T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN DEPRESYON VE KAYGI İLE İLİŞKİSİ: BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN ARACI ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gözde ŞEN

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ANKARA, 2022

T.C.
ANKARA YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN DEPRESYON VE KAYGI İLE İLİŞKİSİ: BİLİŞSEL DUYGU DÜZENLEME STRATEJİLERİNİN ARACI ROLÜ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Gözde ŞEN

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

Tez Danışmanı
Prof. Dr. Özden YALÇINKAYA ALKAR

ANKARA, 2022

ONAY SAYFASI

Gözde ŞEN tarafından hazırlanan "Erişkin Dikkat eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Depresyon ve Kaygı ile İlişkisi: Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü" adlı tez çalışması aşağıdaki jüri tarafından oy birliği / oy çokluğu ile Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olarak kabul edilmiştir.

<table>
<tr><th colspan="2">Jüri Üyesi</th><th>Kurumu</th><th>İmza</th></tr>
<tr><td colspan="2">Prof. Dr. Özden YALÇINKAYA-ALKAR</td><td rowspan="2">Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>Kabul ☐</td><td>Red ☐</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dr. Öğr. Üyesi Özlem ERSAN</td><td rowspan="2">Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>Kabul ☐</td><td>Red ☐</td></tr>
<tr><td colspan="2">Dr. Öğr. Üyesi Arzu ÇALIŞKAN-SARI</td><td rowspan="2">Çankırı Karatekin Üniversitesi</td><td rowspan="2"></td></tr>
<tr><td>Kabul ☐</td><td>Red ☐</td></tr>
</table>

Tez Savunma Tarihi: 07.09.2022

Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı'nda Yüksek Lisans tezi olması için şartları yerine getirdiğini onaylıyorum.

Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

Unvan Ad Soyad

Prof. Dr. Yaşar YİĞİT

BEYAN

Bu tez çalışmasının kendi çalışmam olduğunu, bu tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallara uyarak elde ettiğimi, bu kurallar çerçevesinde bu tezde kullanılmış olan tüm araştırmalara atıfta bulunup kaynak gösterdiğimi beyan ederim. 07.09.2022

Gözde ŞEN

Çok özlediğim rahmetli anneme

TEŞEKKÜR

Çok kıymetli danışmanım Prof. Dr. Özden Yalçınkaya-Alkar'a lisans ve yüksek lisans öğrenimim boyunca verdiği destek için teşekkürlerimi sunmayı borç bilirim. Bitmeyen sabrı ve yol göstericiliği için teşekkürlerimi sunmayı borç bilirim.

Tez jürimde bulunan Dr. Öğr. Üyesi Özlem Ersan ve Dr. Öğr. Üyesi Arzu Çalışkan-Sarı'ya zaman ayırdıkları, değerli önerilerini paylaştıkları ve tezime katkı sundukları için çok teşekkür ederim.

Sevgili dostlarım Cansel Dinar ve İrem Adsever'e cesaretimi kaybettiğimde beni desteklediklerı, tecrübelerini hiç sakınmadan paylaştıkları, zor zamanlarımda yanımda oldukları ve sorularımı bıkıp usanmadan yanıtladıkları için bütün kalbimle teşekkür ederim.

Tez sürecim de dahil olmak üzere bütün eğitim hayatım boyunca maddi-manevi desteğini esirgemeyen, beni her zaman yüreklendiren rahmetli anneme şükranlarımı sunmayı borç bilirim.

Sevgili babama ve ağabeyime her zaman yanımda oldukları ve maddi-manevi desteklerini esirgemedikleri için teşekkür ederim.

Son olarak, İbrahim Ozan Dereli'ye destekleri için teşekkür ederim.

ÖZET

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtilerinin Depresyon ve Kaygı ile İlişkisi: Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolü

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin görüldüğü, erişkin dönemde de devam eden, sıklıkla başka psikolojik bozuklukların da eşlik ettiği ve bireylerin işlevsellik alanlarını olumsuz etkileyen bir bozukluktur. Bu çalışmanın ilk amacı DEHB ile depresyon ve kaygı belirtilerindeki ilişkinin incelenmesidir. İkinci amacı ise DEHB ile depresyon ve kaygı arasındaki ilişkiye bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracılık edip etmediğinin anlaşılmasıdır. Bir diğer amacı ise DEHB belirtilerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesidir. Çalışmada 164 kadın ve 88 erkek olmak üzere 252 katılımcı yer almıştır. Örneklem daha çok genç yetişkinlerden oluşmaktadır. Veri toplama aracı olarak Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği ve SCL-90 Depresyon ve Kaygı Alt Ölçekleri kullanılmıştır. Araştırmaya katılımda gönüllülük esas alınmıştır. Çalışmanın bulgularına göre dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri, kendini suçlama, başkalarını suçlama, kabul etme, ruminasyon ve felaketleştirme arttıkça depresyon ve kaygı puanları da artmaktadır. Öte yandan yaş, pozitif yeniden odaklanma, pozitif yeniden değerlendirme ve plana tekrar odaklanma arttıkça depresyon ve kaygı belirtilerinin azaldığı tespit edilmiştir. Cinsiyet, dikkat eksikliği, kendini suçlama, plana tekrar odaklanma ve felaketleştirme stratejileri depresyon belirtilerni yordarken; yaş, dikkat eksikliği, ruminasyon, felaketleştirme ve plana tekrar odaklanma ise kaygı belirtilerini yordamaktadır. Aracı değişken analizi sonuçlarına gore dikkat eksikliği belirtileri artarken felaketleştirme artmakta, sonuç olarak kaygı ve depresyon belirtileri şiddetlenmektedir. Dikkat eksikliği belirtileri artarken plana tekrar odaklanma stratejisi daha az kullanılmakta, depresyon ve kaygı ise artmaktadır. Dikkat eksikliği belirtileri artarken plana tekrar odaklanma stratejisi daha az, kendini suçlama stratejisi daha sık kullanılmakta, sonuç olarak depresyon artmaktadır. Bulgular ilgili alanyazın çerçevesinde tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Bilişsel duygu düzenleme stratejileri, depresyon, dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik, kaygı.

ABSTRACT

The Relationship of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Symptoms With Depression and Anxiety: The Mediator Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies

Adult ADHD is a disorder in which attention deficit and hyperactivity/impulsivity symptoms are observed. It persists in adulthood, is often comorbid by other psychiatric disorders, and negatively affects the functionality of individuals. The first aim of this study is to examine the relationship of ADHD with depression and anxiety symptoms. The second aim is to understand whether cognitive emotion regulation strategies mediate the relationship of ADHD with depression and anxiety. Another aim is to examine whether ADHD symptoms differ according to gender. There were 252 participants, 164 female and 88 male, in the study. The sample consists mostly of young adults. Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-Report Scale, Cognitive Emotion Regulation Questionnaire and SCL-90 Depression and Anxiety Subscales were used as data collection tools. Participation in the research was based on volunteerism. According to the findings of the study, as attention deficit, hyperactivity/impulsivity symptoms, self-blame, blaming others, accepting, rumination and catastrophizing increase, depression and anxiety scores also increase. On the other hand, depression and anxiety symptoms decreased as age, positive refocus, positive reappraisal, and refocus on planning increased. While gender, inattention, self-blame, refocus on planning, and catastrophizing strategies predicted depression symptoms; age, inattention, rumination, catastrophizing, and refocus on planning predicted anxiety symptoms. According to the mediator variable analysis results, while symptoms of attention deficit increase, catastrophizing increases, and as a result, symptoms of anxiety and depression intensify. As the symptoms of attention deficit increase, the strategy of refocusing on the plan is used less and the strategy of self-blame is used more often, resulting in increased depression. The findings are discussed within the framework of the related literature.

Keywords: Anxiety, attention deficit, hyperactivity/impulsivity, cognitive emotion regulation strategies, depression.

İÇİNDEKİLER

ÖZET i

ABSTRACT ii

İÇİNDEKİLER iii

KISALTMALAR DİZİNİ vi

ŞEKİLLER DİZİNİ vii

TABLOLAR DİZİNİ viii

1. GİRİŞ 1

2. GENEL BİLGİLER 3

2.1. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu 3

2.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tarihçesi 3

2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri 5

2.4. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Özellikleri 6

2.5. Epidemiyoloji 8

2.6. Etiyoloji 9

2.6.1. Genetik Faktörler 9

2.6.2. Çevresel Faktörler 12

2.7. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Depresyon 12

2.8. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Kaygı 14

2.9. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri 15

2.10. Çalışmanın Amacı ve Önemi 18

2.11. Çalışmanın Hipotezleri 19

3. MATERYAL VE YÖNTEM 22

3.1. Örneklem 22

3.2. Veri Toplama Araçları 22

3.2.1. Kişisel Bilgi Formu 22

3.2.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) 22

3.2.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ) 23

3.2.4. SCL-90 Depresyon ve Kaygı Alt Ölçekleri 24

3.3. İşlem 24

4. BULGULAR 25

4.1. Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler 25

4.2. Çalışma Değişkenlerine İlişkin Ortalama, Standart Sapma ve Minimum-Maksimum Değerleri 27

4.3. Değişkenler Arası İlişkilerin İncelenmesi: Korelasyon Analizi 28

4.4. Cinsiyete Göre Farklılığın İncelenmesi: Çok Faktörlü Varyans Analizi 29

4.5. Depresyon ve Kaygı Belirtilerini Yordayan Değişkenlerin Belirlenmesi: Hiyerarşik Regresyon Analizleri 29

4.6. Aracılık Analizleri 31

4.6.1. Dikkat Eksikliği ve Depresyon Arasındaki İlişkide Kendini Suçlamanın Aracı Rolünün İncelenmesi 32

4.6.2. Dikkat Eksikliği ve Depresyon Arasındaki İlişkide Plana Tekrar Odaklanmanın Aracı Rolünün İncelenmesi 33

4.6.3. Dikkat Eksikliği ve Depresyon Arasındaki İlişkide Felaketleştirmenin Aracı Rolünün İncelenmesi 34

4.6.4. Dikkat Eksikliği ve Kaygı Arasındaki İlişkide Plana Tekrar Odaklanmanın Aracı Rolünün İncelenmesi 35

4.6.5. Dikkat Eksikliği ve Kaygı Arasındaki İlişkide Felaketleştirmenin Aracı Rolünün İncelenmesi 36

4.6.6. Dikkat Eksikliği ve Kaygı arasındaki İlişkide Ruminasyonun Aracı Rolünün İncelenmesi 36

5. TARTIŞMA 37

5.1. Çalışmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar 37

5.2. Depresyon ve Kaygı Belirtilerinin Yordayıcıları 37

5.3. Cinsiyet ile Dikkat Eksikliği ve Hiperkaitivite/Dürtüsellik Belirtilerine İlişkin Grup Farklılıkları 45

5.4. Dikkat Eksikliği Belirtileri ile Depresyon Arasındaki İlişkide Kendini Suçlama, Plana Tekrar Odaklanma ve Felaketleştirme'nin Aracı Rolünün İncelenmesi 45

5.5. Dikkat Eksikliği Belirtileri ile Kaygı Arasındaki İlişkide Plana Tekrar Odaklanma, Ruminasyon ve Felaketleştirmenin Aracı Rolünün İncelenmesi 47

5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları 51

6. SONUÇ VE ÖNERİLER 53

7. KAYNAKLAR 55

KISALTMALAR DİZİNİ

APA	Amerikan Psychiatry Association
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-5	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-III	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Dikkat eksikliği ve depresyon arasındaki ilişkide kendini suçlamanın aracı rolü . 32

Şekil 2. Dikkat eksikliği ve depresyon arasındaki ilişkide plana tekrar odaklanmanın aracı rolü 33

Şekil 3. Dikkat eksikliği ve depresyon arasındaki ilişkide felaketleştirmenin aracı rolü.... 34

Şekil 4. Dikkat eksikliği ve kaygı arasındaki ilişkide plana tekrar odaklanmanın aracı rolü 35

Şekil 5. Dikkat eksikliği ve kaygı arasındaki ilişkide felaketleştirmenin aracı rolü 36

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Sosyodemografik özelliklere ilişkin bilgiler 26

Tablo 2. Değişkenlere ilişkin ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değerleri . 27

Tablo 3. Değişkenler arası korelasyon analizi 28

Tablo 4. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin cinsiyete göre farklılaşmasına ilişkin çok faktörlü varyans analizi 29

Tablo 5. Depresyonu yordayan değişkenlere ilişkin hiyerarşik regresyon analizi 30

Tablo 6. Kaygıyı yordayan değişkenlere ilişkin hiyerarşik regresyon analizi..... 31

1. GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin görüldüğü (Öztürk ve Uluşahin, 2016) ve yetişkin dönemde de devam edebilen bir bozukluktur (Tuğlu ve Şahin, 2010). Bilişsel duygu düzenleme stratejileri, bireylerin stresli durumlarla baş ederken kullandığı duygu yönetme stratejilerinin bilişsel yönünü temsil etmektedir ve bu stratejilerden bazılarının daha uyumlu bazıları daha uyumsuz olduğu düşünülmektedir (Garnefski ve ark., 2001). Yapılan sınırlı sayıdaki çalışmaya göre DEHB'li bireyler daha uyumsuz stratejiler kullanmaktadır (Rüfenacht ve ark., 2019). Uyumsuz stratejilerin kullanımı arttıkça bireylerin psikopatolojiye açık hale geldiği tespit edilmiştir (Martin ve Dahlen, 2005).

Tüm bu bilgiler ışığında, bu çalışmanın amacı öncelikle DEHB belirtileriyle depresyon ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesidir. Diğer bir amacı ise DEHB belirtileri ile depresyon ve kaygı ilişkisindeki olası mekanizmaların belirlenmesi için bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünün araştırılmasıdır. Bir diğer amacı ise DEHB belirtilerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesidir. Alanyazında DEHB ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkiye dair çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmektedir (Rüfenacht ve ark., 2019; Mayer ve ark., 2022). DEHB ile depresyon ve kaygı arasındaki ilişkide bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin olası aracılık rolüne ilişkin çalışmaya ise rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu çalışmanın, ilgili alanyazındaki eksikliklerin tamamlanması adına önemli olduğu düşünülmektedir. Böylece çalışmanın DEHB, depresyon, kaygı, bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkiye dair sonuçları ile gerekli önleme ve tedavi planlarının oluşturulmasına katkıda bulunulacağı düşünülmektedir. Ayrıca alanyazında bazı çalışmalarda erişkin dönemde DEHB belirtileri cinsiyete göre farklılaşırken (Murphy ve Barkley, 1996; Almeida Montes ve ark., 2007), bazı çalışmalarda cinsiyet farkı bulunmamıştır. Bu nedenle bu çalışmada da cinsiyet farkının incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın bu bölümünde, erişkin DEHB'le ilgili bilgiler verildikten sonra DEHB ile depresyon, kaygı, bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkileri inceleyen araştırmalardan bahsedilecektir. Daha sonra çalışmanın neyi amaçladığı ve araştırma hipotezleri açıklanacaktır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), bireylerin ilişkilerine, eğitim ve mesleki yaşamlarına yıkıcı etkileri olan bir bozukluk olmakla birlikte bu bozukluktan muzdarip bireyler ve yakınları için sorun teşkil etmektedir (Tuğlu ve Şahin, 2010). Bu bozukluk çocuklarda sık görüldüğü için, klinik alanda genellikle çocuklarda bu bozukluğa bakılması rutin işlemlerden biridir, ancak yetişkinlerin DEHB için kontrol edilmesi rutin bir işlem değildir. Bunun sebebi ise DEHB'in epizodik bir bozukluk olmaması ve belirtilerin her zaman aktif olmasıdır. Yani DEHB kronik bir bozukluktur ve belirtilerinin sürekli görülüyor olması kişi tarafından bir sorun olarak algılanmayabilir (Faraone ve ark., 2004). Yetişkin DEHB'in semptomları yeterince tanınmadığı için ya da başka eş tanılarla karıştırıldığı için de genellikle yetişkin DEHB tanısı konulmaz (Able ve ark., 2007). DEHB'in yıkıcı dışavurumu, örneğin aşırı hareketlilik, yaşla birlikte azalma gösterir, bu da yetişkinlik döneminde DEHB tanısı konulmasını azaltan sebeplerden biridir (Faraone ve ark., 2004).

2.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Tarihçesi

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun geçmişi son 200 yıla dayanmaktadır. Birçok yazarın, bu bozukluğun temel belirtilerine (dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik) sahip çocuklardan, literatürde farklı isimlendirmelerle ancak günümüz DEHB belirtileriyle tutarlı olacak şekilde bahsettiği görülmektedir (Lange ve ark., 2010).

Palmer ve Finger (2001)'e göre alanyazında DEHB'e benzeyen bir hastalığın varlığından ilk olarak 18. Yüzyılın sonlarına doğru Alexander Crichton bahsetmektedir. 1798 yılında üç kitaptan oluşan "Zihinsel dengesizliğin doğası ve kökeni hakkında bir araştırma: İnsan zihninin fizyolojisi ve patolojisinin özlü bir sistemini ve tutkularının ve etkilerinin tarihini kavramak. / An inquiry into the nature and origin of mental derangement: Comprehending a concise system of the physiology and pathology of the human mind and a history of the passions and their effects." isimli çalışmasında dikkat eksikliğinden bahsettiği bir bölüm olduğu görülmektedir (Palmer ve Finger, 2001). Crichton (1798), dikkat eksikliği ile ilgili hastalıkları ele alırken hiperaktiviteden bahsetmemiştir, ancak bir nesneye gereken

dikkati verememenin sinir sistemi duyarlılığı ile alakalı olabileceğinden; dikkatsizliğin doğuştan ya da sonradan (örneğin; kaza sonucu) oluşabileceğinden bahsetmiştir.

19. yüzyıla gelindiğinde, Alman psikiyatrist Heinrich Hoffmann'ın 1845 yılında yayınladığı "Struwwelpeter" adında resimli çocuk hikaye kitabında bulunan hikayelerden biri olan ve kitaba 1846 yılında eklenen "Zappel-Philipp (Kıpır Kıpır Philipp)" hikayesinde, tipik DEHB belirtilerinden bahsettiği görülmektedir (Thome ve Jacobs, 2004). Bu resimli hikayede, Philipp ve ailesi akşam yemeği yemektedirler; Philipp, yemek yeme görevini yerine getirmede zorlanmakta, kendisine söylenenleri dinlememekte ve olduğu yerde duramayıp kıpır kıpır hareket etmektedir (Hoffmann, 1846). Hikayenin sonunda ise bu davranışları ailesiyle çatışmasına neden olur (Hoffmann, 1846). Psikiyatrist Heinrich Hoffmann'ın hikayesindeki tasvir, günümüzdeki DEHB belirtileri ve bu bozukluğun aile içinde çatışmaya neden olabileceği bilgisiyle örtüşmektedir (Thome ve Jacobs, 2004).

20. yüzyılda ise, George Frederick Still'in 1902 yılında bazı çocuklar için "ahlaki denetimin anormal eksikliği" olarak bir bozukluk tanımlaması, literatürdeki bazı kaynaklarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun tarihteki ilk bilimsel ele alınışı olarak görülmektedir (Lange ve ark., 2010; Sperncer ve ark., 2007; Palmer ve Finger, 2001; Stefanatos ve Baron, 2007). Still (1902), ahlaki denetim (moral control) kavramıyla herkesin iyiliğini düşünerek davranışları bu düşünceye göre kontrol etmeyi ve ayarlamayı anlatmaktadır. Ahlaki denetim konusunda sorun yaşayan çocukları; fiziksel hastalık ya da hasara bağlı (epilepsi, menenjit, kafa travması vb.) ahlaki denetim eksikliği olan ve fiziksel hastalık ya da hasara bağlı olmayan ahlaki denetim eksikliği olan çocuklar olarak iki ayrı gruba ayırmıştır ve haz gecikmesinin bu çocuklar için oldukça zor bir durum olduğunu, bunun en temel DEHB belirtisi olan dürtüsellikle ilişkili olduğunu savunmuştur (Still, 1902). Ayrıca bu çocuklarda, duyguları kontrol etmede zorluklar, dikkati sürdürmede yetersizlik belirtilerinden de bahsetmiştir (Still, 1902). Still, bu belirtileri DEHB olarak değerlendirmemiştir ancak bulgularının şu anki DSM-5 Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu tanı kriterleri ile uyumlu yönleri vardır (Lange ve ark., 2010).

George Still'in ardından, başta Tredgold (1908) olmak üzere gözlemler, erken dönem beyin hasarının etkileri üzerine odaklanmaya başladı (Palmer ve Finger, 2001). 1917-1918 yılları arasındaki ensefalit salgınından sonra, iyileşen çocuklarda değişen davranış örüntüleriyle birlikte dikkati sürdürememe, dürtüsellik ve hiperaktivite belirtileri de görülmeye başlandı (Ebaugh, 1923). Bunun sonucunda sorunlu davranışlar ile çocukluktaki

beyin hasarı arasında ilişki olduğu düşünüldü ve "Minimal Beyin Hasarı Sendromu" kavramı ortaya çıktı ancak nörolojik muayenedeki olası yanlılıklar dikkate alındığında bu kavram yerini "Minimal Beyin Yetmezliği"ne bıraktı (Clements, 1966).

1970'lerde hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat eksikliği arasındaki ilişkiye yönelik araştırmalar yapılırken (Palmer ve Finger, 2001), dikkat eksikliği kavramının sistematik tanılamaya girmesi ilk kez Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) – III (American Psychiatric Association [APA], 1980)'te, "Hiperaktivitenin Eşlik Ettiği Dikkat Eksikliği" ve "Hiperaktivitenin Eşlik Etmediği Dikkat Eksikliği" kavramları ile oldu (Stefanatos ve Baron, 2007). Sonraki yıllarda, çeşitli dikkat eksikliği modelleri üzerinde çalışılarak; tanı, sınıflandırma, tedavi çalışmaları günümüze kadar devam etti (Palmer ve Finger, 2001).

