimde başa çıkmaya çalışmaktadır. Bu başa çıkma sürecinde duyguyu tanımakta, kabullenmekte ve işlevsel bir şekilde kullanmakta sorun yaşanabilmektedir (Leahy, Tirch ve Napolitano, 2011, s. 1; İnceman Kara ve Güven, 2019, s.914).

Literatüre bakıldığında farklı araştırmacıların duygunun benzer yönlerine dikkat çektikleri görülmektedir. LeBlanc vd. (2017) duygu üretiminin altında yatan nörolojik süreç, duygu yoluyla ortaya çıkan bilinçli deneyim ve duygu ile ortaya çıkan gözlenebilir davranış ve yüz ifadeleri olmak üzere duygunun üç yönünün önemli olduğunu belirtmektedir. D'Agostino, Covanti, Monti ve Starcevic (2017) ise duyguların öznel deneyim, fizyolojik tepki ve davranışsal tepki olmak üzere üç bileşeni içermesi gerektiğinden bahsetmektedir.

1.2.2. Duygu Düzenleme

Gratz ve Roemer (2004)'e göre duygu düzenleme duyguların farkında olmak, anlamak, kabul etmek, dürtüsel davranışları kontrol etmek ve olumsuz duyguları deneyimlerken durumun gerekliliğine ve istenen hedefe uygun şekilde davranabilmek olarak tanımlanmaktadır. Duygu düzenleme uyumlu davranışın sergilenmesi için etkili stratejilerin uygulandığı ve böylelikle duygusal deneyimin bağlama uygun, kişisel farklılıkları ve kişisel tercihi içeren işlevsel bir şekilde meydana gelmesinin sağlandığı bir süreç olarak değerlendirilebilmektedir

(LeBlanc vd., 2017, s.5). Bu süreç duygunun yoğunluğunu, süresini ve deneyimlenmesini etkileyen otomatik veya iradi olarak, bilinçliden bilinçsize bir devamlılık içerisinde meydana gelmektedir (Gross, 2014, s. 7; Beauchaine, 2015, s. 876). Duygu düzenleme ile ortaya çıkan değişim her zaman istenen ve olumlu bir şekilde sonuçlanan bir süreç olarak gerçekleşemeyebilir ve kişinin kaçınmak istediği davranışları ortaya çıkararak ve kişinin arzu ettiği duruma ulaşmasını engelleyebilen bir süreç olarak da gerçekleşebilmektedir (Koole, 2009, s. 6).

Duygu düzenleme stratejileri duygusal deneyimin veya duygu uyandıran olayın hem büyüklüğünün hem de türünün değiştirilmesi için uygulanmaktadır (Aldao, Nolen- Hoeksema ve Schweizer, 2010, s. 218). Duygu düzenleme kişinin yeteri kadar esnek olabilme yeteneğini ve sosyal olarak kabul edilen ve başa çıkabilen duygusal tepkiler verebilmesini içermektedir. Etkili duygu düzenleme kişinin zor bir durumda kendini iyi hissetmesini, zorluklarla yüzleşmek için harekete geçmesini, daha açık ve net düşünmesini ve amaca ulaşip gerçekleştirmesini sağlamaktadır. Duygu düzenleme kişinin kendi ve başkalarının duygularının farkında olmasını, anlamasını ve empati kapasitesini içermektedir (Thompson, 2019, s. 806; D'Agostino vd., 2017, s. 808).

Duygu düzenleme kişinin sahip olduğu duyguyu ve duygunun nasıl deneyimleneceğini ya da nasıl ifade edileceğini biçimlendirmektedir. Gross (2014) duygu düzenlemenin düzenleme hedefinin belirlenmesi, düzenleme stratejilerinin belirlenmesi ve duygunun gidişatı olmak üzere üç özelliği olduğundan söz etmektedir.

Uyumlu bir şekilde duygu düzenlemenin gerçekleşebilmesi için farkındalık, hedef ve strateji olmak üzere üç önemli faktörün olduğu belirtilmektedir. Bu faktörler ise şu şekilde açıklanmaktadır;

- *Farkındalık*: Duygunun ve meydana geldiği bağlamın farkında olmak olarak tanımlanmaktadır. Duygusal farkındalık elde bulunan duygu düzenleme stratejilerinin çeşitliliğini arttırmakta, esneklik sağlamakta ve uyumlu düzenlemeyi kolaylaştırmaktadır.
- *Duygu düzenleme hedefi*: kişinin kısa ve uzun vadeli hedeflerini bilmesi ve belirli duygu ile ilgili olarak neye ulaşmayı hedeflediği şeklinde tanımlanmaktadır. Duygu düzenleme hedefi duygu

deneyiminin ifadesinin ve fizyolojisinin, yoğunluğunun ve büyüklüğünün ayarlanmasında, arttırıcı veya azaltıcı rol oynamaktadır.

- *Duygu düzenleme stratejileri*; Kişinin bulunduğu durumdan hedeflediği duruma geçebilmesi için gereken belirli stratejinin kullanılmasını içermektedir (Gross ve Jazaieri, 2014, s.388).

Duygu düzenleme stratejileri içsel ve dışsal yani kendi duygularını ve başkalarının duygularını düzenlemek şeklinde meydana gelmektedir. Duygu düzenleme stratejileri ile olumlu duygu da olumsuz duygu da hem arttırılabilmekte hem de azaltılabilmektedir (Gross, 2014, s.8).

Gross (1998)'un duygu düzenleme süreç modeline göre kişinin duygu düzenlemede kullandığı durum seçimi, durum düzenlenmesi, dikkatin atanması, bilişsel değişim ve tepki değişimi olmak üzere beş aşamadan oluşmakta olup bu aşamalar şu şekilde açıklanmaktadır;

- *Durum seçimi*: Kişinin, istenmeyen bir duyguyu oluşturan belirli bir durum, yer veya kişiden kaçınması ya da onlara yaklaşması olarak tanımlanmaktadır.
- *Durum düzenlenmesi*: Duygusal etkisini değiştirmek amacı ile çevreyi değiştirmek olarak tanımlanmaktadır. Durum seçimi de durum düzenlenmesi de çevrede yapılan değişiklikleri içermektedir.
- *Dikkatin atanması*: Duyguları değiştirmek amacı ile durumun hangi yönüne dikkatin odaklanacağını içermektedir. En çok kullanılan şekli olan dikkat dağılması, durumun duygusal olmayan yönüne odaklanmak veya dikkatin başka bir şeye kaydırılması olarak tanımlanmaktadır.
- *Bilişsel değişim*: Duyguyu etkilemek amacı ile durumun mümkün olabilecek tüm anlamları içerisinde hangisinin seçileceğinin değerlendirilmesi şeklinde açıklanmaktadır.
- *Tepki değişimi*: Duyguyu ortaya çıkaran duruma verilen deneyimsel, davranışsal ve fizyolojik tepkiyi etkileme çabası olarak açıklanmaktadır (Gross, 1999a, s. 544; Gross, 1999b, s. 559).

Süreç modelinde yer alan durum seçimi, durum düzenlenmesi, dikkatin atanması ve bilişsel değişim öncül odaklı duygu düzenleme stratejisinin meydana geldiği aşamalar olarak belirtilmektedir. Tepki değişimi ise tepki odaklı duygu düzenleme stratejisinin meydana geldiği aşama olarak belirtilmektedir. Duygu düzenleme stratejisi olan yeniden değerlendirme öncül odaklı, bastırma ise tepki odaklı bir strateji olarak ele alınmaktadır. Öncül odaklı stratejiler duygunun yönünü değiştirebilmektedir. Tepki odaklı stratejiler ise tepki eğilimi ortaya çıktıktan sonra oluştukları için duygu deneyimini değiştirmeyerek, duyguyu ifade eden davranışın engellenmesi ile ilgili olarak meydana gelmektedir. Gross öncül odaklı stratejilerin tepki odaklı stratejilere göre daha etkili olduklarını belirtmektedir (Gross 1999a, s. 543; Gross, 2001, s. 216; Sheppes, Scheibe, Suri ve Gross, 2011, s. 1392).

Yeniden değerlendirme kısaca duygu uyandıran durumun anlamını değiştirmek ve duygunun ifadesini durdurmak yerine duygu deneyiminin yoğunluğunu azaltmak olarak tanımlanabilmektedir (Gross, 2001, s. 216; D'Agostiono vd., 2017, s. 817). Yeniden değerlendirme kişinin stresli bir durumda sıkıntıyı azaltmanın bir yolu olarak duruma karşı olumlu yorum veya bakış açısı üretmesini meydana getirmekte olup, duygusal açıdan olumsuz durumlarda olumsuz duygunun ifade edilmesini azaltmakta, olumlu duygunun ifade edilmesini ise azaltmamaktadır (Aldao vd., 2010, s. 218; Gross, 2001, s. 217).

Bastırma hem olumsuz hem de olumlu duyguyu ifade eden davranışı azaltmaktadır. Olumlu duyguyu ifade etmedeki azalma sosyal etkileşimi engellemekte ve etkileşim içinde bulunan kişide olumsuz tepkilere yol açabilmekte, yeniden değerlendirme ise fizyolojik tepkiyi ve etkileşim içerisinde bulunduğu kişiyi olumsuz etkilememektedir. Bastırma stratejisinin kullanımının kişinin daha az pozitif duyguyu ve daha çok negatif duygu deneyimlemesine, duygusal etkileşimler ile ilişkili hafıza sorunlarına, yakın ilişkilerden kaçınmaya, başkaları ile daha az olumlu ilişki kurmaya ve daha az duygusal yakınlık içeren ilişkiler içinde olmaya sebep olabildiği belirtilmektedir (Gross, 2001, s. 218).

Uygun duygu düzenleme stratejisini seçerken, stratejinin etkili olması, stratejiyi başarılı şekilde uygulamak için gereken kaynakların bulunması, düzenlenmesi gereken duygunun yoğunluğu ve belirli bir bağlamda uygulanacak

uygun duygu düzenleme stratejisinin seçimi olmak üzere üç temel önemli faktör bulunmaktadır. Duygu düzenleme stratejisinin uygulanabilmesi ve yerine getirilebilmesi için ise diğer çeldirici hedeflere karşı kişinin hedefinin korunmasının sağlanması ve hedef korumanın ya da durumun değişmesi halinde duygu düzenleme hedefinin yeniden ayarlanabilmesini sağlayan hedef esnekliğinin bulunması duygu düzenleme stratejisinin iki önemli ve gerekli uygulama unsuru olarak belirtilmektedir (Gross ve Jazaieri, 2014, s. 395).

1.2.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü

Duygu düzenleme güçlüğü kısaca duygu düzenleme hedefleri yerine getirilemediğinde ortaya çıkan, duygunun işlenişi veya deneyimlenmesi ile başa çıkmada zorluk ya da yetersizlik, olumsuz duygulanım esnasında dürtü kontrolünde ve hedeflenen amaca yönelik eylemlere odaklanmakta zorlanma olarak tanımlanmaktadır (Leahy vd., 2011, s. 2; Thopmson, 2019, s. 806). Bazen negatif duyguların kontrol edilmesi duygu düzenleme olarak adlandırılmakta ve kişi negatif duygularını uygunsuz şekilde ifade ettiğinde de bu durum duygu düzenleme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır. Fakat duygu düzenleme sadece negatif duygular ile ilgili değildir. Kişinin pozitif bir duygudan kaçması veya kabullenmemesi de bir duygu düzenleme güçlüğü olabilmektedir (D'Agostino vd., 2017, s. 814).

Cole ve Hall (2017) duygu düzenleme güçlüğüne başarısız düzenleme girişimleri, duygunun uygun davranışı engellemesi, bağlama uygun olmayan duygunun deneyimlenmesi veya ifade edilmesi ve duygu çeşitlerinin ansızın veya yavaş oluşması olarak tanımlamaktadır (aktaran Thompson, 2019, s. 806).

D'Agostino vd. (2017) yüz üç araştırma üzerinde yaptıkları bir literatür derleme çalışmasında duygu düzenleme güçlüğüne araştırmacılarca farklı biçimlerde betimlendiğini ve gerçekleştirdikleri çalışma sonucunda duygu düzenleme güçlüğüne tanımlarken genel olarak ortak bir paydada buluşulabileceğini belirtmişlerdir. Bu ortak payda, duygu farkındalığında azalma, yoğun ve baş edilemeyen duyguya uygun olmayan yetersiz duygusal tepki, duyguyu yoğun deneyimleme ve ifade etme, kısıtlı ve belirli duygu aralığında duygu deneyimleme, bağlam ile uygunsuz duygusal tepki olan duygusal katılık ve zihinsel yeniden değerlendirilmede güçlük yaşamak olarak tanımlanabilmektedir.

Duygu düzenleme güçlüğü duygunun aşırı şiddetli veya aşırı etkisiz olması şeklinde kendini gösterebilmektedir. Duygunun aşırı şiddetli olması, kişi tarafından istemsiz, izinsiz, karşı konulmaz veya problemlili bir deneyim ile oluşan duygunun yoğunluğunun artmasını içermektedir. Duygunun aşırı şekilde azalması ise normalde yoğun veya büyük duygulanımlar sonucu oluşabilecek deneyimler olan depersonalizasyon, derealizasyon gibi dissosiyatif yaşantılar, bölme veya duygusal uyumsuzluğu içermektedir (Leahy vd., 2011, s. 2).

Başarılı duygu düzenlemenin iyi sağlık, gelişmiş ilişkiler, iş ve okul başarısı ile bağlantılı olduğu ve duygu düzenlemede güçlüğü ruh hastalıkları ve ciddi bazı patolojiler ile bağlantılı olduğu belirtilmektedir (Aldao vd., 2010, s. 218).

1.2.4. Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu ve Duygu Düzenleme Güçlüğü

DEHB olan kişi dikkatini hedefi üzerinde yoğunlaştırmada zorluk yaşamakta ve böylelikle çeldirici hedeflere karşı duygu düzenleme hedefini korumakta zorluk çekmektedir (Gross ve Jazaieri, 2014, s. 395). DEHB’da duygu düzenleme güçlüğü’nün negatif duyguya ket vurmada başarısızlık, öfke, sinirlilik, saldırganlık, yoğun negatif duygu ifadesi ve düşük tahammül toleransı, dürtüsel şiddet, kuralları çiğneme ve saldırganlık gibi davranışsal kontrolsüzlükler şeklinde ortaya çıktığı belirtilmiştir. Klinik araştırmalarda DEHB olan çocukların %24 ile %50’sinin duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı belirtilmiştir (D’Agostino vd., 2017, s. 815; Baykal ve Nalbantoğlu, 2019, s. 270).

DEHB tanısı almış kişilerin duygu düzenleme güçlüğü yaşadıkları birçok araştırmada tespit edilmiştir (Corbisiero, Mörstedt, Bitto ve Stieglitz, 2017, s. 107; Reimherr, Marchant, Olsen, Halls, Kondo, Williams ve Robison, 2010, s. 56; Beheshti, Chavanon ve Christiansen, 2020, s. 5). DEHB’nun yanı sıra somatizasyon, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı, travma sonrası stres bozukluğu, yeme bozuklukları, depresyon semptomları, majör depresif epizod ve bipolar bozuklukta da duygu düzenleme güçlüğü’nün tespit edildiği belirtilmektedir (Lily ve Lim, 2013, s. 743; Jakubczyk, Trucco, Kopera, Kobyliński, Suszek, Fudalej, Brower, Wojnar, 2018, s. 52; Bradley, DeFife, Guarnaccia, Phifer, Fani, Ressler ve Westen, 2011, s. 685; Messman-Moore ve Bhuptani, 2017, s. 154; McLaughlin, Hatzenbuehler, Mennin ve Nolen-

Hoeksema, 2011, s. 544; Mennin, Holaway, Fresco, Moore, Heimberg, 2007, s. 296; Gleen ve Klonsky, 2009, s. 24).

1.3. Somatizasyon

1.3.1. Tanım

Somatizasyon, kişiler arası ilişkilerde, ruhsal ve sosyal alanda oluşan psikolojik sıkıntının kişide açıklanamayan fizyolojik bulgular olan bedensel belirtiler ile ifade bulması olarak tanımlanmaktadır (Ünal, 2002, s. 53). Lipowski (1988)'ye göre somatizasyon '*Patolojik bulgularla açıklanmayan somatik sıkıntı ve semptomlar deneyimleme, bunları fiziksel hastalığa atfetme ve tıbbi yardım alma eğilimi içerisinde olmak*' olarak tanımlamıştır. Katon Kleinman ve Rosen (1982)'e göre somatizasyon '*psikososyal ve duygusal sorunları olan hastaların sıkıntılarını öncelikle fiziksel semptomatoloji yoluyla ifade etmeleri*' olarak, Kleinman ve Kleinman (1986)'a göre ise '*kişisel ve sosyal sıkıntının tıbbi yardım arama ve bedensel şikayetlerle ifade edilmesi*' olarak tanımlanmaktadır (aktaran Kellner, 1994, s. 15).

Somatizasyonun üç yönünden bahsedilmektedir. Bu yönler bireyin bedensel semptomlara dair öznel algısı, değişiklik veya işlevsel bozukluğu ve dirençlerden oluşan deneyimsel yön, algılanan bedensel semptomun fiziksel bir hastalık olarak yanlış atfedilmesi zihinsel yön ve bu yanlış atıf ile medikal yardım arayışında bulunmak davranışsal yön olarak belirtilmektedir (Lipowski, 1987, s. 294). Sulvian ve Katon birinci basamak sağlık merkezlerinde üç somatizasyon şeklinin gözlemlendiğinden bahsetmektedirler. Bunlar; akut durumsal stres ile ilişkili olan akut somatizasyon, akut psikiyatrik bir bozukluk ile ilişkili sabakut somatizasyon ve kronik psikiyatrik bozukluk ile ilişkili olan kronik somatizasyon olarak belirtilmiştir (Sullivan ve Katon, 1993, s. 142).

Lipowski'ye göre somatizasyon geçici ve ısrarcı olarak kabaca ikiye ayrılabilir. Geçici somatizasyon ölüm veya iş kaybı gibi kişisel açıdan stresli bir yaşam olayına akut ve kendi kendini sınırlayan bir yanıt olarak ortaya çıkan ve kendiliğinden ya da bir doktorun fiziksel bir hastalığın olmadığını belirtmesi ile geçmekte olan somatizasyon şekli olarak tanımlanmaktadır. Kalıcı somatizasyon ömür boyu sürebilecek kronik bir sorunun olduğu, hipokondriyak endişeler ve kişinin ısrarcı bir biçimde tıbbi teşhis ve tedavi arayışı içerisinde

olması olarak açıklanmaktadır. Lipowski bu kişileri ısrarcı somatizörler olarak adlandırmakta olup bu kişileri tanımlayan beş özellikten bahsetmektedir. Bu özellikler medikal bir bulgu olmamasına rağmen fiziksel semptomlardan şikayetçi olmak, doktorların açıklamalarına rağmen semptomlarının ciddi bir hastalığa dönüşeceği korkusuna veya inancına sahip olmak, semptomları için tekrarlayan tıbbi yardım arayışı içinde olmak, mesleki veya sosyal işlevlerde kısmi veya tamamen bozukluk olması ve altı ay boyunca bu sürecin devam etmesi şeklinde açıklanmaktadır (Lipowski 1987, s. 294; Lipowski, 1988, s.1361).

1.3.2. Etyoloji

Somatizasyon bozukluğunun etyolojisinde genetik, kültür, kişiler arası ilişkilerin şekli, aile dinamikleri, aile içerisinde öğrenilmiş olan davranışlar ve savunma mekanizmaları gibi birçok faktörün etkili olabileceği ve tam olarak etyolojisinin bilinmediği belirtilmektedir (Tunçer, 2005, s. 158; Özenli, Yoldaşcan, Topal ve Özçürümez, 2009, s. 132; Doğan, 1999, s. 46). Lipowski (1987) somatizasyonun genetik, kişilik, gelişimsel öğrenme ve sosyokültürel yatkinlik faktörlerini içermekte olduğunu belirtmektedir. Kişinin çocuklukta deneyimlediği bedensel doyum, bedensel işlevlerle aşırı ilgi ve aile içerisinde öğrenilen hastalık davranışlarının somatizasyonun oluşmasında etkili olan faktörler olabilecekleri belirtilmiştir (Babacan, 2003, s. 521; Tunçer, 2005, s. 158). Psikodinamik yaklaşıma göre fiziksel semptom, genellikle çocukluğa kadar uzanan, çevre tarafından tetiklenen ve kişi tarafından çözülemeyen bilinçdışı çatışmaya verilen duygusal tepkinin bir parçası olarak anlaşılabilir ve bedensel belirtiler projeksiyon, gerileme, bastırma gibi savunma mekanizmaları tarafından şekillendirilmektedir (Bitzer, 2003, s. 100). Miliora ise somatizasyon sürecinde temel savunma mekanizmasının bastırma yerine dissosiyasyon olduğunu belirtmektedir (Miliora, 1998, s. 276).

Somatizasyon sürecinde zemin hazırlayan, tetikleyen ve devam ettiren olmak üzere üç faktör bulunmaktadır. Zemin hazırlayan faktörler; genetik, gelişimsel öğrenme, kişilik ve sosyokültür olarak tanımlanmaktadır. Tetikleyen faktörler ise; birey için kayıp veya tehdidin öznel anlamından kaynaklanan stres yaratan yaşam olayları veya durumlar olarak tanımlanmaktadır. Devam ettirici faktörler ise kalıcı somatizasyona katkı sağlayan, hastalar ile aileleri, doktorlar ve

sosyal sistem arasındaki karmaşık etkileşim ve bireysel yatkınlık olarak tanımlanmaktadır (Lipowski, 1988, s. 1365).

1.3.3. Epidemiyoloji ve Psikopatoloji

Amerika'daki büyük bir sağlık sigorta şirketi tarafından yapılan bir çalışmada 28 milyon kişi ile ilgili veriler incelenerek somatizasyon bozukluğunun %0,2 ile %2 arasında değişen hayat boyu yaygınlığa sahip olduğu tespit edilmiştir (Levenson, 2011, s. 516). Somatizasyon bozukluğunun yapılan genel popülasyon çalışmalarına göre yaygınlığı %0,3 olarak tespit edilmiştir (Ávila, 2006, s. 163). Yapılan bir araştırmaya göre Amerika'daki üniversite öğrencilerinde somatik şikayetleri bildirme oranı %11 olarak tespit edilmiştir (Kihlstrom ve Canter Kihlstrom, 2001, s. 240).

Türkiye kronik hastalıklar ve risk faktörleri araştırmasına (2013) göre somatizasyon bozukluğunun prevalansı %5 olmakla birlikte erkeklerde %2, kadınlarda %7 olarak tespit edilmiştir. Yaş grupları açısından sonuçlar incelendiğinde erkeklerde en yüksek yaygınlık %4,5 ile 75 yaş üstü bireylerde, en düşük yüzde ise %0,7 ile 15-24 yaş arası bireylerde, kadınlarda ise sırası ile bu oranlar %16,3 ve %3,3 olarak saptanmıştır. Somatizasyon bozukluğunun yaşam boyu yaygınlık oranı ülkemizde %1,5 oranında olduğu ve psikiyatri polikliniğinde somatizasyon bozukluğunun görünümünün %43-68 oranında olduğu bildirilmiştir (Özenli vd., 2009, s. 134; Atmaca, 2012, s. 277).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 14 ülkede gerçekleştirdiği çalışmasında genel olarak somatizasyonun %7,3 ile %36,8 arasında olduğunu tespit etmiştir (aktaran Tunçer, 1999, s. 51).