2.3. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin hakim olduğu bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Bu bozukluğa sahip bireylerin akademik, sosyal ve iş yaşamındaki işlevselliğinde bozulma vardır (Öztürk ve Uluşahin, 2016). DEHB, Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) -5'te dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik olarak iki boyutta ele alınmıştır. Belirtiler, işlevselliği ya da gelişimi bozan bir örüntüye sahiptir ve en az 6 aydır sürüyor olmalıdır. Dikkatsizlik belirtileri sıklıkla ayrıntılara özen göstermemek, dikkati sürdürmede güçlük, kendisiyle konuşulurken dinlemiyor gibi görünmek, yönergeleri dinleyememek ve görevleri tamamlayamamak, işleri ve etkinlikleri düzene koymakta güçlük, zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınmak, okul/iş için gerekli olan eşyaları kaybetmek, dikkatin kolay dağılması ve unutkanlık olarak tanımlanmıştır. Aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtileri ise, sıklıkla kıpırdanmak ve oturduğu yerde kıvranmak, oturmasının beklendiği durumlarda oturamamak, uygun olmayan ortamlarda koşturup durmak (erişkinlerde kendini huzursuz hissetmek belirti olarak görülür), boş zaman etkinliklerine sessiz bir şekilde katılamamak ve sessizce oynayamamak, "her an hareket halinde" gibi görünmek, aşırı konuşma, kendisine sorulan sorunun tamamlanmasını beklemeden cevap vermek, sıra bekleyememek, başkalarının sözünü kesmek şeklinde tanımlanmıştır. Tanı konulabilmesi için bu iki alt boyutun her birinin belirtilerinden altı

tanesi ya da daha fazlası görülmelidir. Yaşı büyük gençlerde (17 yaş ve üstü) ve erişkinlerde ise en az beş belirti olmalıdır (Amerikan Psikiyatri Birliği [APA], 2013).

Ayrıca DSM-5'te bileşik tür, dikkatsizliğin baskın olduğu tür ve aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu tür olmak üzere 3 alttür tanımlanmıştır. Bileşik türde dikkatsizlik ve aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtilerinin olması gerekir. Dikkatsizliğin baskın olduğu türde dikkatsizlik tanı ölçütleri karşılanmalıdır ancak aşırı hareketlilik/dürtüsellik tanı ölçütleri karşılanmamalıdır. Aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu türde ise aşırı hareketlilik/dürtüsellik tanı ölçütleri karşılanmalıdır ancak dikkat eksikliği belirtileri olmamalıdır (APA, 2013).

2.4. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun Özellikleri

Erişkin dönemde DEHB belirtileri, yönetsel işlevlerde bozulmalar ve duygu düzenlemede işlev kaybı yaşama ile kendini göstermektedir (Tuğlu ve Şahin, 2010). Büyümeyle birlikte çocukluk dönemindeki dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik/dürtüsellik belirtileri farklılaşarak dikkatte bozulma, kendini kontrol etmekte zorlanma ve davranışsal ketlenme görülmektedir (Tuğlu ve Şahin, 2010). Motor koordinasyonda da sorunlar görülebilmektedir (Kenar ve Herken, 2014). Belirtilerde yaşla beraber azalma olur ancak akranlarıyla karşılaştırıldığında işlevsellikleri hala olumsuz etkilenmektedir (Tuğlu ve Şahin, 2010). Erişkin dönemde görülen DEHB'te aşırı hareketlilik belirtilerinden çok, dikkat sorunları görülmektedir (Özkorumak ve ark., 2013; Özmen ve Özmen, 2012). Özellikle basit dikkat gerektiren görece kolay görevlerde, DEHB'li bireylerin göreve önem vermedikleri için başarılarının düşük olduğu, daha yoğun dikkat gerektiren görevlerde ise zor olduğunun farkında oldukları için daha başarılı oldukları düşünülmektedir (Kenar ve Herken, 2014). Bu dikkat sorunları DEHB'li erişkin bireylerin günlük ve mesleki yaşamlarındaki işlevselliklerinde sorun yaşamalarına neden olabilir (Özkorumak ve ark., 2013).

DEHB'li erişkinlerde zihinsel bozukluklar eş tanı olarak daha çok görülür (Able ve ark., 2007). Bir araştırma, çocukluk döneminde DEHB yaşayan bireylerin, genç yetişkinlik döneminde, DEHB olmayan yetişkinlere göre daha fazla psikopatolojik bozukluklar yaşadığını ortaya koymuştur (Biederman ve ark., 2006). Başka bir araştırmaya göre ise DEHB'li bireyler daha yüksek oranda depresyon ve içki içme sorunu yaşamaktadır (Able ve ark., 2007). Biederman ve arkadaşlarının (1995) erişkin dönemde DEHB'li bireylerin madde kullanım riski ile ilgili yaptığı bir araştırmada, çocukluk döneminde DEHB tanısı konulmuş

120 katılımcının, DEHB'e sahip olmayan kontrol grubundaki katılımcılara göre madde kullanım bozukluğuyla ilgili yaşam boyu risk altında olduğu saptanmıştır. Bu araştırmada DEHB'li bireylerin madde kullanım riski %52 iken, bu bozukluğa sahip olmayan bireylerin madde kötüye kullanım riski %27 olarak bulunmuştur. Bu sonuç, DEHB'in madde kötüye kullanım riskini arttırdığını göstermektedir (Biederman ve ark., 1995).

DEHB'in devam ettiği yetişkinler için eğitim zorlukları da devam eder (Barkley, 2002). Bir araştırmada normal popülasyona göre, DEHB'li bireylerin başarı algılarının daha düşük olduğu saptanmıştır (Doğan ve ark., 2008). Dikkatlerindeki zayıflık bu bireylerin akademik/mesleki yaşamlarındaki işlevselliği düşürmektedir (Taner ve ark., 2007). Öncü ve Ölmez (2004)'e göre, erişkin DEHB'de hafızayla ilgili belirgin bir sorun yaşanmaz, ancak kişinin dikkatini sürdürmesinde ciddi sorunlar vardır. Kenar ve Herken (2014)'e göre ise DEHB'li bireylerin öğrenme kapasitesi yeterli değildir. Bu bozukluğa sahip bireyler, dikkat eksikliği yüzünden akademik alanda zorluk çektikleri için, eğitimlerine devam etmekte zorlanmaktadırlar (Taner ve ark., 2007). Eğitim başarıları daha düşüktür ve eğitime daha az katılırlar (Able ve ark., 2007). Akademik ve psikolojik işlevlerde bozulma yaşarlar (Doğan ve ark., 2008). Yani, çocukluktaki DEHB, bireylerin yetişkinlik dönemindeki mesleki ve eğitim hayatını olumsuz yönde etkilemeye devam eder (Taner ve ark., 2007).

DEHB'li bireyler daha düşük sosyo-ekonomik düzeye sahiptirler, işsizlik oranları daha yüksektir ve daha düşük yaşam kaliteleri vardır (Able ve ark., 2007). Erişkin dönemde DEHB'e sahip olmak iş kazası yaşama riskini arttırmaktadır (Doğanlı, 2015). Çünkü dikkatsizlikten dolayı yaralanma riskleri yüksektir (Able ve ark., 2007). Doğan ve arkadaşları (2008)'e göre de DEHB'li bireyler, ciddi yaralanmalar ve kazalar açısından risk altındadır. Yapılan bir araştırmaya göre erişkin dönemde görülen DEHB, özellikle mavi yakalı işçilerde, iş performansını olumsuz yönde etkilemektedir (Kessler ve ark., 2005). Tuğlu ve Şahin (2010)'e göre de yetişkinlik dönemindeki DEHB, bireylerin mesleki yaşamındaki işlevselliklerini olumsuz etkiler.

DEHB'e sahip olan bireylerde yenilik arayışı mizacı daha yüksek oranda görülmektedir, kendini yönetme konusunda sıkıntı yaşamaktadırlar ve bu yüzden amaca yönelik davranışlar göstermede zorlanarak sosyal ve akademik alanda sorun yaşarlar (Güney ve ark., 2013). DEHB'li yetişkinler dürtüsel ve huzursuzdur (Faraone ve ark., 2000). Soysal (2015)'e göre de, dürtü kontrolünde sorun yaşayan bireylerin yasalarla ilgili sorunları olabilmektedir.

DEHB'li bireyler duygusal ve kişiler arası ilişkilerde güçlük yaşarlar (Able ve ark., 2007). Davranışsal ve duygusal alanda değişkenlik göstermek de erişkin DEHB'in özelliklerinden biridir (Torun ve ark., 2009). Özmen ve Özmen (2012)'nin yaptığı bir araştırmada, DEHB'e sahip yetişkinlerin öfke düzeylerinin yüksek olduğu bulunmuştur. Dikkat eksikliğinin günlük ya da mesleki hayatta işlevselliği azaltacak şekilde problemlere neden olması, DEHB'li bireyde öfke düzeyinin yüksek olmasını etkileyebileceği, hiperaktivite sorununun ağırlıklı olarak görüldüğü DEHB'de ise bireylerin öfkelerini daha çok dışa yansıttıkları saptanmıştır. Öfke ve öfke ifade tarzının, erişkin dönemdeki DEHB'de görülebilecek sorunlar arasında olduğu düşünülmektedir (Özmen ve Özmen, 2012). DEHB'li erişkin bireylerin duyguları tanımada zorluk yaşamaları diğer insanlarla olan iletişimlerinde bazı sorunlara yol açabilmektedir ve duygu tanıma konusunda dürtüsellik olumsuz bir etkiye sahiptir (Tatar ve ark., 2014).

2.5. Epidemiyoloji

DEHB, çocukluk döneminde sık görülen bir nörogelişimsel bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2016). İzmir'de 1500 ilkokul öğrencisi üzerinde yapılan 4 yıllık bir boylamsal çalışmada, DEHB yaygınlığı %13.38 olarak bulunmuştur (Ercan ve ark., 2013). Denizli'de yaşları 6-14 arasında değişen, 2105 ilkokul öğrencisi üzerinde yapılan bir başka araştırmada DEHB yaygınlığı %8 olarak saptanmıştır (Zorlu, 2012). Edirne'de yapılan bir diğer araştırmada ise 394 ilkokul çocuğu arasındaki DEHB yaygınlığı %6.09 olarak saptanmıştır (Şan, 2013). Ergenlerdeki DEHB yaygınlığına bakıldığında ise Ankara'da yaşları 11-18 arasında değişen 251 ergenle yapılan bir çalışmada DEHB sıklığı %5.9 olarak bulunmuştur (Uyan ve ark., 2014).

Yetişkinlikte de DEHB görülebilir ve yetişkin dönemde görülen DEHB de geçerli bir bozukluktur (Faraone ve ark., 2000). DEHB belirtilerinin yetişkinlik dönemindeki yaygınlık oranı ise yaş ile ters orantılıdır (Tuğlu ve Şahin, 2010). Erişkinlerdeki DEHB sıklığını belirlemek için 577 tıp öğrencisi üzerinde yapılan bir çalışmada, erişkin DEHB görülme sıklığı %8 olarak saptanmıştır (Özdemiroğlu ve ark., 2016). Yaş ortalamaları 25 olan 190 kişinin katıldığı başka bir araştırmada DEHB yaygınlığı %3.7 olarak bulunmuştur (Özmen ve Özmen, 2012). 191 tıp öğrencisi üzerinde yapılan bir başka araştırmada ise DEHB sıklığının %6.3 olduğu görülmüştür (Taner ve ark., 2007). DEHB yaygınlığını belirlemek için yapılan bir diğer araştırmada, erişkin DEHB yaygınlığı %5 olarak görülmüştür

(Özkorumak ve ark., 2013). Amerika Birleşik Devletleri'nde ise erişkin DEHB'in yaygınlık oranını belirlemek amacıyla 18-44 yaşları arasındaki 3199 örneklemli bir araştırma yapılmış ve erişkin DEHB yaygınlık oranı %4.4 olarak bulunmuştur (Kessler ve ark., 2006). Ancak yaşla birlikte hiperaktivite gibi daha belirgin DEHB belirtilerinde azalma olması, yetişkin dönemdeki DEHB belirtilerinin gözden kaçmasına ve yaygınlık oranlarının düşük olmasına neden olabilir (Faraone ve ark., 2004).

Cinsiyet farklılıklarına bakıldığında literatürdeki bilgiler çocukluk çağında DEHB'in erkeklerde kızlara göre daha fazla görüldüğü yönündedir (Gershon, 2002; Gaub ve Carlson, 1997). İlköğretim çağındaki çocuklarda DEHB yaygınlığıyla ilgili yapılmış bir araştırmada kızlarda DEHB %5.5 olarak bulunmuşken, erkeklerde bu oran %10.9 olarak bulunmuştur (Zorlu, 2012). Kızlardaki DEHB belirtileri erkeklerdeki belirtiler kadar belirgin değildir ve bu durum kız çocuklarındaki DEHB'in farkedilmesini engelleyerek çocukluk döneminde cinsiyet farklılığının oluşmasına neden olabilir (Gershon, 2002). Erişkin dönemdeki DEHB ile ilgili yapılan bazı çalışmalarda da cinsiyet farkı tespit edilmiştir (Murphy ve Barkley, 1996; Almeida Montes ve ark., 2007). 191 tıp öğrencisi üzerinde yapılmış bir araştırmada ise 109 kadın ve 82 erkek bulunmaktadır ve sonuçlar erişkin DEHB yaygınlığında cinsiyet açısından anlamlı bir fark olmadığı yönündedir (Taner ve ark., 2007).

2.6. Etiyoloji

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)'nun etiyolojisi hakkında alanyazında kesin bir görüş yoktur (Spencer ve ark., 2002). Biyolojik ve çevresel nedenlerin bu bozukluk üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Ayrıca, genetik ve çevresel faktörler etkileşim içindedir (Pauls, 2005). DEHB etiyolojisi ile ilgili oluşturulan hipotezlerden bazıları kalıtımsal, doğum ya da doğum sonrası faktörlerin beyni olumsuz etkilemesi sonucu ortaya çıktığını savunurken; başka hipotezler ise ailenin ekonomik düzeyinin düşük olması, ihmal ya da istismara uğrama gibi etmenleri içeren çevresel faktörler üzerinde durmaktadır (Öncü ve Şenol, 2002).

2.6.1. Genetik Faktörler

Genetik faktörlerin anlaşılması için aile, ikiz, evlat edinme ve moleküler genetik üzerine araştırmalar yapılmıştır.

Aile faktörü alanında yapılan birçok araştırmaya göre DEHB'teki aile içi kalıtım oranı oldukça yüksektir, dolayısıyla DEHB'in ailesel bir bozukluk olduğu düşünülmektedir (Biederman ve Faraone, 2002). Dikkat eksikliği olan çocukların ebeveynlerinde ve kardeşlerinde dikkat eksikliği görülme olasılığının, kontrol grubuna göre 7.6 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Biederman ve ark., 1990). Yaşları 6 ile 17 arasında olan çocuklar ve birinci derece akrabaları üzerine yapılan bir araştırmada da; DEHB'li çocukların ailesinin, kontrol grubundakilere göre DEHB açısından 5 kat daha fazla yüksek risk grubunda bulundukları saptanmıştır (Biederman ve ark., 1992).

Erişkin DEHB'teki genetik etiyolojinin etkisini ölçmeyi amaçlayan bir araştırmaya göre ise; DEHB'li erişkinlerin ebeveynleri ve kardeşlerindeki DEHB oranı %28 iken, DEHB olmayan erişkinlerin ebeveyn ve kardeşlerindeki DEHB oranı %5 olarak bulunmuştur (Antshel ve ark., 2009). Bu konudaki bir diğer araştırmaya göre, erişkin dönemde görülen DEHB'te ailesel kalıtım oranı %30 civarında bulunmuştur. Ayrıca bu araştırmaya göre, ailesel aktarım olarak sadece genetik faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir, sosyo-kültürel faktörlerin etkisine ilişkin bir bulguya saptanamamıştır (Boomsma ve ark., 2010). Ancak, kalıtım üzerine yapılan araştırmalarda, bu etkinin %100 çıkmaması, DEHB'in etiyolojisinin yalnızca genetik etkenlerden kaynaklanmadığını göstermektedir (Spencer ve ark., 2002).

Kalıtımın etkisini ölçmek için kullanılan bir diğer yöntem olan tek yumurta ve çift yumurta ikizler üzerinde yapılan araştırmalardır. İkizler üzerindeki çalışmaların temeli tek yumurta ikizlerinin genetik olarak özdeş olması, çift yumurta ikizlerinin ise %50 özdeş gene sahip olmasına dayanmaktadır (Thapar ve ark., 1999). Yani, DEHB genetik bir bozukluksa, aynı çevreyi paylaşan tek yumurta ikizleri, çift yumurta ikizlerine göre daha çok benzerlik göstermelidir (Thapar ve ark., 1999). Yapılan ikiz araştırmalarından bazıları, genetik etkinin %80 olduğunu bildirmektedir (Biederman ve Faraone, 2002) ve tek yumurta ikizleri, çift yumurta ikizlerine göre DEHB'te daha yüksek korelasyon oranına sahiptir (Boomsma 2010; Merwood ve ark., 2013). Yaşları 4-12 arası olan 1634 ikiz üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, bu bozukluğun etiyolojisindeki genetik faktörlerin etki oranı .75 ile .91 arasındadır (Levy ve ark., 1997). 1480 tek ve çift yumurta ikizi üzerine yapılmış bir çalışmadaki sonuca göre, 8-9 yaş aralığında olan tek yumurta ikizleri arasındaki hiperaktivite/dürtüsellik korelasyonu .87 iken, çift yumurta ikizlerinde bu oran .24 olarak bulunmuştur (Larsson ve

ark., 2006). Bu sonuçlardan da görüldüğü üzere, DEHB görülen tek yumurta ikizlerindeki kalıtımsal aktarım oranı çift yumurta ikizlerine göre daha yüksektir.

Evlat edinme çalışmaları, bozukluk aktarımındaki genetik ve çevresel etmenlerin etki büyüklüğünün ölçülebilmesini sağladığı için önemlidir. Ailede DEHB olması, DEHB için bir risk faktörüdür ancak bunun sebebinin genler mi yoksa aynı çevreyi paylaşmış olmak mı olduğunu anlamak zordur. Bunun için evlat edinme çalışmaları kullanılmaktadır (Faraone ve Doyle, 2001). DEHB'li bireylerin biyolojik ailelerinde bu bozukluğun aktarımı hem genetik hem de çevresel bir şekilde olurken, evlat edinilen DEHB'li bireylerde ise bu aktarım yalnızca çevresel yollarla olmaktadır (Faraone ve Doyle, 2001).

Literatürde DEHB'li bireylerin evlat edinilmiş akrabalarında DEHB görülme oranının, biyolojik akrabalarına göre daha düşük olduğunu gösteren birçok çalışma vardır (Morrison ve Stewart, 1973; Sprich ve ark., 2000; Epstein ve ark., 2000). Başka bir çalışmada DEHB'li çocukların biyolojik ebeveynleri, DEHB'li çocukları evlat edinen ebeveynlere göre dikkat testlerinde, diğer zihinsel işlevlerde ve akademik başarı alanında daha kötü performans sergilemiştir. Normal kontrol grubunda yer alan evlat edinmiş ebeveynlerin dikkat performansı ise DEHB'li çocukları evlat edinen ebeveynlerden ve normal kontrol grubundaki biyolojik ebeveynlerden farklı bulunmamıştır (Alberts-Corush ve ark., 1986). Bu bulgular, DEHB'in kalıtımsal etiyolojisi için önemli kanıtlardır.

Günümüze kadar ki moleküler genetik çalışmalarının sonuçları net olmamakla birlikte DEHB'e neden olabilecek genler üzerine çalışmalar devam etmektedir ve DEHB etiyolojisinde birçok genin rol oynayabileceği düşünülmektedir (Öncü ve Şenol, 2002). Daha önce DEHB ile ilişkili olabileceği düşünülen genlerle ilgili çalışmalar yapılmış ve bu genlerden 7'sinin ilişkili olduğu bulunmuştur. DEHB etiyolojisi için aday gen olduğu düşünülen bu genler: DRD4, DRD5, DAT, DBH, 5-HTT, HTR1B, SNAP25'dir (Faraone ve Khan, 2006). Mevcut durumda, DEHB vakalarının bir kısmının bazı genlerdeki mutasyondan kaynaklanabileceği düşünülmekle birlikte genel görüş, DEHB etiyolojisinde başka birçok faktörün olduğu yönündedir ve yeni çalışmalarla bunların aydınlatılması beklenmektedir (Faraone ve Biederman, 1998).

2.6.2. Çevresel Faktörler

Sadece genetik faktörlerin DEHB etiyolojisinde etkili olmadığı bilgisi, birçok çevresel risk faktörünün DEHB ile ilişkili olabileceğini düşündürmüştür (Thapar ve ark., 2013). Bu alanda yapılmış meta-analizlerin incelendiği bir çalışmaya göre hamilelik döneminde annenin parasetamole maruz kalması, çocukluk egzamasına sahip olmak, hamilelikte tansiyonla ilgili sorun yaşamak, gebelik zehirlenmesi yaşamak, hamilelik öncesinde annenin obez olması etmenlerinin DEHB için en yüksek düzeyde risk faktörü olduğu; çocukluk astımı, hamilelik döneminde annenin sigara kullanımı, hamilelik öncesi annenin aşırı kilolu olması ve serum D vitamini düzeyi etmenlerinin ise yüksek düzeyde risk faktörü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kim ve ark., 2020). Başka bir çalışmada ise beslenmenin, DEHB etiyolojisinde tartışmalı bir konu olsa da, DEHB ile ilişkili olduğu; DEHB'li bireylerin DEHB olmayan bireylere göre daha fazla fast-food, hazır gıda, hamur işi, tatlı ve şekerli yiyecekler tükettiği ve kahvaltı etmediği, daha az peynir ve yoğurt tükettiği saptanmıştır (San Mauro Martin ve ark., 2018).

Tüm bunlara ek olarak, aile içi ilişkilerde sorun yaşamak, DEHB görülme olasılığını arttırıyor olabilir (Claussen ve ark., 2022). Aile içinde kötü muamele görülmesi, aile bağlarının zayıf olması, boşanmış ya da tek ebeveynli ailede olunması ve çocuklukta sosyal medyaya fazla maruz kalınmasının DEHB semptomlarını arttırdığı düşünülmektedir (Claussen ve ark., 2022).

2.7. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Depresyon

Depresyon, kişinin genellikle derin üzüntü ve bunalma hissettiği; güçsüzlük, değersizlik, karamsarlık gibi düşüncelerin görüldüğü; günlük yaşamda işlevselliği bozarak bireye sıkıntı veren bir bozukluktur (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Günümüze kadar yapılan araştırmalara göre depresyondaki bireylerin duygusal sıkıntı yaşadıkları ve umutsuzluk, melankoli belirtilerini içeren bir durum içinde oldukları bilinmektedir (Gotlib ve Hamnen, 2009). Depresyon klinik bir bozukluktur ancak klinik olmayan düzeyde, yani hafif belirtilerle de yaşanabilir. Klinik olmayan düzeyde yaşanması "basit bir üzgün ruh haline sahip olmak"tan fazlası olabilir ve ilerleyen dönemlerde bu belirtilerin ağırlaşarak Majör Depresif Bozukluk için bir risk faktörü oluşturmasına neden olabilir (Gotlib ve ark, 1995).