Somatizasyon bozukluğu ile birliktelik gösteren diğer bozuklukların incelendiği çalışmalarda, dissosiyatif bozukluklar, travma sonrası stres bozukluğu (tssb), borderline kişilik bozukluğu majör depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, distimik bozukluk, paranoid kişilik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, antisosyal kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu, panik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu ve alkol/madde kötüye kullanımı tespit edilmiştir (Andreski, Chilcoat, Breslau, 1998, s. 134; Saxe, Chinman, Berkowitz, Hall, Lieberg, Schwartz ve Van der Kolk, 1994, s. 1330; Bornstein ve Gold, 2008, s. 157; Brown, Golding ve Smith, 1990, s. 447; Swartz, Blazer, George ve

Landerman, 1986, s. 1406; Kirmayer ve Robbins, 1991, s. 651; Garcia-Campayo, Alda, Sobradie, Olivan ve Pascual, 2007, s. 677; Simon ve Gureje, 1999, s. 91; Lilienfeld, Van Valkenburg, Larntz ve Akiskal, 1986, s. 719; Gureje, Simon, Ustun ve Goldberg, 1997, s. 992; Tomasson, Kent ve Coryell, 1991, s. 291; Konkan, Yalçinkaya, Erkiran ve Erkmn, 2003, s. 220; Portegijs, Jeuken, Van Der Horst, Kraan ve Knottnerus, 1996, s. 3; Taycan, Sar, Celik ve Erdogan-Taycan, 2014, s. 1839).

1.3.4. Somatizasyon ve Kùltür

Somatizasyon kùltürden etkilenmekte olup kùltüre özgü ifade biçimleri gösterebilmektedir. Somatizasyon tüm toplumlarda görülebilmektedir. Fakat doğu toplumlarında bedensel ifadenin batı toplumlarına göre daha fazla olduğu belirtilmektedir. DSM IV' de kùltüre özgü tanımlar bölümü eklenmiş olup somatik belirtiler gösteren farklı kùltürlerdeki farklı bedensel belirtiler ile ifade edilen on dört bozukluktan bahsedilmektedir. Genellikle stresli bir yaşam olayından sonra yaşanan bağırma, ağlama, nöbete benzer bayılma, sıcak basması ve dissosiyatif yaşantılar şeklinde ifade biçimleri ile karakterize olan ve Latin toplumlarında 'Ataque de nervios' olarak adlandırılan, ve Güney Kore'de tanımlanan anksiyete ve zayıflık hissi, baş dönmesi, yeme ve uyuma problemleri, gastrointestinal sorunlar gibi somatik şikayetler ile başlayıp dissosiyatif yaşantılar ile devam eden 'shin byung' bu bozukluklara örnek olarak gösterilebilmektedir. Kùltüre bağlı olarak farklı biçimlerde ifade edilebilse de duygu kökenli bedensel şikayetler ile karakterize olması somatizasyonun tüm toplumlardaki var olma şekli olarak belirtilmektedir (Babacan, 2003, s. 522; Guarnaccia ve Rogler, 1999 s. 1324; Tunçer 1999, s.51; Yi, 2000, s. 479).

1.4. Dissosiyasyon

Duygu, düşünce, davranış, bellek, algı, kimlik, beden temsili ve motor kontrol normalde bütünleştirici, birleştirici bir süreç içerisinde iken kişinin iç veya dış dünyasındaki stres verici ve tedirgin edici uyaranlara karşı ruhsal dengesini sürdürmek adına gösterdiği bir savunma mekanizması olan dissosiyasyon sırasında bütünlük ve birlik içerisindeki süreçlerde ayrılma ya da süreksizlik meydana gelmektedir (Şar, 2018, s. 453; Şar, 2000, s. 8).

Dissosiyasyon patolojik olmayan, günlük yaşamda olağan koşullarda bulunan, uyuma hizmet eden ve bireyin ruh sağlığını korumaya yönelik olarak basit dalgınlık, unutma ve hayal kurma halleri şeklinde ortaya çıkabilen ve sık, kişinin yaşam kalitesini ve işlevselliğini bozacak hale gelerek patolojik bir duruma dönüşebilen bir süreçtir (Şarlak ve Öztürk, 2018, s. 16; Gül ve Öner, 2017, s. 177). Dissosiyasyon her yaştan, cinsiyetten ve kültürden kişide gözlenebilmektedir (Brunet, Holowka ve Laurence, 2003, s. 25). Çocuklukta dissosiyasyona yatkınlık daha fazla olmakla birlikte yaşla azalmaktadır (Şar, 2000, s. 8). Dissosiyatif bozuklukların duygu durum dalgalanmaları, intihar girişimleri, konsantrasyon güçlüğü, öfke patlamaları, kendine zarar verme davranışları, bilinç kesintileri ve çalkantılı yakın ilişkiler ile ifade bulduğu belirtilmektedir (Akcan ve Öztürk, 2018, s. 21). Dissosiyasyonun etyolojisi kesin olarak bilinmemekte olup genetik özellikler, erken gelişimsel dönemde yaşanan olumsuz olaylar, kişilik örgütlenmesi ve travma ile ilişkili olabileceği belirtilmektedir (Balcıoğlu ve Balcıoğlu, 2018, s. 9).

Ülkemizde klinik popülasyonda yapılan çalışmalar incelendiğinde dissosiyatif bozuklukların yaygınlığı ile ilgili değişen sonuçların bildirildiği görülmektedir. Bir araştırmada borderline kişilik bozukluğu olan psikiyatri hastalarında dissosiyatif bozukluğun yaygınlığının %13,8 (Sar, Kundakci, Kiziltan, Yargic, Tutkun, Bakim, Bozkurt, Özpulat, Keser ve Özdemir, 2003, s. 125), bir araştırmada konversiyon bozukluğuna sahip psikiyatri hastalarında dissosiyatif bozukluğun yaygınlığının %30,5 olduğu tespit edilmiştir (Tezcan, Atmaca, Kuloglu, Gecici, Buyukbayram ve Tutkun, 2003, s. 325). Bir başka çalışmada ise psikiyatri acilinde dissosiyasyon bozukluğunun yaygınlığının %34,9 olduğu bildirilmiştir (Sar, Koyuncu, Ozturk, Yargic, Kundakci, Yazici, Kuskonmaz ve Aksüt, 2007, s. 47). Klinik popülasyonda yapılan diğer araştırmalarda ise %12 ve %10 olarak tespit edilen yaygınlık oranları olduğu görülmektedir (Şar, Tutkun, Alyanak, Bakim ve Baral, 2000, s. 217; Tutkun, Sar, Yargic, Özpulat, Yanik ve Kiziltan, 1998, s. 800). Genel popülasyondaki çalışmalarda ise dissosiyasyon bozukluklarının yaygınlığının %18,3 olarak belirtildiği görülmektedir (Şar, Akyüz ve Doğan, 2007, s. 172).

Yapılan araştırmalarda dissosiyasyon bozuklukları ile eş tanı gösteren bozuklukların bazıları sınır kişilik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, Majör

depresyon, tssb, konversiyon bozukluğu, madde kullanım bozuklukları, enürezis nokturna ve okb olduğu tespit edilmiştir (Şar vd., 2007, s. 173; Tutkun vd., 1998, s. 802; Şar vd., 2000, s. 218; Sar vd.,2007, s. 48; Gülsün, Doruk, Evrensel ve Baykız, 2006, s. 133).

Kızıltan, Şar ve Kundakçı (1998) dissosiyatif kimlik bozukluğunda eksen I eş tanısını araştırdığı çalışmasında somatizasyon bozukluğunun %53,3 farklılaşmamış, somatoform bozukluğun %6,7 herhangi bir somatoform bozukluğun %60 oranında gözlemlendiğini belirtmiştir (aktaran Şar, 1998, s. 17).

Şar (2018) dissosiyatif bozuklukların çocuklukta DEHB ya da obsesif kompulsif bozukluk gibi başka psikiyatrik tabloları taklit edebileceği göz önünde bulundurulması gerektiğini belirtmektedir. Yapılan bir çalışmada dissosiyatif bozukluk gösteren hastaların %79,1'inde somatizasyon bozukluğu saptandığı ve bu iki bozukluğun sıklıkla eş tanı gösterdikleri belirtilmiştir (Dilbaz, Bitlis, Usseli ve Erdoğan, 1994, s. 7).

Somatizasyon dissosiyatif semptomları içerebilmektedir aynı şekilde dissosiyasyon bozuklukları da somatizasyon semptomlarını içerebilmektedir. Dissosiyatif bozukluğa sahip kişiler birçok somatoform semptom göstermekte ve sıklıkla DSM IV somatizasyon bozukluğu ve konversiyon bozukluğu kriterlerini karşılamaktadırlar (Nijenhuis, Spinhoven, Van Dyck, Van der Hart ve Vanderlinden, 1997, s. 312). Dissosiyatif bozukluğu olan hastalar sıklıkla organik temeli olmayan somatik yakınmalar göstermektedirler (Mueller-Pfeiffer, Schumacher, Martin-Soelch, Pazhenkottil, Wirtz, Fuhrhans, Hindermann, Assaloni, Briner ve Rufer, 2010, s. 338). Somatoform bozukluklar bir dissosiyatif bozukluk olmamalarına karşın dissosiyatif bozukluklar ve somatoform bozukluklar arasında güçlü bir ilişki bulunmaktadır (Nijenhuis, 2001, s. 8). Bu durumda dissosiyasyon, konversiyon semptomları ve belirli somatik semptomların aynı yapının ifade şekilleri olabileceği belirtilmektedir. Konversiyon bozukluğu, histeri ve somatoform dissosiyasyonun aslında birbirine benzer bir mekanizma olmakla birlikte bastırılmış duygular, problemler, stres ve çatışmanın yansıması olan somatik semptomların açıklanması için kullanılmış oldukları belirtilmektedir (Ren, Hood,, Su ve Sa, 2020, s. 3258). Nemiah (1993) dissosiyasyonu somatizasyonun merkez patojenik süreci olarak görmekte ve dissosiyasyon ile bilinçten uzak tutulan bilinçdışı ve bilinçaltı süreçlerin somatik semptom ile

bilince yansıtıldığını ve oluşan somatik bilincin halen kişiyi bilinçli farkındalığını yaşadığı travma, çatışma veya psikolojik stresten dissosiyeye etmekte olduğunu belirtmektedir (aktaran Laria ve Lewis-Fernández, 2001, s. 23).

Dissosiyatif bozukluklar ilk kez 1968'de DSM-II' de konversiyon ve dissosiyasyon bozuklukları histerik nevrozların bir tipi olarak değerlendirilmiştir ve histerinin bir alt kategorisi olarak 'histerik nevroz, dissosiyatif tip' adı altında yayınlamıştır. 1980'de DSM-III' de ve 1987' de DSM-III-R' de konversiyon bozukluğu somatoform bozukluklar başlığı altında ve dissosiyatif bozukluklar ayrı başlık altında sınıflandırılmıştır. 1994'de DSM-IV' de bu durum aynı şekilde devam etmiş olup, 2013'de DSM 5'de ise dissosiyatif füğ dissosiyatif amnezi içerisine dahil edilmiştir. Tanımlanmış diğer dissosiyatif bozukluklar ve tanımlanmamış dissosiyatif bozukluklar olmak üzere iki yeni bozukluk tanımlanmıştır (Özden, 2018, s. 73; Sar vd., 2009, s. 50).

Nijenhuis (1996) dissosiyasyonun somatik yönünü açıklamak için 'somatoform dissociation' kavramını öne sürmüştür (aktaran Laria ve Lewis-Fernández, 2001, s. 23). Psikolojik dissosiyasyonun amnezi, depersonalizasyon, derealizasyon, kimlik karmaşası, davranış kontrolünün kaybı ve kimlik değişimi gibi çeşitli zihinsel, duygusal ve davranışsal ifade biçimlerine sahip olduğu ve somatizasyon ile yakından ilişkili olduğu belirtilmektedir. Somatik bilgiyi diğer deneyimlerle bütünleştirememenin işlevsel değerinin olduğu bazı durumların olduğu ve somatoform dissosiyasyon olarak adlandırıldığı belirtilmektedir. Somatoform dissosiyasyon analjezi, algısal becerilerin bozulması, bilinç kaybı ile birlikte vücudun bir bölgesi veya tamamında uyarana duyarlılığın kaybedilmesi, duyuşsal algının tamamen kaybı, motor kontrol kaybı gibi şekillerde meydana gelen somatik deneyimin olmaması durumu olan negatif somatik deneyimler ve karıncalanma gibi istemsiz duyuşsal algı, tremor ve ağrı semptomları gibi somatik deneyimin artması şeklinde meydana gelen pozitif somatik deneyimler şeklinde ortaya çıkabilmektedir (Waller, Hamilton, Elliott, Lewendon, Stopa, Waters, Kennedy, Lee, Pearson, Kennerley, Hargreaves, Bashford, Chalkley, 2001, s. 83; Kienle, Rockstroh, Bohus, Fiess, Huffziger, Steffen- Klatt, 2017, s. 2).

İKİNCİ BÖLÜM

GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Amacı ve Önemi

Bu araştırmanın amacı dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri, duygu düzenleme güçlüğü, somatizasyon ve dissosiyasyon arasındaki ilişkiyi incelemektir. Duygu düzenleme güçlüğü hem nörogelişimsel bir bozukluk olan DEHB' da hem de stresin ifadesi olan somatizasyon ve dissosiyasyon da görülebilmektedir. Literatür incelendiğinde DDG' nün DEHB' nun çekirdek semptomu olduğunu, somatizasyon ve dissosiyasyonun da DDG sonucunda oluştuğunun belirtildiği görülmektedir. Araştırmanın değişkenlerinin birbiri ile ilişkili olabileceği hipotezinden hareketle oluşturulmuş olan bu çalışmanın amacı ve önemi farklı çalışmalarda ayrı ayrı incelenmiş olan yapıları birleştirerek literatüre katkı sağlamak ve ilişkileri olan değişkenlerin yordayıcılıklarını araştırarak ileride yapılacak olan çalışmalara bakış açısı sunmaktır. Buradan hareketle araştırmanın ana problem cümlesi 'Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri, duygu düzenleme güçlüğü, somatizasyon ve dissosiyasyon arasında bir ilişki var mıdır?' şeklinde tasarlanmıştır. Ana problem doğrultusunda araştırma verilerinin analizi sürecinde irdelenecek olan diğer alt problemler ise şu şekildedir;

- DEHB, DDG, somatizasyon ve dissosiyasyon puanları bazı sosyodemografik değişkenlere göre farklılık göstermekte midir?
- Araştırmanın ana değişkenlerinin birbirleri ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi var mıdır?

2.2. Araştırmanın Evren ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 2020-2021 eğitim ve öğretim yılında İstanbul Gelişim Üniversitesinde öğrenim görmekte olan lisans öğrencileri oluşturmaktadır. Yükseköğretim Kurumu (YÖK)'nun verilerine göre 2019-2020 eğitim ve öğretim yılında İstanbul Gelişim Üniversitesinde 14828 lisans öğrencisi mevcuttur (<https://istatistik.yok.gov.tr>). Evreni temsil etmesi için gerekli örneklem büyüklüğü YÖK verileri ışığında %95 güven payı, %5 hata payı ile en az 375 kişidir (Gürbüz ve Şahin 2018, s. 135). Araştırmanın örneklem büyüklüğü için

375 kişiye ulaşmak hedeflenmiş olup, 435 kişiye ulaşılmıştır. Araştırmanın dahil edilme kriterlerine uymayan 55 kişi analize dışında bırakılarak 380 kişi ile örneklem oluşturulmuştur.

2.3. Araştırmanın Yöntemi

Bu çalışmada nicel araştırma yöntemlerinden ilişkisel tarama yöntemi kullanılmıştır. Araştırmanın dahil edilme kriterleri olarak belirlenen hususlar ise şu şekildedir;

- İstanbul Gelişim Üniversitesi lisans öğrencisi olmak
- 18 yaş ve üzeri olmak
- Araştırma veri toplama araçları olan ölçekleri tam ve eksiksiz doldurmuş olmak.

2.3.1. Araştırmanın Sınırlılıkları

Bu araştırmadan elde edilecek bulgular araştırmada kullanılan ölçekler ve araştırmanın örnekleme ile sınırlıdır.

2.4. Araştırmanın Veri Toplama Araçları

2.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmanın katılımcılarının sosyodemografik verilerini değerlendirmek amacı ile araştırmacı tarafından oluşturulmuş olan ve yaş, cinsiyet, gelir durumu, kiminle yaşadığı, okuduğu fakülte ve sınıf, kaçınıcı çocuk olduğu ve kaç kardeş olduklarına dair soruları içermektedir.

2.4.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Öz Bildirim Ölçeği (ASRS)

Dünya sağlık örgütü (DSÖ, World Health Organization WHO) tarafından geliştirilmiş olan (Kessler, Adler, Ames, Demler, Faraone, Hiripi, Howes, Jin, Secnik, Spencer, Ustun ve Walters, 2005, s. 245) 18 sorudan ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik olmak üzere iki alt boyuttan oluşan beşli likert tipi bir ölçektir. DSM IV dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu A grubu belirtilerini içermektedir. Ölçeğin her bir maddesi 0 ile 4 arasında puanlanmaktadır. Ölçeğin herhangi bir alt boyutundan 0-16 arası puan alan bir katılımcı DEHB olasılığına

sahip olmadığı, 17-23 arası puan alan katılımcının olasılıkla DEHB olabileceği, 24 ve üzeri puan alan bir katılımcının yüksek olasılıkla DEHB olabileceği belirtilmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan, Öncü, Varol-Saraçoğlu, Küçükgöncü tarafından 2009 yılında gerçekleştirilmiş olup dikkat eksikliği alt ölçeği için Cronbach α değeri 0,82, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu Cronbach α değeri 0,78 olarak tespit edilmiştir (Doğan vd., 2009, s. 78).

2.4.3. Duygu Düzenleme Güçlüğü Kısa Form-16 (DERS-16)

Gratz ve Roemer (2004) tarafından geliştirilmiş olan DERS-36 sorudan ve 5 alt boyuttan (farkındalık, açıklık, dürtü, stratejiler ve kabul etmeme) oluşmaktadır. Bjureberg, Ljótsson, Tull, Hedman, Sahlin, Lundh, Bjärehed, DiLillo, Messman-Moore, Gumpert ve Gratz (2016) tarafından ölçeğin 16 soruluk kısa formu oluşturulmuştur. Kısa formda alt boyutlar açıklık (1, 2), amaçlar (3, 7 ve 15), dürtü (4, 8, ve 11), stratejiler (5, 6, 12, 14 ve 16) ve kabul etmeme (9, 10 ve 13) olarak belirtilmektedir. Türkçe'ye geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Yiğit ve Guzey Yiğit tarafından gerçekleştirilmiştir (Yiğit ve Guzey Yiğit, 2019, s. 1504).

2.4.4. Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)

Derogatis tarafından 1977'de geliştirilen ölçek 90 sorudan ve dokuz boyuttan oluşmaktadır. Bu boyutlar, somatizasyon, obsesif kompulsif, kişilerarası duyarlılık, depresyon, kaygı, fobik kaygı, paranoid düşünce ve psikotizmden oluşmaktadır. Ölçek beşli likert tipte ve maddelerden 0 ile 4 arasında puan alınabilmektedir. Her alt boyuttan alınan toplam puan madde sayısına bölünerek boyuta dair puan elde edilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Dağ tarafından 1991'de gerçekleştirilmiş olup ölçeğin Cronbach α iç tutarlılık kat sayısı 0,97 olarak tespit edilmiştir (Dağ, 1991, s. 6).

2.4.5. Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (DES)

Dissosiyatif Yaşantılar ölçeği (DES) Bernstein ve Putnam tarafından 1986'da geliştirilmiştir (Bernstein ve Putnam, 1986, s. 727). Ölçeğin ilk biçimi görsel sağlamak amacıyla sayısal yoldan işaretlenebilir hale getirilerek 0-100 arasında işaretleme yapılarak kullanılabilen DES II olarak bilinen yeni biçimi Carlos ve Putnam (1993) tarafından oluşturulmuştur (Carlson ve Putnam, 1993, s. 22). Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Yargic, Tutkun ve Sar

tarafından 1995 yılında gerçekleştirilmiştir. Ölçeğin test tekrar test güvenilirliği 0.78 bulunmuştur (Yargic, Tutkun ve Sar, 1995, s. 11). DESII öz bildirim dayalı bir ölçek olup, tanı koydurucu bir araç değil tarama ya da dissosiyatif yaşantıları derecelendirme amacıyla kullanılmaktadır. Ölçek 28 sorudan oluşmaktadır. Otuz puan ölçek için yüksek ve düşük dissosiyasyonu tanımlayabilmek adına kesim noktası olarak kullanılmaktadır (Carlos ve Putnam, 1993, s.22).

2.5. Veri Analiz Yöntemi

Araştırmada elde edilen veriler Statistic for Social Science Package Programm (SPSS) 25.0 ile analiz edilmiştir. Basıklık çarpıklık analizi, Kolmogrov Smirnov Analizi, Güvenilirlik analizi, Mann Whitney U analizi, Kruskal Wallis Testi, Spearman Korelasyon analizi ve Regresyon analizi uygulanmıştır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmanın veri toplama araçlarından elde edilmiş olan verilerin istatistiksel analizine ait bulgular yer almaktadır.

3.1. Sosyodemografik Özelliklerin Dağılımı

Aşağıda verilmiş olan tabloda araştırmanın katılımcılarının sosyodemografik özelliklerine ilişkin bilgilere yer verilmiştir.

Tablo 1. Katılımcıların sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı

		N	%
		(380)	
Cinsiyet	Kadın	249	65,5
	Erkek	131	34,5
Yaş	18-20	211	55,5
	21-23	116	30,5
	24 ve üzeri	53	14,0
Medeni Durum	Bekar	375	98,7
	Evli	5	1,3
Gelir Durumu	2500 ve altı	23	6,0
	2500-3500	69	18,2
	3500-4500	88	23,2
	4500-5500	74	19,4
	5500 ve üzeri	126	33,2
Fakülte	İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi	152	40,0

	Sağlık Bilimleri Yüksekokulu	87	22,9
	Güzel Sanatlar Fakültesi	66	17,4
	Mimarlık ve Mühendislik Fakültesi	32	8,4
	Diş Hekimliği Fakültesi	26	6,8
	Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu	16	4,2
	Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu	1	0,3
Sınıf	1. Sınıf	169	44,5
	2. Sınıf	97	25,5
	3. Sınıf	57	15,0
	4. Sınıf	54	14,2
	5. Sınıf	3	0,8
Kiminle Yaşadığı	Tek başına	20	5,3
	Aile ile	344	90,5
	Akraba ile	8	2,1
	Arkadaş ile	6	1,6
	Yurttta	2	0,5
Kardeş Sayısı	Bir kardeş	54	14,2
	İki kardeş	145	38,2
	Üç kardeş	108	28,4
	Dört kardeş	51	13,4
	Beş kardeş ve daha fazla	22	5,8

Kaçıncı Çocuk	Birinci çocuk	194	51,1
	İkinci çocuk	117	30,8
	Üçüncü çocuk	46	12,1
	Dördüncü çocuk ve daha fazla	23	6,0

Tablo 1' göre araştırmaya katılan katılımcıların %65,5'ini (n=249) kadınlar, %34,5'ini (n=131) ise erkekler oluşturmaktadır.