DSM-5'te Depresyon Bozuklukları altında yer alan Majör (Yeğin) Depresyon Bozukluğu tanı kriterlerine göre bireyde ciddi işlevsellik kaybı vardır. Nerdeyse her gün, günün çoğunluğunda bu belirtilerden beşi ya da daha fazlası yaşanıyor olmalıdır ve bu belirtilerin en az biri çökkün duygudurum ya da ilgi/zevk kaybı olmalıdır: çökkün duygudurum, etkinliklere olan ilgi kaybı ya da zevk alamama durumu, yeme isteğinde artma ya da azalma ve kilo vermeye çalışmaksızın çok kilo alma ya da kilo verme, uykusuzluk ya da aşırı uyuma, ajitasyon ya da yavaşlama, bitkinlik ya da enerji düşüklüğü, değersizlik ya da aşırı suçluluk duyguları, düşünme/odaklanma güçlüğü ya da kararsızlık yaşama, tekrarlayan planlı/plansız intihar düşünceleri ya da girişimi. Ayrıca bu belirtilerin belirgin bir şekilde sıkıntı veriyor olması ve işlevsellik alanlarında sorun yaratması, herhangi bir madde kullanımına ya da başka bir psikiyatrik ya da fiziksel sağlık sorununa bağlı olmaması ve mani ya da hipomani döneminin yaşanmamış olması gerekmektedir (APA, 2013). Majör Depresif Bozukluk, yaşam boyu görülme yaygınlığı %16.6 ile en sık olan psikolojik bozukluktur ve kadınlarda erkeklere oranla görülme sıklığı daha fazladır (Kessler ve ark., 2005). Türkiye'de de psikolojik bozukluklar arasında en sık karşılaşılan bozukluktur ve genellikle bedensel belirtilerle başvuru yapılmaktadır (Üstün ve ark., 1997).

DEHB'te depresyon sıklıkla eş tanı olarak görülmektedir (Ohnishi ve ark., 2019). Bu konudaki araştırmalara göre, DEHB'e sahip olan bireylerde majör depresif bozukluk oranı, DEHB olmayan bireylere göre daha yüksektir (McGough ve ark., 2005; Cumyn ve ark., 2009). Bir çalışmada, majör depresif bozukluk oranının DEHB'li bireylerde %18.6, DEHB olmayan bireylerde ise %7.8 olduğu tespit edilmiştir (Kessler ve ark., 2006). DEHB'e diğer psikolojik bozukluklar eşlik ettiğinde klinik gidişat genellikle daha ağır olmaktadır (Sobanski, 2006). Hem majör depresif bozukluğa hem de DEHB'e sahip olan bireylerin, sadece majör depresif bozukluğa sahip bireylere göre yaşam kalitesinin daha düşük olduğu (Mclntyre ve ark., 2010; Gudjonsson ve ark., 2009; Yang, 2013), daha sık anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi yaşadıkları (Fischer ve ark., 2007) tespit edilmiştir.

DEHB ve depresyon arasındaki bağlantıyı inceleyen çalışmalardan bazılarına göre DEHB'li bireylerde depresyon görülmesine katkıda bulunan faktörler genetik yatkınlık (Riglin ve ark., 2020), hem DEHB'in hem depresyonun ailesel bir risk faktörü olması (Faraone ve Biederman, 1997), sorunlu akran ilişkileri ve düşük akademik başarı (Powell ve ark., 2020), ödül duyarlılığı (Meinzer ve ark., 2012) ve duygu düzenleme güçlüğü (Welkie ve ark., 2021) olabilir. Ayrıca DEHB'in genç erişkinlik döneminde tekrarlayan depresyon

riskini arttırdığı ve DEHB tedavisinin ilerleyen dönemlerde olası depresyon riskini azaltacağı düşünülmektedir (Riglin ve ark., 2020).

2.8. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Kaygı

Kaygılı olmak, tehdite karşı yüksek düzeyde duyarlı olma ya da belirsiz durumları tehdit olarak algılama hali olarak tanımlanabilir (Craske ve ark., 2009). Kaygı, hafif ya da yoğun derecede, sebebi belli olmaksızın kötü bir şey olacakmış endişesi ile hem psikolojik hem de fiziksel belirtilerle hissedilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2016). Bu endişe o kadar yoğundur ki bireyin kontrol etmesi zorlaşır ve günlük yaşamdaki işlevselliğini kötü etkiler (Locke ark., 2015). Bu tanımlanamayan endişeye ek olarak bireyler göğüs daralması, terleme, kalp hızında artış gibi fiziksel belirtiler de hissedebilir (Türkçapar, 2004).

DSM-5'te yer alan Kaygı Bozuklukları'ndan biri olarak bilinen Yaygın Kaygı Bozukluğu tanı kriterlerine göre (APA, 2013) birey, en az 6 aydır çoğunlukla kontrol etmekte zorlandığı kaygı yaşar ve buna ek olarak şu altı semptomun en az üç tanesi görülmelidir: Huzursuzluk ya da gerginlik, kolay yorulma, konsantrasyon güçlüğü ya da zihnin boşalması, kolay sinirlenme, kaslarda gerilme, uykuya dalmada, uyumada zorlanma ya da uyku kalitesinin bozulmuş olması. Bu belirtilerin bireye sıkıntı veriyor olması, işlevsellik kaybına neden olması ve belirtilerin başka bir psikolojik ya da fiziksel sağlık sorunundan, herhangi bir madde/ilaç kullanımından kaynaklanmıyor olması gerekmektedir (APA, 2013). Kronik endişenin hakim olduğu bu bozukluk, diğer kaygı bozukluğu türlerine göre daha kalıcı ve uzun sürelidir (Barlow ve ark., 1986). Yaygın Kaygı Bozukluğu'nun yaşam boyu görülme riskinin %5.7 olduğu saptanmıştır (Kessler ve ark., 2005). Türkiye'de Yaygın Kaygı Bozukluğu görülme oranı Üstün ve Sartorius (1995) tarafından %7.9 olarak, Özcan ve arkadaşları (2006) tarafından ise %10.3 olarak tespit edilmiştir.

DEHB'li bireylerde eş tanı olarak kaygı görülmesi, DEHB'in klinik görünümünü, gidişatını ve tedaviden görülen faydayı etkileyebilecek önemli bir faktördür (Schatz ve Rostain, 2006; Sobanski, 2006; D'Agati ve ark., 2019). DEHB'li bireylerin, DEHB olmayan bireylerle kıyaslandığında, daha yüksek oranda kaygı bozukluğu yaşadıkları tespit edilmiştir (McGough ve ark., 2005; Yang ve ark., 2013). Kessler ve arkadaşları (2006)'nın yaptığı araştırmaya göre DEHB'li bireylerde yaygın kaygı bozukluğu görülme oranı %8 iken, DEHB olmayan bireylerde ise bu oran %2.6'dır. Erişkin dönemde kaygı belirtilerinin daha şiddetli olması, DEHB ve kaygının bir arada görülmesine işaret ediyor olabilir (Sprafkin ve

ark., 2007; D'Agati ve ark., 2019). DEHB'e yaygın kaygı bozukluğunun eşlik etmesi yetişkin bireylerde intihar riskini ve uyku problerini arttırmaktadır (D'Agati ve ark., 2019). Ayrıca DEHB belirtileri ile birlikte görülen kaygı belirtilerinin bireylerin yaşam kalitesini düşürdüğü görülmüştür (Gudjonsson ve ark., 2009; Yang, 2013).

DEHB'li bireylerde kaygıya neden olan etmenler tam olarak belirlenememiştir ancak genetik ve çevresel faktörlerin etkili olduğu düşünülmektedir (Michelini ve ark., 2015). DEHB'li bireylerde kaygı belirtilerinin artması, duygu düzenleme güçlüğü yaşamayla ilişkili olabilir (Bodalski ve ark., 2018). Nitekim bir araştırmada da hem DEHB hem de kaygı belirtileri olan bireylerin, sadece DEHB ya da sadece kaygı belirtileri olan bireylere göre daha zayıf duygu düzenleme ve problem çözme becerilerine sahip oldukları görülmüştür (Jarret, 2016). Ayrıca bireyde erken başlayan DEHB belirtilerinin daha yüksek oranda kaygı ve depresyon belirtileri ile ilişkili olduğu alanyazındaki bulgular arasındadır (Connor, 2003). DEHB ve kaygının, birbirinin klinik görünümünü etkileyen iki bozukluk olduğu ve birinden birinin diğer bozukluğa sebep olabileceği düşünülmektedir ancak aralarındaki ilişkinin tam olarak belirlenememiş olması, bu bozuklukların tanınması ve tedavisinde güçlüklere neden olmaktadır (Koyuncu ve ark., 2022).

2.9. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu ve Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri

Duygu düzenleme kavramı, sahip olduğumuz duyguları, bu duyguları deneyimlerken ve ifade ederken kullandığımız stratejileri anlatan bir kavramdır (Gross, 2001). Duygu düzenleme, kendiliğinden ya da kontrollü, bilinçli ya da bilinçsiz şekilde gerçekleşerek duygusal ifadeleri oluşturan çok yönlü bir süreçtir (Gross, 1998). Duygu düzenleme, hoşnut olunmayan belirli bir duyguyu nasıl yöneteceğimizi belirlemekte; olumlu ya da olumsuz duygulanım, duygudurum, stres gibi bütün duygu hallerini düzenlemeyi ifade etmektedir (Koole, 2009). Thompson (1994)'a göre duygu düzenleme bireylerin sadece olumlu hali sürdürmeye çalışmasından ibaret değildir, çeşitlilik ve değişkenlik gösteren hedeflere ve bireysel farklılıklara sahip bir kavramdır. Duygular, bireyin dışarıdaki dünyayla kurduğu ilişkiyi etkileyen bir faktördür, dolayısıyla birey üzerindeki etkisi oldukça önem taşır ve bu etki bazen zarar verici olabilir (Gross, 2015). Bu doğrultuda duygu düzenleme, duygunun olumsuz etkilerini azaltmak, olumlu etkilerini arttırmak amacıyla, duygulara uygulanan stratejilerdir (Gross, 2015). Duygular, sosyal işlevler için önemli bir faktör olduğu için

duygu düzenlemenin sosyal işlevselliği etkileyebilecek sonuçları olabilir. Örneğin duyguların olumsuz bir şekilde ifade edilmesi, başka bireyleri de etkiler ve bu durum sosyal etkileşimde bazı sorunlara yol açabilir (Gross, 2001). Duyguların ifadesine yönelik diğer insanların tepkileri önemli olduğu için bireyler hangi tepkinin hangi sosyal ortamda uygun karşılandığını öğrendikçe daha işlevsel duygu düzenleme yapmaya başlar (Thompson, 1994).

Gratz ve Roomer (2004), duygu düzenlenmede yaşanan güçlükleri öne çıkarmaktadır ve bu güçlükler duygusal tepkilere ilişkin farkındalığın olmaması, duygusal tepkilerin anlaşılmaması ve kabul edilmemesi, olumsuz duygular karşısında etkili stratejileri kullanmada, dürtü kontrolünde ve hedefe yönelik davranışlarda bulunmakta zorluk çekme boyutlarından oluşur. Hofmann ve Kashdan (2010) ise, duygu düzenlemeyi ele alırken duygu stillerini vurgulamaktadır. Duygu stilleri; ortaya çıkan duygunun bastırılması yani gizleme, duygusal deneyim ve ifadeyi uygun bir şekilde düzenleyebilmek anlamına gelen ayarlama ve duygusal deneyimler karşısında rahatlık ve savunmasızlık ile sıkıntıyı tolere edebilmekle açıklanan dayanma süreçlerini içerir (Hofmann ve Kashdan, 2010). Görüldüğü üzere alanyazında duygu düzenleme stratejileriyle ilgili birçok görüş sunulmuştur. Bu çalışmada ise duygu düzenlemenin bilişsel yönünü temsil eden bilişsel duygu düzenleme stratejileri (Garnefski ve ark., 2001) ele alınacaktır.

Duygular, olaylara ilişkin bilişsel değerlendirmeden etkilenmektedir (Smith ve Ellsworth, 1985). Aynı olay karşısında ortaya çıkan duygusal tepkilerin farklılaşması, olayın nasıl değerlendirildiği ile ilişkilidir (Siemer ve ark., 2007). Biliş ve duygu birlikte değerlendirilebilirse, bilişin duygu üzerindeki etkisini incelemek daha işlevsel olacaktır (Joormann ve ark., 2010). Garnefski ve arkadaşları (2001), duyguları düzenlemede bilişlerin rolü olduğu düşüncesinden yola çıkarak, bilişlerin rolünün anlaşılması amacıyla Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire-CERQ)'ni geliştirmişlerdir. Garnefski ve arkadaşları (2001)'na göre, bilişler stresli bir olay nedeniyle ortaya çıkan duyguyu yönetmeye ve kontrol etmeye yardım edebilir ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri aslında başa çıkma stratejilerinin bir yönüdür. Buna göre, başa çıkma stratejilerinin sadece duygu odaklı ve problem odaklı olarak kavramsallaştırılması, başa çıkmanın bilişsel ve davranışsal yönünün yeterince değerlendirilememesine neden olmaktadır. Bilişin davranıştan önce geldiğini varsayarak, başa çıkma stratejileri oluşturulurken önce bilişlerin anlaşılmasının daha işlevsel davranışları ortaya çıkaracağını

düşünmektedirler. Bundan dolayı biliş ve davranışın ayrı ayrı ele alınması gerektiği ve başa çıkma stratejilerinin bilişsel yönünün aslında bilişsel duygu düzenleme stratejilerini de temsil ettiği görüşündedirler (Garnefski ve ark., 2001).

Bilişsel duygu düzenleme stratejileri, stresli olaylar karşısında ne yapıldığı değil ne düşünüldüğü ile ilgilidir (Garnefski ve ark., 2001). *Kendini suçlama* (yaşananlar için kendini suçlama), *başkalarını suçlama* (yaşananlar için başkalarını suçlama), *kabul* (yaşananları kabul etme), *plana tekrar odaklanma* (olumsuz olaylarla baş etmek için planlama yapmak), *ruminasyon* (olumsuz olayla ilgili duygu ve düşüncelere odaklanmak), *felaketleştirme* (yaşananların dehşeti ile ilgili düşünceler), *bakış açısına yerleştirme* (olayın ciddiyetini önemsememek), *pozitif tekrar odaklanma* (yaşananları düşünmek yerine daha neşeli şeyler hakkında düşünmek), *pozitif yeniden değerlendirme* (yaşananlara kişisel gelişim açısından olumlu anlam yükleme düşünceleri) olmak üzere 9 alt boyuta sahiptir (Garnefski ve ark., 2001). Bu stratejilerden kabul, pozitif tekrar odaklanma, pozitif yeniden değerlendirme, bakış açısına yerleştirme, plana tekrar odaklanma daha uyumlu stratejiler olarak; ruminasyon, kendini suçlama, başkalarını suçlama ve felaketleştirme ise daha uyumsuz stratejiler olarak kabul edilmektedir (Garnefski ve ark., 2001).

Erişkin DEHB'e sahip bireyler, DEHB olmayan bireylere göre daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşamaktadır (Corbisiero ve ark., 2016; Behehsti ve ark., 2020). DEHB'li bireylerde duygu düzenleme güçlüğü görülme oranı %30-%70 arasında değişmektedir (Shaw ve ark., 2014). Duygu düzenleme güçlüğü DEHB belirtilerinin şiddetini ve sosyal uyumda bozulmayı arttırmaktadır (Reimherr ve ark., 2005; Öztürk ve ark., 2018). DEHB'li bireylerin duygu düzenlemede sorun yaşaması, sosyal ilişkiler, para yönetimi, sürüş becerileri, mesleki ve eğitim hayatı gibi önemli yaşam alanlarında bozulmayı beraberinde getirir (Barkley ve Fischer, 2010). Duygu düzenlemenin bilişsel yönü olan bilişsel duygu düzenleme stratejileri (Garnefski ve ark., 2001) ile DEHB arasındaki ilişkiye dair araştırmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmektedir (Rüfenacht ve ark., 2019; Mayer ve ark., 2022). Bu çalışmalara göre, DEHB'li bireyler kontrol grubuna göre daha fazla uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri kullanmaktadır (Rüfenacht ve ark., 2019; Mayer ve ark., 2022). Ayrıca DEHB belirtilerindeki artışın uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerindeki artışı yordadığı saptanmıştır (Rüfenacht ve ark., 2019). Depresyonla ilişkili bulunan stratejilerden ruminasyon, kendini suçlama, felaketleştirme stratejilerinin daha çok kullanılması, pozitif yeniden değerlendirme stratejisinin ise daha az kullanılması DEHB'li

bireylerde depresyonun eş tanı olarak görülme riskini arttırabilir (Mayer ve ark., 2022). Buna ek olarak, DEHB'li bireylerde kaygı görülmesi, duygu düzenlemede sorun yaşamayla ilişkili olabilir (Jarrett, 2016; Bodalski ve ark., 2018).

Duyguları düzenleyememek yaşam stresiyle baş etme becerilerini azaltır ve bireyin kendisini bunalmış hissetmesine yol açar (Robison, ve ark., 2007). Alanyazında bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon ve kaygı ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır (Jermann ve ark., 2006; Garnefski ve ark., 2001). Garnefski ve arkadaşları (2002)'nın çalışmasına göre bilişsel duygu düzenleme stratejileri kaygı ve depresyon belirtilerini yordamakta; uyumsuz stratejilerden felaketleştirme, ruminasyon ve kendini suçlama stratejilerinin daha sık kullanılması depresyon ve kaygı belirtilerini arttırmaktadır. Uyumlu stratejilerden pozitif yeniden değerlendirme stratejisinin daha sık kullanılması ise depresyon ve kaygı belirtilerinin azalması ile ilişkili bulunmuştur (Garnefski ve ark., 2002). Bu konudaki diğer araştırmalarda da benzer sonuçlara rastlanmaktadır. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin depresyon ve kaygı belirtilerini yordadığı; uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımı arttığında depresyon ve kaygı belirtilerinin arttığı, uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin daha çok kullanılması durumunda ise depresyon ve kaygı belirtilerinin azaldığı tespit edilmiştir (Martin ve Dahlen, 2005; Rüfenacht ve ark., 2019; Mayer ve ark., 2022). Depresyon ile uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasında negatif, uyumsuz stratejiler arasında ise pozitif ilişki olduğu; uyumsuz stratejilerden ruminasyon ve kendini suçlama stratejilerinin depresyonun en önemli yordayıcıları olduğu saptanmıştır (Jermann ve ark., 2006). Başka bir çalışmada ise ruminasyon ve kendini suçlama stratejilerine ek olarak felaketleştirme stratejisinin de depresyonu yordadığı gözlenmiştir (Garnefski ve ark., 2004; Mayer ve ark., 2022).

2.10. Çalışmanın Amacı ve Önemi

Çalışmanın ilk amacı Erişkin Dikkat Eksikliği Hipeaktivite Bozukluğu (DEHB) belirtileri ile depresyon ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkinin saptanmasıdır. İkinci amacı, DEHB belirtileri ile depresyon ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkide bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünün incelenmesidir. Çalışmanın bir diğer amacı ise DEHB belirtilerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesidir.

Alanyazında erişkin DEHB, depresyon, kaygı belirtileri ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların sınırlı olduğu görülmektedir. Bu

ilişkilerin doğasını anlamak adına bu alanda daha çok araştırmaya ihtiyaç olduğu düşünülmektedir. Buna ek olarak, bazı araştırmalarda DEHB belirtilerinin cinsiyete göre farklılaştığı (Murphy ve Barkley, 1996; Almeida Montes ve ark., 2007), bazı çalışmalarda ise fark olmadığı tespit edilmiştir. Bu nedenle bu çalışmada da cinsiyet farkının incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca DEHB belirtilerine sıklıkla eşlik ettiği bilinen depresyon ve kaygı belirtilerinin (Connor, 2003) artmasına katkıda bulunan faktörlerin anlaşılması, bu duruma yönelik erken müdahale ve önleme çalışmalarının geliştirilmesi açısından önemli görülmektedir. Erişkin DEHB ve diğer değişkenler arasındaki ilişkinin ortaya konması ile bireylerin günlük yaşamdaki işlevsellik düzeylerinin arttırılmasıyla ilgili çalışmalar yapılabilir, böylece bu bireylerin sosyal yaşamlarındaki sorun alanları küçültülebilir. Tüm bunlar göz önünde bulundurulduğunda, bu çalışmanın alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2.11. Çalışmanın Hipotezleri

Bu çalışmanın amaçlarına yönelik hipotezler aşağıdaki gibidir:

1. Depresyon belirtileri ile dikkat eksikliği belirtileri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunacaktır.
2. Depresyon belirtileri ile hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunacaktır.
3. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kendini suçlama alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunacaktır.
4. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin başkalarını suçlama alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunacaktır.
5. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ruminasyon alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunacaktır.
6. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin felaketleştirme alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunacaktır.
7. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kabul etme alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunacaktır.

8. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin pozitif yeniden odaklanma alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunacaktır.
9. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin plana tekrar odaklanma alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunacaktır.
10. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin pozitif yeniden değerlendirme alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunacaktır.
11. Kaygı belirtileri ile dikkat eksikliği belirtileri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunacaktır.
12. Kaygı belirtileri ile hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunacaktır.
13. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kendini suçlama alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunacaktır.
14. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin başkalarını suçlama alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunacaktır.
15. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ruminasyon alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunacaktır.
16. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin felaketleştirme alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunacaktır.
17. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kabul etme alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunacaktır.
18. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin pozitif yeniden odaklanma alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunacaktır.
19. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin plana tekrar odaklanma alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunacaktır.
20. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin pozitif yeniden değerlendirme alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunacaktır.
21. Dikkat eksikliği belirtileri kaygı belirtilerini anlamlı bir şekilde pozitif olarak yordayacaktır.
22. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ruminasyon alt faktörü kaygı belirtilerini anlamlı bir şekilde pozitif olarak yordayacaktır.

23. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin plana tekrar odaklanma alt faktörü kaygı belirtilerini anlamlı bir şekilde negatif olarak yordayacaktır.
24. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin felaketleştirme alt faktörü kaygı belirtilerini anlamlı bir şekilde pozitif olarak yordayacaktır.
25. Cinsiyet depresyon belirtilerini anlamlı bir şekilde yordayacaktır.
26. Dikkat eksikliği belirtileri depresyon belirtilerini anlamlı bir şekilde pozitif olarak yordayacaktır.
27. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kendini suçlama alt faktörü depresyon belirtilerini anlamlı bir şekilde pozitif olarak yordayacaktır.
28. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin plana tekrar odaklanma alt faktörü depresyon belirtilerini anlamlı bir şekilde negatif olarak yordayacaktır.
29. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin felaketleştirme alt faktörü depresyon belirtilerini anlamlı bir şekilde pozitif olarak yordayacaktır.
30. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kendini suçlama alt boyutu dikkat eksikliği ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık edecektir.
31. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin plana tekrar odaklanma alt boyutu dikkat eksikliği ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık edecektir.
32. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin felaketleştirme alt faktörü dikkat eksikliği ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkide aracı roldedir.
33. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin plana tekrar odaklanma alt faktörü dikkat eksikliği ile kaygı belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık edecektir.
34. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ruminasyon alt boyutu dikkat eksikliği ile kaygı arasındaki ilişkiye aracılık edecektir.
35. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin felaketleştirme alt boyutu dikkat eksikliği ile kaygı arasındaki ilişkiye aracılık edecektir.
36. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri cinsiyete göre farklılaşmayacaktır.