Katılımcıların yaşlarına ait bulgulara bakıldığında yoğunluğun %55,5 ile 18-20 (n= 211) yaş arasında olduğu görülmektedir. 21-23 (n=116) yaş aralığı %30,5 ve 24 yaş ve üzeri (n=53) katılımcıların oranının %14 olduğu görülmektedir.

Katılımcıların medeni durumuna bakıldığında %98,7'sinin bekar (n=375), %1,3'ünün evli (n=5) olduğu görülmektedir.

Gelir durumuna ait bulgulara bakıldığında en fazla yoğunluğun %33,2 ile 5500 ve üzeri (n=126) gelir durumuna sahip olduğunu belirten katılımcılara ait olduğu görülmektedir.

Fakülte dağılımına bakıldığında katılımcıların %40 (n=152) ile İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler Fakültesi öğrencileri olduğu ve en az katılımcının %0,3 (n=1) ile Beden Eğitimi ve Spor Yüksekokulu öğrencisinden oluştuğu görülmektedir.

Katılımcıların sınıflarına ait bulgulara bakıldığında sırasıyla en çok katılımın %44,5(n=169) 1. sınıf, %25,5 (n=97) 2. sınıf, %15 (n=57) 3. sınıf, %14,2 (n=25) 4. sınıf ve %0,8 (n=3) ile 5. sınıf öğrencilerinden oluştuğu görülmektedir.

Katılımcıların kiminle yaşadığına ait bulgulara bakıldığında aile ile yaşayanların %90,5 (n=344) ile en yüksek yüzdeye sahip olduğu görülmektedir.

Kardeş sayısı ile ilgili bulgulara bakıldığında katılımcıların %38,2' sinin (n=145) iki kardeş, %28,4' ünün (n=108) üç kardeş, %14,2' sinin (n=54) bir kardeş, %13,4' ünün (n=51) dört kardeş ve %5,8'inin (n=22) beş kardeş ve üzeri kardeş oldukları görülmektedir.

Katılımcıların kaçınıcı çocuk olduklarına dair soruya verdikleri cevaplar incelendiğinde katılımcıların en fazla %51,1 ile (n=194) 1. çocuk, en az %6 ile (n=23) 4. çocuk ve daha fazla olduğu bulgularda görülmektedir.

3.2. Güvenilirlik Analizi

Tablo 2. Ölçeklere ait güvenilirlik analizi

		Cronbach's Alpha
ASRS	Hiperaktivite/Dürtüsellik	0,82
	Dikkat Eksikliği	0,86
	Toplam	0,83
DERS-16	Açıklık	0,78
	Amaçlar	0,76
	Dürtü	0,73
	Stratejiler	0,74
	Kabul etmeme	0,79
	Toplam	0,82
SCL-90-R	Somatizasyon	0,81
DESI	Dissosiyasyon	0,79

Güvenilirlik ölçüt değerleri şu şekildedir (Yaşar, 2014, s.63).

- α değeri $0,00 < \alpha < 0,40$ değerleri arasında bir değer aldığında ölçek güvenilir değil,
- α değeri $0,41 < \alpha < 0,60$ değerleri arasında bir değer aldığında ölçek düşük güvenilir,
- α değeri $0,61 < \alpha < 0,80$ değerleri arasında bir değer aldığında ölçek orta düzeyde güvenilir,

- α değeri $0,81 < \alpha < 1,00$ değerleri arasında bir değer aldığında ölçek yüksek düzeyde güvenilir olarak kabul edilmektedir.

Tablo 2 incelendiğinde ASRS ölçeği hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu (α) 0,82, dikkat eksikliği alt boyutu (α) 0,86 ve ölçek tüm maddeler toplamı (α) 0,83 ile ölçeğin yüksek düzeyde güvenilirlik gösterdiği görülmektedir. Somatizasyon ölçeğinin (SCL-90-R alt ölçeği) (α) 0,81 ile yüksek düzeyde güvenilirlik gösterdiği görülmektedir. DERS-16 ölçeğine ait güvenilirlik analizi sonuçlarına bakıldığında ise açıklık alt boyutu (α) 0,78, amaçlar alt boyutu (α) 0,76 dürtü alt boyutu (α) 0,73, stratejiler alt boyutu (α) 0,74 ve kabul etmeme alt boyu (α) 0,79 ile ölçek alt boyutları orta düzeyde güvenilir olduğu ve DERS-16 tüm maddelerin (α) 0,82 ile yüksek derecede güvenilir olduğu görülmektedir. Araştırmada kullanılan bir diğer ölçek olan Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinin (DESII) (α) 0,79 ile orta düzeyde güvenilir olduğu görülmektedir.

3.3. Normallik Dağılımı

Tablo 3. Ölçeklerin normallik dağılımınının sınanması

	N	Çarpıklık	Basıklık	Kolmogorov Smirnov
Hiperaktivite/Dürtüsellik	380	0,450	0,216	0,000
Dikkat Eksikliği	380	0,515	0,095	0,000
ASRS Toplam	380	0,350	0,096	0,000
Açıklık	380	0,480	-0,359	0,000
Amaçlar	380	0,154	-0,799	0,000
Dürtü	380	0,970	0,404	0,000
Stratejiler	380	0,610	-0,544	0,000
Kabul Etmeme	380	1,052	0,738	0,000
Toplam	380	0,605	-0,114	0,000

Somatizasyon	380	0,895	0,306	0,000
Dissosiyasyon	380	0,845	0,426	0,000

Ölçek puanlarının normal dağılıma uygunluğunun incelenmesi için yapılan bir işlem çarpıklık ve basıklık değerlerinin hesaplanmasıdır. Hesaplanan puanların basıklık ve çarpıklık değerlerinin +1 ile -1 arasında olması normal dağılım için yeterli görülmektedir (Gürbüz ve Şahin, 2018, s. 214). Normallik dağılımını hesaplamak için yapılan normallik testi olan Kolmogorov Smirnov Testi sonucunda dağılımın normal dağılmadığı kabul edilmiştir. Bu amaç doğrultusunda analizlerde nonparametrik yöntemler kullanılmıştır.

3.4. Ölçeklere Ait Tanımlayıcı Bulgular

Tablo 4. Ölçeklere ait tanımlayıcı bulgular

		N	Ortalama	Standart Sapma	Min-Max
ASRS	Hiperaktivite/Dürtüsellik	380	14,9	6,21	1-34
	Dikkat Eksikliği	380	13,5	5,51	0-32
	Toplam	380	28,5	10,2	4-61
DERS-16	Açıklık	380	4,90	1,94	2-10
	Amaçlar	380	9,26	3,03	3-15
	Dürtü	380	6,30	2,94	3-15
	Stratejiler	380	11,4	4,79	5-24
	Kabul Etmeme	380	6,03	2,94	3-15
	Toplam	380	37,9	12,6	16-79
	DESII	Dissosiyasyon	380	21,3	13,4

SCL-90-R	Somatizasyon	380	10,7	6,98	0-34
-----------------	--------------	-----	------	------	------

Tablo 4'e göre katılımcıların DERS-16 ölçeği açıklık alt boyutundan ortalama 4,90, amaçlar alt boyutunun ortalama 9,26, dürtü alt boyutundan ortalama 6,3, stratejiler alt boyutundan ortalama 11,4, kabul etmeme alt boyutundan 6,03, ölçeğin toplamından ortalama 37,9, dissosiyasyonu ölçmek için kullanılan DESII ölçeğinden ortalama 21,3, somatizasyonu ölçmek için kullanılan SCL-90-R ölçeği somatizasyon alt boyutundan ortalama 10,7, ASRS ölçeği hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutundan 14,9, dikkat eksikliği alt boyutundan 13,5, ölçeğin toplamından ortalama 28,5 puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 5. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS) puan aralıklarına göre katılımcıların dağılımı

ASRS Ölçek Boyutları	0-16	17-23	24 ve üzeri
Hiperaktivite/Dürtüsellik	n=278 (%73,2)	n=81 (%21,3)	n=21 (%5,5)
Dikkat Eksikliği	n=242 (%63,7)	n=100 (%26,3)	n=38 (%10)

Doğan vd. (2008) ASRS ölçeğinin herhangi bir alt boyutundan 0-16 arası puan almanın kişide DEHB olmadığını, 17-23 arası puan almanın kişide olasılıkla DEHB olabileceğini ve 24 ve üzeri puan alan kişide yüksek olasılıkla DEHB olabileceğini belirtmişlerdir. Buradan hareket ile belirtilen puan aralıklarında araştırmanın katılımcılarının yüzdesi incelendiğinde; katılımcıların %10'unun yüksek olasılıkla dikkat eksikliğinin ön planda olan tip DEHB olabileceğini ve katılımcıların %5'inin yüksek olasılıkla hiperaktivite/dürtüsellik ön planda olan tip DEHB olma ihtimalinin olduğu söylenebilmektedir.

Tablo 6. Dissosiyatif yaşantılar ölçeği (DESII) puan aralığına göre katılımcıların dağılımı

DESII	30 ve üzeri	30 ve altı
Dissosiyasyon	n= 89 (%23,2)	n=291 (%76,8)

Yargic vd. (1997) Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmalarını yaptıkları DES II' nin tanı koydurucu bir araç olmadığını tarama veya derecelendirme amaçlı kullanılabildiğini ve dissosiyatif bozuklukları saptamada kesme noktasının 30 puan üzeri olduğunu belirtmektedir. Bu doğrultuda araştırmanın

katılımcılarının DES II ölçek toplam puan üzerinden 30 puan ve üzeri alan kişi sayısının araştırmanın katılımcılarının %23,2'sinden oluştuğu görülmektedir.

3.5. Araştırmanın Değişkenlerinin Sosyodemografik Özelliklere Göre İncelenmesi

Tablo 7. Ölçek puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması

	cinsiyet					
	Kadın (n=249)		Erkek (n=131)		Z	p
	ort	ss	ort	ss		
Hiperaktivite/Dürtüsellik	15,2	6,21	14,5	6,21	1,012	0,312
Dikkat Eksikliği	13,4	5,54	13,5	5,48	-0,132	0,895
ASRS Toplam	28,7	10,2	28,1	10,3	0,541	0,589
Açıklık	4,79	1,96	5,12	1,89	-1,615	0,107
Amaçlar	2,96	9,43	3,15	2,96	1,573	0,111
Dürtü	6,14	2,88	6,60	3,03	-1,457	0,146
Stratejiler	11,6	5,00	11,1	4,34	0,855	0,393
Kabul Etmeme	6,06	2,77	5,97	2,88	0,300	0,764
DERS-16 Toplam	38,0	12,8	37,8	12,1	0,181	0,857
Somatizasyon	11,5	7,21	9,06	6,22	3,379	0,001
Dissosiyasyon	20,6	13,2	22,5	13,9	-1,309	0,191

Tablo 7 bulguları incelendiğinde elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

- Katılımcıların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerini ölçmek amacı ile kullanılan ASRS ölçeğinden aldığı puanların demografik özelliklerden cinsiyet değişkenine göre farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde; Yapılan Mann Whitney U Testi

sonuçlarına göre erişkin DEHB kendi bildirim ölçeğinin hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu, dikkat eksikliği alt boyutu ve toplam puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

- Katılımcıların somatizasyon düzeyini ölçmek için kullanılan SCL-90-R Somatizasyon alt ölçeği puanlarının cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması için gerçekleştirilen Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre SCL-90-R ölçeğinin somatizasyon alt boyutu puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaştığı görülmektedir ($p<0,05$). Bu anlamlı farklılık incelendiğinde kadınların somatizasyon puanlarının (ort=11,5) erkeklerin somatizasyon puanlarına (ort=9,06) göre daha fazla olduğu görülmektedir.
- Katılımcıların duygu düzenleme gücünü ölçmek için kullanılan DERS-16 ölçeğinden elde ettikleri puanların cinsiyet değişkenine göre karşılaştırılması amacı ile yapılan Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeğinin açıklık, amaçlar, stratejiler, kabul etmeme alt boyutunun ve toplam puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$).
- Dissosiyasyonu ölçmek amacı ile kullanılan DES II ölçeğinden elde edilen puanlar ve cinsiyet değişkenini karşılaştırılmak amacı ile gerçekleştirilen Mann Whitney U Testi sonuçlarına göre Dissosiyatif Yaşantılar ölçeği (DESII) puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Tablo 8. Ölçek puanlarının yaş değişkenine göre karşılaştırılması

	YAŞ						KW	p
	18-20 (n=211)		21-23 (n=116)		24 ve üzeri (n=53)			
	ort	ss	ort	ss	ort	ss		
Hiperaktivite/Dürtüsellik	14,83	5,85	14,61	5,95	16,49	7,90	1,836	0,161

Dikkat	13,32	5,36	13,37	4,79	14,64	7,32	1,275	0,281
ASRS Toplam	28,15	9,72	27,98	9,48	31,13	13,45	2,017	0,134
Açıklık	5,01	1,99	4,73	1,79	4,89	2,10	0,759	0,469
Amaçlar	9,45	3,04	8,87	2,86	9,38	3,36	1,392	0,250
Dürtü	6,45	3,04	6,01	2,78	6,34	2,90	0,847	0,430
Stratejiler	11,54	4,67	10,85	4,46	12,47	5,79	2,147	0,118
Kabul etmeme	6,12	2,84	5,55	2,40	6,77	3,34	3,690	0,026
DERS-16 Toplam	38,56	12,64	36,02	11,18	39,85	14,98	2,222	0,110
Somatizasyon	10,82	7,26	10,32	6,55	11,17	6,86	0,321	0,725
Dissosiyasyon	22,3	13,4	20,5	13,0	19,1	14,2	1,449	0,236

Tablo 8 bulguları incelendiğinde elde edilen sonuçlar şu şekildedir;

Katılımcıların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerini ölçmek amacı ile araştırmada kullanılan ASRS ölçeğinden aldığı puanlar incelendiğinde; yapılan Kruskal Wallis Testi sonuçlarına göre erişkin ASRS ölçeğinin hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutunun, dikkat eksikliği alt boyutunun ve ölçek toplam puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların DERS-16 ölçeğinden elde ettikleri puanların yaş değişkenine göre karşılaştırılması Kruskal Wallis Testi ile yapılmış olup analiz sonucunda DERS-16 ölçeğinin açıklık, amaçlar, dürtü ve stratejiler alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Katılımcıların kabul etmeme alt boyutundan almış oldukları toplam puanların ise yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Farklılığın kaynağını tespit etmek amacı ile Post Hoc Dunn Bonferroni testi yapılmış olup bu analizin sonucunda farklılığın yönü 21-23 yaş arası kişiler ($ort=5,55$) ile 24 yaş ve üzeri kişiler ($ort=6,77$) arasındaki katılımcılarda olduğu görülmektedir.

Katılımcıların SCL-90-R ölçeği somatizasyon alt boyutu puanlarının yaş değişkenine göre karşılaştırılması sonucunda katılımcıların somatizasyon puanlarının yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılaşmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

Katılımcıların DES II ölçeğinden elde ettikleri puanların yaş değişkenine göre karşılaştırıldığında DES II ölçeği puanlarının yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 9. Ölçek puanlarının gelir durumu değişkenine göre karşılaştırılması

	Gelir Durumu										KW	P
	2500 ve altı (n=23)		2500-3500 (n=69)		3500-4500 (n=88)		4500-5500 (n=74)		5500 ve üstü (n=126)			
	Ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss		
1.	14,00	5,23	16,07	5,66	13,98	6,11	15,53	6,72	14,98	6,40	1,396	0,235
2	12,96	4,37	14,14	5,24	12,09	5,16	13,99	6,12	14,01	5,61	2,163	0,073
3	26,96	6,75	30,22	9,61	26,07	9,98	29,51	11,59	28,99	10,35	2,120	0,078
4	5,04	1,80	5,45	1,96	4,35	1,88	5,16	1,96	4,83	1,93	3,625	0,006
5	9,22	2,81	9,84	2,86	8,50	2,99	9,73	3,20	9,21	3,02	2,505	0,042
6	5,83	3,16	6,32	2,94	5,68	2,47	6,91	3,30	6,45	2,94	2,007	0,093
7	12,87	4,43	12,04	4,20	9,99	4,23	12,00	5,19	11,59	5,12	3,150	0,014
8	6,52	2,87	6,49	3,23	5,24	2,19	5,88	2,88	6,35	2,82	2,905	0,022
9	39,48	12,28	40,14	12,07	33,76	11,18	39,68	13,52	38,42	12,87	3,512	0,008
10	12,83	7,34	10,71	6,06	8,34	5,94	9,77	6,13	12,55	7,95	5,859	0,000
11	22,59	12,99	24,35	12,64	18,65	11,70	22,70	12,53	20,54	15,36	2,105	0,080

Kısaltmalar: 1.Hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu, 2.Dikkat eksikliği alt boyutu, 3. ASRS Toplam, 4. Açıklık alt boyutu, 5. Amaçlar alt boyutu, 6. Dürtü alt boyutu, 7. Stratejiler alt boyutu, 8. Kabul etmeme alt boyutu, 9. DERS-16 Toplam, 10. SCL-90-R Somatizasyon 11. DESII Dissosiyasyon

Katılımcıların ASRS ölçeğinden aldıkları puanların demografik özelliklerden biri olan gelir durumu değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek amacıyla Kruskal Wallis Testi uygulanmıştır.

Analizden elde edilen verilere göre erişkin ASRS ölçeğinin hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutunun, dikkat eksikliği alt boyutunun ve ölçek toplam puanlarının gelir durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Katılımcıların DERS-16 ölçeğinden elde ettikleri puanların gelir durumu değişkenine göre karşılaştırılması amacı ile gerçekleştirilen analiz sonucuna göre ölçeğin dürtü alt boyutu ile gelir durumu arasında istatistiksel olarak bir farklılaşma olmadığı görülmektedir ($p>0,05$). Açıklık alt boyutunun ($0,006$; $p<0,05$), amaçlar alt boyutunun ($0,042$; $p<0,05$), stratejiler alt boyutunun ($0,014$; $p<0,05$) ve kabul etmeme alt boyutunun ($0,022$; $p<0,05$) ve ölçek toplam puanının ($0,008$; $p<0,05$) gelir durumu değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Tespit edilen bu anlamlı farklılığın hangi gruplar arasında meydana geldiğini belirlemek amacı ile gerçekleştirilen Post Hoc testlerinden Dunn Bonferroni testi sonucunda anlamlı farklılığın yönü 2500-3500 arası ve 3500-4500 arası gruplar ile 5500 ve üzeri ile 3500-4500 arası gruplarında bulunduğu tespit edilmiştir.

Somatizasyon puanlarının gelir durumuna göre karşılaştırılması için uygulanan analiz sonucuna göre katılımcıların gelir durumuna göre somatizasyon puanları gelir durumu değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği tespit edilmiştir ($p=0,000<p=0,05$). Farklılığın yönünü tespit etmek için yapılan Post Hoc Dunn Bonferroni analizi sonucu farklılığın yönünün 2500 ve altı ile 3500-4500 grupları arasında ve 4500-5500 ile 5500 ve üzeri grupları arasında olduğu bulunmuştur.

DES II ölçeğinden katılımcıların elde ettikleri puanların gelir durumu değişkenine göre karşılaştırmak amacıyla gerçekleştirilmiş olan analiz sonuçlarına göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılaşma olmadığı tespit edilmiştir ($p>0,05$).

Tablo 10. Ölçek puanlarının fakülte değişkenine göre karşılaştırılması

Fakülte					
Diş Hekimliği (n=26)	Güzel Sanatlar (n=66)	İktisadi İdari ve Sosyal Bilimler (n=152)	Sağlık Bilimleri Yüksekokulu (n=87)	Mimarlık ve Mühendislik (n=32)	Uygulamalı Bilimler Yüksekokulu (n=16)

	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	ort	ss	KW	p
1	14,65	3,99	14,67	6,13	15,48	6,21	14,40	6,41	13,94	6,47	17,63	7,92	1,153	0,332
2	13,69	3,55	14,32	5,39	13,41	5,33	13,05	5,67	13,09	7,13	14,50	6,40	0,556	0,734
3	28,35	6,36	28,98	10,18	28,89	9,94	27,45	10,70	27,03	12,64	32,13	11,98	0,782	0,563
4	4,58	1,24	4,82	1,60	5,16	2,09	4,56	1,90	4,53	2,06	6,00	2,37	2,544	0,078
5	10,15	2,66	9,38	2,80	9,42	3,02	8,54	3,03	8,91	3,44	10,25	3,44	1,988	0,080
6	6,88	2,79	6,21	3,18	6,46	3,01	5,48	2,41	6,81	3,08	7,69	3,26	2,600	0,025
7	11,04	3,87	11,45	4,43	11,72	4,62	10,92	4,79	11,09	6,06	13,56	6,35	1,00	0,418
8	6,58	2,42	6,08	2,72	6,20	2,98	5,71	2,62	5,75	2,96	5,81	2,99	0,608	0,694
9	39,23	10,39	37,94	11,27	38,96	12,56	35,22	12,27	37,09	15,42	43,31	16,09	1,683	0,138
10	9,27	6,70	12,21	7,83	10,68	6,67	9,99	6,56	10,66	8,36	11,94	5,26	1,121	0,349
11	17,18	12,56	24,03	14,84	21,88	13,79	19,78	12,06	18,21	13,35	26,58	11,60	2,153	0,059

Kısaltmalar: 1. Hiperaktivite/Dürtüsellik alt boyutu, 2. Dikkat eksikliği alt boyutu, 3. ASRS ölçeği toplam, 4. Açıklık alt boyutu, 5. Amaçlar alt boyutu, 6. Dürtü alt boyutu, 7. Stratejiler alt boyutu, 8. Kabul etmeme alt boyutu, 9. DERS ölçeği toplam, 10. SCL-90-R Somatizasyon, 11. DESII Dissosiyasyon

Tablo 10’da yer alan bulgular ışığında yapılacak çıkarımlar şu şekildedir;

Katılımcıların ASRS ölçeğinden aldığı puanların fakülte değişkenine göre farklılık gösterip göstermediğini incelemek adına yapılan Kruskal Wallis Testi sonucuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı görülmektedir ($p>0,05$).

DERS-16 ölçeğinden elde edilen toplam puanların ve açıklık, amaçlar, stratejiler ve kabul etmeme alt boyutlarından elde edilen puanların fakülte değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Dürtü alt boyutundan alınan puanlar ise fakülte değişkenine göre

istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,025 < p=0,05$). Farklılığın hangi gruplar arasında olduğunu tespit etmek amacı ile Post Hoc Dunn Bonferroni testi uygulanmış olup, anlamlı farklılığın diş hekimliği fakültesi ile sağlık bilimleri yüksekokulu arasında olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların SCL-90-R ölçeği somatizasyon alt boyutundan elde ettikleri puanların fakülte değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

DES II ölçeğinden elde edilen puanların fakülte değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$).