3. MATERYAL VE YÖNTEM

3.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini 18 yaş ve üstü yetişkin bireyler oluşturmaktadır. Örneklem, genel popülasyondan uygun örnekleme yöntemiyle seçilmiştir. Araştırma için gerekli olan katılımcı sayısını belirlemek amacıyla G*Power programı kullanılmıştır. Analiz sonucuna göre 242 katılımcının gerekli örneklem büyüklüğünü oluşturduğu gözlenmiştir. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayanmaktadır ve katılımcıların araştırmadan ayrılma olasılığı göz önünde bulundurularak yaşları 18 ile 45 arasında değişen (*Ort.*=27.94, *SS.*=5.80), 164 kadın (%65.1) ve 88 erkek (%34.9) olmak üzere toplamda 252 katılımcı araştırmaya dahil edilmiştir. Bulgular bölümünde örnekleme ilişkin sosyo-demografik bilgiler ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

3.2. Veri Toplama Araçları

Katılımcılara veri toplama aracı olarak; Kişisel Bilgi Formu, Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS), Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği (BDDÖ), SCL-90 Depresyon ve Kaygı alt ölçekleri uygulanmıştır.

3.2.1. Kişisel Bilgi Formu

Katılımcılar hakkında detaylı bilgiler elde etmek amacıyla araştırmacı tarafından oluşturulmuştur. Cinsiyet, yaş, iş durumu, öğrencilik durumu, genel not ortalaması, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alınıp alınmadığı vb. bilgiler detaylandırılmak amacıyla sorulmuştur.

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

Erişkinlerin kendi bildirdikleri Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) belirtilerini tespit etmek amacıyla Dünya Sağlık Örgütü ile birlikte Kessler ve arkadaşları (2005) tarafından geliştirilmiş, Doğan ve arkadaşları (2009) tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Ölçek, her biri 9 madde içeren 'dikkat eksikliği' ve 'hiperaktivite/dürtüsellik' olmak üzere iki alt ölçek içermektedir. Ölçekte 18 madde bulunmaktadır. Ölçek, 5'li likert

tipindedir ve her bir maddesi “0 = Asla, 1 = Nadiren, 2 = Bazen, 3 = Sık, 4 = Çok sık” anlamına gelmek üzere puanlanmaktadır. Elde edilebilecek toplam puan 0-72 arasındadır. Ölçekte, A ve B bölümü olmak üzere iki bölüm de bulunmaktadır. 18 maddeden 6’sı A bölümünde, 12’si ise B bölümündedir. Ölçeğin A bölümündeki taralı alanlarda 4 veya daha fazla işaret bulunması, katılımcının Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olma ihtimalinin yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Taneri, Akış ve Sarandöl, 2016).

Doğan ve arkadaşları (2009) güvenirlik analizinde Cronbach Alfa değerini .88 olarak, alt ölçeklerin Cronbach Alfa değerini ‘dikkat eksikliği’ için .82, ‘hiperaktivite/dürtüsellik’ için ise .78 olarak bulmuştur. Ölçeğin geçerliliği için alt ölçek puanları arasındaki korelasyona bakılmıştır ve .59 olarak bulunmuştur (Doğan ve ark., 2009). Bu çalışmada ise ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı dikkat eksikliği alt ölçeği için .83, hiperaktivite/dürtüsellik alt ölçeği için .80 olarak bulunmuştur.

3.2.3. Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği (BDDÖ)

Duygu düzenlemenin bilişsel yönünü ve bireylerin kullandıkları stratejileri ölçmek amacıyla Garnefski, Kraaij ve Spinhoven tarafından 2001 yılında geliştirilmiştir. 36 maddeden oluşan ölçekte her bir madde 1-5 arasında puanlanmaktadır. Ölçekte her biri 4 maddeden oluşan 9 alt boyut bulunmaktadır. Ayrıca stratejiler uyumlu ve uyumsuz olmak üzere 2 şekilde sınıflandırılmıştır. “Kabul etme”, “pozitif tekrar odaklanma”, “pozitif yeniden değerlendirme”, “plana tekrar odaklanma” ve “bakış açısına yerleştirme” stratejileri uyumlu stratejiler arasında yer alırken; “ruminasyon”, “felaketleştirme”, “kendini suçlama” ve “başkalarını suçlama” stratejileri ise uyumsuz stratejiler arasında yer almaktadır (Garnefski ve ark., 2001).

Ölçeğin Türkçe uyarlaması Onat ve Otrar (2010) tarafından yapılmıştır. Geçerlik analizi yapılırken ölçüt bağımlı geçerlik yöntemi için Olumsuz Duygudurum Ölçeği kullanılmıştır. İki ölçek arasındaki korelasyon (r =,-572) istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Güvenirlik analizi sonucunda ise Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .78, test tekrar test güvenirlik katsayısı ise .1 olarak saptanmıştır (Onat ve Otrar, 2010). Bu çalışmada ölçeğin Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .90 olarak tespit edilmiştir.

3.2.4. SCL-90 Depresyon ve Kaygı Alt Ölçekleri

Bireylerin olumsuz stres tepkisini ölçmek amacıyla kullanılan psikiyatrik tarama listesi Derogatis (1977) tarafından geliştirilmiştir. Ölçekte 90 madde bulunmaktadır ve 5'li likert tipindedir. "Somatizasyon", "obsesif-kompulsif", "kişilerarası duyarlık", "depresyon", "kaygı", "düşmanlık", "fobik kaygı", "paranoid düşünce" ve "psikotizm" olmak üzere 9 belirti grubuna ait alt ölçek ve bu belirtilere uymayan maddeleri içeren ek ölçek vardır. Ölçeğin Türkçe'ye uyarlaması Dağ (1991) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik analizi için Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı .97 olarak, test tekrar test güvenirliği ise alt ölçeklere göre .65 ile .87olarak saptanmıştır (Dağ, 1991). Bu çalışmada Depresyon ve Kaygı alt ölçekleri kullanılmıştır ve Cronbach Alfa güvenirlik katsayısı depresyon alt ölçeği için .91, kaygı alt ölçeği için .92 olarak saptanmıştır.

3.3. İşlem

Araştırma için Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Sosyal ve Beşeri Bilimler Etik Kurulu'ndan etik onay alınmıştır. Veri toplama işlemi Google Formlar aracılığı ile çevrimiçi olarak gerçekleştirilmiştir. Dijital ortamda katılımcılar ile ölçek formu paylaşılarak araştırmaya gönüllü olarak katılımları sağlanmıştır. Veri analizi IBM SPSS-21 paket programı kullanılarak yapılmıştır.

4. BULGULAR

Bu bölümde katılımcıların sosyo-demografik bilgilerine ilişkin betimsel istatistik bulguları, kullanılan ölçeklere ilişkin betimsel istatistik bulguları, değişkenler arasındaki ilişkiye dair korelasyon analizi sonuçları, dikkat eksikliği ve hiperaktivte/dürtüsellik belirtilerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla Çok Faktörlü Varyans Analizi (Multivariate Analysis of Variance - MANOVA), bağımlı değişkenlerin yordayıcılarının belirlenmesi amacıyla hiyerarşik regresyon analizi bulguları ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracılık rolünü belirlemek amacıyla aracılık analizi bulguları yer almaktadır.

4.1. Katılımcılara İlişkin Sosyodemografik Bilgiler

Katılımcıların sosyodemografik özellikleriyle ilgili bilgiler Tablo 1'de yer almaktadır. Araştırmaya katılan 252 katılımcıdan %46.8'inin daha önce psikolojik yardım alma amaçlı psikolog/psikiyatriste başvurduğu ve katılımcıların %4.4'ünün (11 kişi) DEHB tanısı aldığı saptanmıştır. DEHB tanısı alan 11 katılımcıdan 10'u (%4'ü) DEHB'e sahip olmanın akademik işlevselliği olumsuz etkilediğini, 8'i (%3.2'si) DEHB'in gündelik işlevselliği olumsuz etkilediğini bildirmiştir. DEHB tanısı alan katılımcıların %3.6'sı tedavi gördüğünü, %0.8'i ise herhangi bir tedavi görmediğini belirtmiştir. Tedavi görenlerin %1.6'sı sadece ilaç tedavisi, %0.4'ü psikoterapi, danışmanlık ve ilaç tedavisi, %0.4'ü hem psikoterapi hem ilaç tedavisi, %1.2'si ise danışmanlık ve ilaç tedavisi gördüğünü belirtmiştir. DEHB tedavisi gören katılımcıların %2.4'ü şu an tedavi görmediğini, %1.2'si ise hala tedaviye devam ettiğini bildirmiştir.

Tablo 1. Sosyodemografik özelliklere ilişkin bilgiler

Değişenler	N	Yüzde	X	SS	Min.	Maks.
Yaş	252		27.94	5.79	18	45
Cinsiyet						
Kadın	164	65.1				
Erkek	88	34.9				
Çalışma Durumu						
Evet	136	54				
Hayır	116	46				
Öğrenclik Durumu						
Evet	125	49.6				
Hayır	127	50.4				
GANO	118		3.37	0.47	1.81	4.00
Daha önce psikolog/psikiyatriste başvuru durumu						
Evet	118	46.8				
Hayır	134	53.2				
Daha önce DEHB tanısı alma durumu						
Evet	11	4.4				
Hayır	241	95.6				
DEHB'in akademik işlevselliğe olumsuz etkisi var mı?						
Evet	10	4.0				
Hayır	1	0.4				
DEHB'in gündelik hayattaki işlevselliğe olumsuz etkisi var mı?						
Evet	8	3.2				
Hayır	3	1.2				
DEHB tedavisi gördünüz mü?						
Evet	9	3.6				
Hayır	2	0.8				
DEHB tedavisinin türü						
İlaç tedavisi	4	1.6				
Psiko.+Danışmanlık+İlaç tedavisi	1	0.4				
Psikoterapi+İlaç tedavisi	1	0.4				
Danışmanlık+İlaç tedavisi	3	1.2				
DEHB tedavisini kimden aldınız?						
Psikiyatrist	6	2.4				
Psikolog+Psikiyatrist	2	0.8				
Rehberlik ve Psikolojik Danışman	1	0.4				
DEHB tedavisi ne kadar sürdü? (Ay)	9		32	36.58	0	120
						DEHB tedavisi hala devam ediyor mu?
Evet	3	1.2				
Hayır	6	2.4				

Not. GANO: Genel not ortalaması. DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu. X: Ortalama.
Ss: Standart Sapma. Min.:Minimum. Maks.: Maksimum.

4.2. Çalışma Değişkenlerine İlişkin Ortalama, Standart Sapma ve Minimum-Maksimum Değerleri

Genel bilgi sağlaması için çalışma değişkenlerine ilişkin ortalama, standart sapma, minimum-maksimum puanları Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. Değişkenlere ilişkin ortalama, standart sapma, minimum-maksimum değerleri

	Frekans	Yüzde	X	SS	Min. - Maks.
Erişkin DEHB Öz-Bildirim Ölçeği					
Dikkat Eksikliği			14.79	6.09	3 - 31
Düşük	42	%16.7			
Hafif	89	%35.3			
Orta	79	%31.3			
Yüksek	42	%16.7			
Hiperaktivite/Dürtüsellik			13.69	5.80	1 - 30
Bilişsel Duygu Düzenleme Ölçeği					
Kendini Suçlama			11.90	3.06	5 - 20
Başkalarını Suçlama			10.23	2.84	4 - 18
Ruminasyon			14.31	3.47	5 - 20
Felaketleştirme			9.92	3.56	4 - 19
Pozitif Yeniden Değerlendirme			13.97	3.44	6 - 20
Bakış Açısına Yerleştirme			12.44	3.13	4 - 20
Kabul Etme			13.27	2.99	5 - 20
Plana Tekrar Odaklanma			14.74	3.41	6 - 20
Pozitif Yeniden Odaklanma			11.82	2.92	4 - 19
SCL-90					
Depresyon			20.29	11.10	0 - 48
Kaygı			15.71	9.96	0 - 40

Not. DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

4.3. Değişkenler Arası İlişkilerin İncelenmesi: Korelasyon Analizi

Çalışmanın değişkenleri arasındaki korelasyon katsayıları Tablo 3'te bulunmaktadır. Korelasyon analizi sonuçlarına göre depresyon ile kaygı ($r = .86$, $p < .01$), hiperaktivite/dürtüsellik ($r = .26$, $p < .01$), dikkat eksikliği ($r = .42$, $p < .01$), kendini suçlama ($r = .43$, $p < .01$), başkalarını suçlama ($r = .18$, $p < .01$), kabul etme ($r = .21$, $p < .01$), ruminasyon ($r = .24$, $p < .01$), felaketleştirme ($r = .38$, $p < .01$) arasında pozitif korelasyon görülmektedir. Depresyon ile yaş ($r = -.18$, $p < .01$), pozitif yeniden odaklanma ($r = -.17$, $p < .01$), plana tekrar odaklanma ($r = -.20$, $p < .01$) ve pozitif yeniden değerlendirme ($r = -.18$, $p < .01$) arasında ise negatif korelasyon bulunmaktadır.

Kaygı ile yaş ($r = -.20$, $p < .01$), pozitif yeniden odaklanma ($r = -.11$, $p < .01$), plana tekrar odaklanma ($r = -.23$, $p < .01$), pozitif yeniden değerlendirme ($r = -.20$, $p < .01$) arasında negatif korelasyon olduğu; hiperaktivite/dürtüsellik ($r = .30$, $p < .01$), dikkat eksikliği ($r = .44$, $p < .01$), kendini suçlama ($r = .37$, $p < .01$), başkalarını suçlama ($r = .23$, $p < .01$), ruminasyon ($r = .22$, $p < .01$), kabul etme ($r = .18$, $p < .01$), felaketleştirme ($r = .44$, $p < .01$) arasında ise pozitif korelasyon olduğu gözlenmiştir.

Tablo 3. Değişkenler arası korelasyon analizi

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1-Depresyon		.86**	-.18**	.26**	.42**	.43**	.18**	.21**	.24**	-.17**	-.20**	.38**	-.18**	-.01
2-Kaygı			-.20**	.30**	.44**	.37**	.23**	.18**	.22**	-.11**	-.23**	.44**	-.20**	.02
3-Yaş				-.01	-.14*	-.20**	-.03	-.15	-.17**	-.07	-.04	-.01	-.09	-.05
4-Hiperaktivite/Dürtüsellik					.59**	.24**	.16*	.09	.06	-.11	-.06	.18**	-.09	.00
5-Dikkat Eksikliği						.34**	.14*	.18**	.12	-.19**	.18**	.18**	-.22**	-.06
6-Kendini Suçlama							.20**	.45**	.50**	-.01	.11	.37**	.08	.26**
7-Başkalarını Suçlama								.23**	.25**	.07	.02	.60**	-.03	.26**
8-Kabul Etme									.56**	.36**	.39**	.20**	.41**	.36**
9-Ruminasyon										26**	.50**	.28**	.44**	.44**
10-Pozitif Yeniden Odaklanma											.55**	-.06	.62**	.45**
11-Plana Tekrar Odaklanma												-.12	.76**	.41**
12-Felaketleştirme													-.15*	.28**
13-Pozitif Yeniden Değerlendirme														.56**
14-Bakış Açısına Yerleştirme														

Not: *Korelasyon .05 düzeyinde anlamlı. p<.05 **Korelasyon .01 düzeyinde anlamlı. p<.01.

4.4. Cinsiyete Göre Farklılığın İncelenmesi: Çok Faktörlü Varyans Analizi

Dikkat eksikliği ve hiperaktivte/dürtüsellik belirtilerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının belirlenmesi amacıyla Çok Faktörlü Varyans Analizi (Multivariate Analysis of Variance - MANOVA) yapılmıştır. Analiz sonucuna göre dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır ($p > .05$). İlgili sonuçlar Tablo 4'te yer almaktadır.

Tablo 4. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin cinsiyete göre farklılaşmasına ilişkin çok faktörlü varyans analizi

Değişkenler	Değişkenler	X	SS	N	F	p
Dikkat Eksikliği	Kadın	1.70	.71	164	3.63	.06
	Erkek	1.53	.60	88		
Hiperaktivite/Dürtüsellik	Kadın	1.51	.66	164	.13	.72
	Erkek	1.54	.63			

4.5. Depresyon ve Kaygı Belirtilerini Yordayan Değişkenlerin Belirlenmesi: Hiyerarşik Regresyon Analizleri

Depresyon ve kaygı belirtilerini yordayan değişkenlerin belirlenebilmesi için hiyerarşik regresyon analizleri yapılmıştır. İlk hiyerarşik regresyon analizinde depresyon bağımlı değişken; yaş, cinsiyet, dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik, bilişsel duygu düzenleme stratejileri (kendini suçlama, başkalarını suçlama, ruminasyon, felaketleştirme, bakış açısına yerleştirme, pozitif yeniden değerlendirme, plana tekrar odaklanma, kabul etme, pozitif yeniden odaklanma) değişkenleri ise bağımsız değişken olarak atanmıştır. Analiz sonuçları Tablo 5'te yer almaktadır.

Analiz sonuçlarına göre ilk adımda modeli oluşturan yaş ve cinsiyet değişkenlerinin depresyonu %6 oranında açıkladığı görülmektedir. İkinci aşamada modele dahil edilen hiperaktivite/dürtüsellik, dikkat eksikliği ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri değişkenleri ise toplamda depresyonun %36'sını açıklamaktadır. Bağımsız değişkenlerden cinsiyet, dikkat eksikliği, kendini suçlama, plana tekrar odaklanma ve felaketleştirmenin depresyonu yordadığı tespit edilmiştir. Buna göre dikkat eksikliği, kendini suçlama ve felaketleştirme arttıkça depresyon artmaktadır. Plana tekrar odaklanma azaldıkça depresyon artmaktadır.

Tablo 5. Depresyonu yordayan değişkenlere ilişkin hiyerarşik regresyon analizi

Model	Yordayıcı	B	Standart Hata	Beta	t	R2	R2 değişimi	F
1	Yaş	-.02	.01	-.15	-2.50*	.06	.07	9.02*
	Cinsiyet	-.34	.11	-.19	-3.13*			
2	Yaş	-.01	.01	-.07	-1.37	.36	.33	12.00*
	Cinsiyet	-.26	.09	-.15	-2.78*			
	Hiperaktivite/dürtüsellik	.06	.09	.05	.70			
	Dikkat Eksikliği	.23	.09	.18	2.56*			
	Kendini Suçlama	.23	.08	.21	3.07*			
	Başkalarını Suçlama	-.07	.08	-.05	-.83			
	Kabul Etme	.08	.08	.07	1.03			
	Ruminasyon	.14	.07	.14	1.92			
	Pozitif Yeniden Odaklanma	-.03	.08	-.03	-.41			
	Plana Tekrar Odaklanma	-.24	.08	-.23	-2.79*			
	Felaketleştirme	.24	.07	.25	3.41*			
	Pozitif Yeniden Değerlendirme	.04	.10	.04	.41			
	Bakış Açısına Yerleştirme	-.12	.08	-.11	-1.56			

Not: p<.05*

Kaygının yordayıcılarının belirlenebilmesi için yapılan hiyerarşik regresyon analizinde kaygı bağımlı değişken olarak analize dahil edilmiştir. Yaş, cinsiyet, dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik, bilişsel duygu düzenleme stratejileri (kendini suçlama, başkalarını suçlama, ruminasyon, felaketleştirme, bakış açısına yerleştirme, pozitif yeniden değerlendirme, plana tekrar odaklanma, kabul etme, pozitif yeniden odaklanma) değişkenleri ise bağımsız değişken olarak belirlenmiştir. Analiz sonuçları Tablo 6'da yer almaktadır.

Hiyerarşik regresyon analizinde öncelikle yaş ve cinsiyet değişkenleri dahil edilerek oluşturulan modelin varyansın %4'ünü açıkladığı görülmektedir. Modele ikinci aşamada dikkat eksikliği, hiperaktivite/dürtüsellik ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri dahil edilmiştir ve oluşturulan modelin kaygının %38'ini açıkladığı saptanmıştır. Analiz sonucuna göre yaş, dikkat eksikliği, ruminasyon, plana tekrar odaklanma ve felaketleştirme değişkenleri kaygıyı yordamaktadır. Buna göre dikkat eksikliği, ruminasyon ve felaketleştirme arttıkça kaygı artmaktadır. Yaş ve plana tekrar odaklanmanın azalması kaygının artmasını açıklamaktadır.