3.6. Korelasyon Analizi

Tablo 11. Değişkenler arası Spearman Korelasyon Analizi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1	r 1										
2	r ,532	1									
	p ,000										
3	r ,891	,859	1								
	p ,000	,000									
4	r ,447	,336	,451	1							
	p ,000	,000	,000								
5	r ,599	,357	,554	,462	1						
	p ,000	,000	,000	,000							
6	r ,413	,349	,437	,441	,508	1					
	p ,000	,000	,000	,000	,000						
7	r ,511	,329	,486	,567	,688	,615	1				
	p ,000	,000	,000	,000	,000	,000					
8	r ,399	,273	,388	,466	,464	,495	,662	1			
	p ,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000				

9	r	,592	,405	,576	,687	,795	,768	,924	,774	1		
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000			
10	r	,454	,399	,489	,406	,351	,381	,490	,406	,513	1	
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000		
11	r	,475	,486	,548	,443	,388	,426	,453	,353	,512	,425	1
	p	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	,000	

1. Hiperaktivite/dürtüsellik, 2. Dikkat eksikliği, 3. ASRS Toplam, 4. Açıklık, 5. Amaçlar, 6.Dürtü, 7.Stratejiler, 8. Kabul etmeme, 9. DERS Toplam, 10. SCL-90-R Somatizasyon, 11. DES II Dissosiyasyon.

Tablo 11’de değişkenler arası ilişkiyi incelemek amacı ile gerçekleştirilmiş olan spearman korelasyon analizi bulguları yer almaktadır. Bu analize göre ASRS ölçeğinin alt boyutları ile diğer değişkenler arasında gerçekleştirilmiş olan korelasyon analizi sonucunda elde edilmiş olan bulgular şu şekildedir;

- Hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu ile somatizasyon arasında $r=0,454$, dissosiyasyon arasında $r=0,475$, dikkat eksikliği alt boyutu arasında $r=0,532$ korelasyon katsayısı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu değişkenler arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu ile DEHB toplam arasında $r=0,891$ korelasyon katsayısı bulunmuştur ($p<0,05$). Bu iki değişken arasında kuvvetli düzeyde pozitif yönlü ilişki bulunmaktadır.
- Dikkat eksikliği alt boyutu ile somatizasyon arasında $r=0,399$, dissosiyasyon arasında $r=0,486$, orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Dikkat eksikliği alt boyutu ile DEHB toplam arasında $r=0,859$ kuvvetli düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).
- ASRS ölçeği toplam ile somatizasyon arasında ise $r=0,489$, dissosiyasyon ile arasında $r=0,548$ korelasyon katsayısı bulunmuştur. Değişkenler arasında orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir. ($p<0,05$).

Yapılan Spearman Korelasyon analizine göre DERS-16 ölçeği alt boyutları ile diğer değişkenler arasındaki ilişki incelendiğinde;

- Açıklık alt boyutu ile somatizasyon arasında $r=0,406$, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu arasında $r=0,447$, dikkat eksikliği alt boyutu arasında $r=0,336$, DEHB toplam arasında $r=0,451$, dissosiyasyon arasında $r=0,443$, amaçlar alt boyutu arasında $r=0,462$, dürtü alt boyutu arasında $r=0,441$, stratejiler alt boyutu arasında $r=0,567$, kabul etmeme alt boyutu arasında $r=0,466$ korelasyon katsayısı bulunmuştur. Bu değişkenler arasında orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğu görülmektedir ($p<0,05$).
- Amaçlar alt boyutu puanları ile somatizasyon arasında $r=0,351$, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu arasında $r=0,599$, dikkat eksikliği alt boyutu arasında $r=0,357$, DEHB toplam arasında $r=0,554$, dissosiyasyon arasında $r=0,388$ korelasyon katsayısı olduğundan bu değişkenler arasında orta düzeyli pozitif yönlü ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).
- Dürtü ile somatizasyon arasında $r=0,381$, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu arasında $r=0,413$, dikkat eksikliği alt boyutu arasında $r=0,349$, DEHB toplam arasında $r=0,437$, dissosiyasyon arasında $r=0,426$ korelasyon katsayısı bulunmuştur. Değişkenler arasında orta düzeyli pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).
- Stratejiler alt boyutu ile somatizasyon arasında $r=0,490$, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu arasında $r=0,511$, dikkat eksikliği alt boyutu arasında $r=0,329$, DEHB toplam arasında $r=0,486$, dissosiyasyon arasında $r=0,453$ korelasyon katsayısı bulunmuştur. Değişkenler arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmektedir ($p<0,05$).
- Kabul etmeme alt boyutu ile somatizasyon arasında $r=0,406$, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu arasında $r=0,399$, DEHB toplam arasında $r=0,388$, dissosiyasyon arasında $r=0,353$ korelasyon katsayısı bulunmuş olup bu değişkenler arasında orta düzeyde pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir ($p<0,05$). Kabul etmeme alt boyutu ile dikkat eksikliği arasında $r=0,273$ korelasyon katsayısı bulunmuştur. Bu iki değişken arasında zayıf düzeyde pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

- DERS-16 toplam ile DEHB toplam arasında $r=0,576$, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutu arasında $r=0,592$, dikkat eksikliği alt boyutu arasında $r=0,405$, DERS-16 açıklık alt boyutu arasında $r=,687$, somatizasyon arasında $r=0,513$, dissosiyasyon arasında $r=0,512$ orta düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). DERS-16 toplam ile amaçlar alt boyutu arasında $r=,795$, dürtü alt boyutu arasında $r=0,768$, kabul etmeme alt boyutu arasında $r=0,774$, stratejiler alt boyutu arasında $r=0,924$ korelasyon katsayısı ile kuvvetli düzeyde pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

3.7. Regresyon Analizi

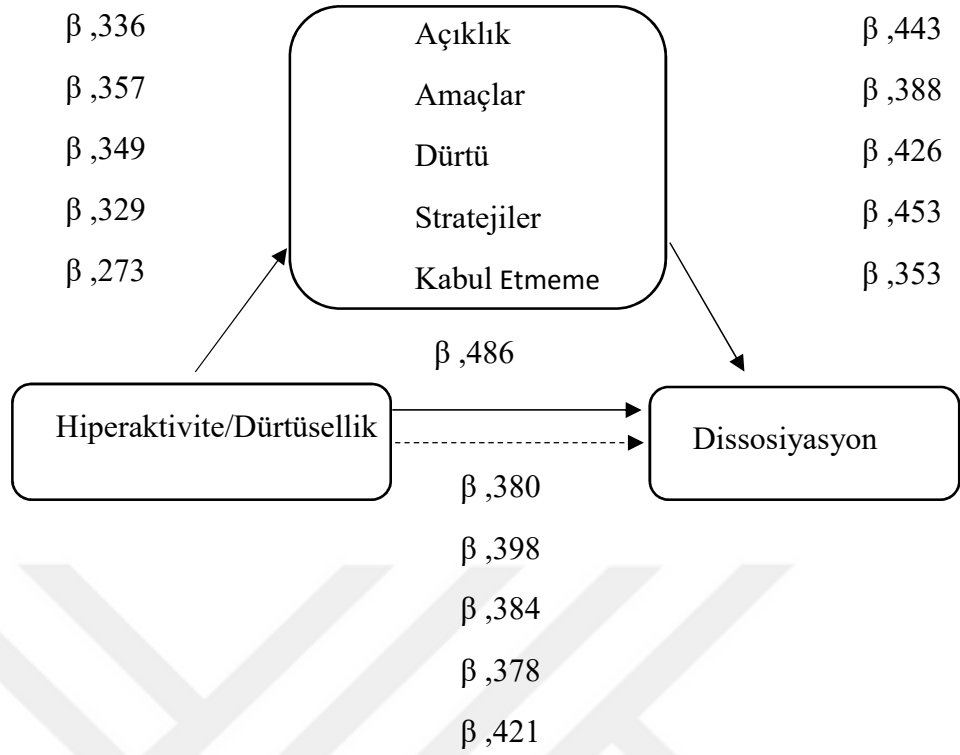
Tablo 12. Hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin dissosiyasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü

	β	t	p	R^2	F	p
Model 1						
Sabit (Dissosiyasyon)		3,284	,001			
Hiperaktivite/dürtüsellik	,486	10,812	,000	,234	116,901	,000
Model 2						
Sabit (Dissosiyasyon)		-1,067	,287			
Hiperaktivite/Dürtüsellik	,380	8,456	,000	,321	90,512	,000
Açıklık	,315	7,015	,000			
Model 3						
Sabit (Dissosiyasyon)		-,935	,351			
Hiperaktivite/Dürtüsellik	,398	8,566	,000	,285	76,514	,000
Amaçlar	,245	5,275	,000			
Model 4						

Sabit (Dissosiyasyon)	,119	,905			
Hiperaktivite/Dürtüsellik	,384	8,420	,000	,308	85,204 ,000
Dürtü	,292	6,411	,000		
Model 5					
Sabit (Dissosiyasyon)	-,984	,326			
Hiperaktivite/Dürtüsellik	,378	8,479	,000	,329	93,940 ,000
Stratejiler	,329	7,379	,000		
Model 6					
Sabit (Dissosiyasyon)	,289	,773			
Hiperaktivite/Dürtüsellik	,421	9,326	,000	,285	76,511 ,000
Kabul Etmeme	,238	5,275	,000		

Hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutunun dissosiyasyon üzerindeki etkisini incelemek üzere kurulan modelin açıklayıcılığı %23 olduğu ve kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=,234$; $F=116,901$; $p=,000 < p=0,05$). Hiperaktivite/dürtüsellik bağımsız değişken, dissosiyasyon bağımlı değişken olmak üzere regresyon katsayısı (β) 0,486; $p < 0,05$ olduğu tespit edilmiştir. Hiperaktivite/dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü açıklık alt boyutu bağımsız değişken, dissosiyasyon bağımlı değişken olmak üzere kurulan regresyon modelinin açıklayıcılığının %32 olduğu ve kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=,321$; $F=90,512$; $p=,000 < p=0,05$). Hiperaktivite/dürtüsellik ve açıklık alt boyutu bağımsız değişken, dissosiyasyon bağımlı değişken olmak üzere hiperaktivite/dürtüsellik regresyon katsayısının (β) 0,380; $p < 0,05$ olduğu bulunmuştur. Hiperaktivite/dürtüsellik regresyon katsayısındaki bu azalma doğrultusunda açıklık alt boyutunun, hiperaktivite/dürtüsellik dissosiyasyon üzerindeki etkisinde kısmi aracılık rolü olduğunu göstermektedir ($Z= 4.958$; $p < 0,05$). Hiperaktivite/dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü amaçlar alt boyutu bağımsız değişken, dissosiyasyon bağımlı değişken olmak üzere kurulan

regresyon modelinin açıklayıcılığının %28 olduğu ve kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=,285$; $F=76,514$; $p=,000 <p=0,05$). Hiperaktivite/dürtüsellik ve amaçlar alt boyutu bağımsız değişken, dissosiyasyon bağımlı değişken olduğunda hiperaktivite/dürtüsellik regresyon katsayısı (β) 0,398; $p<0,05$ olduğu tespit edilmiştir. Hiperaktivite/dürtüsellik β değerindeki azalma doğrultusunda amaçlar alt boyutunun, hiperaktivite/dürtüsellik dissosiyasyon üzerindeki etkisinde kısmi aracı rolü olduğunu göstermektedir ($Z=4.326$; $p<0,05$). Hiperaktivite/dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü dürtü alt boyutu bağımsız değişken, dissosiyasyon bağımlı değişken olmak üzere kurulan modelin açıklayıcılığı %30 olduğu, kurulan modelin anlamlı olduğu ($R^2=,308$; $F=85,204$; $p=0,000<p=0,05$) ve hiperaktivite/dürtüsellik regresyon katsayısının (β) 0,384; $p<0,05$ olduğu tespit edilmiştir. Hiperaktivite/dürtüsellik katsayısındaki azalma doğrultusunda dürtü alt boyutunun hiperaktivite/dürtüsellik dissosiyasyon üzerindeki etkisinde kısmi aracı rolü olduğunu göstermektedir ($Z=4.772$; $p<0,05$). Hiperaktivite/dürtüsellik ve stratejiler alt boyutu bağımsız değişken, dissosiyasyon bağımlı değişken olmak üzere kurulan modelin açıklayıcılığının %32 olduğu ve kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=,329$; $F=93,940$; $p=,000<p=0,05$). Bu modelde hiperaktivite/dürtüsellik regresyon katsayısının (β) 0,378; $p<0,05$ olduğu tespit edilmiştir. Hiperaktivite/dürtüsellik regresyon katsayısındaki azalma doğrultusunda stratejiler alt boyutunun hiperaktivite/dürtüsellik dissosiyasyon üzerine olan etkisinde kısmi aracı rolü olduğu söylenebilmektedir ($Z=5.010$; $p<0,05$). Son olarak hiperaktivite/dürtüsellik ve kabul etmeme alt boyutu bağımsız değişken, dissosiyasyonun bağımlı değişken olduğu modelin açıklayıcılığının %28 olduğu, modelin anlamlı olduğu ($R^2=,285$; $F=76,511$; $p=0,000<p=0,05$) ve hiperaktivite/dürtüsellik regresyon katsayısının (β) 0,421; $p<0,05$ olduğu tespit edilmiştir. Hiperaktivite/dürtüsellik regresyon katsayısındaki azalma doğrultusunda kabul etmeme alt boyutunun hiperaktivite/dürtüsellik dissosiyasyon üzerindeki etkisinde kısmi aracı rolü olduğunu göstermektedir ($Z=3.823$; $p<0,05$).



Şekil 1. Hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin dissosiyasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının aracı rolü.

Tablo 13. Dikkat eksikliği belirtilerinin dissosiyasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü

	β	t	p	R^2	F	p
Model 1						
Sabit (Dissosiyasyon)		3,698	,000			
Dikkat Eksikliği	,475	10,490	,000	,223	110,044	,000
Model 2						
Sabit (Dissosiyasyon)		,154	,877			
Dikkat Eksikliği	,346	7,142	,000	,288	77,759	,000
Açıklık	,288	5,954	,000			

Model 3

Sabit (Dissosiyasyon)		1,206	,229			
Dikkat Eksikliği	,378	6,759	,000	,238	60,217	,000
Amaçlar	,161	2,876	,004			

Model 4

Sabit (Dissosiyasyon)		,947	,344			
Dikkat Eksikliği	,360	7,559	,000	,286	76,792	,000
Dürtü	,278	5,826	,000			

Model 5

Sabit (Dissosiyasyon)		,841	,401			
Dikkat Eksikliği	,329	6,500	,000	,282	75,283	,000
Stratejiler	,285	5,622	,000			

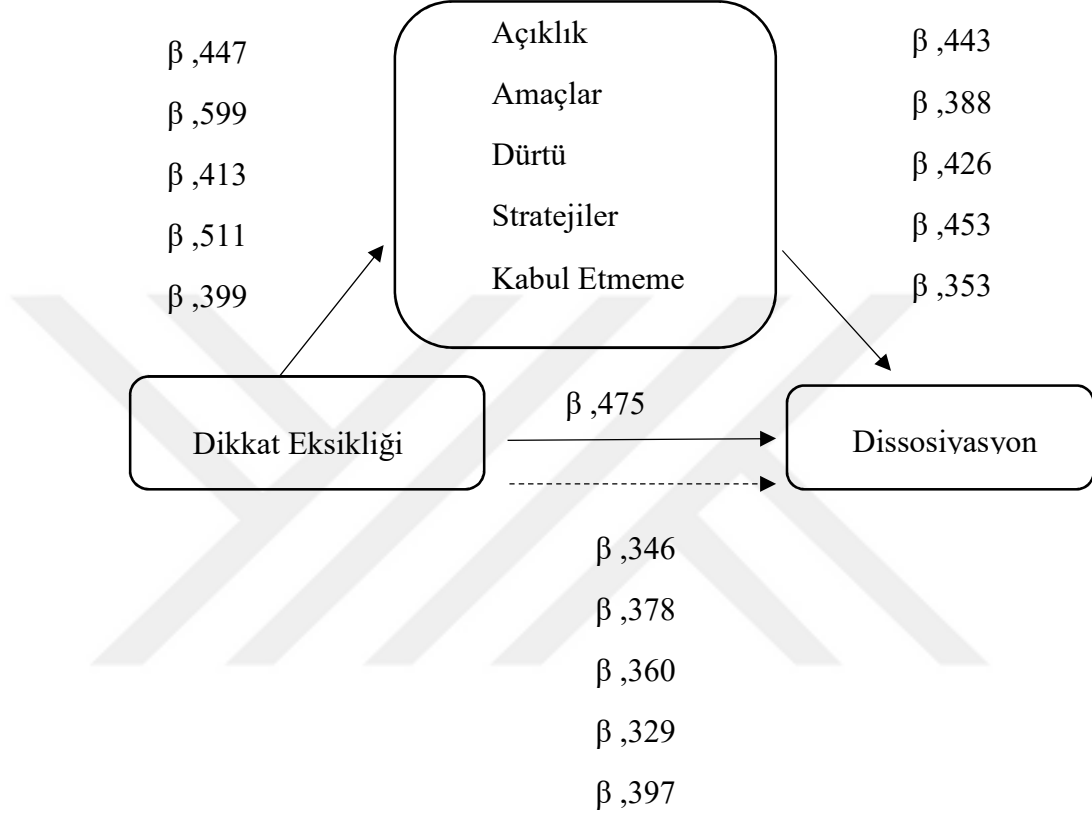
Model 6

Sabit (Dissosiyasyon)		1,593	,112			
Dikkat Eksikliği	,397	8,209	,000	,253	65,321	,000
Kabul Etmeme	,195	4,022	,000			

Dikkat eksikliği alt boyutunun dissosiyasyon üzerine olan etkisini incelemek amacı ile kurulan modelin açıklayıcılığının %22 olduğu ve kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=223$; $F=110,044$; $p=,000 < p=0,05$). Dikkat eksikliğinin bağımsız değişken, dissosiyasyonun bağımlı değişken olduğu modelde dikkat eksikliğinin regresyon katsayısı (β) 0,475 olarak tespit edilmiştir ($p=,000 < p=,005$). Dikkat eksikliğinin ve duygu düzenleme güçlüğü açıklık alt boyutunun bağımsız değişken, dissosiyasyonun bağımlı değişken olduğu modelin açıklayıcılığının %28 olduğu ve kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir

($R^2= ,288$; $F=77,759$; $p=,000<p=0,05$). Dikkat eksikliği ve açıklık alt boyutu bağımsız değişken, dissosiyasyon bağımlı değişken olmak üzere dikkat eksikliğin regresyon katsayısı (β) 0,346; $<p=0,05$ olduğu bulunmuştur. Dikkat eksikliğin regresyon katsayısındaki azalma doğrultusunda açıklık alt boyutunun, dikkat eksikliğin dissosiyasyon üzerine olan etkisinde kısmi aracı rolü olduğunu göstermektedir ($Z=5.111$; $p<0,05$). Dikkat eksikliği ve duygu düzenleme güçlüğü amaçlar alt boyutu bağımsız değişken, dissosiyasyon bağımlı değişken olmak üzere kurulan modelin açıklayıcılığının %23 olduğu ve kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=,238$; $F=60,217$; $p=,000<p=0,05$). Dikkat eksikliği ve amaçlar alt boyutu bağımsız değişken olduğu modelde dikkat eksikliğin regresyon katsayısı (β) 0,378; $p<0,05$ olarak bulunmuş olup regresyon katsayısındaki azalmanın doğrultusunda amaçlar alt boyutunun, dikkat eksikliğin dissosiyasyon üzerine olan etkisinde kısmi aracı rolü olduğu tespit edilmiştir ($Z=2,821$; $p<0,05$). Dikkat eksikliğin ve duygu düzenleme güçlüğü dürtü alt boyutunun bağımsız değişken, dissosiyasyonun bağımlı değişken olduğu modelin açıklayıcılığının %28 olduğu ve kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=,286$; $F=76,792$; $p=,000<p=0,05$). Dikkat eksikliği ve dürtü alt boyutu bağımsız değişken, dissosiyasyon bağımlı değişken olmak üzere dikkat eksikliğin β değeri 0,360 olarak tespit edilmiştir. Dikkat eksikliğin regresyon katsayısındaki azalma doğrultusunda dürtü alt boyutunun dikkat eksikliğin dissosiyasyon üzerine olan etkisinde kısmi aracı rolü olduğu görülmektedir ($Z=4,873$; $p<0,05$). Dikkat eksikliği ve duygu düzenleme ölçeği stratejiler alt boyutu bağımsız değişken, dissosiyasyonun bağımlı değişken olduğu modelin açıklayıcılığının %28 olduğu, modelin anlamlı olduğu ($R^2=,282$; $F=75,283$; $p=,000<p=0,05$) ve bu modelde dikkat eksikliğin regresyon katsayısı (β) 0,329; $p<0,05$ olarak tespit edilmiştir. Dikkat eksikliğin regresyon katsayısında gözlemlenen azalma doğrultusunda stratejiler alt boyutunun, dikkat eksikliğin dissosiyasyon üzerine olan etkisinde kısmi aracı rolü olduğu söylenebilmektedir ($Z=5.071$; $p<0,05$). Son olarak dikkat eksikliği ve duygu düzenleme güçlüğü kabul etmeme alt boyutu bağımsız değişken, dissosiyasyonun bağımlı değişken olduğu model kurulmuş olup bu modelin açıklayıcılığının %25 olduğu ve modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=,253$; $F=65,321$; $p=,000<p=0,05$). Dikkat eksikliği ve kabul etmeme alt boyutu beraber bağımsız değişken olarak seçildiğinde dissosiyasyon üzerine olan etkide dikkat eksikliğin regresyon

katsayısının (β) 0,397; $p < 0,05$ olduğu görülmektedir. Dikkat eksikliğinin regresyon katsayısındaki azalmanın doğrultusunda dikkat eksikliğinin dissosiyasyon üzerine olan etkisinde kabul etmemenin kısmi aracı rolü olduğu söylenebilmektedir ($Z=3.643$; $p < 0,05$).



Şekil 2. Dikkat eksikliği belirtilerinin dissosiyasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının aracı rolü.

Tablo 14. Hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin somatizasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü

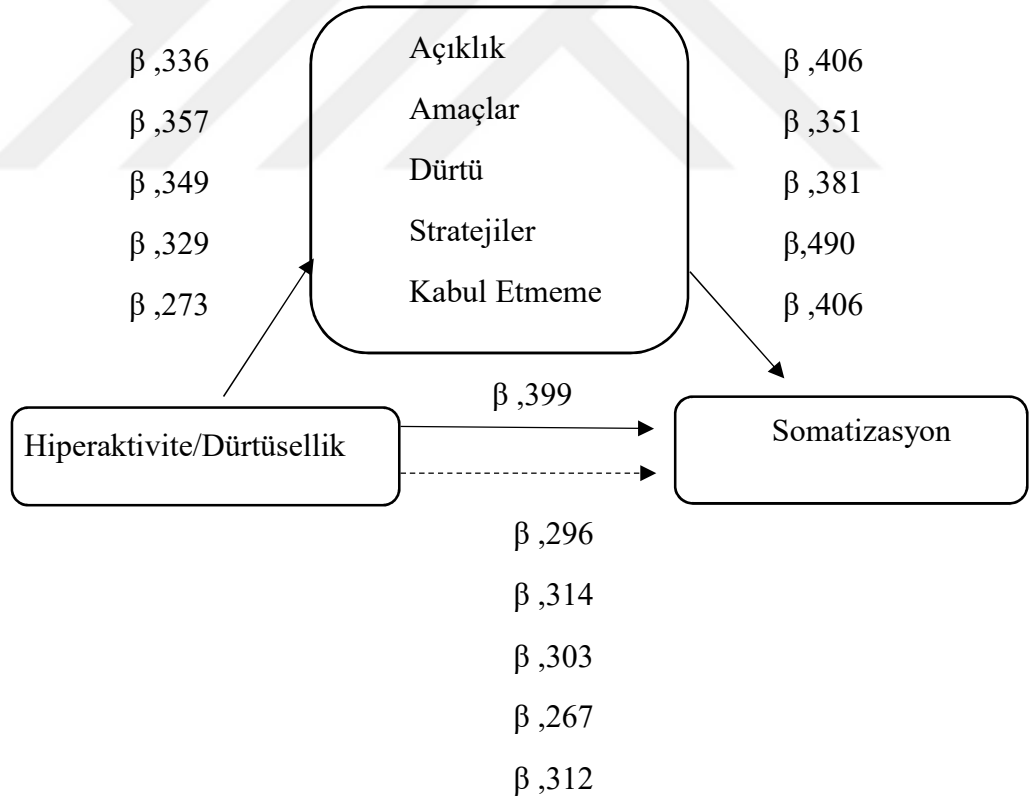
	β	t	p	R^2	F	p
Model 1						
Sabit (Somatizasyon)		4,448	,000			
Hiperaktivite/dürtüsellik	,399	8,469	,000	,157	71,725	,000
Model 2						

Sabit (Somatizasyon)		,238	,812			
Hiperaktivite/Dürtüsellik	,296	6,227	,000	,239	60,513	,000
Açıklık	,307	6,450	,000			
Model 3						
Sabit (Somatizasyon)		,218	,827			
Hiperaktivite/Dürtüsellik	,314	6,404	,000	,205	49,887	,000
Amaçlar	,239	4,872	,000			
Model 4						
Sabit (Somatizasyon)		1,494	,136			
Hiperaktivite/Dürtüsellik	,303	6,275	,000	,222	55,023	,000
Dürtü	,275	5,689	,000			
Model 5						
Sabit (Somatizasyon)		-,598	,550			
Hiperaktivite/Dürtüsellik	,267	5,869	,000	,300	82,060	,000
Stratejiler	,402	8,821	,000			
Model 6						
Sabit (Somatizasyon)		,590	,555			
Hiperaktivite/Dürtüsellik	,312	6,748	,000	,251	64,468	,000
Kabul Etmeme	,321	6,946	,000			

Hiperaktivite/dürtüsellikğin somatizasyon üzerindeki etkisini incelemek üzere kurulan modelin açıklayıcılığının %15 olduğu ve kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=,157$; $F=71,725$; $p=,000 < p=0,05$).

Hiperaktivite/dürtüsellik bağımsız değişken, somatizasyon bağımlı değişken olmak üzere β değeri 0,399; $p < 0,05$ olarak tespit edilmiştir. Hiperaktivite/dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü açıklık alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyon bağımlı değişken olmak üzere kurulan regresyon modelinin açıklayıcılığının %23 olduğu ve kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=0,239$; $F=60,513$; $p=,000 < p < 0,05$). Hiperaktivite/dürtüsellik ve açıklık alt boyutu bağımsız değişken olduğu modelde hiperaktivite/dürtüsellik regresyon katsayısı (β) 0,296; $p < 0,05$ olduğu bulunmuştur. Hiperaktivite/dürtüsellik regresyon katsayısındaki bu azalma doğrultusunda açıklık alt boyutunun, hiperaktivite/dürtüsellik somatizasyon üzerine olan etkisinde kısmi aracı rolü olduğu söylenebilmektedir ($Z= 4.738$; $p < 0,05$). Hiperaktivite/dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü amaçlar alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyon bağımlı değişken olarak kurulan regresyon modelinin açıklayıcılığının %20 olduğu ve kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=0,205$; $F=49,887$; $p=,000 < p < 0,05$). Hiperaktivite/dürtüsellik ve amaçlar alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyon bağımlı değişken olan modelde hiperaktivite /dürtüsellik β değeri 0,314; $p < 0,05$ olarak tespit edilmiştir. Hiperaktivite/dürtüsellik regresyon kat sayısındaki azalma doğrultusunda amaçlar alt boyutunun hiperaktivite/dürtüsellik somatizasyon üzerine olan etkisinde kısmi aracı rolü olduğunu göstermektedir ($Z=4.095$; $p < 0,05$). Hiperaktivite/dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü dürtü alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyonun bağımlı değişken olduğu regresyon modelinin açıklayıcılığının %22 olarak tespit edilmiş ve modelin anlamlı olduğu görülmüştür ($R^2=0,222$; $F=55,023$; $p=,000 < p < 0,05$). Hiperaktivite/dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü dürtü alt boyutu bağımsız değişken somatizasyonun bağımlı değişken olduğu modelde hiperaktivite/dürtüsellik β değeri 0,303; $p < 0,05$ olarak tespit edilmiştir. Hiperaktivite/dürtüsellik regresyon kat sayısındaki azalma doğrultusunda dürtü alt boyutunun, hiperaktivite/dürtüsellik somatizasyon üzerine olan etkisinde kısmi aracı rolü olduğunu göstermektedir ($Z=4.447$; $p < 0,05$). Hiperaktivite/dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü stratejiler alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyonun bağımlı değişken olduğu modelin açıklayıcılığının %30 olduğu ve modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=0,300$; $F=82,060$; $p=,000 < p < 0,05$). Kurulan bu modelde hiperaktivite/dürtüsellik regresyon katsayısı (β) 0,267; $p < 0,05$ olarak tespit

edilmiştir. Hiperaktivite/dürtüsellikğin somatizasyon üzerine etkisini gösteren regresyon değerindeki azalma doğrultusunda, stratejiler alt boyutunun hiperaktivite/dürtüsellikğin somatizasyon üzerine olan etkisinde kısmi aracı rolü olduğunu söylenebilmektedir ($Z=5.399$; $p<0,05$). Son olarak hiperaktivite/dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü kabul etmeme alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyonun bağımlı değişken olduğu regresyon modeli kurulmuştur. Kurulan bu modelin açıklayıcılığının %25 olduğu ve modelin anlamlı olduğu bulunmuştur ($R^2=0,251$; $F=64,468$; $p=,000<p=0,05$). Hiperaktivite/dürtüsellik ve kabul etmeme alt boyutu bağımsız değişken olduğu modelde hiperaktivite/dürtüsellikğin regresyon katsayısı (β) 0,312; $p<0,05$ olarak tespit edilmiştir. Hiperaktivite/dürtüsellikğin regresyon katsayısındaki azalma, kabul etmeme alt boyutunun hiperaktivite/dürtüsellikğin somatizasyon üzerine olan etkisinde kısmi aracı rolü olduğunu göstermektedir ($Z=4.338$; $p<0,05$).



Şekil 3. Hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin somatizasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü alt boyutlarının aracı rolü.

Tablo 15. Dikkat eksikliği belirtilerinin somatizasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme güçlüğü'nün aracı rolü

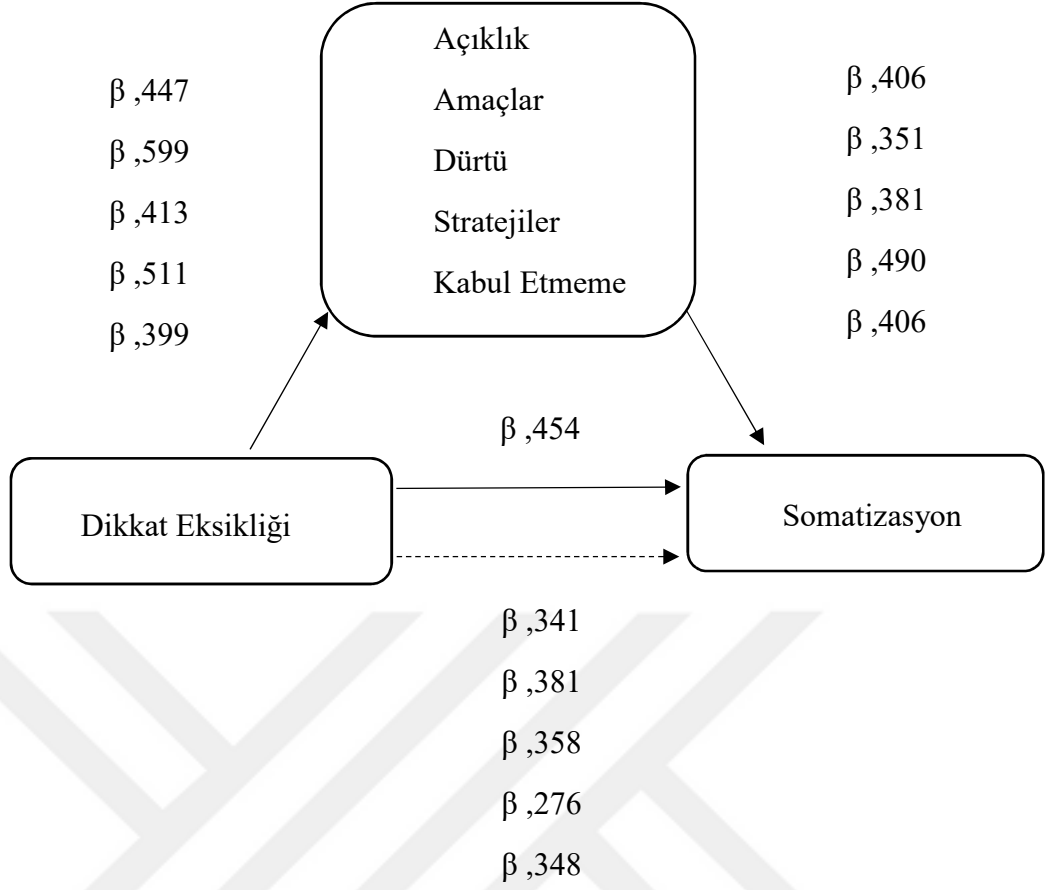
	β	t	p	R ²	F	p
Model 1						
Sabit (Somatizasyon)		3,666	,000			
Dikkat Eksikliği	,454	9,916	,000	,204	98,327	,000
Model 2						
Sabit (Somatizasyon)		,525	,600			
Dikkat Eksikliği	,341	6,872	,000	,254	65,576	,000
Açıklık	,254	5,124	,000			
Model 3						
Sabit (Somatizasyon)		1,601	,110			
Dikkat Eksikliği	,381	6,684	,000	,212	51,980	,000
Amaçlar	,123	2,163	,031			
Model 4						
Sabit (Somatizasyon)		1,329	,184			
Dikkat Eksikliği	,358	7,321	,000	,248	63,344	,000
Dürtü	,233	4,766	,000			
Model 5						
Sabit (Somatizasyon)		,280	,780			
Dikkat eksikliği	,276	5,495	,000	,292	79,266	,000
Stratejiler	,348	6,927	,000			

Model 6

Sabit (Somatizasyon)	,942	,347				
Dikkat Eksikliği	,348	7,231	,000	,263	68,512	,000
Kabul Etmeme	,267	5,560	,000			

Dikkat eksikliğinin somatizasyon üzerindeki etkisini incelemek üzere kurulan modelin açıklayıcılığının %20 olduğu ve kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=0,204$; $F=98,327$; $p=,000<p=0,05$). Dikkat eksikliğinin bağımsız değişken somatizasyonun bağımlı değişken olmak üzere regresyon katsayısı (β) 0,454; $p<0,05$ olduğu tespit edilmiştir. Dikkat eksikliği ve duygu düzenleme güçlüğü açıklık alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyon bağımlı değişken olmak üzere kurulan regresyon modelinin açıklayıcılığının %25 olduğu ve kurulan modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=0,254$; $F=65,576$; $p=,000<p=0,05$). Dikkat eksikliği ve açıklık alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyon bağımlı değişken olmak üzere dikkat eksikliğinin regresyon katsayısının (β) 0,341; $p<0,05$ olduğu bulunmuştur. Dikkat eksikliğinin regresyon katsayısındaki azalma doğrultusunda açıklık alt boyutunun, dikkat eksikliğinin somatizasyon üzerine olan etkisinde kısmi aracı rolü olduğu söylenebilmektedir ($Z=4.559$; $p<0,05$). Dikkat eksikliği ve duygu düzenleme ölçeği amaçlar alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyon bağımlı değişken olmak üzere kurulan regresyon modelinin açıklayıcılığının %21 olduğu ve modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=0,212$; $F=51,980$; $p=,000<p=0,05$). Dikkat eksikliği ve amaçlar alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyon bağımlı değişken olmak üzere dikkat eksikliğinin regresyon katsayısının (β) 0,381; $p<0,05$ olduğu bulunmuştur. Dikkat eksikliğinin regresyon katsayısında gözlenen azalma doğrultusunda amaçlar alt boyutunun dikkat eksikliğinin somatizasyon üzerine olan etkisinde kısmi aracı rolü olduğu söylenebilmektedir ($Z=2.137$; $p<0,05$). Dikkat eksikliği ve duygu düzenleme ölçeği dürtü alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyon bağımlı değişken olmak üzere kurulan regresyon modelinin açıklayıcılığının %24 ve modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=0,248$; $F=63,344$; $p=,000<p=0,05$). Dikkat eksikliği ve dürtü alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyon bağımlı değişken olduğu modelde dikkat eksikliğinin

regresyon katsayısı (β) 0,358; $p < 0,05$ olarak bulunmuştur. Dikkat eksikliğinin regresyon katsayısındaki azalma doğrultusunda dürtü alt boyutunun, dikkat eksikliğinin somatizasyon üzerine olan etkisinde kısmi aracı rolü olduğu söylenebilmektedir ($Z=4.198$; $p < 0,05$). Dikkat eksikliği ve duygu düzenleme güçlüğü stratejiler alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyon bağımlı değişken olmak üzere kurulan regresyon modelinin açıklayıcılığının %29 ve modelin anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($R^2=0,292$; $F=79,266$; $p=,000 < p=0,05$). Dikkat eksikliği ve stratejiler alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyon bağımlı değişken olmak üzere kurulan modelde dikkat eksikliğinin regresyon katsayısı (β) 0,276; $p < 0,05$ olarak tespit edilmiştir. Dikkat eksikliğinin regresyon katsayısında gözlenen azalma doğrultusunda stratejiler alt boyutunun, dikkat eksikliğinin, somatizasyon üzerine olan etkisinde stratejiler alt boyutunun kısmi aracı rolünün olduğu söylenebilmektedir ($Z=5.957$; $p < 0,05$). Dikkat eksikliği ve duygu düzenleme güçlüğü kabul etmeme alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyon bağımlı değişken olmak üzere kurulan regresyon modelinin açıklayıcılığının %26 olduğu ve modelin anlamlı olduğu bulunmuştur ($R^2=0,263$; $F=68,512$; $p=,000 < p=0,05$). Dikkat eksikliği ve kabul etmeme alt boyutu bağımsız değişken, somatizasyon bağımlı değişken olmak üzere kurulan modelde dikkat eksikliğinin regresyon katsayısının (β) 0,348; $p < 0,05$ olduğu tespit edilmiştir. Dikkat eksikliğinin regresyon katsayısında gözlenen azalma doğrultusunda kabul etmeme alt boyutunun, dikkat eksikliğinin somatizasyon üzerine olan etkisinde kısmi aracı rolü olduğu söylenebilmektedir ($Z=4.653$; $p < 0,05$).



Şekil 4. Dikkat eksikliği belirtilerinin somatizasyon üzerine olan etkisinde duygu düzenleme gücünün alt boyutlarının aracı rolü

SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmanın katılımcılarının ASRS ölçeğinden aldıkları puanların cinsiyet değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Kadınlar, hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutundan ortalama 15,2, erkekler, ortalama 14,5 puan almışlardır. Dikkat eksikliği alt boyutundan ise kadın ve erkekler aynı ortalamaya sahiptirler (ort. = 13). Literatüre bakıldığında. Genel toplumda DEHB prevalansını araştırmak amacı ile 6081 kişi ile yürütülmüş olan bir çalışmada araştırma bulgularımıza benzer şekilde cinsiyetin DEHB semptom riski ile ilişkili olmadığı tespit edilmiştir (Park, Cho, Chang, Jeon, Cho, Kim, Bae, Wang, Ahn ve Hong, 2011, s. 379). Başka bir çalışmada ise çalışma bulgularımızın aksine erkek katılımcılar ile kadın katılımcıların DEHB puanları arasında fark olduğu ve erkek katılımcıların kadın katılımcılara göre daha fazla puan aldığı belirtilmiştir (Kessler vd., 2006, s. 716). Çalışma bulgularımız ile benzerlik göstermeyen bir diğer çalışmada ise dikkat eksikliğinde erkeklerin kadınlardan daha fazla puan aldığı belirtilmiştir (Lee, Oakland, Jackson ve Glutting, 2008, s. 375). Çalışmamızda elde edilen diğer bir bulgu da hiperaktivite alt boyutunda kadınların puan ortalamasının erkeklerin puan ortalamasından fazla olduğudur. Bu bulgu ile paralellik gösteren bir diğer çalışmaya göre de hiperaktivite alt boyutunda kadınlar erkeklerden daha yüksek puan almışlardır (Doğan vd., 2008, s. 112). DEHB ile ilgili yapılan diğer çalışmalar incelendiğinde çalışma bulgularımız ile benzer şekilde yetişkinlerde DEHB puanlarının cinsiyete göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Kısacık ve Kolaycıoğlu, s. 145 2019; Özmen ve Özmen, 2012, s. 54; Şahmurova ve Sezgin, 2019 s. 573; Murphy ve Barkley, 1996, s.151). Literatürde bu durum ile ilgili olarak bazı bulgular yer almakta ve çocuklukta DEHB' nun kadın erkek oranının 1:2-4 olduğu fakat yaş ile bu oranda azalma olduğu, kadınların daha geç yaşta tanı aldığı ve yetişkinlikte cinsiyet farklılığı oranında azalma olduğu belirtilmektedir (Gallo ve Posner, 2016, s. 555).

Duygu düzenleme ölçeği alt boyutlarından ve ölçek toplamından alınan puanlar incelendiğinde kadın ve erkeklerin puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır. Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde çalışma bulgularımız ile benzerlik gösteren ve DDG ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki tespit etmemiş olan çalışmalar bulunmaktadır (Cook ve

Newins, 2021, s. 348; Artan, 2019, s. 36; Yumuşak, 2019, s. 30; Akhun, 2012, s. 120; İnci, 2020, s. 27; Budak, 2017, s. 46; Saruhan, 2018, s. 60; Kırçalı, 2020, s. 46). Çalışma bulgularımızın aksine DDG ile cinsiyet arasında anlamlı bir ilişki tespit etmiş olan çalışmalar da bulunmaktadır (Güler, 2019, s. 56; Gülmez, 2019, s. 34).

Somatizasyon ölçeğinden elde edilen puanların cinsiyete göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Kadınların somatizasyon ölçeği puan ortalamaları erkeklerin puan ortalamalarından daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırma bulgularını destekleyen benzer bulgulara diğer çalışmalarda da rastlanmaktadır (Özenli vd., 2009, s. 134; Swartz vd., 1986, s. 1405; İnci, 2020, s. 27; Tan, 2018 s. 43; Aydın, 2005, s. 41). Bulgularımızın aksine cinsiyet ile somatizasyon arasında ilişki saptanmamış çalışmalara da rastlanmaktadır (Barlas, Karaca, Onan ve Işıl, 2010, s. 21; Adagide Demirel, Eğlence ve Kaçmaz, 2011, s. 24). Bir literatür taramasına göre kadın cinsiyette somatizasyon yaygınlığı %0,2-2 olarak belirtilirken erkek cinsiyette prevelansın %0,2'den az olduğu belirtilmiştir (Mai, 2004, s. 657).

Kadın ve erkeklerin dissosiyatif yaşantılar ölçeğinden aldıkları puan ortalamaları karşılaştırıldığında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmemiştir. Literatürde bulgularımızın aksine dissosiyasyon puanları ile cinsiyet arasında fark tespit edildiği görülmektedir (Kulacaoglu, Solmaz, Ardic, Akin ve Kose, 2017, s. 397; Tutkun vd., 1998, s. 802). Bazı çalışmalarda ise bulgularımız ile paralellik gösteren şekilde dissosiyasyon ile cinsiyet arasında anlamlı ilişki tespit edilmediği görülmektedir (Espirito-Santo ve Pio-Abreu, 2009, 272; Sar, Önder, Kilincaslan, Zoroglu ve Alyanak 2014 s. 406; Sar vd., 2007, s. 47; Şar vd., 2000, 217; Tezcan vd., 2003, s. 325; Ross, Joshi ve Currie, 1990, s. 1550; Keleş, 2018, s. 54; Aydın, 2005, s. 41).

Katılımcıların dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ölçeğinin alt boyutlar ve ölçek toplam puanın yaşa göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Çalışmamızdaki bu bulguların aksine Heiligenstein vd. (1998) üniversite öğrencileri örneklemini yürüttükleri çalışmalarında DEHB ile yaş arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğunu belirtmişlerdir. Başka çalışmalar incelendiğinde araştırmamızın bulguları ile paralellik gösteren şekilde DEHB ve yaş arasında anlamlı ilişkinin tespit edilmediği çalışmaların bulunduğu

görülmektedir (McKee, 2008, s. 683; Taneri, Akış ve Sarandöl, 2016, s. 25; Kulacaoglu vd., 2017, s. 395).

Somatizasyon ölçeğinden elde edilen puanların yaşa göre farklılık göstermediği tespit edilmiş olup bu bulgu literatürdeki bazı çalışmalar ile benzerlik gösterirken (Barsky, Orav ve Bates, 2005, s. 906) bazı çalışmalar ile de farklılık göstermektedir (İnci, 2020, s. 28; Gruje vd., 1997, s. 991; Kırçalı, 2020, s. 43; Kim, 2020, s. 8).

Duygu düzenleme güclüğü ölçeğinde katılımcıların puanları yaş değişkenine göre istatistiksel olarak anlamlı farklılık göstermemektedir. Literatürde yer alan benzer çalışmalar incelendiğinde DDG ile yaş arasında anlamlı ilişki bulunmadığını tespit etmiş olan çalışmalara rastlanmaktadır (Artan, 2019, s. 36; Yumuşak, 2019, s. 32; Güler, 2019, s. 57; İnci, 2020, s. 28). Bu bulguların aksine DDG ile yaş arasında negatif ilişki olduğunu tespit eden çalışmalar da bulunmaktadır (Akhun, 2012, s. 121; Budak, 2017, s. 46; Süsen, 2017, s. 71).