Tablo 6. Kaygıyı yordayan değişkenlere ilişkin hiyerarşik regresyon analizi

Model	Yordayıcı	B	Standart Hata	Beta	t	R2	R2 değişimi	F
1	Yaş	-.03	.01	-.18	-2.86*	.04	.05	6.27
	Cinsiyet	-.23	.13	-.11	-1.75			
2	Yaş	-.02	.01	-.11	-2.10*	.38	.36	12.74
	Cinsiyet	-.11	.11	-.05	-1.02			
	Hiperaktivite/dürtüsellik	.13	.10	.08	1.33			
	Dikkat Eksikliği	.	.1	.22	3.13*			
	Kendini Suçlama	32	0	.10	1.51			
	Başkalarını Suçlama	.13	.09	-.07	-1.06			
	Kabul Etme	-.10	.09	.02	.30			
	Ruminasyon	.03	.09	.18	2.41*			
	Pozitif Yeniden Odaklanma	.21	.09	.09	1.37			
	Plana Tekrar Odaklanma	.13	.09	-.26	-3.18*			
	Felaketleştirme	-.31	.10	.34	4.76*			
	Pozitif Yeniden Değerlendirme	.38	.08	-.01	-.06			
	Bakış Açısına Yerleştirme	-.01	.11	-.09	-1.33			

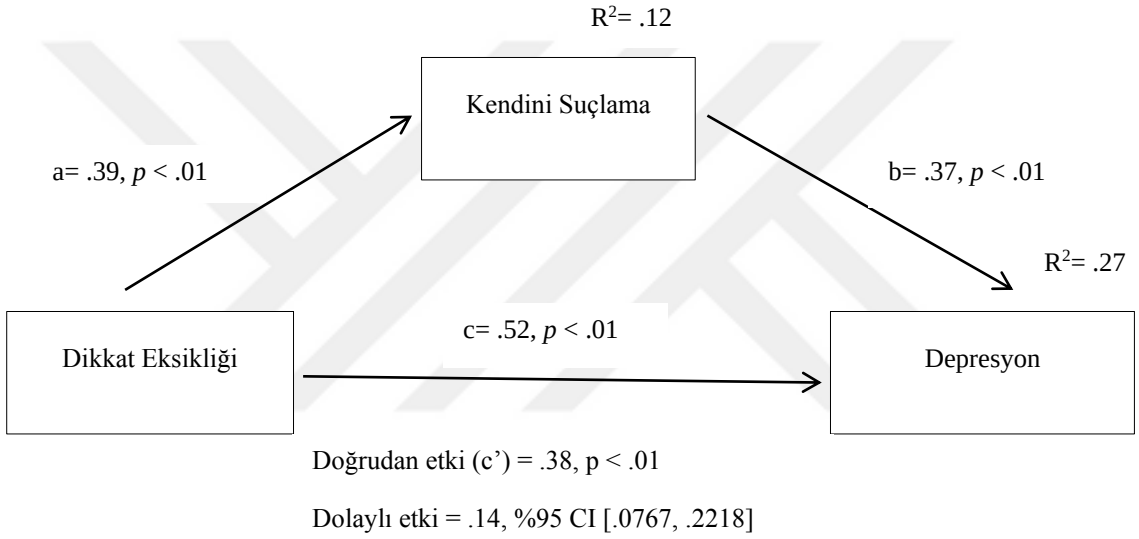
Not: p<.05*

4.6. Aracılık Analizleri

Bağımsız değişken (dikkat eskikliği) ile bağımlı değişkenler (depresyon ve kaygı) arasındaki ilişkide bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin alt faktörlerinden kendini suçlama, felaketleştirme, ruminasyon, plana tekrar odaklanma değişkenlerinin aracılık rolünü incelemek amacıyla Hayes (2018) tarafından geliştirilen Process makro ile Bootstrap yöntemini esas alan regresyon analizi yapılmıştır. Aracılık analizi için değişkenler belirlenirken hiyerarşik regresyon analizinde, depresyon ve kaygıyı yordayan değişkenler göz önünde bulundurularak belirlenmiştir. Bootstrap yönteminde 5000 yeniden örneklem seçilmiştir. Analiz bulgusunda, %95 güven aralığındaki (Confidence Interval, CI) değerlerinin sıfır (0) değerini kapsamaması aracılık etkisinin varlığını göstermektedir (MacKinnon ve ark., 2004).

4.6.1. Dikkat Eksikliği ve Depresyon Arasındaki İlişkide Kendini Suçlamanın Aracı Rolünün İncelenmesi

Aracılık analizine ilişkin regresyon analizi bulguları Şekil 1'de görülmektedir. Analiz sonucuna göre, dikkat eksikliğinin depresyon üzerindeki dolaylı etkisi anlamlıdır ve kendini suçlama, dikkat eksikliği ile depresyon arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir (*b=.14,* %95 *CI* [.0767, .2218]). Yüzdelik yöntemle elde edilen Bootstrap alt ve üst güven aralığı değerlerinin 0'ı kapsamaması aracılık etkisinin varlığını göstermektedir. Dikkat eksikliği arttıkça kendini suçlama artmakta, sonuç olarak depresyon belirtileri de artmaktadır. Model, varyansın %27'sini açıklamaktadır.

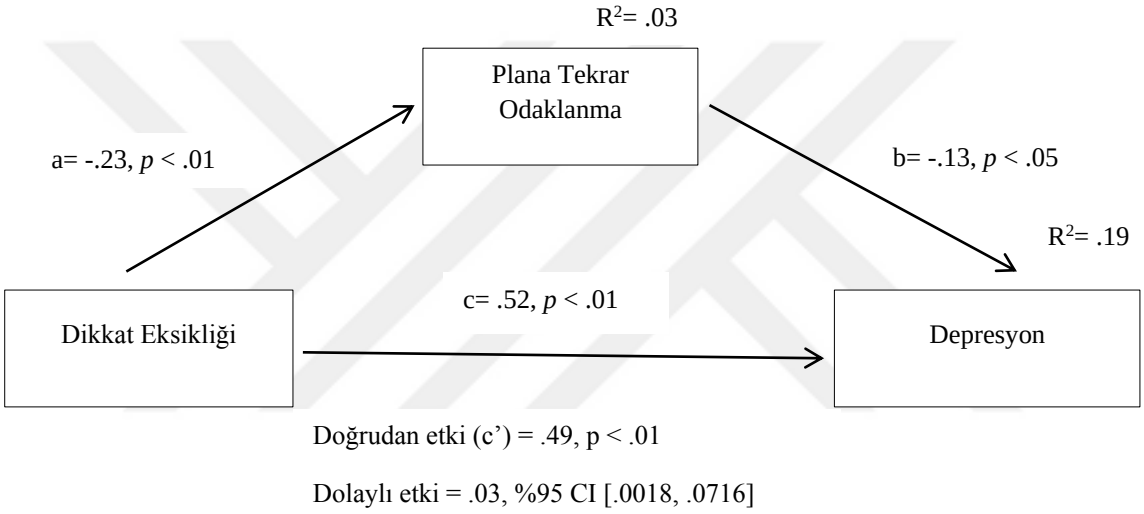


Şekil 1. Dikkat eksikliği ve depresyon arasındaki ilişkide kendini suçlamanın aracı rolü

Not: Standardize edilmemiş beta katsayıları raporlanmıştır. R^2 değerleri, açıklanan varyansı göstermektedir.

4.6.2. Dikkat Eksikliği ve Depresyon Arasındaki İlişkide Plana Tekrar Odaklanmanın Aracı Rolünün İncelenmesi

Aracılık analizine ilişkin regresyon analizi sonuçları Şekil 2'de yer almaktadır. Buna göre, dikkat eksikliğinin depresyon üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğu, plana tekrar odaklanmanın dikkat eksikliği ve depresyon arasındaki ilişkiye aracılık ettiği bulgulanmıştır (b = .03, %95 CI [.0018, 0716]). Yüzdelik yöntemiyle elde edilen Bootstrap alt ve üst güven aralığı değerleri 0'ı kapsamamaktadır, dolayısıyla aracılık etkisinin olduğu tespit edilmiştir. Dikkat eksikliği arttıkça plana tekrar odaklanma azalmakta, bunun sonucunda depresyon belirtileri artmaktadır. Bu modelin varyansı açıklama oranı %19'dur.

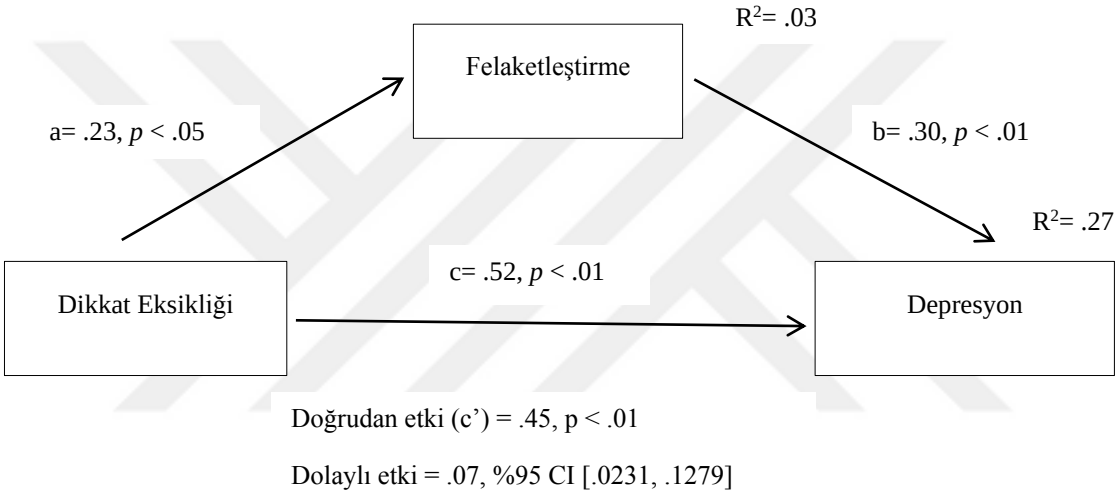


Şekil 2. Dikkat eksikliği ve depresyon arasındaki ilişkide plana tekrar odaklanmanın aracı rolü

Not: Standardize edilmemiş beta katsayıları raporlanmıştır. R^2 değerleri, açıklanan varyansı göstermektedir.

4.6.3. Dikkat Eksikliği ve Depresyon Arasındaki İlişkide Felaketleştirmenin Aracı Rolünün İncelenmesi

Aracılık analizine ilişkin regresyon analizi sonuçları Şekil 3'te verilmiştir. Analiz sonucuna göre dikkat eksikliğinin depresyon üzerindeki dolaylı etkisi anlamlıdır. Felaketleştirme, dikkat eksikliği ve depresyon arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir (b = .07, %95 CI [.0231, .1279]). Yüzdelik yöntemle elde edilen Bootstrap alt ve üst güven aralığı değerlerinin 0'ı kapsamaması, felaketleştirmenin aracı rolü olduğunu göstermektedir. Dikkat eksikliği belirtilerindeki artış felaketleştirmeyi arttırmakta, bunun sonucunda ise depresyon belirtileri artmaktadır. Bu modelin açıkladığı varyans oranı %27'dir.

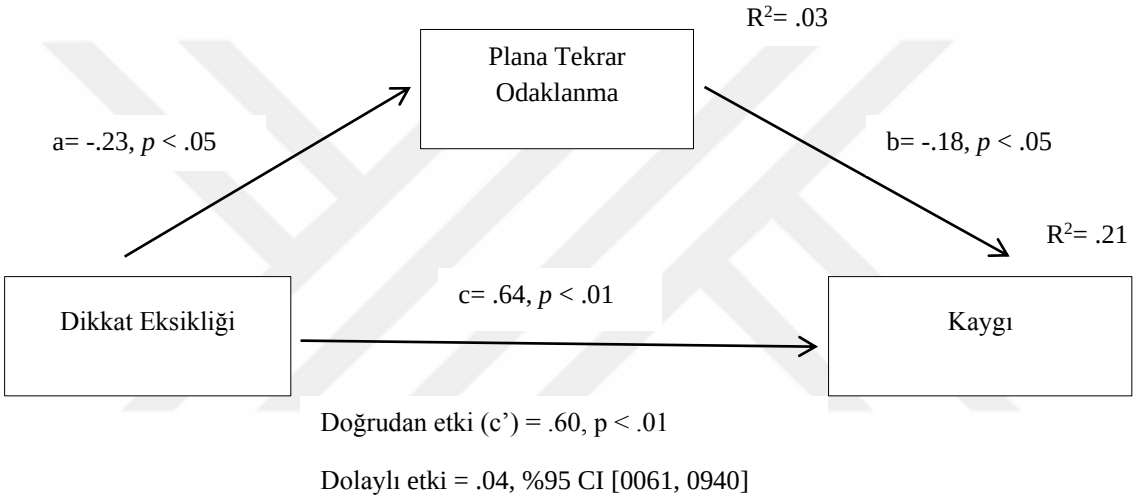


Şekil 3. Dikkat eksikliği ve depresyon arasındaki ilişkide felaketleştirmenin aracı rolü

Not: Standardize edilmemiş beta katsayıları raporlanmıştır. R^2 değerleri, açıklanan varyansı göstermektedir.

4.6.4. Dikkat Eksikliği ve Kaygı Arasındaki İlişkide Plana Tekrar Odaklanmanın Aracı Rolünün İncelenmesi

Aracılık analizine ilişkin regresyon analizi sonuçları Şekil 4'te bulunmaktadır. Analiz sonucuna göre dikkat eksikliğinin kaygı üzerindeki dolaylı etkisi anlamlıdır ve plana tekrar odaklanma, dikkat eksikliği ile kaygı arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir (b = .04, %95 CI [.0061, .0940]). Yüzdelik yöntemle elde edilmiş Bootstrap alt ve üst güven aralığı 0'ı kapsamadığı için plana tekrar odaklanmanın aracı rolünden söz edilebilir. Dikkat eksikliği belirtileri arttıkça plana tekrar odaklanma azalmakta ve kaygı artmaktadır. Bu model varyansın %21'ini açıklamaktadır.

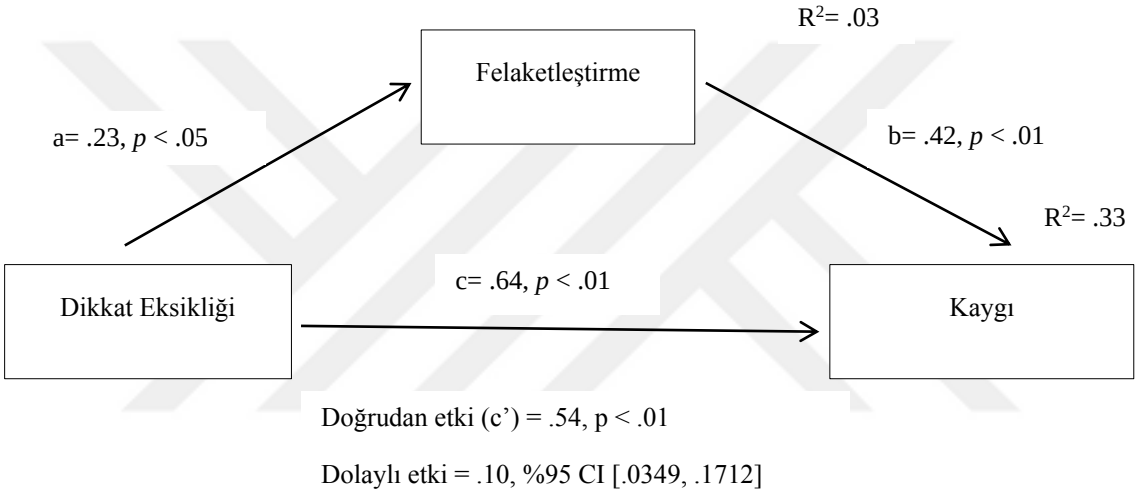


Şekil 4. Dikkat eksikliği ve kaygı arasındaki ilişkide plana tekrar odaklanmanın aracı rolü

Not: Standardize edilmemiş beta katsayıları raporlanmıştır. R^2 değerleri, açıklanan varyansı göstermektedir.

4.6.5. Dikkat Eksikliği ve Kaygı Arasındaki İlişkide Felaketleştirmenin Aracı Rolünün İncelenmesi

Aracılık analizine ilişkin regresyon analizi sonuçları Şekil 5'te yer almaktadır. Dikkat eksikliğinin kaygı üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğu, felaketleştirmenin dikkat eksiliği ve kaygı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği tespit edilmiştir (b = .10, %95 CI [.0349, .1712]). Yüzdelik yöntemle elde edilen Bootstrap alt ve üst güven aralığı 0'ı kapsamadığı için felaketleştirmenin aracı rolü olduğu görülmektedir. Dikkat eksikliği belirtileri arttıkça felaketleştirme artmakta ve kaygı belirtilerinde de artış olmaktadır. Bu modelin açıkladığı varyans %33'tür.



Şekil 5. Dikkat eksikliği ve kaygı arasındaki ilişkide felaketleştirmenin aracı rolü

Not: Standardize edilmemiş beta katsayıları raporlanmıştır. R^2 değerleri, açıklanan varyansı göstermektedir.

4.6.6. Dikkat Eksikliği ve Kaygı arasındaki İlişkide Ruminasyonun Aracı Rolünün İncelenmesi

Aracılık analizine ilişkin regresyon analizine göre, yüzdelik yöntemle elde edilen Bootstrap alt ve üst güven aralığı değerleri 0'ı kapsadığı için aracılık etkisi istatistiksel olarak anlamlı değildir (b = .03, %95 CI [-.0028, .0778]).

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada öncelikle DEHB belirtileri ile depresyon ve kaygı belirtileri arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonrasında DEHB belirtileri ile depresyon ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkide bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü incelenerek olası nedensel mekanizmaların ortaya konulması amaçlanmıştır. Ayrıca DEHB belirtilerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı incelenmiştir. Bu bölümde araştırmanın hipotez ve amaçları doğrultusunda yapılan analizlerin bulguları değerlendirilecek ve ilgili alanyazın çerçevesinde tartışılacaktır. Daha sonra da çalışmanın sonucuna, sınırlılıklarına ve gelecek çalışmalar için önerilere yer verilecektir.

5.1. Çalışmanın Değişkenleri Arasındaki Korelasyonlar

Depresyon ile hiperaktivite/dürtüsellik, başkalarını suçlama, kabul etme ve ruminasyon arasında zayıf düzeyde; dikkat eksikliği, kendini suçlama ve felaketleştirme arasında ise orta düzeyde pozitif ilişki vardır. Kaygı ile başkalarını suçlama, ruminasyon ve kabul etme arasında zayıf düzeyde pozitif; hiperaktivite/dürtsellik, dikkat eksikliği, kendini suçlama ve felaketleştirme arasında ise orta düzeyde pozitif ilişki vardır. Depresyon ve kaygı ile yaş, pozitif yeniden odaklanma, plana tekrar odaklanma ve pozitif yeniden değerlendirme arasında ise zayıf düzeyde negatif ilişki bulunmaktadır. Değişkenler arasındaki ilişkiye dair değerlendirme regresyon analizleriyle birlikte yapılacaktır.

5.2. Depresyon ve Kaygı Belirtilerinin Yordayıcıları

Depresyonu yordayan değişkenlerin belirlenmesi amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. İlk aşamada analize dahil edilen yaş ve cinsiyet değişkenlerinin depresyonu yordadığı, ikinci aşamada ise yaş ve cinsiyet kontrol edildiğinde cinsiyet, dikkat eksikliği, kendini suçlama, plana tekrar odaklanma ve felaketleştirmenin depresyonu yordadığı bulunmuştur. Ayrıca korelasyon analizine göre dikkat eksikliği, kendini suçlama, felaketleştirme, hiperaktivite/dürtüsellik, başkalarını suçlama, kabul etme ve ruminasyon arttıkça depresyon da artmaktadır.

Analiz sonuçlarına göre cinsiyet depresyonu yordamaktadır. İlgili alanyazında bu bulguyla örtüşen ve kadınlarda erkeklere oranla daha fazla depresyon görüldüğünü bildiren

çalışmalar bulunmaktadır (Weissman ve ark., 1996; Angst ve ark., 2002; Panevska ve ark., 2015). Kadınlarda depresyonun nüksetme olasılığının erkeklere göre daha fazla olması da bu bulguyu destekler niteliktedir (Oquendo ve ark., 2013). Ancak depresyonda cinsiyet farklılığının olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (Wilhelm ve Parker, 1994; Salokangas ve ark., 2002). Depresyonda görülen cinsiyet farklılığının nedeni tam olarak belirlenememiş olsa da kadınların sosyal yaşamda erkeklere göre daha zayıf görülmesi nedeniyle daha fazla stresli yaşam olaylarıyla karşılaşmasının etkili olduğu düşünülmektedir (Nazroo ve ark., 1998; Nolen-Hoeksema, 2001). Bununla birlikte, kadınların stresli olaylar karşısında verdiği tepkinin birçok biyolojik ve psikolojik nedenden dolayı erkeklerin tepkisinden farklı olması, depresyonun kadınlarda daha fazla görülme nedenlerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Nolen-Hoeksema, 2001). Ayrıca bu noktada toplumsal cinsiyet rollerinden de bahsedilebilir. Örneğin, toplumda kadınlardan beklenen davranışlar, çocuk bakımı ve ev işlerinden sorumlu olurken bir işte çalışmak gibi, kadınlar için yük haline gelerek depresyon için risk oluşturabilir (Bebbington, 1996). Ancak cinsiyet farklılığının olası nedenlerini anlamak adına daha çok çalışmaya ihtiyaç vardır. Bu çalışmanın bir diğer bulgusu yaş ve depresyon arasındaki negatif ilişkidir. Bu sonuca göre, bireylerin yaşı arttıkça depresyon belirtilerinde azalma beklenmektedir. Daha önce bu alanda yapılmış çalışmalarda da bu bulgunun elde edildiği görülmektedir (Wade ve Cairney, 1997; Andrade ve ark., 2003; Bromet ve ark., 2011). Ancak bu bulgunun, yaş artışının depresyonu azaltacağı şeklinde nedensellik kurularak yorumlanmaması gerekmektedir (Wade ve Cairney, 1997). Yaş ile depresyon arasındaki bu ilişkinin medeni durum (Bulloch ve ark., 2017), araştırmanın yaş arttıkça depresyon riski azalan bir örnekleme sahip olması (Wade ve Cairney, 1997) ya da gelişmiş/gelişmemiş ülkede yaşıyor olma (Bromet ve ark., 2011) ile alakalı olabileceği düşünülmektedir. Başka bir araştırmada ise depresyondaki cinsiyet farklılığının yaşla birlikte azaldığı tespit edilmiştir; bu nedenle depresyon değerlendirilirken yaş ve cinsiyet değişkenlerinin de incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir (Patten ve ark., 2011).

Bu çalışmada, dikkat eksikliğinin depresyonu yordayan değişkenlerden biri olduğu ve dikkat eksikliği arttıkça depresyonun arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Bireylerin dikkat eksikliği belirtilerinin şiddetlenmesi, depresyon belirtilerindeki artışı yordamaktadır ve bu artışla ilişkilidir. Buradan yola çıkılarak, dikkat eksikliğinin depresyon için önemli bir değişken olduğu düşünülmektedir. Ayrıca hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerindeki artış depresyondaki artışla ilişkili bulunmuştur. Başka bir ifadeyle, dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arttıkça bireylerin depresyon belirtileri de artmaktadır. Bu

konuda benzer sonuçları veren çalışmalar olsa da (Ostrander ve Herman, 2006; Chao ve ark., 2008; Doğan ve ark., 2009; Yang ve ark., 2013; Powell ve ark., 2020), DEHB ve depresyon arasında ilişki olmadığını bildiren çalışmalar da vardır (Mannuzza ve ark., 1998; Segenreich ve ark., 2009). DEHB ve depresyon arasındaki ilişkiye dair bir çalışmada sorunlu akran ilişkilerinin ve düşük akademik başarının bu ilişkide önemli bir rolü olabileceği bulunmuştur (Powell ve ark., 2020). Akran ilişkilerinin tatmin edici olması ve sosyalleşebilmek gibi durumların DEHB'li bireylerin depresyon riskini azaltabildiği; zayıf arkadaşlık kurma ve sürdürme becerileri ile zayıf akademik performansın ise depresyon için bir risk faktörü olduğu düşünülmektedir (Powell ve ark., 2020). Başka bir çalışmada ise dikkat eksikliği ile depresyon arasındaki ilişkiye düşük ödül duyarlılığının aracılık ettiği saptanmıştır. Buna göre, dikkat eksikliği olan bireyler, dikkatsizlik nedeniyle ödül ipuçlarını kaçırabilir, bu da haz yitimine neden olarak depresyonu arttırabilir (Meinzer ve ark., 2012). Bu bağlamda, DEHB belirtileri arttıkça depresyon belirtilerinin de artması beklenen bir durum gibi görünmektedir.

Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama, felaketleştirme ve plana tekrar odaklanma stratejilerinin depresyonu yordadığı saptanmıştır. Buna göre, kendini suçlama ve felaketleştirme puanlarında görülen artış, depresyon belirtilerindeki artışı açıklamaktadır. Plana tekrar odaklanmanın azalması ise depresyon şiddetindeki artışı açıklamaktadır. Ayrıca kendini suçlama, başkalarını suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve kabul etme artarken depresyon da artmaktadır. Kabul etme stratejisi dışındaki stratejiler uyumsuz stratejiler olarak değerlendirildiği için bu stratejiler ile depresyon arasındaki pozitif ilişki beklendiği gibidir. Kabul etme stratejisi, uyumlu stratejiler arasında değerlendirildiği için bu stratejinin kullanımı arttıkça depresyon belirtilerinin azalması beklenmektedir. Ancak bu çalışmada bunun tersi bir sonuç elde edilmiştir. Tüm bunlara ek olarak yaş ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden pozitif yeniden değerlendirme, plana tekrar odaklanma ve pozitif yeniden odaklanma stratejileri artarken depresyon belirtileri azalmaktadır. Bu stratejiler ise uyumlu stratejiler arasında yer aldığı için beklenen bir sonuç elde edilmiştir. Bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve depresyon ile ilgili diğer çalışmalar da benzer sonuçlardan söz etmektedir (Garnefski ve ark., 2001; Garnefski ve ark., 2002; Martin ve Dahlen, 2005; Jermann ve ark., 2006; Mayer ve ark., 2022).

Olaylara ilişkin bilişsel değerlendirmeler duyguları etkilemektedir (Smith ve Ellsworth, 1985). Bilişlerin duygular üzerindeki etkisine örnek olarak, aynı olay karşısında

insanların verdikleri tepkiler farklılaşmaktadır. Bu durum, bilişlerin, yaşanılan olayın nasıl değerlendirileceği konusundaki etkisiyle ilgilidir (Siemer ve ark., 2007). Beck'in (1979) Bilişsel Kuramı'na göre bireylerde depresif belirtiler olarak görülen olumsuz duygular, olumsuz bilişlerden kaynaklanır. Olumsuz düşüncelerin olumsuz duyguları yarattığı ve bunun da bireyde depresyonu ortaya çıkardığı görüşü savunulmaktadır (Beck, 1979). Ayrıca bu olumsuz düşüncelerin içeriği bilişsel üçlü olarak adlandırılan kişinin benlik algısının olumsuz olması, deneyimlediği dünyanın yani geçmişinin olumsuz olarak değerlendirilmesi ve geleceğe dair olumsuz düşünceler temasıyla açıklanmaktadır (Beck, 1979). Bu bilgi doğrultusunda, bu çalışmada depresyonu yordadığı saptanan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama stratejisi, bilişsel üçlüden biri olan olumsuz benlik algısı ile ilişkili olabilir. Felaketleştirme stratejisi yaşanan deneyimin ne kadar kötü olduğu üzerine düşünceleri temsil etmektedir. Bu bağlamda ele alındığında felaketleştirmenin bilişsel üçlünün deneyimlerin ya da geçmişin olumsuz değerlendirilmesi faktörüyle ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Plana tekrar odaklanma stratejisi ise uyumlu stratejilerdendir ve olumsuz deneyimin üstesinden gelmek için plan yapmayı içermektedir. Plana tekrar odaklanma stratejisi, Beck'in (1979) Bilişsel Kuramı'ndaki olumsuz durumların tam tersini yansıtmaktadır ve bu durum plana tekrar odaklanma arttıkça depresyondaki azalmayı açıklıyor olabilir.

Korelasyon analizi sonucuna göre ise ilişkili bulunan diğer bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden başkalarını suçlama ve ruminasyon stratejisi de yaşanan deneyimlerin olumsuz yönüyle ilgilenmeyi içermektedir. Beck'in (1979) Bilişsel Kuramı'nda da olumsuz düşüncelerin depresyonu ortaya çıkardığı savunulduğu için bu stratejiler artarken depresyonun da artması bulgusu uyumlu görülmektedir. Pozitif yeniden değerlendirme ve pozitif yeniden odaklanma stratejileri ise yaşanan olayın olumlu taraflarıyla ilgilenmeyi temsil ettiği için bu stratejilerde artış olunca depresyon belirtilerinde azalma olması beklenen bir durum gibi görünmektedir. Bir diğer bulgu olan kabul etme stratejisi arttıkça depresyonun artması bulgusu ise Bilişsel Kuram'la uyumlu görünmemektedir. Çünkü, kabul etme stratejisi yaşanılan olayın gerçekliğiyle kabul edinilmesini ve olayla baş etmeyi içermektedir, uyumlu bir stratejidir ve depresyonla negatif bir ilişki içinde olması beklenmektedir (Garnefski ve ark., 2001). Bu çalışmada ise tersi bir durum söz konusudur. Başka araştırmalarda da kabul etme stratejisi arttıkça depresyonun arttığı tespit edilmiştir (Ataman-Temizel ve Dağ, 2014; Yalçınkaya-Alkar, 2020). Ataman-Temizel ve Dağ (2014), kabul etme stratejisinin Türk toplumunda olumlu bir düşünce içeriğine sahip

olmayabileceğini, öğrenilmiş çaresizlik olarak değerlendirilebileceğini belirtmiştir. Garnefski ve Kraaij (2007)'e göre ise stratejilerin uyumlu ya da uyumsuz olarak ayrılmaması gereklidir, çünkü uyumlu olarak değerlendirilen bir strateji başka bir çalışmada uyumsuz özellik gösterebilir. Bu bilgiler ışığında, Türk örnekleminde yapılan bu çalışmada, kabullenmenin depresif belirtilerin varlığını engellemediği ya da depresif belirtileri azaltmadığı ve kabul etme stratejisinin bu çalışmada uyumlu stratejiler arasında yer almadığı sonucuna ulaşılabilir. Ancak bu bulgunun, kabul etme ve depresyon arasında nasıl bir ilişki olduğunun anlaşılabilmesi adına, gelecek çalışmalarda yeniden değerlendirilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Sonuç olarak ilgili alanyazında, uyumlu stratejilerin kullanımı arttığında depresyon belirtilerinin azalacağı, uyumsuz stratejilerin kullanımı arttığında ise depresyon belirtilerinin şiddetleneceği bilgisi yer almaktadır (Garnefski ve ark., 2001; Jermann ve ark., 2006). Bu çalışmanın depresyonu yordayan ve depresyonla ilişkili bulunan bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ilgili bulgularının da genel olarak alanyazınla örtüştüğü düşünülmektedir.

Çalışmanın bir diğer bağımlı değişkeni olan kaygının yordayıcılarının belirlenmesi amacıyla hiyerarşik regresyon analizi yapılmıştır. Analize ilk aşamada yaş ve cinsiyet değişkenleri dahil edilmiştir ve yaşın kaygıyı yordadığı görülmüştür. İkinci aşamada ise yaş ve cinsiyet kontrol edildiğinde yaş, dikkat, ruminasyon, felaketleştirme ve plana tekrar odaklanmanın kaygıyı yordadığı bulgusu elde edilmiştir. Korelasyon analizine göre ise dikkat eksikliği, hiperaktivite, kendini suçlama, başkalarını suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve kabul etme değişkenleri kaygıyla birlikte artış göstermiştir. Yaş, pozitif yeniden odaklanma, plana tekrar odaklanma ve pozitif yeniden değerlendirme arttığında ise kaygı belirtileri azalmaktadır.

Analiz sonuçlarında kaygının yordayıcılarından birinin yaş değişkeni olduğu ve yaş arttıkça kaygı belirtilerinin azaldığı tespit edilmiştir. Başka bir ifadeyle, bireylerin yaşlarının artması kaygı belirtilerindeki azalmayı açıklamaktadır ve bu azalma yaşın artmasıyla ilişkili bulunmuştur. Bu bulguyu destekleyen çalışmalar bulunmakla birlikte (Kessler ve ark., 1994; Brenes ve ark., 2008; Hajek ve König, 2021), desteklemeyen çalışmalar da vardır (Blazer ve ark., 1991; Wittchen ve ark., 1994; Özcan ve ark., 2006; Mackenzie ve ark., 2011). Yaş ile kaygı arasındaki bu negatif ilişkinin olası açıklaması, yaş ilerledikçe negatif duygulanımda görülen azalma olabilir (Charles ve ark., 2001). Negatif duygulanım, kişide huzur ve sakinlik yerine hoş olmayan, rahatsız edici duyguların olmasıdır ve bunlardan biri de kaygıdır (Clark

ve Watson, 1991). 23 yıl süren bir araştırmada, bireylerin yaşları arttıkça pozitif duygulanımları aynı kalırken, negatif duygulanımlarında azalma gözlenmiştir (Charles ve ark., 2001). Dolayısıyla gençlerin daha fazla kaygı belirtilerine sahip olmasının ilgili alanyazınla uyumlu olduğu düşünülmektedir.

Çalışmanın bir diğer bulgusuna göre, dikkat eksiliği belirtileri kaygıyı yordayan değişkenlerden biridir ve kaygıdaki artış dikkat eksikliğindeki artışla ilişkilidir. Buna göre bireylerde dikkat eksikliği belirtilerinin artması kaygıdaki artışı açıklamaktadır ve bu artışla ilişki göstermektedir. Buna ek olarak hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri artarken kaygı belirtileri de artmaktadır. Yani, dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri kaygıyla beraber artış göstermektedir ve bu değişkenlerin kaygı için önemli olduğu düşünülmektedir. Alanyazında da benzer sonuçları görmek mümkündür (Tai ve ark., 2012; Michelini ve ark., 2015; Prevatt ve ark., 2015; Jarrett, 2016; Bodalski ve ark., 2018). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasındaki karmaşık ilişkiye genetik ve çevresel koşulların etki ettiği bilinmektedir (Michelini ve ark., 2015). Bu ilişkiye dair çalışmalardan bazıları, duygu düzenleme becerilerinin rolünü vurgulamaktadır (Jarret, 2016; Bodalski ve ark., 2018). Bodalski ve arkadaşlarının (2018) yaptığı araştırmaya göre DEHB görülen bireylerde artan kaygı belirtileri, duygu düzenleme becerilerindeki bozulmayla ilişkili olabilir. Jarret (2016)'ya göre de DEHB'li bireylerde kontrol grubuna göre daha fazla görülen yürütücü işlev becerilerindeki bozulma, duygu düzenleme ve problem çözme alanlarında yaşanmaktadır. Ayrıca bu alanlardaki bozulma, DEHB ve kaygı belirtilerini bir arada yaşayan bireylerde, sadece DEHB ya da sadece kaygı belirtileri yaşayan bireylere göre daha fazladır (Jarret, 2016). Bu bilgiler ışığında, dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri ile kaygı belirtileri arasındaki bağlantının anlaşılabilmesi için yürütücü işlevler ve duygu düzenleme becerilerinin incelenmesi önemli görünmektedir.

Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden ruminasyon, plana tekrar odaklanma ve felaketleştirme stratejilerinin kaygının yordayıcıları olduğu bulgusuna ulaşılmıştır. Buna göre, ruminasyon ve felaketleştirme stratejilerindeki artış, kaygı belirtilerindeki şiddetlenmeyi açıklamaktadır. Plana tekrar odaklanma stratejisinde görülen artış ise kaygı belirtilerindeki azalmayı açıklamaktadır. Ayrıca kendini suçlama, başkalarını suçlama, ruminasyon, felaketleştirme ve kabul etme belirtileri kaygıyla birlikte artmaktadır. Kabul etme dışındaki belirtiler uyumsuz stratejiler olarak kabul edildiği için bu stratejilerin kaygı belirtileriyle olan pozitif yöndeki ilişkisi beklenen bir durumdur. Ancak uyumlu

stratejilerden biri olan kabul etme arttıkça kaygının da artması beklenmeyen bir sonuçtur. Tüm bunlara ek olarak, pozitif yeniden odaklanma, plana tekrar odaklanma ve pozitif yeniden değerlendirme stratejileri arttıkça kaygının azaldığı sonucu elde edilmiştir. Bu stratejiler uyumlu stratejiler olarak görüldüğü için kaygıyla aralarındaki negatif yöndeki ilişki beklenildiği gibidir. Çalışmanın bulgularının, kaygı ve bilişsel duygu düzenleme stratejilerini inceleyen diğer çalışmaların sonuçlarıyla paralel olduğu görülmektedir (Garnefski ve ark., 2002; Martin ve Dahlen, 2005; Garnefski ve Kraaij, 2007; Ataman-Temizel ve Dağ, 2014).

Clark ve Beck (2010)'a göre, kaygının bilişsel modelinde, bilgi işlemenin hatalı bilişsel işleyişle gerçekleşmesi sonucu duygusal rahatsızlıklar oluşur. Bu noktada, olayın ya da durumun kendisi değil, bu olay ya da duruma ilişkin düşünceler, algılar, şemalar kaygıya neden olmaktadır. Kısaca kaygının oluşumu, nötr durumların hatalı ve otomatik bilgi işleme nedeniyle aşırı tehlikeli görülmesi sonucu savunmasız hissetme ile gerçekleşir. Bireyin kaygı düzeyini, tehdite ilişkin değerlendirmesi ve bu tehditle baş etme becerilerine ne kadar güvendiği belirlemektedir. Ayrıca olumsuz bilişler, bireylerdeki kaygı, depresyon vb. olumsuz duyguların artmasına neden olur (Clark ve Beck, 2010). Alanyazında birçok çalışma da olumsuz bilişlerin olumsuz duygular üzerindeki etkisini belirtmiştir (Beck, 1979; Smith ve Ellsworth, 1985; Martin ve Dahlen, 2005; Siemer ve ark., 2007). Dolayısıyla, bu çalışmanın bulgusuna göre uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden ruminasyon ve felaketleştirme stratejilerinin daha çok kullanılmasının, yani olumsuz bilişlerin artmasının, kaygı belirtilerindeki şiddetlenmeyi açıklaması beklenen bir sonuç gibi görünmektedir. Plana tekrar odaklanma stratejisi uyumlu stratejilerden olduğu ve olumsuz deneyimlerle baş etme planı yapma düşüncesini içerdiği için, bu stratejinin daha çok kullanılmasının kaygı belirtilerindeki hafiflemeyi açıklaması anlaşılır bir durum gibi görünmektedir. Çünkü bilişsel bakış açısına göre bireylerde kaygıyı ortaya çıkaran etmenlerden biri de kaygı yaratan durum karşısında savunmasız (vulnerability) hissetmek, bununla baş etme becerilerine güvenmemektir (Clark ve Beck, 2010). Plana tekrar odaklanmada ise stres veren durumla baş etme düşüncesi olduğu için, bu strateji tehditlere karşı bireylerin kendini güvende hissetmesini sağlayarak kaygı belirtilerini azaltıyor olabilir.

Korelasyon analizi sonuçlarına göre ise kaygı ile negatif ilişki gösteren diğer bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden pozitif yeniden odaklanma ve pozitif yeniden değerlendirme stratejileri, stres veren olayla ilgili bireyin olumlu bir bakış açısına sahip

olmasını ifade etmektedir. Olumsuz düşüncelere odaklanmamak ve stresli olayın öğretici yönünü görmek gibi olumlu düşüncelerin artmasının, kaygı belirtilerinin azalmasıyla ilişkili olması, olumsuz düşüncelerin olumsuz duygusal durumlar yaratması fikriyle örtüşmektedir (Beck, 1979; Siemer ve ark., 2007). Çalışmanın diğer bir sonucu, kendini suçlama ve başkalarını suçlama stratejileri daha çok kullanıldıkça kaygı belirtilerinde de şiddetlenme görülmesidir. Uyumsuz stratejilerin kullanımı arttıkça kaygının da artmasının şaşırtıcı bir sonuç olmadığı gibi, Lazarus ve Folkman (1984)'e göre de duygu odaklı başa çıkmada kullanılan bilişsel stratejilerden olan kendini suçlama, bireylerin duygusal sıkıntısını arttıran, kendini cezalandırmayı içeren uyumsuz bir stratejidir. Stresli olaylar karşısında başkalarını suçlama ise, bireyin olaylar üzerindeki kontrol algısını kaybetmesine neden olduğu için kaygının artmasıyla ilişkili olabilir. Nitekim Bilişsel Model (Clark ve Beck, 2010)'da da Genellenmiş Kaygı Bozukluğu'nu ortaya çıkaran işlevsel olmayan inançlar, yani şemalar arasında belirsizliğe tahammülsüzlük yer almaktadır. Bireyler, olası kötü durumları kontrol edebildikleri takdirde üstesinden gelebileceklerine inanırlar (Clark ve Beck, 2010). Dolayısıyla, diğerlerini suçlama bu kontrol algısının kaybolmasına neden olarak kaygı belirtilerindeki şiddetlenmeyle ilişkili olabilir. Kabul etme stratejisi ise uyumlu bir strateji olmasına rağmen, beklenenin aksine kaygıyla pozitif ilişkili çıkmıştır. Başka çalışmalarda da benzer durumla karşılaşıldığı görülmüştür (Garnefski ve Kraaij, 2007; Ataman-Temizel ve Dağ, 2014). Garnefski ve Kraaij (2007)'ye göre stratejilerin uyumlu ya da uyumsuz olarak net bir şekilde sınıflandırılması için daha fazla çalışma yapılmalıdır. Bir stratejinin bazı durumlarda uyumlu bazı durumlarda uyumsuz olabileceğini, her çalışmada stratejilerin kendi koşullarına göre değerlendirilmesi ve sınıflandırılması gerektiğini düşünmektedirler (Garnefski ve Kraaij, 2007). Ataman-Temizel ve Dağ (2014)'e göre de kabul etme stratejisi Türk kültüründe daha boyun eğici ve kaderci bir bakış açısıyla, öğrenilmiş çaresizlik olarak ele alınıyor olabilir. Bu durum da kabul etme stratejisinin kaygıyla birlikte artış göstermesinin olası nedensel mekanizmasını açıklıyor olabilir.

Tüm bu bilgiler ışığında gelinen noktada, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden hangi stratejinin psikopatolojiye neden olduğunun tam olarak belli olmadığı, stratejilerden birinin daha çok ya da daha az kullanılmasının bireyde olumsuz etkisi olabileceği gibi koruyucu bir etkisinin de olabileceği sonucu çıkarılabilir (Garnefski ev ark., 2001). Dolayısıyla bu stratejiler ve psikopatoloji arasındaki ilişkinin doğası tam olarak belli olmamakla birlikte, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin psikopatoloji açısından önemli olduğu düşünülmektedir (Garnefski ve ark., 2001).

5.3. Cinsiyet ile Dikkat Eksikliği ve Hiperkaitivite/Dürtüsellik Belirtilerine İlişkin Grup Farklılıkları

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığının incelenmesi amacıyla çok yönlü varyans analizi testi yapılmıştır. Analiz sonucunda dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin cinsiyete göre farklılaşmadığı sonucuna ulaşılmıştır. Daha önceki çalışmalarda erişkin DEHB'in cinsiyete göre farklılaşmadığı bulgusuna ulaşılmıştır (Kooij ve ark., 2004; Taner ve ark., 2007; Simon ve ark., 2009). Bazı çalışmalarda ise cinsiyet farkı saptanmıştır (Murphy ve Barkley, 1996; Almeida Montes ve ark., 2007). Çocukluk döneminde erkeklerde kızlara oranla DEHB belirtilerinin daha belirgin olduğu, kızların belirtilerinin farkedilmesinin daha zor olduğu (Gershon, 2002) ve DEHB belirtilerinin yaşla beraber azaldığı bilinmektedir (Faraone ve ark., 2004). Bu çalışmada da cinsiyet farkının bulunmaması, çalışma örnekleminin yetişkin katılımcılardan oluşması sonucu yaşla beraber erkeklerdeki belirtilerin daha az görünür olmasından kaynaklanıyor olabilir. Ayrıca bu çalışmanın örnekleminin klinik olmaması da bu sonucu vermiş olabilir. Buna ek olarak, DuPaul ve arkadaşları (2001)'na göre çocuklarda cinsiyet farkı bulunurken yetişkinlerde fark olmamasının olası nedeni, çocukların belirtilerinin aile veya öğretmenlerin gözlemiyle tespit edilmesi, yetişkinlikte ise belirtilerin tespiti için öz bildirim ölçeklerinin kullanılması olabilir.

5.4. Dikkat Eksikliği Belirtileri ile Depresyon Arasındaki İlişkide Kendini Suçlama, Plana Tekrar Odaklanma ve Felaketleştirme'nin Aracı Rolünün İncelenmesi

Dikkat eksikliği belirtileri ile depresyon arasındaki ilişkideki olası mekanizmaların belirlenebilmesi amacıyla, bu çalışmada depresyonu yordayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama, felaketleştirme ve plana tekrar odaklanma stratejilerinin aracı rolü ayrı ayrı incelenmiştir. Analiz sonucuna göre dikkat eksikliği ve depresyon arasındaki ilişkiye kendini suçlama, felaketleştirme ve plana tekrar odaklanma stratejilerinin aracılık ettiği bulunmuştur. Dikkat eksikliği belirtileri arttıkça kendini suçlama ve felaketleştirme artmakta, sonuç olarak da depresyon artmaktadır. Dikkat eksikliği arttıkça plana tekrar odaklanma azalmakta, depresyon artmaktadır.