Katılımcıların dissosiyatif yaşantılar ölçeğinden elde ettikleri puanların yaşa göre farklılaşmadığı tespit edilmiştir. Bulgularımızın aksine literatürde yaş ile dissosiyasyon arasında ilişki tespit eden çalışmalar bulunmaktadır (Aydın, 2005, s. 44; Tutkun vd., 1998, s. 802; Ross vd., 1990, s. 1550; Sar vd., 2014, s. 407). Bulgularımız ile paralellik gösteren ve yaş ile dissosiyasyon arasında anlamlı ilişki tespit etmemiş olan çalışmalar da bulunmaktadır (Kulacaoglu vd., 2017, s. 396; Sar vd., 2007, s. 47; Espirito-Santo ve Pio Abreu, 2009, s. 272). Başka bir çalışmada ise travmatik deneyim yaşamış olan kişiler ile travmatik deneyim yaşamamış kişilerin dissosiyasyon puanları yaş değişkenine göre incelendiğinde travmatik olmayan grupta yaş ile dissosiyasyon arasında ilişki tespit edilmemişken travmatik grupta yaş ile dissosiyasyon arasında ilişki tespit edilmiştir (Gülsün, Özdemir, Çelik, Uzun ve Özşahin, 2009, s. 36).

ASRS ölçeğinden alınan puanlar gelir durumu değişkenine göre karşılaştırıldığında ölçek puanlarının gruplar arası farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Literatürdeki benzer çalışmalar incelendiğinde bulgularımız ile benzerlik gösteren sonuçların tespit edildiği görülmüştür (Taneri vd., 2016, s. 25; Zengin Eroğlu, Demirkol, Tamam ve Gelegen, 2019, s. 1374; Yeom, Oh, Jung, Moon, Son, Kim, Jung, Baik, Shim, Moon ve Hahm, 2020, s. 4).

Somatizasyon ölçeğinden katılımcıların elde ettikleri puanlar gelir durumu değişkenine göre farklılık göstermektedir. 2500 tl ve altı gelir durumuna sahip olduğunu belirten katılımcılar 3500-4500 tl arası gelir durumuna sahip olduğunu belirten katılımcılardan daha fazla somatizasyon yaşamaktadırlar. 4500-5500 tl arası gelir durumuna sahip olduklarını belirten katılımcılar ise 5500 tl ve üzeri gelir durumuna sahip olduğunu belirten katılımcılara göre daha yüksek somatizasyon puanı elde etmişlerdir. Buradan hareketle gruplar arası karşılaştırmalardan da görülebileceği gibi somatizasyonun daha düşük gelir durumunda daha fazla yaşandığı söylenebilmektedir. Bu bulguların somatizasyon puanları ile gelir durumu arasında anlamlı ilişki tespit etmiş olan çalışmalar ile benzerlik gösterdiği görülmektedir. (Barlas vd., 2010, s. 21; Adagide Demirel vd., 2011, s. 24). Bu bulguların aksine somatizasyonun gelir durumu değişkenine göre anlamlı farklılık göstermediğini tespit etmiş çalışmalar da literatürde yer almaktadır (Yeşil, 2018, s. 41; Yumuşak, 2019, s. 43).

Duygu düzenleme güçlüğü ölçeğinden katılımcıların elde ettikleri puanların gelir durumuna göre farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Bu farklılık 2500-3500 tl arası gelir durumuna sahip olduğunu belirten katılımcılar ile 3500-4500 tl arası gelir durumuna sahip olduğunu belirten katılımcılar arasında olduğu ve 2500-3500 tl arası gelir durumuna sahip olanların daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı tespit edilmiştir. Bir başka farklılık da 3500-4500 tl arası gelir durumuna sahip olduğunu belirten katılımcılar ile 5500 tl ve üzeri gelir durumuna sahip olduğunu belirten katılımcılar arasında olduğu ve 3500-4500tl grubunda bulunan katılımcıların 5500 tl ve üzeri grupta bulunan katılımcılara göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşamakta olduğu tespit edilmiştir. Buradan hareketle daha düşük gelir durumundaki kişilerin daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşadığı söylenebilmektedir. Çalışma bulgularımız ile benzerlik gösteren ve gelir durumu ile DDG arasında ilişki tespit etmiş olan çalışmalar bulunmaktadır (Yumuşak, 2019, s. 43; Gülmez, 2019, s. 36). Çalışma bulgularımızın aksine DDG ve gelir durumu arasında ilişki bulunmadığını tespit etmiş çalışmalar da literatürde bulunmaktadır (Akhun, 2012, s. 120; Budak, 2017, s. 49; Saruhan, 2018, s. 64).

Çalışmamızda dissosiyasyonun gelir durumuna göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Gülsün vd. (2009) gerçekleştirdiği çalışmalarında bulgularımız ile benzerlik gösteren sonuçlar tespit ederken, Keleş (2018) ise çalışma

bulgularımızın aksine dissosiyasyon ile gelir durumu arasında ilişki tespit ettiğini belirtmektedir.

Araştırmanın ana değişkenlerinin fakülte değişkenine göre farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Literatüre bakıldığında üniversite öğrencileri ile yürütülen bazı çalışmalarda benzer sonuçlar olduğu gibi (Kourt, 2011, s. 66) farklı sonuçlara (Yılmaz, Özdemir, Turgay ve Çağlı, 2012, s. 634) da rastlandığı görülmektedir. Üniversite öğrencilerinin örneklemini oluşturduğu bir çalışmada ise kadın cinsiyetteki katılımcıların DEHB puanlarının fakülteye göre farklılık göstermediği, erkek cinsiyetteki katılımcılardan tıp fakültesinde öğrenci olanların edebiyat fakültesinde öğrenci olanlara göre dikkat eksikliği alt boyutunda daha yüksek puan aldıkları tespit edilmiştir (Kısacık ve Kolaycıoğlu, 2019, s. 145).

Araştırma bulgularına göre DEHB ve DDG arasında pozitif yönlü orta düzeyde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur. DEHB puanları arttıkça DDG ölçeğinden alınan puanların da arttığı söylenebilmektedir. DEHB ve DDG arasındaki ilişki birçok çalışmada DEHB grubu ve kontrol grupları karşılaştırılarak gerçekleştirilmiştir. Gerçekleştirilen çalışmalarda DEHB grubundaki kişilerin DDG puanlarının kontrol grubundaki kişilere göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (Mitchell, Robertson, Anastopolous, Nelson-Gray ve Kollins, 2012, s. 514; Baykal ve Nalbantoglu, 2019, s. 271; Barkley ve Murphy, 2010, s. 5; Beheshti vd., 2020, s. 1; Surman, Biederman, Spencer, Miller, McDermott ve Faraone, 2013, s. 278). Üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen bir çalışmada da DEHB puanları ile duygu düzenleme güçlüğü puanları arasında yüksek ilişki bulunmuştur (Welkie, Babinski ve Neely, 2021, s. 602). Corbisiero vd. (2017) duygu düzenleme güçlüğündeki artışın DEHB semptomlarını arttırdığını ve duygu düzenleme güçlüğü'nün DEHB'nun yordayıcısı olduğunu belirtmektedirler. Bir diğer çalışmada da DEHB+DDG gösteren kişilerin daha çok bileşik tip DEHB' na sahip olduğu, sadece DEHB olan grubun ise daha çok dikkat eksikliğinin önde olduğu tip DEHB' na sahip olduğu tespit edilmiştir (Reimherr vd., 2010, s. 56). Başka bir çalışmada ise DDG' nün varlığı ya da yokluğu kontrol edilmeksizin DEHB olan kişilerin kardeşlerinde DEHB oranı %47,5 olduğu, DEHB+DDG olan kişilerin kardeşlerinde DEHB oranının %60 olduğu belirtilmiştir. Ayrıca DEHB+DDG olan kişilerin kardeşlerinde DEHB olmayan grubun kardeşlerine göre daha fazla DDG tespit edildiği belirtilmiştir (Surman,

Biederman, Spencer, Yorks, Miller, Petty ve Faraone, 2011, s. 619). Beheshti vd., (2020) araştırmalarında DEHB semptom şiddetinin DDG ile pozitif yönde ilişkili olduğunu belirtmiştirler. Başka bir çalışmada da duygu düzenlemede artan bozukluğun DEHB ile yüksek ilişki içerisinde olduğu belirtilmiştir (Bodalski, Knouse ve Kovalev, 2019, s. 87). Thorell vd. (2020) DEHB olan kişilerin duygularını düzenlemede güçlük yaşadığını ve bunun sonucunda günlük hayatlarında birçok olumsuzluk ile karşılaştıklarını ve uyumsuz duygu düzenleme stratejilerinden biri olan bastırmayı uyumlu duygu düzenleme stratejilerinden biri olan yeniden değerlendirmeden daha fazla kullandıklarını belirtmiştirler. Yapılan başka bir çalışmada da DDG olan ve olmayan olarak iki gruba ayrılan örneklemede DEHB puanlarının karşılaştırılması sonucunda DDG olan grubun DEHB puanlarının istatistiksel olarak diğer gruba göre anlamlı derece yüksek olduğu belirtilmiştir (Reimherr, Marchant, Strong, Hedges, Adler, Spencer, West ve Soni, 2005, s. 127). Araştırmamızda elde edilen bulgularında literatürdeki çalışmalar ile benzerlik gösterdiği görölmektedir.

DEHB ve somatizasyon arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Yapılan bir çalışmada DEHB grubunun somatizasyon puanları kontrol grubunun somatizasyon puanlarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (Ekinci vd., 2011, s. 187). Başka bir çalışmada ise DEHB ile kontrol grubu arasında somatizasyon puanları arasında anlamlı farklılık tespit edilmemiştir (Aysev ve Öner, 2002, s. 45). Bazı araştırmalarda DEHB tanılı kişilerde somatik şikayetler olduğu belirtilmiştir (Kavakci vd., 2012, s. 107; Instanes, Klungsøyr, Halmøy, Fasmer ve Haavik, 2018, s. 203). 6-18 yaş arası katılımcılar ile gerçekleştirilen bir başka çalışmada da DEHB grubu ile kontrol grubu arasında somatik semptomlar açısından anlamlı farklılık bulunmadığı bildirilmiştir (Baykal ve Nalbantoğlu, 2019, s. 271). Yetişkin örnekleme ile yapılan çalışmalarda da DEHB grubu ile kontrol grubu arasında somatizasyon puanları açısından anlamlı farklılık tespit edilmiş olup DEHB grubunun daha yüksek somatizasyon puanlarına sahip olduğu belirtilmiştir (Yeom vd., 2020, s. 3; Barkley, Murphy ve Kwasnik, 1996, s. 48; Yıldız, 2019, s. 41). Üniversite öğrencileri ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise DEHB olan grup ile kontrol grubu arasında somatizasyon puanları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı

farklılık tespit edilmemiştir (Weyandt, DuPaul, Verdi, Rossi, Swentosky, Vilardo, O'Dell ve Carson, 2013, s. 427).

Dissosiyasyon bozukluğu olan grup ile kontrol grubunun somatik şikayetler açısından karşılaştırıldığı çalışmalarda dissosiyasyon grubunun somatik şikayetlerinin kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu belirtilmiştir (Şar vd., 2000, s. 218; Tutkun vd., 1998, s. 802; Modestin, Ebner, Junghan ve Erni, 1996, s. 358). Bir çalışmada dissosiyasyon bozukluğu olan hasta grubunun %32,5'inde somatizasyon bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (Öztürk ve Sar, 2008, s. 664). Başka bir çalışmada ise dissosiyasyon bozukluğu olanlarda yaşam boyu somatizasyon bozukluğu yaygınlığının %46,7 olduğu belirtilmiştir (Sar vd., 2007, s. 48). Saxe vd. (1994)'ün araştırma bulgularına göre dissosiyasyon bozukluğu olan grubun kontrol grubuna göre daha fazla somatik semptom bildirdiği ve iki grup arasında somatik şikayetler açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edildiği bildirilmiştir. Aynı çalışmada dissosiyasyon grubunun %64'ünün DSM III somatizasyon bozukluğu kriterlerini karşıladığı fakat kontrol grubundan hiçbir katılımcının DSM III somatizasyon bozukluğu kriterlerinin karşılamadığı tespit edilmiştir. Dissosiyasyon bozukluğu olan grupta dissosiyasyon puanları arttıkça somatizasyonun da arttığını belirtmiştir. Genel popülasyonda gerçekleştirilen bir başka çalışmada ise DES puanları ile SCL-90-R somatizasyon alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönlü bir ilişki tespit edilmiştir (Lipsanen, Saarijärvi ve Lauerma, 2004, s. 202). Üniversite öğrencilerinin örneklemini oluşturduğu bir başka çalışmada DES ölçeğinden 30 puan üstü alan grup ile 30 puan altı alan grup karşılaştırıldığında somatizasyon puanları arasında anlamlı farklılık olduğu tespit edilmiştir (Aydın, 2005, s. 46). Araştırmamız bulguları da tüm bu çalışmalar ile benzerlik göstermekte olup dissosiyasyon ve somatizasyon arasında orta düzeyde pozitif yönlü anlamlı ilişki tespit edilmiştir. Araştırma bulgularımızın aksine Sar, Islam ve Özürek (2009) gerçekleştirdikleri araştırmalarında dissosiyasyon bozukluğu olan grup ile kontrol grubu arasında somatizasyon bozukluğu komorbitesinde anlamlı farklılık olmadığını tespit etmişlerdir.

Dissosiyasyon ve duygu düzenleme güçlüğü arasında da diğer değişkenlerde tespit edilen korelasyon bulgularına benzer bulgular tespit edilmiştir. Duygu düzenleme güçlüğü ve dissosiyasyon arasında pozitif yönlü, orta düzeyde anlamlı

bir ilişki mevcuttur. Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde duygu düzenleme güçlüğü ve dissosiyasyon arasında ilişki tespit eden başka çalışmalara da rastlanmaktadır (Powers, Cross, Fani ve Bradley, 2015, s. 176; Serrano-Sevillano, González-Ordi, Corbí-Gran ve Vallejo-Pareja, 2017, s. 104; Cook ve Newins, 2021, s. 348; Moulton, Newman, Power, Swanson ve Day, 2015, s. 171). Sar vd. (2014) dissosiyatif bozukluğu olan grup ile kontrol grubunu karşılaştırdıkları çalışmalarında dissosiyatif bozukluğu olanların DDG puanları ile kontrol grubunun DDG puanları arasında anlamlı farklılık olduğunu ve dissosiyatif bozukluğu olanların daha yüksek DDG puanına sahip olduklarını tespit etmişlerdir. Atchie (2018)'in araştırma bulgularına göre duygu düzenleme stratejilerinden bastırma ile dissosiyasyon arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmişken, yeniden değerlendirme ve dikkat dağıtma stratejileri ile dissosiyasyon arasında anlamlı bir ilişki olmadığı tespit edilmiştir.

Araştırmamızda elde edilmiş olan bir diğer bulgu ise somatizasyon ve duygu düzenleme güçlüğü arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunduğudır. Yapılan bir çalışmada katılımcıların duygu düzenleme güçlüğüne yüksek olmasının somatizasyona sebep olduğu ve DDG' nün somatizasyonu yordadığı belirtilmiştir (Lilly, ve Lim, 2013, s. 745). Çalışmamız ile paralellik gösteren şekilde duygu düzenleme güçlüğü ile somatizasyon arasında anlamlı ilişki tespit etmiş olan başka çalışmalarda bulunmaktadır (Yumuşak, 2019, s. 51; Gülmez, 2019, s. 41; İnci, 2020, s. 29; Yıldız, 2018, s. 44; Kırçalı, 2020, s. 41).

Araştırmamızda DEHB ve Dissosiyasyon arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Literatürde az sayıda benzer çalışma olmakla birlikte bu çalışmaların bulgularımızı desteklediği görülmektedir (Kulacaoglu vd., 2017, s. 315; Evren, Umut, Bozkurt, Can, Evren ve Agachanli, 2017, s. 308). Sar vd. (2014) dissosiyasyon bozukluğu olan hasta grubu ile kontrol grubunu psikiyatrik komorbite açısından karşılaştırdığında DEHB' nun gruplar arası anlamlı farklılık göstermediğini fakat dissosiyatif bozukluğu olan hasta grubunda %51,5 oranı ile DEHB' nun en sık eş tanı gösteren bozukluk olduğunu tespit etmişlerdir. Gül Alıç (2015) DEHB olan ergenler ve çocuklar ile yürütmüş olduğu çalışmasında DEHB olan ergenlerin ve çocukların dissosiyasyon puanlarının ve somatik yakınmalarının kontrol grubuna göre anlamlı farklılık gösterdiğini tespit etmiştir. Sprafkin, Gadow, Weiss, Schneider ve Nolan (2007) klinik olan ve olmayan

olmak üzere iki örneklem grubu ile gerçekleştirdikleri bir çalışmalarında klinik olmayan grupta bileşik tip DEHB olan kadın ve erkek katılımcıların dikkat eksikliğinin ön planda olduğu DEHB grubuna göre anlamlı derecede daha fazla dissosiyasyon puanına sahip olduklarını ve bileşik tip DEHB olan kadınların hiperaktivitenin ön planda olduğu tip DEHB olan kadın katılımcılar, dikkat eksikliğinin ön planda olduğu kadın katılımcılar ve DEHB olmayan kadın katılımcılara göre daha yüksek somatizasyon puanına sahip olduğu tespit etmişlerdir. Klinik grupta da bileşik tip DEHB olan katılımcıların, dikkat eksikliğinin ön planda olduğu DEHB olan katılımcılara göre daha yüksek dissosiyasyon puanı elde ettikleri ve bileşik tip DEHB olan katılımcıların hiperaktivitenin ön planda olduğu DEHB tanılı katılımcılara göre daha fazla dissosiyasyon ve somatizasyon puanına sahip oldukları tespit edilmiştir.

Tablo 16. Hipotez sonuçları

Hipotezler	Kabul Durumu
1. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri ile duygu düzenleme güçlüğü arasında anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
2. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri ile somatizasyon arasında anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
3. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri ile dissosiyasyon arasında anlamlı bir ilişki vardır	Kabul
4. Somatizasyon ve dissosiyasyon arasında anlamlı bir ilişki vardır	Kabul
5. Somatizasyon ve duygu düzenleme güçlüğü arasında anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
6. Dissosiyasyon ile duygu düzenleme güçlüğü arasında anlamlı bir ilişki vardır.	Kabul
7. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret

8. Duygu düzenleme güçlüğü cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret
9. Somatizasyon cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
10. Dissosiyasyon cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret
11. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri yaşa göre farklılık göstermektedir.	Ret
12. Duygu düzenleme güçlüğü yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret
13. Somatizasyon yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret
14. Dissosiyasyon yaşa göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret
15. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri gelir durumuna göre farklılık göstermektedir.	Ret
16. Duygu düzenleme güçlüğü gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
17. Somatizasyon gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Kabul
18. Dissosiyasyon gelir durumuna göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret
19. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtileri fakülteye göre farklılık göstermektedir.	Ret
20. Duygu düzenleme güçlüğü fakülteye göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret
21. Somatizasyon fakülteye göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret
22. Dissosiyasyon fakülteye göre anlamlı farklılık göstermektedir.	Ret

ÖNERİLER

Araştırmanın bulgularının analizi ile elde edilen sonuçlar doğrultusunda ileride benzer çalışma yürütecek araştırmacılara şu önerilerde bulunmaktadır;

- Bu araştırmanın evreni belirli bir şehirdeki belirli bir üniversitenin öğrencilerini içermektedir. Araştırmanın evreni genişletilerek farklı bölge ve alanlardan öğrenciler eklenerek bulgular tekrar incelenebilir.
- Araştırmanın örnekleme klinik olmayan örneklemden oluşmaktadır. Klinik bir örneklem üzerinde bulgular tekrar değerlendirilebilir.
- Araştırmada kullanılan değerlendirme araçları öz bildirim dayalı ölçeklerden oluşmakta olup tanı koydurucu bir özellikte değildir. Yarı yapılandırılmış görüşmeler ile tanı koydurucu ölçekler kullanılarak bulguların yine genel popülasyonda sınanabileceği düşünülmektedir.
- İleride yapılacak araştırmalarda kullanılacak bir başka husus da araştırma örnekleminin geçmiş travmatik yaşantılarına göre gruplandırılarak bulgular sonucunda ortaya çıkan ilişkide olası bir travma etmeninin elenmesi ya da ilişkisinin ortaya konması sınına bilinir.

KAYNAKÇA

- Adagide Demirel, S., Eğlence, R. ve Kaçmaz, E. (2011). Üniversite öğrencilerinin ruhsal durumlarının belirlenmesi. *Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 1(1), 18-29.
- Akcan, G., ve Öztürk, E. (2018). Disosyatif temel belirtiler ve temel psikosomatik yaklaşımlar. *Türkiye Klinikleri*, 3, 20-30.
- Akgün, G. M., Tufan, A. E., Yurteri, N., ve Erdoğan, A. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun genetik boyutu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 3(1), 15-48.
- Akhun, M. (2012). *Üniversite öğrencilerinde algılanan ebeveynlik biçimleri, erken dönem uyumsuz şemaları, benlik kurguları, ayrılma-bireyleşme ve duygu düzenleme güçlüğünün psikolojik belirtilerle ilişkisi*, (Doktora tezi, Hacettepe Üniversitesi, İstanbul)
- Aktepe, E. (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenlerde eş tanılar ve sosyodemografik özellikler. *Yeni Symposium journal*, 49(4), 201-208.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., ve Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237.
- Andreski, P., Chilcoat, H., ve Breslau, N. (1998). Post-traumatic stress disorder and somatization symptoms: a prospective study. *Psychiatry Research*, 79(2),131-138.
- Artan, B. (2019). *Üniversite öğrencilerinde duygu düzenleme güçlüğü ile kişilik özellikleri ilişkisinin incelenmesi (Yüksek lisans tezi, Nişantaşı Üniversitesi, İstanbul)*
- Atchie, M. (2018). *Dissociation/schizotopy, unusual experiences, and emotion regulation* (Yüksek lisans tezi, Southern Illinois University Edwardsville, Edwardsville) Erişim adresi: proquest.com/docview/2173247654?pq-origsite=gscholar&fromopenview=true
- Ateşçi, F., Tüysüzogulları, H. D., Özdel, O., ve Oğuzhanoglu, N. K. (2010). Erişkinlerde bipolar I bozukluk ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eştanısı: bir ön çalışma. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*, 20(1), 66-73. doi: 10.1080/10177833.3010.11790636
- Atmaca, M. (2012). Somatoform bozukluklarda nörogörüntüleme: bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 274-280.
- Ávila, L. A. (2006). Somatization or psychosomatic symptoms?. *Psychosomatic*, 47(2), 163-166.