İlgili alanyazın incelendiğinde, dikkat eksikliği belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaların oldukça sınırlı olduğu görülmüştür

(Rüfenacht ve ark., 2019; Mayer ve ark., 2022). Dikkat eksikliği ile depresyon arasındaki ilişkide bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünü inceleyen herhangi bir çalışmaya ise rastlanılmamıştır. Bu nedenle bu çalışmanın alanyazına katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Bu alandaki bir çalışmaya göre duygu düzenleme güçlüğünün DEHB belirtileri ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık ettiği saptanmıştır (Bodalski ve ark., 2018). Rüfenacht ve arkadaşları (2019)'un yaptığı çalışmaya göre, DEHB belirtilerindeki artış uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kullanımındaki artışı yordamaktadır ve artan depresyon belirtileri uyumsuz stratejilerin daha çok kullanılmasını açıklamaktadır. Mayer ve arkadaşları (2022)'nın yaptığı çalışmaya göre ise, yine DEHB'li bireyler uyumsuz stratejileri daha çok kullanmaktadır ve uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri depresyonu yordamaktadır. Uyumsuz stratejilerin daha sık kullanılması ve uyumlu stratejilerin daha az kullanılması durumunda DEHB'li bireylerdeki depresyon riskinin arttığı sonucu elde edilmiştir (Mayer ve ark., 2022). Ayrıca uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin, DEHB'li bireylerin duygu düzenleme sorunları yaşamaları konusunda rolü olduğu düşünülmektedir (Rüfenacht ve ark., 2019). Uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri ve depresyon arasındaki ilişkiye dair çalışmalarda da uyumsuz stratejilerin kullanımı arttıkça depresyon belirtilerinin şiddetlendiği saptanmıştır (Garnefski ve ark., 2001; Martin ve Dahlen, 2005; Jermann ve ark., 2006). Alanyazında ilgili bulgular incelendiğinde bu çalışmadaki sonuçların önceki araştırmalarla uyumlu olduğu düşünülmektedir. Nitekim bu çalışmada da DEHB belirtileri artarken uyumsuz stratejiler arasında yer alan kendini suçlama ve felaketleştirme stratejileri de artmakta, sonuç olarak depresyon da artmaktadır. DEHB belirtilerinin artması uyumlu stratejiler arasında yer alan plana tekrar odaklanma stratejisini azaltmakta, depresyon ise artmaktadır. Diğer bir ifadeyle, dikkat eksikliği belirtileri arttığında kendini suçlama ve felaketleştirme stratejileri daha çok, plana tekrar odaklanma stratejisi ise daha az kullanılmaktadır, bu durumda da bireylerdeki depresyon belirtileri şiddetlenmektedir. Sonuç olarak, uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin daha sık kullanılması, DEHB belirtilerine sahip bireyleri depresyon riskinden koruyan bir faktör olabilir.

5.5. Dikkat Eksikliği Belirtileri ile Kaygı Arasındaki İlişkide Plana Tekrar Odaklanma, Ruminasyon ve Felaketleştirmenin Aracı Rolünün İncelenmesi

Dikkat eksikliği ve kaygı arasındaki ilişkide, bu çalışmada kaygıyı yordayan bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden plana tekrar odaklanma, felaketleştirme ve ruminasyonun olası aracılık rolü incelenmiştir. Analiz sonucuna göre plana tekrar odaklanma ve felaketleştirme stratejilerinin aracılık rolü tespit edilmiştir. Ruminasyonun ise dikkat eksikliği ve kaygı arasındaki ilişkiye aracılık etmediği sonucuna ulaşılmıştır. Dikkat eksikliği arttıkça felaketleştirme artmakta, plana tekrar odaklanma azalmakta ve kaygı artmaktadır.

Bu alandaki araştırmalar incelendiğinde DEHB ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişkiye dair araştırmaların oldukça kısıtlı olduğu görülmüştür (Rüfenacht ve ark., 2019; Mayer ve ark., 2022). DEHB ve kaygı arasındaki ilişkide bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolünü inceleyen bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu çalışmanın sonuçlarının alanyazına katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bodalski ve arkadaşlarının (2018) yaptığı bir çalışmada duygu düzenleme güçlüğünün DEHB belirtileri ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık ettiği tespit edilmiştir. Önceki araştırma sonuçlarında da dikkat eksikliği belirtilerinin kaygıyı yordadığı, dikkat eksikliği belirtilerinin arttıkça kaygı belirtilerinin de arttırdığı saptanmıştır (Tai ve ark., 2012; Michelini ve ark., 2015; Prevatt ve ark., 2015; Jarrett, 2016). Dikkat eksikliği belirtileri ve bilişsel duygu düzenleme stratejileri incelediğinde, dikkat eksikliği belirtilerinin uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini yordadığı ve DEHB belirtileri olan bireylerin kontrol grubuna oranla daha fazla uyumsuz stratejileri kullandığı sonucu elde edilmiştir (Rüfenacht ve ark., 2019; Mayer ve ark., 2022). Uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kaygı belirtileriyle ilişkili olduğu ve uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin daha sık kullanılması durumunda kaygı belirtilerinin de arttığı tespit edilmiştir (Garnefski ve ark., 2002; Martin ve Dahlen, 2005; Garnefski ve Kraaij, 2007; Ataman-Temizel ve Dağ, 2014). Dolayısıyla bu çalışmadaki plana tekrar odaklanma ve felaketleştirme stratejilerinin aracılık rolü alanyazınla uyumlu görünmektedir. Çünkü bu çalışmada, dikkat eksikliği belirtileri arttıkça uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden felaketleştirme stratejisinin arttığı, uyumlu bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden plana tekrar odaklanma stratejisinin azaldığı, sonuç olarak da kaygı belirtilerinin arttığı sonucuna ulaşılmıştır. Diğer bir ifadeyle bireylerdeki artan dikkat

eskikliği belirtileri felaketleştirme stratejisinin kullanımını arttırmakta, plana tekrar odaklanma stratejisinin kullanımını azaltmaktadır ve bu da kaygı belirtilerini şiddetlendirmektedir. Sonuç olarak dikkat eksikliği belirtilerine sahip bireylerin uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejilerini daha sık kullanması, kaygı belirtilerini de yaşamaları açısından risk faktörü olabilir.

Aracılık analizine ilişkin bir diğer bulgu ise ruminasyon stratejisinin dikkat eksikliği ve kaygı arasındaki ilişkide aracı rolünün bulunmamasıdır. Bir çalışmada, yüksek düzeyde dikkat eksikliği belirtilerine sahip bireylerin, düşük düzeyde belirtileri olan bireylere göre ruminasyonun alt boyutlarından olan daha fazla geviş getirir gibi düşünmeyi (brooding) kullandıkları görülmüştür (Jonkman ve ark., 2017). Burdan yola çıkılarak, bu çalışmada ruminasyonun aracılık rolünün bulunmaması, çalışma örnekleminin klinik olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Yani, katılımcıların yüksek düzeyde dikkat eksikliği belirtilerine sahip olmamasından dolayı ruminasyon stratejisi kaygıyla olan ilişkiye aracılık etmemiş olabilir. Ancak bu konuda daha fazla araştırma yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Aracılık analizlerinden anlaşıldığı üzere, bu çalışmada felaketleştirme ve plana tekrar odaklanma stratejileri bireylerin hem depresyon hem de kaygı düzeyleriyle ilişkili bulunmuştur. Bu doğrultuda, bireylerin stresli bir olayla karşılaştıkları zaman, olaya ilişkin baş etme becelerine ne kadar güvendiği ve olayın ne kadar yıkıcı olduğuyla ilgili bilişlerinin önemli olduğu görünmektedir. Çünkü bu çalışmaya göre, baş etme becerilerine güvenmek ve çözüm yolu bulabileceğini düşünmek, yani plana tekrar odaklanma stratejisinin daha fazla kullanılması duurmunda depresyon ve kaygı belirtilerinde hafifleme yaşanmaktadır. Ancak, stretsli olayın ne kadar kötü ve yıkıcı olduğu düşünüldüğünde, yani felaketleştirme stratejisi daha fazla kullanıldığında bireylerin depresyon ve kaygı düzeyleri şiddetlenmektedir. Bu bilgilerin ışığında, bireylerin stresli durumlar karşısında alternatif üretebilmesinin ve çözüm yolları aramasının, bireyleri depresyon ve kaygı bozuklukları riskinden koruyabileceği düşünülmektedir.

Tüm bu bulgulara göre desteklenen ve desteklenmeyen çalışma hipotezlerinin değerlendirilmesi şöyledir:

1. Depresyon belirtileri ile dikkat eksikliği belirtileri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.
2. Depresyon belirtileri ile hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.
3. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kendini suçlama alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.
4. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin başkalarını suçlama alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.
5. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ruminasyon alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.
6. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin felaketleştirme alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.
7. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kabul etme alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunamamıştır, poizitif yönde ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
8. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin pozitif yeniden odaklanma alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur.
9. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin plana tekrar odaklanma alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur.
10. Depresyon belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin pozitif yeniden değerlendirme alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur.
11. Kaygı belirtileri ile dikkat eksikliği belirtileri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.
12. Kaygı belirtileri ile hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.
13. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kendini suçlama alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.

14. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin başkalarını suçlama alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.
15. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ruminasyon alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.
16. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin felaketleştirme alt faktörü arasında anlamlı ve pozitif yönde bir ilişki bulunmuştur.
17. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kabul etme alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunamamıştır, pozitif ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur.
18. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin pozitif yeniden odaklanma alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur.
19. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin plana tekrar odaklanma alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur.
20. Kaygı belirtileri ile bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin pozitif yeniden değerlendirme alt faktörü arasında anlamlı ve negatif yönde bir ilişki bulunmuştur.
21. Dikkat eksikliği belirtileri kaygı belirtilerini anlamlı bir şekilde pozitif olarak yordamaktadır.
22. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ruminasyon alt faktörü kaygı belirtilerini anlamlı bir şekilde pozitif olarak yordamaktadır.
23. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin plana tekrar odaklanma alt faktörü kaygı belirtilerini anlamlı bir şekilde negatif olarak yordamaktadır.
24. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin felaketleştirme alt faktörü kaygı belirtilerini anlamlı bir şekilde pozitif olarak yordamaktadır.
25. Cinsiyet depresyon belirtilerini anlamlı bir şekilde yordamaktadır.
26. Dikkat eksikliği belirtileri depresyon belirtilerini anlamlı bir şekilde pozitif olarak yordamaktadır.
27. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kendini suçlama alt faktörü depresyon belirtilerini anlamlı bir şekilde pozitif olarak yordamaktadır.
28. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin plana tekrar odaklanma alt faktörü depresyon belirtilerini anlamlı bir şekilde negatif olarak yordamaktadır.

29. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin felaketleştirme alt faktörü depresyon belirtilerini anlamlı bir şekilde pozitif olarak yordamaktadır.
30. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin kendini suçlama alt boyutu dikkat eksikliği ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir.
31. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin plana tekrar odaklanma alt boyutu dikkat eksikliği ile depresyon belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir.
32. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin felaketleştirme alt faktörü dikkat eksikliği ve depresyon belirtileri arasındaki ilişkide aracı roldedir.
33. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin plana tekrar odaklanma alt faktörü dikkat eksikliği ile kaygı belirtileri arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir.
34. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ruminasyon alt boyutu dikkat eksikliği ile kaygı arasındaki ilişkiye aracılık etmemektedir.
35. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin felaketleştirme alt boyutu dikkat eksikliği ile kaygı arasındaki ilişkiye aracılık etmektedir.
36. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri cinsiyete göre farklılaşmamaktadır.

5.6. Araştırmanın Sınırlılıkları

Çalışmadan elde edilen bulguların alanyazında önemli bir eksikliği gidereceği düşünülmesiyle birlikte bu çalışma bazı sınırlılıklara sahiptir.

Örneklem incelendiğinde, kadın ve erkek katılımcı sayısının homojen dağılmadığı görülmektedir. Bu durumun cinsiyetle ilgili araştırma bulgularının genellebilirliğini kısıtlayabileceği ve bu nedenle gelecekteki çalışmalarda kadın ve erkek katılımcı sayısı arasındaki farka dikkat edilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Bu araştırmanın bir diğer sınırlılığı, değişkenlere ilişkin ölçüm aracı olarak öz bildirim ölçeklerinin kullanılmış olması ve veri toplama sürecinin çevrimiçi yürütülmesidir. Bu durum ölçüm aracı doldurulurken katılımcıların gözlemlenebilmesini engellemekle beraber, rastgele yanıtlar vermiş olmalarına da neden olmuş olabilir. Bu nedenle bu çalışmanın verilerine ilişkin aykırı/uç değer analizi yapılarak bu olasılıklar azaltılmaya çalışılmıştır. Gelecek araştırmalarda bu olasılıkları eleyebilmek için veri toplama aşamasında öz bildirim

ölçeklerinin kullanılmasının yanında klinik görüşme ya da gözlem imkanının olması ve çevrimiçi veri toplama esnasında katılımcının ölçekleri doldurmak için harcadığı zamana dikkat edilmesi gibi önlemler alınabilir.

Bu çalışmanın örnekleminin genel popülasyondan uygun örnekleme yöntemiyle seçilmesi çalışmanın bir diğer kısıtlılığıdır. Araştırma bulgularının sağlıklı kontrollerde ve tanı almış klinik örneklemde nasıl farklılaştığının incelenebilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Ayrıca Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) yetişkin örneklemde yaygınlığı %4.4 olan bir bozukluktur ve genel popülasyonda kolay rastlanılan bir yaygınlığa sahip değildir (Kessler ve ark., 2006). Bu nedenle sonraki çalışmalarda DEHB tanısı almış bireylere ulaşılabilmesi, bu bozukluğun doğasını anlamak adına önemli görünmektedir.

Bir diğer sınırlılık ise bu çalışmanın kesitsel bir çalışma olmasıdır. Bu durum araştırma bulgularıyla ilgili neden-sonuç ilişkisi kurulmasını engellemektedir. Gelecekteki çalışmalarda farklı araştırma yöntemleri kullanılarak değişkenler arasındaki neden-sonuç ilişkileri tespit edilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışmada öncelikle erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) belirtileri ile depresyon ve kaygı belirtileri arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır. Sonuçlara göre, dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arttıkça bireyler depresifleşmektedir ve kaygı belirtileri artmaktadır. Ayrıca kaygı ve depresyon belirtilerindeki artış dikkat eksikliği belirtilerinin artması ile açıklanabilmektedir. Bu nedenle dikkat eksikliği belirtilerinin hem depresyon hem de kaygı belirtileri için risk oluşturabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmaya göre, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama, başkalarını suçlama, kabul etme, ruminasyon ve felaketleştirme stratejilerini sıklıkla kullanan bireylerde depresyon ve kaygı belirtilerinin artabileceği; pozitif yeniden odaklanma, plana tekrar odaklanma, pozitif yeniden değerlendirme stratejilerinin daha sık kullanımı durumunda ise bireylerin daha az depresif ve kaygılı olacağı beklenmektedir. Ayrıca genç bireylerin ileri yaştaki bireylere göre daha kaygılı olacağı düşünülmektedir. Kendini suçlama ve felaketleştirme stratejilerinin daha sık, plana tekrar odaklanma stratejisinin daha az kullanılması depresyon düzeyindeki artışı açıklamaktayken; ruminasyon ve felaketleştirme stratejilerinin daha az, plana tekrar odaklanma stratejilerinin daha çok kullanılması bireylerin daha az kaygılı olmasını açıklamaktadır. Göründüğü gibi, uyumsuz stratejilerin daha sık kullanılması psikopatoloji riskini arttırabilir.

Çalışmanın bir diğer amacı ise DEHB belirtileri ile depresyon ve kaygı arasındaki ilişkiye hangi bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracılık ettiğinin araştırılmasıdır. Sonuçlar, bilişsel duygu düzenleme stratejilerinden kendini suçlama, felaketleştirme ve plana tekrar odaklanma stratejilerinin, dikkat eksikliği ve depresyon arasındaki ilişkide aracı rolde olduğunu göstermektedir. Felaketleştirme ve plana tekrar odaklanma startejilerinin ise dikkat eksikliği ve kaygı arasındaki ilişkiye aracılık ettiği anlaşılmıştır. Bireylerin dikkat eksikliği belirtilerinde görülen artışla felaketleştirme stratejisini daha çok, plana tekrar odaklanma stratejisini ise daha az kullanarak depresifleştiği ve kaygılandığı söylenebilir. Yine, dikkat eksikliği belirtileri artan bireylerde kendini suçlama stratejisi daha çok kullanılmakta ve sonuç olarak depresyon belirtileri şiddetlenmektedir.

Sonuç olarak, bilişsel duygu düzenleme stratejileri, DEHB, depresyon ve kaygı belirtilerinin birbirleriyle ilişkili faktörler olduğu ve psikopatolojiler değerlendirilirken bu değişkenlerin göz önünde bulundurulması gerektiği düşünülmektedir. DEHB'e sıklıkla eşlik eden bozukluklardan olduğu bilinen depresyon ve kaygı bozukluklarının (Ohnishi ve ark., 2019), DEHB'in klinik gidişatını daha kötü bir hale getirdiği düşünülmektedir (Sobanski, 2006). Ayrıca depresyon ve kaygı belirtilerinin bazı DEHB belirtilerine benzerliği nedeniyle kolay fark edilmediği bilinmektedir (Katzman ve ark., 2017). Bu durum, uygun tedavinin gecikmesi nedeniyle klinik gidişatın (Katzman ve ark., 2017) ve DEHB'li bireylerin yaşam kalitesinin kötüleşmesine neden olmaktadır (Yang, 2013). Bu nedenle DEHB belirtileriyle başvuran bireylerde bu bozuklukların varlığının, depresyon ya da kaygı belirtilerinden muzdarip olan bireylerde ise DEHB ihtimalinin araştırılması önemli görünmektedir. Ayrıca bu araştırmada da görüldüğü üzere, uyumsuz stratejilerin kullanımı psikopatolojiyi arttırmaktadır ve dikkat eksikliği belirtileri uyumsuz stratejilerle ilişkilidir. Bu sonuç, DEHB'li bireylerde eşlik eden depresyon ya da kaygı belirtilerinin değerlendirilmesinde bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin de payı olabileceğinin göstergesidir. Bunun için, psikologlar tarafından bireysel ve grup terapilerinde, DEHB'li bireylerin uyumsuz bilişsel duygu düzenleme stratejileri yerine uyumlu stratejilerin kullanımının arttırılmasına ilişkin terapötik müdahaleler geliştirilmesi, depresyon ve kaygının eş tanı olarak görülmesini önleyici bir adım olabilir.

7. KAYNAKLAR

Able, L. S., Johnston, A. J., Adler, A. L. & Swindle, W. R. (2007). Functional and psychosocial impairment in adults with undiagnosed ADHD. *Psychological Medicine, 37*, 97-107.

Adolphs, R., Damasio, H., Tranel, D., & Damasio, A. R. (1996). Cortical systems for the recognition of emotion in facial expressions. *Journal of Neuroscience, 16*(23), 7678-7687.

Alberts-Corush, J., Firestone, P., & Goodman, J. T. (1986). Attention and impulsivity characteristics of the biological and adoptive parents of hyperactive and normal control children. *American Journal of Orthopsychiatry, 56*(3), 413-423.

Almeida Montes, L. G., Hernández García, A. O., & Ricardo-Garcell, J. (2007). ADHD prevalence in adult outpatients with nonpsychotic psychiatric illnesses. *Journal of Attention Disorders, 11*(2), 150-156.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-III)*, 3rd edn. American Psychiatric Association, DC.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı* (5. Baskı). (E.Köroğlu, Çev.). Hekimler Yayın Birliği. (Orijinal çalışma basım tarihi 2013).

Andrade, L., Caraveo-Anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W., ... & Wittchen, H. U. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12*(1), 3-21.

Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, 252*(5), 201-209.

Antshel, K. M., Faraone, S. V., Maglione, K., Doyle, A., Fried, R., Seidman, L., & Biederman, J. (2009). Is adult attention deficit hyperactivity disorder a valid diagnosis in the presence of high IQ?. *Psychological Medicine, 39*(8), 1325-1335.

Apperly, I. A. (2012). What is "theory of mind"? Concepts, cognitive processes and individual differences. *The Quarterly Journal of Experimental Psychology, 65*(5), 825-839.

Astington, J. W., Pelletier, J., & Homer, B. (2002). Theory of mind and epistemological development: The relation between children's second-order false-belief understanding and their ability to reason about evidence. *New İdeas in Psychology, 20*(2-3), 131-144.

Ataman Temizel, E., & Dağ, İ. (2014). Stres veren yaşam olayları, bilişsel duygu düzenleme stratejileri, depresif belirtiler ve kaygı düzeyi arasındaki ilişkiler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *17*, 7-17.

Bach, L. J., Happe, F., Fleminger, S., & Powell, J. (2000). Theory of mind: Independence of executive function and the role of the frontal cortex in acquired brain injury. *Cognitive Neuropsychiatry*, *5*(3), 175-192.

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

Barkley, R. A. (2002). Major life activity and health outcomes associated with attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(12), 10-15.

Barkley, R. A., & Fischer, M. (2010). The unique contribution of emotional impulsiveness to impairment in major life activities in hyperactive children as adults. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *49*(5), 503-513.

Barkley, R. A., Murphy, K. R. & Fischer, M. (2010). *ADHD in adults: What the science says*. Guilford Press.

Baron-Cohen, S., Jolliffe, T., Mortimore, C. & Robertson, M. (1997). Another advanced test of theory of mind: Evidence from very high functioning adults with autism or Asperger syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *38*(7), 813-822.

Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Hill, J., Raste, Y., & Plumb, I. (2001). The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, *42*(2), 241-251.

Bassili, J. N. (1979). Emotion recognition: The role of facial movement and the relative importance of upper and lower areas of the face. *Journal of Personality and Social Psychology*, *37*(11), 2049.

Bebbington, P. (1996). The origins of sex differences in depressive disorder: bridging the gap. *International Review of Psychiatry*, *8*(4), 295-332.

Beck, A. T. (1979). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. Penguin.

Beheshti, A., Chavanon, M. L., & Christiansen, H. (2020). Emotion dysregulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis. *BMC Psychiatry*, *20*(120), 1-11.

Biederman, J. & Faraone, S. V. (2002). Current concepts on the neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Attention Disorders*, *6*(1), 7-16.

Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Benjamin, J., Krifcher, B., Moore, C., ... & Spencer, T. (1992). Further evidence for family-genetic risk factors in attention deficit hyperactivity disorder: Patterns of comorbidity in probands and relatives in psychiatrically and pediatrically referred samples. *Archives of General Psychiatry*, *49*(9), 728-738.

Biederman, J., Faraone, S. V., Keenan, K., Knee, D., & Tsuang, M. T. (1990). Family-genetic and psychosocial risk factors in DSM-III attention deficit disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *29*(4), 526-533.

Biederman, J., Monuteaux, C. M., Mick, E., Spencer, T., Wilens, E. T., Silva, M. J., Snyder, E. L., & Faraone, V. S. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: A controlled 10-year follow-up study. *Psycological Medicine, 36*, 167-179.

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

Blazer, D., George, L. K., & Hughes, D. (1991). The epidemiology of anxiety disorders: An age comparison. In C. Salzman & B. D. Lebowitz (Eds.), *Anxiety in the elderly: Treatment and research* (pp. 17–30). Springer Publishing Company.

Bodalski, E. A., Knouse, L. E., & Kovalev, D. (2018). Adult ADHD, emotion dysregulation, and functional outcomes: Examining the role of emotion regulation strategies. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *41*(1), 81-92.