- Aydın, Y. E. (2005). *Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve aile işlevlerinin ruhsal belirti açısından değerlendirilmesi* (Uzmanlık tezi, Dicle Üniversitesi, Diyarbakır).
- Aysev, Ö. Ve Öner, P. (2002). Çocuklukta dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış olguların ergenlik dönemindeki psikiyatrik durumlarının incelenmesi. *Kriz Dergisi*, 10(2), 41-48. Doi: 10.1501/Kriz_0000000181.
- Babacan, S. S. (2003). Hastalıkta ruh ve beden etkileşimi. *Kastamonu eğitim dergisi*, 11(2), 519-524.
- Balcıoğlu, Y. H. ve Balcıoğlu, İ. (2018). Dissosiyatif bozuklukların tanımı ve tanı ölçütleri, Öztürk, E. (Ed). *Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon*, Ankara, Türkiye Klinikleri, 8-13.
- Barkley R. A. (2006). History. Barkley R. A. (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment third edition (3-75)* içinde. New York, The Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015). History of ADHD. Barkley R. A. (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder a handbook for diagnosis and treatment fourth edition (3-50)* içinde. New York, The Guilford Press.
- Barkley, R. A. ve Murphy, K. R. (2010). Deficient emotional self-regulation in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): the relative contributions of emotional impulsiveness and ADH symptoms to adaptive impairments in major life activities. *Journal of ADHD & Related Disorders*, 1(4), 5-28.
- Barkley, R. A., Murphy, K. R. ve Fischer, M. (2008). *ADHD in adults what the science says*. New York, The Guilford Press.
- Barkley, R. A., Murphy, K., ve Kwasnik, D. (1996). Psychological adjustment and adaptive impairments in young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 1(1), 41-54.
- Barkley, R. A., ve Peters, H. (2012). The earliest reference to ADHD in the medical literature? Melchior Adam Weikard's description in 1775 of 'attention deficit' (Mangel der aufmerksamkeit, attentio volubilis). *Journal of Attention Disorders*, 16(8), 623-630.
- Barlas, G. Ü, Karaca, S., Onan, N. ve Işıl, Ö. (2010). Üniversite sınavına hazırlanan bir grup öğrencinin kendilik algıları ve ruhsal belirileri arasındaki ilişki. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(1) 18-24.
- Barnow, S., Reinelt, E. ve Sauer, C. (2016) *Emotions-regulation manuel und materialien für trainer und therapeuten*. Heidelberg, Springer-Verlag GmbH.

- Barsky, A. J. Orav, E. J. ve Bates, D. W. (2005). Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 62(8), 903-910.
- Baykal, S., ve Nalbantoğlu, A. (2019). An examination of emotion regulation and associated factors in attention deficit-hyperactivity disorder. *Konuralp Tıp Dergisi*, 11(2), 269-273.
- Beauchaine, T. P. (2015). Future directions in emotional dysregulation and youth psychopathology. *Journal of Clinical & Adolescent Psychology*, 44(5), 875-896.
- Beheshti, A., Chavanon, M. L., ve Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC psychiatry*, 20(1), 1-11.
- Bernstein, E. M. ve Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 174(12), 727-735.
- Biederman, J. ve Faraone, S. V. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 366(9481), 237-248. Doi: 10.1016/S0140-6736(05)66915-2.
- Biederman, J., Faraone, S. V., Spencer, T., Wilens, T., Norman, D., Lapey, K. A., Mick, E. Lehman, B. K., ve Doyle A. (1993). Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention deficit hyperactivity disorder. *The American Journal Psychiatry*, 150(12), 1792-1798. Doi: 10.1176/ajp.150.12.1792.
- Biederman, J., Faraone, S., Milberger, S., Curtis, S., Chen, L., Marrs, A., Ouellette, C., Moore, P., ve Spencer, T. (1996). Predictors of persistence and remission of ADHD into adolescence: results from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 35(3), 343-351.
- Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva, J. M., Snyder, L. E., ve Faraone, S. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 36(2), 167-179. Doi:10.1017/S003329170506410
- Biederman, J., Newcorn, J. ve Sprich, S. (1991). Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *Am J Psychiatry*, 148(5), 564-577.
- Bitzer, J. (2003). Somatization disorders in obstetrics and gynecology. *Archives of Women's Mental Health*, 6(2), 99-107. Doi: 10.1007/s00737-002-0150-6.

- Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H., ve Gratz, K. L. (2016). Development and validation of a brief version of the difficulties in emotion regulation scale: the DERS-16. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 38(2), 284-296. Doi: 10.1007/s10862-015-9514-x.
- Bodalski, E. A., Knouse, L. E. ve Kovalev, D. (2019). Functional outcomes: examining the role of emotion regulation strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 41(1), 81-92. Doi: 10.1007/s10862-018-9695-1.
- Bornstein, R. F., ve Gold, S. H. (2008). Comorbidity of personality disorders and somatization disorder: a meta-analytic review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 30(2), 154-161. Doi: 10.1007/s10862-007-9052-2.
- Bradley, B., DeFife, J. A., Guarnaccia, C., Phifer, J., Fani, N., Ressler, K. J., ve Westen, D. (2011). Emotion dysregulation and negative affect: association with psychiatric symptoms. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 72(5), 685-691. Doi: 10.4088/JCP.10m06409blu.
- Brown, F. W., Golding, J. M., ve Smith, G. R. (1990). Psychiatric comorbidity in primary care somatization disorder, *Psychosomatic Medicine*, 52, 445-451.
- Brunet, A., Holowka, D. W., ve Laurence, J. R. (2003). Dissociation. M. J. Aminoff ve R. B. Daroff (Ed.), *Encyclopedia of the Neurological Sciences*, (s. 25-27) içinde. Academic Press. Doi: 10.1016/BO-12-226870-9/01614-2.
- Budak, C. F. (2017). *İnternet bağımlılığının yordayıcıları olarak sosyotropi-otonomi kişilik özellikleri ve duygu düzenleme güçlüğü* (Yüksek lisans tezi, Işık Üniversitesi, İstanbul).
- Bunford, N. Evans, S. W. ve Wymbs, F. (2015). ADHD and emotion dysregulation among children and adolescents. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 18(3), 185-217.
- Carlson, E. B. ve Putnam, F. W. (1993). An update on the dissociative experiences scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 6(1), 16-27.
- Çavuşoğlu, Ç., Demirkol, M. E, ve Tamam, L. (2020). Yaşlılarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 12(2), 182-194. Doi: 10.18863/pgy.548052.
- Çetin, F. H. ve Güney, H. (2019). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna genel bakış. A. Ş. Soysal Acar (Ed.), *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu* (s. 119-130). Ankara, Nobel Yayınları.

- Çetin, F. H., ve Işık, Y. (2018). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve genetik. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(1), 19-39. Doi:10.18863/pgy334547
- Cook, M. ve Newins, A. R. (2021). Social anxiety and dissociation: the moderating role of emotion regulation. *Motivation and Emotion*, 45(3), 345-353.
- Corbisiero, S., Mörstedt, B., Bitto, H., ve Stieglitz, R. D. (2017). Emotional dysregulation in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder- validity, predictability, severity, and comorbidity. *Journal of Clinical Psychology*, 73(1), 99-112.
- Coşkun, F., Tamam, L., ve Demirkol M. E. (2020). Erişkin tip dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu'nda kronotip ve klinik özellikler. *Dicle Tıp Dergisi*, 47(2), 312-323.
- D'Agostino, A., Covanti, S., Monti, M. R., ve Starcevic, V. (2017). Reconsidering emotion dysregulation. *Psychiatric Quarterly*, 88(4), 807-825. doi: 10.1007/s11126-017-9499-6
- Dağ, I. (1991). Belirti Tarama Listesi (Scl-90-r)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 2(1), 5-12.
- Dede, A. G., ve Eker, E. (2019). Üniversite öğrencilerinin çocukluk çağı travmaları ile bilişsel duygu düzenleme becerileri ve saldırganlık düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *International Social Sciences Studies Journal*, 5(42), 4546-4556. Doi:10.26449/ssi.1706.
- Deniz, E., Öztop, D. B., ve Mıstık, S. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Türkiye Aile Hekimliği Dergisi*, 12(4), 207-212.
- Dilbaz, N., Bitlis, V., Doğan, S., Usseli, I., ve Erdoğan, S. (1994). Konversiyon bozukluğu tanısı alan hastalarda psikiyatrik belirtiler. *Düşünen Adam*, 7(1-2), 5-9.
- Doğan, O. (1999). Kültür ve somatizasyon. *Türkiye Klinikleri Psikiyatri Dergisi*, 1, 44-49.
- Doğan, S., Öncü, B., Varol-Saraçoğlu, B. ve Küçükgöncü S. (2009). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kendi bildirim ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(2), 77-87.
- Doğan, S., Öncü, B., Varol-Saraçoğlu, B., ve Küçükgöncü, S. (2008). Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirti sıklığı ve belirti düzeyi ile ilişkili gelişimsel, akademik ve psikolojik etmenler. *Türkiye'de Psikiyatri*, 10(3), 109-115.
- Ekinci, S., Öncü, B., ve Canat, S. (2011). Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: eş tanı ve işlevsellik. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(3), 185-191.

- Elia, J., Ambrosini, P., ve Berrettini, W. (2008). ADHD characteristics: I. concurrent co-morbidity patterns in children & adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2(15), 1-9. Doi: 10.1186/1753-2000-2
- Erşan, E. E., Doğan, O., Doğan S., ve Sümer, H. (2004). The distribution of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder in school age children in Turkey. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 13(6), 354-361. Doi: 10.1007/s00787-004-0410-2
- Espirito- Santo, H. ve Pio-Abreu, J. L. (2009). Psychiatric symptoms and dissociation in conversion and dissociative disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(3), 270-276
- Evren, C., Umut, G., Bozkurt, M., Can, Y., Evren, B., ve Agachanli, R. (2017). Partial mediator role of physical abuse on the relationship between attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and severity of dissociative experiences in a sample of inpatients with alcohol use disorder. *Indian Journal of Psychiatry*, 59(3),306-312. Doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_366_16
- Faraone, S. V., Biederman, J., Mennin, D., Wozniak, J., ve Spencer, T. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder with bipolar disorder: a familial subtype?. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(10), 1378-1390.
- Faraone, S. V., Sergeant, J., Gillberg, C., ve Biederman J. (2003). The worldwide prevalence of ADHD: is it an American condition?. *World Psychiatry*, 2(2), 104-113.
- Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K., De Girolamo G., Haro, J. M., Karam, E. G., Lara, C., Lépine, J. P., Ormel, J., Posada-Villa, J., Zaslavsky A. M. ve Jin, R. (2007). Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 190(5), 402-409. Doi: 10.1192/bjp.106.034389
- Gallo, E. F., ve Posner, J. (2016). Moving towards causality in attention-deficit hyperactivity disorder: overview of neural and genetic mechanisms. *The Lancet Psychiatry*, 3(6), 555-567. Doi: 10.1016/S2215-0366(16)00096-1
- Garcia-Campayo, J., Alda, M., Sobradie, N., Oliván, B., and Pascual, A. (2007). Personality disorders in somatization disorder patients: a controlled study in Spain. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(6),675-680. Doi:10.1016/j.jpsychores.2006.12.023
- Gimpel, G. A. ve Kuhn, B. R. (2000). Maternal report of attention deficit hyperactivity disorder symptoms in preschool children. *Child: Care, Health and Development*, 26(3), 163-179.

- Glenn, C. R., ve Klonsky, E. D. (2009). Emotion dysregulation as a core feature of borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 23(1), 20-28.
- Gratz, K. L., ve Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41-54.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (1999a). Emotion and emotion regulation. L. A. Pervin and O. P. John (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research* (s. 525-552) içinde. Guilford Press
- Gross, J. J. (1999b). Emotion regulation: past, present, future. *Cognition & Emotion*, 13(5), 551-573.
- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*, 10(6), 214-219.
- Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: conceptual and empirical foundations Gross J. J. (Ed.), *Handbook of emotion regulation second edition*. New (3-20) içinde. York The Guilford Press.
- Gross, J. J., ve Jazaieri, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2(4), 387-401. Doi: 10.1177/2167702614536164
- Guarnaccia, P. J., ve Rogler, L. H. (1999). Research on culture-bound syndromes: New directions. *American Journal of Psychiatry*, 156(9), 1322-1327.
- Güçlü, O., ve Erkıran, M. (2004). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinde psikiyatrik yükünlük. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7(1), 32-41.
- Gül Alıç, B. (2015). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuklarda disosiyatif yaşantılar ve diğer belirtilerin ilişkisi* (Tıpta uzmanlık tezi, Ankara Üniversitesi, Ankara).
- Gül, H., ve Öncü, B. (2018). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etyolojisinde çevresel etkenler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 10(2), 148-185. Doi: 10.18863/pgy.358094
- Gül, H., ve Öner, Ö. (2017). Dissosiyatif bozuklukların nörobiyolojisi ve beyin görüntüleme çalışmaları. *Türkiye Klinikleri*, 10(3), 177-184.
- Güler, M. (2019). *Üniversite öğrencilerinde duygu düzenleme güçlüğü ile spor ilişkisinin araştırılması* (Yüksek lisans tezi, T.C: Fırat Üniversitesi, Elazığ).

- Gülmez, B. (2019). *Duygu düzenleme güçlüğü, ruh sağlığı ve bedensel belirti bozuklukları ilişkisinde öz şefkatın aracı etkisi* (Yüksek lisans tezi, İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul).
- Gülsün, M., Boruk, A., Evrensel, A., ve Baykız, A. F. (2006). Erişkin bireylerde çocukluk çağı enürezis noktürna öyküsü ve dissosiyasyon düzeylerinin araştırılması. *Düşünen Adam*, 19(3), 131-136.
- Gülsün, M., Özdemir, B., Çelik, C., Uzun, Ö. Ve Özşahin, A. (2009). Çatışma deneyimi yaşamış askerler arasında disosiyatif yaşantılar. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(1), 34-39.
- Gürbüz, S. ve Şahin, F. (2018). *Sosyal bilimlerde araştırma yöntemleri felsefe-yöntem-analiz*. Ankara: Seçkin Sosyal Bilimler.
- Gureje, O., Simon, G. E., Ustun, T. B., ve Golberg, D. P. (1997). Somatization in cross-cultural perspective: a World Health Organization study in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 154(4), 989-995.
- Hébert, M., Langevin, R., ve Oussaïd, E. (2018). Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of Affective Disorders*, 225, 306-312.
- Heiligenstein, E., Conyers, L. M., Berns, A. R., ve Smith M. A. (1998). Preliminary normative data on DSM-IV attention deficit hyperactivity disorder in college students. *Journal of American College Health*, 46(4), 185-188.
- Hirsch, O., Chavanon, M.L. ve Christiansen, H. (2019). Emotional dysregulation subgroups in patients with adult attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD): a cluster analytic approach. *Scientific Reports*, 9(1), 1-11.
- İnceman Kara, F. ve Güven, M. (2019). Duygu düzenlemeyle ilgili deneysel çalışmaların incelenmesi: sistematik bir derleme. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 12(68),913-922. Doi: 10.17719/jisr.2019.3878.
- İnci, İ (2020). *Çocukluk çağı travması ve somatizasyon arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğüünün aracı rolü* (Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul).
- Instanes, J. T., Klungsøyr, K., Halmøy, Fasmer, O. B., ve Haavik, J. (2018). Adult ADHD and comorbid somatic disease: a systematic literature review. *Journal of Attention Disorders*, 22(3), 203-228.
- İpçi, M., İzmir, S. B. İ., Türkçapar, M. H., Özdel, K., Ardıç, Ü. A., ve Ercan, E. S. (2020). DSM-IV'e göre dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuk ve ergenlerde DEHB alt tiplerinde psikiyatrik eş tanı varlığı. *Arch Neuropsychiatry*, 57, 283-289. Doi:10.29399/npa.24807.

- Jacob, C. P., Romanos, J., Dempfle, A., Heine, M., Windemuth-Kieselbach, C., Kruse, A., Reif, A., Walitza, S., Romanos, M., Strobel, A., Brocke, B., Schäfer, H., Schmidtke, A., Böning, J., ve Lesch, K. P. (2007). Comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder with focus on personality traits and related disorders in a tertiary referral center. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(6), 309-317.
- Jakubczyk, A., Trucco, E. M., Kopera, M., Koblyliński, P., Suszek, H., Fudalej, S., Brower, K. J., ve Wojnar, M. (2018). The association between impulsivity, emotion regulation, and symptoms of alcohol use disorder. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 91, 49-56.
- Kadesjö, B., ve Gillberg, C. (2001). The comorbidity of ADHD in the general population of Swedish school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(4), 487-492.
- Kavakcı, Ö., Demirel, Y., Kuğu, N., Nur, N., ve Doğan, O. (2011). Dikkat eksikliği/hiperaktivitenin, dürtüsellik ve obezite ile ilişkisi üzerine bir çalışma, *Cumhuriyet Tıp Dergisi*, 33(4), 413-420.
- Kavakci, O., Kugu, N., Semiz, F., Karsikaya, S., ve Dogan, O. (2012). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder and co-morbid disorders among students of Cumhuriyet University. *The European Journal of Psychiatry*, 26(2), 107-117.
- Kayaalp, L. (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62, 147-152.
- Keleş, D. (2018). *Üniversite öğrencilerinin yeme tutumları ile disosiyatif yaşantılar ve stresle başa çıkma tarzlarının ilişkisi (Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul)*
- Kellner, R. (1994). Psychosomatic syndromes, somatization and somatoform disorders. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 61(1-2), 4-24.
- Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E., Howes, M. J., Jin, R., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, B. ve Walters, A. (2005). The world health organization adult ADHD self-report scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, 35, 245-256. Doi: 10.1017/S0033291704002892.
- Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Bierderman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, B., Walters, E. E., ve Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the national comorbidity survey replication. *American Journal of Psychiatry*, 163(4), 716-723.

- Kessler, R. C., Green, J.G., Adler, L. A., Barkley, R. A., Chatterji, S., Faraone, S. V., Finkelman, M., Greenhill, L. L., Gruber, M. J., Jewell, M., Russo, L. J., Sampson, N. A., ve Van Brunt, D. L. (2010). The structure and diagnosis of adult ADHD: an analysis of expanded symptom criteria from the adult ADHD clinical diagnostic scale (ACDS). *Archives of General Psychiatry*, 67(11), 1168-1178. Doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2010.146.
- Kienle, J., Rockstroh, B., Bohus, M., Fiess, J., Huffziger, S., ve Steffen-Klatt, A. (2017). Somatoform dissociation and posttraumatic stress syndrome- two sides of the same medal? a comparison of symptom profiles, trauma history and altered affect regulation between patients with functional neurological symptoms and patients with PTSD. *BMC Psychiatry*, 17, 248, 1-11. Doi: 10.1186/s12888-017-1414-z
- Kihlstrom, J. F., ve Canter Kihlstrom, L. (2001). Somatization as illness behavior. *Advances in Mind-Body Medicine*,17(4), 240-243.
- Kim, M. S. (2020). Psychiatric symptoms and emotion regulation strategies among the unemployed people in Korea: a latent profile analysis. *Plos One*, 15(8), 1-16. Doi: 10.1371/journal.pone.0236937
- Kırcalı E. (2020). *Yas sürecinin yordayıcıları: geçmiş deneyimler, duygu düzenleme becerisi, psikolojik dayanıklılık, sosyal destek ve başa çıkma becerileri* (Yüksek lisans tezi, Başkent Üniversitesi, Ankara)
- Kirmayer, L. J., ve Robbins, J. M. (1991). Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 179(11), 647-655. Doi: 10.1097/00005053-199111000-00001.
- Kısacık, E. ve Kalaycıoğlu, C. (2019). Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin incelenmesi. *Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 43(2), 139-150.
- Konkan, R., Yalçınkaya, S., Erkıran, M., ve Erkımen, H. (2003), Panik bozukluğu ve komorbid anılar. *Düşünen Adam*, 16(4), 219-222.
- Koole, S. L. (2009). The psychology of emotion regulation: an integrative review. *Cognition and Emotion*, 23(1), 4- 41. Doi: 10.1080/02699930802619031.
- Kourt, R. (2011). *18-24 yaş arası üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları'nın disosiyatif yaşantılar ve suçluluk-utanç duyguları ile ilişkisinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi, Maltepe Üniversitesi, İstanbul).
- Kulacaoglu, F., Solmaz, M., Ardic, F. C., Akin, E. ve Kose, S. (2017). The relationship between childhood traumas, dissociation, and impulsivity in patients with borderline personality disorder comorbid with ADHD. *Psychiatry and Clinical Psychopharmacology*, 27(4), 393-402. Doi: 10.1080/24750573.2017.1380347

- Laria, A. J., ve Lewis-Fernández, R. (2001). The Professional fragmentation of experience in study of dissociation somatization, and culture. *Journal of Trauma & Dissociation*, 2(3), 17-46.
- Leahy, R. L., Tirch, D., Napolitano, L. A., (2011). Emotion regulation in psychotherapy: a practitioner's guide. New York, Guilford Press
- LeBlanc, S., Essau, C. A. ve Ollendick, T.H. (2017). Emotion regulation: an introduction. Essau, C. A., LeBlanc, S. ve Ollendick, T. H. (Ed.) *Emotion Regulation and Psychopathology in Children and Adolescents*, (3-17) içinde. Oxford. Oxford Press.
- Lee, D. H., Oakland, T., Jackson, G. ve Glutting, J. (2008). Estimated prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms among college freshmen: gender, race, and rater effects. *Journal of Learning Disabilities*, 41(4), 371-384. Doi: 10.1177/0022219407311748.
- Levenson, J. L. (2011). The somatoform disorders: 6 characters in search of an author. *Psychiatric Clinics of North America*, 34(3), 512-524. Doi: 10.1016/j.psc.2011.05.006.
- Lilienfeld, S. O., Van Valkenburg, C., Larntz, K., ve Akiskal, H. S. (1986). The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 143(6), 718-722. Doi: 10.1176/ajp.143.6.718.
- Lilly, M. M., ve Lim, B. H. (2013). Shared pathogenesis of posttrauma pathologies: attachment emotion regulation, and cognitions. *Journal of Clinical Psychology*, 69(7), 737-748.
- Lipowski, Z. J. (1987). Somatization: medicine's unsolved problem. *Journal of Consultation and Liaison Psychiatry*, 28(6), 294-297. Doi: 10.1016/S0033-3182(87)72518-3.
- Lipowski, Z. J. (1988). Somatization: the concept and its clinical application. *Am J Psychiatry*, 145(11), 1358-1368.
- Lipsanen, T., Saarijärvi, S. ve Lauerma, H. (2004). Exploring the relations between depression, somatization, dissociation and alexithymia-overlapping or independent constructs?. *Psychopathology*, 37(4), 200-206. Doi: 10.1159/000080132.
- Mai, F. (2004). Somatization disorder: a practical review. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(10), 652-662.
- McGough, J. J., Smalley, S. L., McCracken, J. T., Yang, M., Del'Homme, M., Lynn, D.E. ve Loo, S. (2005). Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder: findings from multiplex families. *American Journal of Psychiatry*, 162(9), 1621-1627. Doi: 10.1176/appi.ajp.162.9.1621

- McKee, T. E. (2008). Comparison of a norm-based versus criterion-based approach to measuring ADHD symptomatology in college students. *Journal of Attention Disorders*, 11(6), 677-688. Doi: 10.1177/1087054707308501.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., ve Nolen-Hoeksema, S. (2011). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: a prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49, 544-554.
- Mennin, D. S., Holaway, R. M., Fresco, D. M., Moore, M. T., ve Heimberg, R. G. (2007). Delineating components of emotion and its dysregulation in anxiety and mood psychopathology. *Behavior Therapy*, 38(3), 284-302.
- Messman-Moore, T. L., ve Bhuptani, P.H. (2017). A review of the long-term impact of child maltreatment on posttraumatic stress disorder and its comorbidities: an emotion dysregulation perspective. *Clinical Psychology Science and Practice*, 24(2), 154-169.
- Miliora, M. T. (1998). Trauma, dissociation, and somatization: a self-psychological perspective. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 26(2), 273-293.
- Millichap, J. G. (2010). *Attention deficit hyperactivity disorder handbook a physician's guide to ADHD second edition*. New York, Springer.
- Minde, K., Eakin, L., Hechtman, L., Ochs, E., Bouffard, R., Greenfield, B., ve Looper, K. (2003). The psychosocial functioning of children and spouses of adults with ADHD. *Journal of Child Psychiatry*, 44(4), 637-646.
- Mitchell, J. T., Robertson, C. D., Anastopolous, A. D., Nelson-Gray, R. O. ve Kollins, S. H. (2012). Emotion dysregulation and impulsivity among adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: result of a preliminary study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(4), 510-519. Doi:10.1007/s10862-012-9297-2.
- Modestin, J., Ebner, G., Junghan, M. ve Erni, T. (1996). Dissociative experiences and dissociative disorders in acute psychiatric inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 37(5), 355-361. Doi: 10.1016/S0010-440X(96)90017-6.
- Morrison, J. (2017), *DSM-5'I kolaylaştırılan klinisyenler için tanı rehberi*. Şahin M. (Ed.), Uğur Kural , H. (çev.), Ankara, Nobel Yayın.
- Moulton, S. J., Newman, E., Powe, K., Swanson, V., ve Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: a mediating role for dissociation and emotion dysregulation?. *Child Abuse & Neglect*, 39, 167-174. Doi: 10.1016/j.chabu.2014.07.003
- Mueller-Pfeiffer, C., Schumacher, S., Martin-Soelch, C., Pazhenkottil, A. P., Wirtz, G., Fuhrhans, C., Hindermann, E., Assaloni, H., Briner, D. P., ve Rufer, M. (2010). The validity and reliability of the German version of the somatoform dissociation Questionnaire (SDQ-20). *Journal of Trauma & Dissociation*, 11(3), 337-357. Doi: 10.1080/15299731003793450.

- Murphy, K. R., Barkley, R. A., ve Bush, T. (2002). Young adults with attention deficit hyperactivity disorder: subtype differences in comorbidity, educational, and clinical history. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 190(3), 147-157.
- Murphy, K. ve Barkley, R. A. (1996). Prevalence of DSM-IV symptoms of ADHD in adult licensed drivers: implications for clinical diagnosis. *Journal of Attention Disorders*, 1(3), 147-161
- Nijenhuis, E. R. (2001). Somatoform dissociation: major symptoms of dissociative disorders. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 7-32. Doi: 10.1300/j229v01n04_02
- Nijenhuis, E. R. S., Spinhoven, P., Van Dyck, R., Van Der Hart, O., ve Vanderlinden, J. (1997). The development of the somatoform dissociation questionnaire (SDQ-5) as a screening instrument for dissociative disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96(5), 311-318. Doi: 10.1111/j.1600-0447.1997.tb09922.x.
- Nussbaum, A. M. (2017). *DSM-5 yönelimli tanısal görüşme*. Köroğlu, E. (çev.). Ankara, HYB Basım Yayın.
- Öncü, B., ve Şenol, S. (2002). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyojisi: bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 5(2), 111-119.
- Öner, P., Öner, Ö., ve Aysev, A. (2003). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 12(3), 97-99.
- Özdemiroğlu, F., Karakuş, K., Memiş, Ç. Ö., Şen, H. G., ve Sevinçok, L. (2016). Tıp fakültesi öğrencilerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun sosyodemografik ve klinik özellikleri. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 19(1), 5-14. Doi: 10.5505/kpd.2016.21931.
- Özden, M. Ş. (2018). Travma ve disosiyatif bozukluklar: genel bir bakış. *Bartın Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Dergisi*, 3(3), 71-76.
- Özenli, Y., Yoldaşcan, E., Topal, K., ve Özçürümez, G. (2009). Türkiye’ de bir eğitim fakültesinde somatizasyon bozukluğu yaygınlığı ve ilişkili risk etkenlerinin araştırılması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10, 131-136.
- Özmen, S. K. (2020). Yetişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eğitiminin etkisi tek denekli bir çalışma. *Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 17(1), 200-230. Doi: 10.33711/yyuefd.691575.
- Özmen, S., ve Özmen, A. (2012). Yetişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu’nun demografik değişkenlere, öfke ve öfke ifade tarzına göre incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 16(2), 45-67.
- Öztürk, E. ve Sar, V. (2008). Somatization as a predictor of suicidal ideation in dissociative disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 62(6), 662-668. Doi: 10.1111/j.1440-1819.2008.01865.x.

- Palmer, E. D., ve Finger, S. (2001). An early description of ADHD (inattentive subtype): dr Alexander Crichton and 'mental restlessness' (1798). *Child Psychology and Psychiatry Review*, 6(2), 66-73.
- Park, S., Cho, M., Chang, S. M., Jeon, H. J., Cho, S. J., Kim, B. S., Bae, J. N., Wang, H. R., Ahn, J. H., ve Hong, J. P. (2011). Prevalence, correlates, and comorbidities of adult ADHD symptoms in Korea: results of the Korean epidemiologic catchment area study. *Psychiatry Research*, 186(2-3), 378,383. Doi: 10.1016/j.psychres.2010.07.047.
- Polanczyk, G., De Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., ve Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American Journal of Psychiatry*, 164(6), 942-948.
- Pope, D., Whiteley, H., Smith, C., Lever, R., Wakelin, D., Dudiak, H., ve Dewart, H. (2007). Relationships between ADHD and dyslexia screening scores and academic performance in undergraduate psychology students: implications for teaching, learning and assessment. *Psychology Learning and Teaching*, 6(2), 114-120.
- Portegijs, P. J., Jeuken, F. M., Van Der Horst, F. G., Kraan, H. F., ve Knottnerus, J. A. (1996). A troubled youth relation with somatization, depression and anxiety in adulthood. *Family Practice*, 13(1), 1-11. Doi:10.1093/fampra/13.1.1.
- Powers, A., Cross, D., Fani, N. ve Bradley, B. (2015). PTSD, emotion dysregulation, and dissociative symptoms in a highly traumatized sample. *Journal of Psychiatry*, 61, 174-179. Doi: 10.1016/j.jpsychires.2014.12.011
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Olsen, J. L., Halls, C., Kondo, D. G., Williams, E. D., ve Robison, R. (2010). Emotional dysregulation as a core feature of adult ADHD: its relationship with clinical variables and treatment response in two methylphenidate trials. *Journal of ADHD & Related Disorders*, 1(4), 53-64.
- Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Strong, R. E., Hedges, D. W., Adler, L., Spencer, T. J., West, S. A: ve Soni, P. (2005). Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biological Psychiatry*, 58(2), 125-131. Doi: 10.1016/biopsych.2005.04.040.
- Ren, Z., Hood, R. W., Su, O., ve Sa, A. (2020). Traditionality spirituality and somatoform dissociation symptoms in Chinese buddhists. *Journal of Religion and Health*, 59, 3257-3269. Doi:10.1007/s10943-019-00793-y.
- Retz, W., Stieglitz, R. D., Corbisiero, S., Retz-Junginger, P., ve Rösler, M. (2012). Emotional dysregulation in adult ADHD: what is the empirical evidence ?. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 12(10), 1241-1251.

- Rösler, M., Retz, W., Yaqoobi, K., Burg, E., ve Retz-Junginger, P. (2009). Attention deficit/hyperactivity disorder in female offenders: prevalence, psychiatric comorbidity and psychosocial implications. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(2), 98-105. Doi: 10.1007/s00406-008-0841-8.
- Ross, C. A., Joshi, S., ve Currie, R. (1990). Dissociative experiences in the general population. *American Journal of Psychiatry*, 147(11), 1547-1552.
- Şahmurova, A., ve Sezgin, P. (2019). Gürültü kirliliğinin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu üzerindeki etkileri. *Avrasya Sosyal ve Ekonomi Araştırmaları Dergisi*, 6(3), 566-579.
- Şar, V. (1998). Dissosiyatif kimlik bozukluğu: tanı ve nozolojik sorunlar. *Klinik Psikiyatri*, 1, 13-21.
- Şar, V. (2000). Çoğul kişilik kavramı ve disosiyatif bozukluklar. *Psikiyatri Dergisi*, 4, 7-11.
- Şar, V. (2018). Dissosiyatif bozukluklar. Karamustafaoğlu, O. (Ed.), *Temel ve Klinik Psikiyatri* (453-476) içinde. Ankara, Güneş Tıp Kitabevleri.
- Sar, V., Akyüz, G., Dogan, O., ve Öztü, E. (2009). The prevalence of conversion symptoms in women from a general Turkish population. *Psychosomatics*, 50(1), 50,58.
- Şar, V., Akyüz, G., ve Doğan, O. (2007). Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Research*, 149(1-3), 169-176.
- Sar, V., Islam, S. ve Öztürk, E. (2009). Childhood emotional abuse and dissociation in patients with conversion symptoms. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 63(5), 670-677. Doi: 10.1111/j.440-1819.2009.02012.x.
- Sar, V., Koyuncu, A., Oztürk, E., Yargic, L. İ., Kundakci, T., Yazici, A., Kuskonmaz, E., ve Aksüt, D. (2007). Dissociative disorders in the psychiatric emergency ward. *General Hospital Psychiatry*, 29(1), 45-50.
- Sar, V., Kundakci, T., Kiziltan, E., Yargic, İ. L., Tutkun, H., Bakim, B., Bozkurt, O., Özpulat, T., Keser, V., ve Özdemir, O. (2003). The axis-I dissociative disorder comorbidity of borderline personality disorder among psychiatric outpatients. *Journal of Trauma & Dissociation*, 4(1), 119-136.
- Sar, V., Önder, C., Kilincaslan, A., Zoroglu, S. S., ve Alyanak, B. (2014). Dissociative identity disorder among adolescents: prevalence in a university psychiatric outpatient unit. *Journal of Trauma & Dissociation*, 15(4), 402-419. Doi: 10.1080/15299732.2013.864748.
- Şar, V., Tutkun, H., Alyanak, B., Bakim, B., ve Baral, I. (2000). Frequency of dissociative disorders among psychiatric outpatients in Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 41(3), 216-222.

- Şarлак, D., ve Öztürk, E. (2018). Dissosiyatif bozuklukların epidemiyolojisi. Öztürk E. (Ed.). Ruhsal Travma ve Dissosiyasyon, *Türkiye Klinikleri*, 14-19.
- Saruhan, V. (2018). *Genç yetişkinlikte sosyal ve duygusal yalnızlığın duygu düzenleme güçlüğü açısından incelenmesi*, (Yüksek lisans tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul).
- Saxe, G. N., Chinman, G., Berkowitz, R., Hall, K., Lieberg, G., Schwartz, J., ve Van Der Kolk, B. A. (1994). Somatization in patients with dissociative disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151(9), 1329-1334. Doi: 10.1176/ajp.151.9.1329
- Serrano-Sevillano, Á., González-Ordi, H., Corbi-Gran, B., ve Vallejo-Parejo, M. Á. (2017). Psychological characteristics of dissociation in general population. *Clinica y Salud*, 28(2), 101-106.
- Shekim, W. O., Asarnow, R. F., Hess, E., Zaucha, K., ve Wheeler, N. (1990). A clinical and demographic profile of a sample of adults with attention deficit hyperactivity disorder, residual state. *Comprehensive Psychiatry*, 31(5), 416-425.
- Sheppes, G., Scheibe, S., Suri, G., ve Gross, J. J. (2011). Emotion-regulation choice. *Psychological Science*, 22(11), 1391-1396. Doi:10.1177/09567911418350.
- Shushakova, A. Ohrmann, P., ve Pedersen, A. (2018). Exploring deficient emotion regulation in adult ADHD: electrophysiological evidence, *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 268(4), 359-371. Doi: 10.1007/s00406-017-0826-6.
- Simon, G. E., ve Gureje, O. (1999). Stability of somatization disorder and somatization symptoms among primary care patients. *Archives of General Psychiatry*, 56(1), 90-95. Doi: 10.1001/archpsyc.56.1.90.
- Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., Mészáros, A., ve Bitter I. (2009). Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorders meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 194(3), 204-211. Doi: 10.1192/bjp.bp.107.048827
- Sobanski, E. (2006). Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(1), i26-i31. Doi: 10.1007/s00406-006-1004-4
- Sobanski, E., Brüggemann, D., Alm, B., Kern, S., Deschner, M., Schubert, T., Philipsen, A., ve Rietschel, M. (2007). Psychiatric comorbidity and functional impairment in a clinically referred sample of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 257(7), 371-377. Doi: 10.1007/s00406-007-0712-8

- Soysal Acar, A. Ş. (2019). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: tarihsel bakış. Soysal Acar, A. Ş. (Ed.), *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite* (s. 3-15). içinde. Ankara, Nobel yayın.
- Soysal, A. Ş., Can, H., Tan, S., Keskinöglü, P., ve Elmastaş-Dikeç, B. (2011). Psikoloji öğrencilerinin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna ilişkin bilgi düzeylerinin değerlendirilmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 1601-1611.
- Soysal, A. Ş., ve Özdemir, B. (2004). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna genel bir bakış. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi*, 13(3), 89-90.
- Sprafkin, J., Gadow, K. D., Weiss, M. D., Schneider, J., ve Nolan, E. E. (2007). Psychiatric comorbidity in ADHD symptom subtypes in clinic and community adults. *Journal of Attention Disorders*, 11(2), 114-124. Doi:10.1177/1087054707299402
- Sullivan, M., ve Katon, W. (1993). Somatization the path between distress and somatic symptoms. *APS Journal*, 2(3), 141-149.
- Surman, C. B. H., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M. ve Faraone, S. V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *ADHD Attention Deficit and Hyperactivity Disorders*, 5(3), 273-281. Doi: 10.1007/s12402-012-0100-08.
- Surman, C. B. H., Biederman, J., Spencer, T., Yorks, D., Miller C. A., Petty, C. R. ve Faraone, S. V. (2011). Deficient emotional self-regulation and adult attention deficit hyperactivity disorder a family risk analysis. *American Journal of Psychiatry*, 168(6), 617-623. Doi: 10.1176/appi.ajp.2010.10081172.
- Süsen, Y. (2017). *The role of affect-related smoking outcome expectancies in relations between emotion dysregulation/negative urgency and smoking dependence (Yüksek lisans tezi, Ankara Yıldırım Beyazıt University, Ankara)*
- Swartz, M., Blazer, D., George, L., ve Landerman, R. (1986). Somatization disorder in a community population. *American Journal of Psychiatry*, 143(11), 1403-1408.
- Tamam, L., Karakus, G., ve Ozpoyraz, N. (2008). Comorbidity of adult attention-deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder: prevalence and clinical correlates. *European Archives of Psychiatry*, 258(7), 385-393. Doi: 10.1007/s00406-008-0807-x
- Tan Özbaşaran, C. (2018). *Zorbalığa maruz kalmış üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmaları ve disosiyasyon (Yüksek lisans tezi, İstanbul Üniversitesi İstanbul*

- Tan, S. (2019). Ergenlik ve ilk yetişkinlik döneminde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu: tanı ve tedavi yaklaşımları. Soysal Acar, A. Ş. (Ed.), *Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu* (183-192) içinde. Ankara, Nobel Yayın.
- Taneri, P. E., Akış, N. ve Sarandöl, A. (2016). Tıp fakültesi son sınıf öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, anksiyete ve depresyon belirtilerinin sıklığı. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 42(1). 23-27.
- Taycan, O., Sar, V., Celik, C., ve Erdogan-Taycan, S. (2014). Trauma-related psychiatric comorbidity of somatization disorder among women in eastern Turkey. *Comprehensive Psychiatry*, 55(8), 1837-1846.
- Tezcan, E., Atmaca, M., Kuloglu, M., Gecici, Ö., Buyukbayram, A., ve Tutkun, H. (2003). Dissociative disorder in Turkish inpatients with conversion disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 44(4), 324-330.
- Thompson, R. A. (2019). Emotion dysregulation: a theme in search of definition. *Development and Psychopathology*, 31(3), 805-815. Doi: 10.1017/S0954579419000282
- Thorell, L. B., Tilling, H., ve Sjöwall, D. (2020). Emotion dysregulation in adult ADHD: introducing the comprehensive emotion regulation inventory (CERI). *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 42(7), 747-758.
- Tınaz, D. (2004). Ergen ve yetişkinde, ADHD-dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu. *Hasan Ali Yücel Eğitim Fakültesi Dergisi*, 1(1), 195-206.
- Tomasson, K., Kent, D., ve Coryell, W. (1991). Somatization and conversion disorder: comorbidity and demographics at presentation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(3), 288-293.
- Torgersen, T., Gjervan, B., ve Rasmussen, K. (2006). ADHD in adults: a study of clinical characteristics, impairment and comorbidity. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60(1), 38-43. Doi:10.1080/08039480500520665
- Tufan, A. E., ve Yaluğ, İ. (2010). Erişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: Türkiye verilerine dayalı bir gözden geçirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 11(4), 351-359.
- Tuğlu, C., ve Şahin, Ö. Ö. (2010). Erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu: nörobiyoloji, tanı sorunları ve klinik özellikler, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(1), 75-116.
- Tunçer, Ö. (1999). Depresyon ve somatizasyon. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, 47-52.
- Tunçer, Ö. (2005). Stres, psikosomatik ve somatoform bozukluklar. *Medikal Açıldan Stres ve Çareleri Sempozyum Dizisi*, 47, 153-162.

- Türkiye Kronik Hastalıklar ve Risk Faktörleri Sıklığı Çalışması, (2013).Sağlık Bakanlığı, (Yayın no. 909). Erişim adresi: sbu.saglik.gov.tr/ekutuphane/kitaplar/khrfat.pdf.
- Tutkun, H., Sar, V., Yargıç, L. İ., Özpulat, T., Yanık, M., ve Kiziltan, E. (1998). Frequency of dissociative disorder among psychiatric inpatients in a Turkish university clinic. *American Journal of Psychiatry*, 155(6), 800-805.
- Ünal, S. (2002). Bir anlatım tarzı olarak bedenselleştirme. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(1), 52-55.
- Van Ameringen, M., Mancini, C., Simpson, W., ve Patterson, B. (2011). Adult attention deficit hyperactivity disorder in an anxiety disorders population. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 17(4), 221-226.
- Waller, G., Hamilton, K., Elliott, P., Lewendon, J., Stopa, L., Waters, A., Kennedy, F., Lee, G., Pearson, D., Kennerley, H., Hargreaves, I., Bashford, V., ve Chalkley, J. (2001). Somatoform dissociation, psychological dissociation, and specific forms of trauma. *Journal of Trauma & Dissociation*, 1(4), 81-98. Doi: 10.1300/L229v01n04_05
- Welkie, J., Babinski D. E. ve Neely, K. A. (2021). Sex and motion regulation difficulties contribute to depression in young adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychological Report*, 124(2), 596-610. Doi: 10.1177/0033294120918803.
- West, S. A., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., Keck, P. E., ve McConville, B. J. (1995). Attention deficit hyperactivity disorder in adolescent mania. *The American Journal of Psychiatry*, 52(2), 271-273.
- Weyandt, L. L., Linterman, L., ve Rice, J. A. (1995). Reported prevalence of attentional difficulties in a general sample of college students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 17(3), 293-304.
- Weyandt, L., DuPaul, G. J., Verdi, G., Rossi, J. S., Swentosky, A. J., Vilaro, B. S., ve Carson, K. S. (2013). The performance of college students with and without ADHD.: neuropsychological academic, and psychosocial functioning, *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 35(4), 421-435.
- Wilens, T. E., Biederman J., Faraone, S. V., Martelon, M., Westerberg, D., ve Spencer, T. J. (2009). Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 70(11), 1557-1562. Doi:10.4088/JCP.08m04785pur.
- Willcutt, E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta- analytic review. *Neurotherapeutics*, 9(3), 490-499.

- Yaldız, E. (2019). Tıp öğrencilerinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve ilişkili etkenler (Uzmanlık tezi, Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Sivas).
- Yallop, L., Brownell, M., Chateau, D., Walker, J., Warren, M., Ballis, D. ve Lebow, M. (2015). Lifetime prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in young adults: examining variations in the socioeconomic gradient. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 60(10), 432-440. Doi: 10.1177/070674371506001004.
- Yapıcıoğlu, B., Kavakci, Ö., Güler, A. S., Semiz, M., ve Doğan, O. (2011). Sivas il merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I , eksen-II tanıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12(3), 177-184.
- Yargic, L. I., Tutkun, H., ve Sar, V. (1995). Reliability and validity of the Turkish version of the Dissociative experiences scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*, 8(1), 10-13.
- Yaşar, M. (2014). İstatistiğe yönelik tutum ölçeği: geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 36(36), 59-75.
- Yeom, C. W., Oh, G. H., Jung, S., Moon, J. Y., Son, K. L., Kim, W. H., Jung, D., Baik, M., Shim, E. J., Moon, H. ve Hahm, B. J. (2020). Prevalence and comorbidities of adult adhd in male military conscripts in Korea: result of an epidemiological survey of mental health in Korean military service. *Psychiatry Research*, 293. 1-7. Doi: 10.1016/j.psychres.2020.113401
- Yeşil Örnek. B., ve Durmuş, E. (2016). Üniversite öğrencilerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite belirtileriyle ilişkili klinik ve sosyodemografik değişkenlerin incelenmesi. *Düzce Tıp Fakültesi Dergisi*, 18(3), 91-94.
- Yeşil, H. (2018). *Bağlanma, somatizasyon ve duyguları ifade etme arasındaki ilişkilerin incelenmesi: üniversite öğrencileri üzerinde bir araştırma (Yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul)*
- Yi, K. Y. (2000). Shin-byung (divine illness) in a Korean woman. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24(4), 471-486. Doi: 10.1023/A:1005675800843.
- Yiğit, İ, ve Guzey Yiğit, M. (2019). Psychometric properties of Turkish version of difficulties in emotion regulation scale-brief form (DERS-16). *Current Psychology*, 38(6),1503-1511
- Yıldız, F. (2018). *Ergenlerde bilişsel esneklik ile psikolojik belirtiler arasındaki ilişkide duygu düzenleme güçlüğüünün aracı rolünün incelenmesi (Yüksek lisans tezi, Mersin Üniversitesi, Mersin)*
- Yılmaz Kafalı, H. ve Özbaran. (2019). Bağımlılıkta riskli bir durum: Dikkat eksikliği hiperaktivitebozukluğu, tanı, tedavi ve vaka yönetimi. Yüncü, Z. (Ed.). *Ergen Bağımlılığı*, 1. Baskı, Ankara, Türkiye Klinikleri, 25-35

Yılmaz, M., Özdemir, G., Turgay, A. ve Çağlı, S. (2012). Üniversite öğrencilerinin erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite ölçeği'nin alt boyutları düzeylerinin çeşitli değişkenler açısından incelenmesi. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 9(1), 623-649.

Yükseköğretim Bilgi Yönetim Sistemi. Erişim adresi: istatistik.yok.gov.tr

Yumuşak, F. N. (2019). *Üniversite öğrencilerinde duygu düzenleme güçlüğü ve duygusal tepkiselliğin psikolojik belirtiler ile ilişkisinin incelenmesi* (Yüksek lisans tezi, Fatih Sultan Mehmet Vakfı Üniversitesi, İstanbul).

Zengin Eroğlu, M., Demirkol, M. E., Tamam, L. ve Gelegen, V. (2019). Kompulsif satın alma bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ilişkisi. *Cukurova Medical Journal*, 44(4). 1371-1378.