Boomsma, D. I., De Geus, E. J., Vink, J. M., Stubbe, J. H., Distel, M. A., Hottenga, J. J., ... & Willemsen, G. (2006). Netherlands Twin Register: from twins to twin families. *Twin Research and Human Genetics*, *9*(6), 849-857.

Boomsma, D. I., Saviouk, V., Hottenga, J. J., Distel, M. A., De Moor, M. H., Vink, J. M., ... & Willemsen, G. (2010). Genetic epidemiology of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD index) in adults. *PloS One*, *5*(5), e10621.

Brenes, G. A., Knudson, M., McCall, W. V., Williamson, J. D., Miller, M. E., & Stanley, M. A. (2008). Age and racial differences in the presentation and treatment of generalized anxiety disorder in primary care. *Journal of Anxiety Disorders*, *22*(7), 1128-1136.

Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., ... & Kessler, R. C. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC Medicine, 9*(90), 1-16.

Brothers, L. (1990). The social brain: a project for integrating primate behaviour and neurophysiology in a new domain. *Concepts Neurosci, 1*, 27-51.

Brown, T. E., Reichel, P. C., & Quinlan, D. M. (2009). Executive function impairments in high IQ adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *13*(2), 161-167.

Bulloch, A. G., Williams, J. V., Lavorato, D. H., & Patten, S. B. (2017). The depression and marital status relationship is modified by both age and gender. *Journal of Affective Disorders*, *223*, 65-68.

Chao, C. Y., Gau, S. S., Mao, W. C., Shyu, J. F., Chen, Y. C., & Yeh, C. B. (2008). Relationship of attention-deficit–hyperactivity disorder symptoms, depressive/anxiety symptoms, and life quality in young men. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, *62*, 421-426.

Charles, S. T., Reynolds, C. A., & Gatz, M. (2001). Age-related differences and change in positive and negative affect over 23 years. *Journal of Personality and Social Psychology*, *80*(1), 136-151.

Clark, D. A., & Beck, A. T. (2010). *Cognitive therapy of anxiety disorders: Science and practice*. Guilford Press.

Clark, L. A., & Watson, D. (1991). Tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, *100*(3), 316-336.

Claussen, A. H., Holbrook, J. R., Hutchins, H. J., Robinson, L. R., Bloomfield, J., Meng, L., ... & Kaminski, J. W. (2022). All in the family? A systematic review and meta-analysis of parenting and family environment as risk factors for attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in children. *Prevention Science*, 1-23.

Clements, S. D. (1966). *Minimal brain dysfunction in children: terminology and identification: phase one of a three-phase project*. US Department of Health, Education and Welfare, Washington DC.

Conners, C. K. (1980). *Food additives and hyperactive children*. New York: Plenum.

Connor, D. F., Edwards, G., Fletcher, K. E., Baird, J., Barkley, R. A., & Steingard, R. J. (2003). Correlates of comorbid psychopathology in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *42*(2), 193-200.

Corbisiero, S., Mörstedt, B., Bitto, H., & Stieglitz, R. D. (2016). Emotional dysregulation in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder–validity, predictability, severity, and comorbidity. *Journal of Clinical Psychology*, *73*(1), 99-112.

Craske, M. G., Rauch, S. L., Ursano, R., Prenoveau, J., Pine, D. S., & Zinbarg, R. E. (2009). What is an anxiety disorder? *Depression and Anxiety*, *26*, 1066-1085.

Crichton, A. (1798). *An Inquiry Into the Nature and Origin of Mental Derangement: Comprehending a Concise System of the Physiology and Pathology of the Human Mind. And a History of the Passions and Their Effects* (Vol. 2). T. Cadell, junior, and W. Davies.

Çelik, S. (2017). *Otizm spektrum bozukluğu, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ve normal çocukların ana-babalarında zihin kuramı ve yürütücü işlevlerin karşılaştırılması* (Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Hasan Kalyoncu Üniversitesi: Gaziantep.

D'Agati, E., Curatolo, P., & Mazzone, L. (2019). Comorbidity between ADHD and anxiety disorders across the lifespan. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, *23*(4), 238-244.

Dağ, İ. (1991). Belirti Tarama Listesi (SCL-90)'nin üniversite öğrencileri için güvenirliği ve geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi, 2*(1), 5-12.

DeKosky, S. T., Heilman, K. M., Bowers, D., & Valenstein, E. (1980). Recognition and discrimination of emotional faces and pictures. *Brain and Language*, *9*(2), 206-214.

Derogatis, L. R. (1977). *SCL-90: administration, scoring and procedure Manuel-I for the revised version.* Baltimore, MD: John Hopkins University, School of Medicine, Clinical Psychometrics Unit.

Doğan, S., Öncü, B., Saraçoğlu- Varol, G. 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.

Doğan, S., Öncü, B., Varol Saraçoğlu, G.,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.

Doğanlı, O. S. (2015). *Acil servise iş kazası nedeniyle başvuran hastalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ilişkisinin değerlendirilmesi* (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi, Denizli.

Dolan, R. J. (2002). Emotion, cognition, and behavior. *Science*, *298*(5596), 1191-1194.

DuPaul, G. J., Schaughency, E. A., Weyandt, L. L., Tripp, G., Kiesner, J., Ota, K., & Stanish, H. (2001). Self-report of ADHD symptoms in university students: Cross-gender and cross-national prevalence. *Journal of Learning Disabilities*, *34*(4), 370-379.

Ebaugh, F. G. (1923). Neuropsychiatric sequelae of acute epidemic encephalits in children. *American Journal of Diseases of Children, 25*, 89-97.

Edelbrock, C., Rende, R., Plomin, R., & Thompson, L. A. (1995). A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *36*(5), 775-785.

Epstein, J. N., Conners, C. K., Erhardt, D., Arnold, L. E., Hechtman, L., Hinshaw, S. P., ... & Vitiello, B. (2000). Familial aggregation of ADHD characteristics. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *28*(6), 585-594.

Ercan, E. S., Kandulu, R., Uslu, E., Ardıç, A. Ü., Başay, K. B., Aydın, C., & Rohde, A. L. (2013). Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: A 4-year longitudinal study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, *7*(30), 1-10.

Erol, A., Ünal, E. K., Gülpek, D. ve Mete, L. (2009). Yüzde dışavuran duyguların tanınması ve ayırt edilmesi testlerinin türk toplumunda güvenilirlik ve geçerlilik çalışması. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *10*, 116-123.

Faraone, S. V. & Biederman, J. (1997). Do attention deficit hyperactivity disorder and major depression share familial risk factors?. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *185*(9), 533-541.

Faraone, S. V., & Doyle, A. E. (2001). The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *10*(2), 299-316.

Faraone, S. V., & Khan, S. A. (2006). Candidate gene studies of attention-deficit/hyperactivity disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *67*, 13-20.

Faraone, S. V., Biederman, J., Spencer, T., Wilens, T., Seidman, J. L., Mick, E., & Doyle, A. E. (2000). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults: An overview. *Biological Psychiatry*, *48*, 9-20.

Faraone, S. V., Biederman, J., Weiffenbach, B., Keith, T., Chu, M. P., Weaver, A., ... & Sakai, J. (1999). Dopamine D4 gene 7-repeat allele and attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, *156*(5), 768-770.

Faraone, S. V., Spencer, T. J., Montano, C. B., & Biederman, J. (2004). Attention deficit/hyperactivity disorder in adults a survey of current practice in psychiatry and primary care. *Archives of Internal Medicine*, *164*, 1221-1226.

Fischer, A. G., Bau, C. H., Grevet, E. H., Salgado, C. A., Victor, M. M., Kalil, K. L., ... & Belmonte-de-Abreu, P. (2007). The role of comorbid major depressive disorder in the clinical presentation of adult ADHD. *Journal of Psychiatric Research*, *41*(12), 991-996.

Frith, U., & Frith, C. D. (2003). Development and neurophysiology of mentalizing. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, *358*(1431), 459-473.

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Psychometric features and prospective relationships with depression and anxiety in adults. *European Journal of Psychological Assessment*, *23*, 141-149.

Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, *30*(8), 1311-1327.

Garnefski, N., Legerstee, J., Kraaij, V., van Den Kommer, T., & Teerds, J. A. N. (2002). Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: A comparison between adolescents and adults. *Journal of Adolescence*, *25*(6), 603-611.

Garnefski, N., Teerds, J., Kraaij, V., Legerstee, J., & van Den Kommer, T. (2004). Cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: Differences between males and females. *Personality and İndividual Differences*, *36*(2), 267-276.

Gershon, J. (2002). A meta-analytic review of gender differences in ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *5*(3), 143-154.

Goodman, R., & Stevenson, J. (1989). A twin study of hyperactivity—II. The aetiological role of genes, family relationships and perinatal adversity. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *30*(5), 691-709.

Gotlib, I. H. & Hammen, C. L. (Ed.). (2009). *Handbook of Depression* içinde (s. 69-92). The Guilford Press.

Gotlib, I. H., Lewinsohn, P. M. & Seeley, J. R. (1995). Symptoms versus a diagnosis of depression: Differences in psychosocial functioning. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*(1), 90–100.

Gratz, K. L., & 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. (2001). Emotion regulation in adulthood: Ttiming is everything. *Current Directions in Psychological Science, 10*(6), 214-219.

Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychological İnquiry, 26*(1), 1-26.

Gudjonsson, G. H., Sigurdsson, J. F., Smari, J., & Young, S. (2009). The relationship between satisfaction with life, ADHD symptoms, and associated problems among university students. *Journal of Attention Disorders*, *12*(6), 507-515.

Güney, E., Dinç, G. Ş., İşeri, E., Güzel, H. Ş., Yalçın, Ö. ve Şener, Ş. (2013). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan ergen ve genç erişkinlerin mizaç ve karakter özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14,* 362-368.

Hajek, A., & König, H. H. (2021). The prevalence and correlates of probable major depressive disorder and probable generalized anxiety disorder during the COVID-19 pandemic. Results of a Nationally Representative Survey in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*, 12302.

Hauser, P., Zametkin, A. J., Martinez, P., Vitiello, B., Matochik, J. A., Mixson, J. A., & Weintraub, B. D. (1993). Attention deficit-hyperactivity disorder in people with generalized resistance to thyroid hormone. *New England Journal of Medicine*, *328*(14), 997-1001.

Hayes, A. F. (2018). *İntroduction to mediation, moderation, and conditional process analyses: A regression-based approach* (2nd edition). The Guilford Press.

Heller, W. (1993). Neuropsychological mechanisms of individual differences in emotion, personality, and arousal. *Neuropsychology*, *7*(4), 476.

Hoffman, H. (1846). *Der Struwwelpeter: oder lustige Geschichten und drollige Bilder für Kinder von 3-6 Jahren.* Germany: Pestalozzi-Verlag.

Hofmann, S. G., & Kashdan, T. B. (2010). The affective style questionnaire: development and psychometric properties. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *32*(2), 255-263.

Howlin, P., Baron-Cohen, S., & Hadwin, J. (1999). *Teaching children with autism to mind-read: A practical guide for teachers and parents*. Chichester: J. Wiley & Sons.

Hughes, C., & Russell, J. (1993). Autistic children's difficulty with mental disengagement from an object: Its implications for theories of autism. *Developmental Psychology*, *29*(3), 498.

Ibáñez, A., Petroni, A., Urquina, H., Torrente, F., Torralva, T., Hurtado, E., ... & Baez, S. (2011). Cortical deficits of emotional face processing in adults with ADHD: its relation to social cognition and executive function. *Social Neuroscience*, *6*(5-6), 464-481.

Izard, C. E. (2010). The many meanings/aspects of emotion: Definitions, functions, activation, and regulation. *Emotion Review*, *2*(4), 363-370.

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

Jermann, F., Van der Linden, M., d'Acremont, M., & Zermatten, A. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ): Confirmatory factor analysis and psychometric properties of the French translation. *European Journal of Psychological Assessment, 22*(2), 126.

Jonkman, L. M., Markus, C. R., Franklin, M. S., & van Dalfsen, J. H. (2017). Mind wandering during attention performance: Effects of ADHD-inattention symptomatology, negative mood, ruminative response style and working memory capacity. *PLoS ONE, 12*(7), 1-19.

Joormann, J., Yoon, K. L., & Siemer, M. (2010). Cognition and emotion regulation. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment* (pp. 174–203). The Guilford Press.

Katzman, M. A., Bilkey, T. S., Chokka, P. R., Fallu, A., & Klassen, L. J. (2017). Adult ADHD and comorbid disorders: clinical implications of a dimensional approach. *BMC Psychiatry, 17*(302), 1-15.

Kenar, A. İ. ve Herken, H. (2014). Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda silik nörolojik belirtiler ve nöropsikolojik işlev düzeyleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 15*, 318-327.

Kerr, S. L., & Neale, J. M. (1993). Emotion perception in schizophrenia: specific deficit or further evidence of generalized poor performance? *Journal of Abnormal Psychology*, *102*(2), 312.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Barkley, R. A., Birnbaum, H., Greenberg, P., Johnston, J. A., Spencer, T., & Üstün, B. (2005). The prevalence and effects of adult attention deficit/hyperactivity disorder on work performance in a Nationally Representative Sample of Workers. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *47*(6), 565-572.

Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., Demler, O., Faraone, S., Hiripi, E. V. A., ... & Ustun, T. B. (2005). The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Medicine*, *35*(2), 245-256.

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Üstün, T. B., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2006). The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the National Comorbidity Survey Replication. *The American Journal of Psychiatry*, *163*, 716-723.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593-603.

Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*(1), 8-19.

Kim, J. H., Kim, J. Y., Lee, J., Jeong, G. H., Lee, E., Lee, S., … & Fusar-Poli, P. (2020). Environmental risk factors, protective factors, and peripheral biomarkers for ADHD: an umbrella review. *The Lancet Psychiatry*, *7*(11), 955-970.

Kooij, J. S., Buitelaar, J. K., Oord, E. J., Furer, J. W., Rijnders, C. A., & Hodiamont, P. P. (2005). Internal and external validity of attention-deficit hyperactivity disorder in a population-based sample of adults. *Psychological Medicine*, *35*, 817-827.

Koole, S. L. (2010). The psychology of emotion regulation: An integrative review, *Cognition and Emotion*, *23*(1), 4-41.

Koyuncu, A., Ayan, T., Ince Guliyev, E., Erbilgin, S., & Deveci, E. (2022). ADHD and Anxiety Disorder Comorbidity in Children and Adults: Diagnostic and Therapeutic Challenges. *Current Psychiatry Reports*, 1-12.

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

Larsson, H., Lichtenstein, P., & Larsson, J. O. (2006). Genetic contributions to the development of ADHD subtypes from childhood to adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *45*(8), 973-981.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.

Leung, E. H., & Rheingold, H. L. (1981). Development of pointing as a social gesture. *Developmental Psychology*, *17*(2), 215.

Leventhal, H., & Tomarken, A. J. (1986). Emotion: Today's problems. *Annual Review of Psychology*, *37*(1), 565-610.

Levy, F., Hay, D. A., McStephen, Wood, C., & Waldman, I. (1997). Attention-deficit hyperactivity disorder: a category or a continuum? Genetic analysis of a large-scale twin study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *36*(6), 737-744.

Lichter, J. B., Barr, C. L., Kennedy, J. L., Van Tol, H. H., Kidd, K. K., & Livak, K. J. (1993). A hypervariable segment in the human dopamine receptor D4 (DRD4) gene. *Human Molecular Genetics*, *2*(6), 767-773.

Locke, A. B., Kirst, N., & Shultz, C. G. (2015). Diagnosis and management of generalized anxiety disorder and panic disorder in adults. *American Family Physician*, *91*(9), 617-624.

Mackenzie, C. S., Reynolds, K., Chou, K. L., Pagura, J., & Sareen, J. (2011). Prevalence and correlates of generalized anxiety disorder in a national sample of older adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, *19*(4), 305-315.

MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., & Williams, J. (2004). Confidence limits for the indirect effect: Distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behavioral Research*, *39*(1), 99-128.

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

Marvel, C. L., & Paradiso, S. (2004). Cognitive and neurological impairment in mood disorders. *Psychiatric Clinics*, *27*(1), 19-36.

Mayer, J. S., Brandt, G. A., Medda, J., Basten, U., Grimm, O., Reif, A., & Freitag, C. M. (2022). Depressive symptoms in youth with ADHD: The role of impairments in cognitive emotion regulation. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 1-14.

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

Mclntyre, R. S., Kennedy, S. H., Soczynska, J. K., Nguyen, H. T., Bilkey, T. S., Woldeyohannes, H. O., Nathanson, J. A., Joshi, S., Cheng, J. S., Benson, K. M. & Muzina, D. J. (2010). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adults with bipolar disorder or major depressive disorder: results from the international mood disorders collaborative project. *The Primary Care Companion for CNS Disorders*, *12*(3), 26675.

Meinzer, C. M., Pettit, J. W., Leventhal, A. M. & Hill, R. M. (2012). Explaining the covariance between attention deficit-hyperactivity disorder symptoms and depressive symptoms: The role of hedonic responsivity. *Journal of Clinical Psychology*, *68*(10), 1111-1121.

Meinzer, M. C. & Chronis-Tuscano, A. (2017). ADHD and the development of depression: Commentary on the prevalence, proposed mechanisms, and promising interventions. *Current Developmental Disorders Reports*, *4*(1), 1–4.

Merwood, A., Greven, C. U., Price, T. S., Rijsdijk, F., Kuntsi, J., McLoughlin, G., ... & Asherson, P. J. (2013). Different heritabilities but shared etiological influences for parent, teacher and self-ratings of ADHD symptoms: an adolescent twin study. *Psychological Medicine*, *43*(9), 1973-1984.

Michelini, G., Eley, T. C., Gregory, A. M., & McAdams, T. A. (2015). Aetiological overlap between anxiety and attention deficit hyperactivity symptom dimensions in adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *56*(4), 423-431.

Miller, M., Hanford, R. B., Fassbender, C., Duke, M., & Schweitzer, J. B. (2011). Affect recognition in adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *15*(6), 452-460.

Miller, S. R., Miller, C. J., Bloom, J. S., Hynd, G. W., & Craggs, J. G. (2006). Right hemisphere brain morphology, attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) subtype, and social comprehension. *Journal of Child Neurology*, *21*(2), 139-144.

Morrison, J. R., & Stewart, M. A. (1973). The psychiatric status of the legal families of adopted hyperactive children. *Archives of General Psychiatry*, *28*(6), 888-891.

Mulligan, K., & Scherer, K. R. (2012). Toward a working definition of emotion. *Emotion Review*, *4*(4), 345-357.

Murphy, K., & 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.

Nazroo, J. Y., Edwards, A. C., & Brown, G. W. (1998). Gender differences in the prevalence of depression: artefact, alternative disorders, biology or roles? *Sociology of Health & Illness*, *20*(3), 312-330.

Nolen-Hoeksema, S. (2009). Gender differences in depression. *Current Directions in Psychological Science, 10*(5), 173-176.

Ohnishi, T., Kobayashi, H., Yajima, T., Koyama, T. & Noguchi, K. (2019). Psychiatric comorbidities in adult attention-deficit/hyperactivity disorder: prevalence and patterns in the routine clinical setting. *Innovations in Clinical Neuroscience*, *16*(9-10), 11–16.

Onat, O. ve Otrar, M. (2010). Bilişsel duygu Düzenleme Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlanması: Geçerlik ve güvenirlik çalışmaları. *Marmara Üniversitesi Atatürk Eğitim Fakültesi Eğitim Bilimleri Dergisi,* 31, 123-143.

Oquendo, M. A., Turret, J., Grunebaum, M. F., Burke, A. K., Poh, E., Stevenson, E., ... & Galfalvy, H. (2013). Sex differences in clinical predictors of depression: a prospective study. *Journal of Affective Disorders*, *150*(3), 1179-1183.

Ostrander, R., & Herman, K. C. (2006). Potential cognitive, parenting, and developmental mediators of the relationship between ADHD and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*(1), 89-98.

Öncü, B. ve Ölmez, Ş. (2004). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan erişkinlerde nöropsikolojik bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi, 15*(1), 41-46.

Öncü, B.,ve Şenol, S. (2002). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun etiyolojisi: Bütüncül yaklaşım. *Klinik Psikiyatri Dergisi, 5*(2), 111-119.

Özcan, M., Uguz, F., & Çilli, A. S. (2006). The prevalence of generalized anxiety disorder and comorbidity among psychiatric outpatients. *Turk Psikiyatri Dergisi, 17*(4), 1-9.

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, 19,* 5-14.

Özkorumak, E., Özten, H. S. ve Tiryaki, A. (2013). Ayaktan başvuran psikiyatri hastalarında erişkin DEHB yaygınlığı, eş tanı oranı ve işlevsellik düzeyi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi, 14,* 347-353.

Özmen, S. K. ve Özmen, A. (2012). Yetişkinlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun demografik değişkenlere, öfke ve öfke ifade tarzına göre incelenmesi. *Atatürk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 16*(2), 45-67.

Öztürk, O. M. ve Uluşahin, A. N. (2016). *Ruh sağlığı ve bozuklukları* (14. Baskı). Bayt Yayın Hizmetleri.

Öztürk, Y., Özyurt, G., Tufan, A. E., ve Pekcanlar, A. A. (2018). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda duygu düzenleme güçlükleri ve tedavisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *10*(2), 198-211.

Palmer, E. D., & 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.

Panevska, L. S., Zafirova-Ivanovska, B., Vasilevska, K., Isjanovska, R., & Kadri, H. (2015). Relationship between ADHD and depression among university students in macedonia. *Materia Socio-medica, 27*(1), 18-21.

Patten, S. B., Williams, J. V., Lavorato, D. H., Wang, J. L., Bulloch, A. G., & Sajobi, T. (2016). The association between major depression prevalence and sex becomes weaker with age. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *51*, 203-210.

Pauls, D.L. (2005). The genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry, 57*, 1310-1312.

Pollak, S. D., & Sinha, P. (2002). Effects of early experience on children's recognition of facial displays of emotion. *Developmental Psychology, 38*(5), 784.

Powell, V., Riglin, L., Hammerton, G., Eyre, O., Martin, J., Anney, R., Thapar, A. & Rice, F. (2020). What explains the link between childhood ADHD and adolescent depression? Investigating the role of peer relationships and academic attainment. *European Child & Adolescent Psychiatry,* 29, 1581-1591.

Prevatt, F., Dehili, V., Taylor, N., & Marshall, D. (2015). Anxiety in college students with ADHD: Relationship to cognitive functioning. *Journal of Attention Disorders*, *19*(3), 222-230.

Purcell, S. (2002). Variance components models for gene–environment interaction in twin analysis. *Twin Research and Human Genetics*, *5*(6), 554-571.

Rapport, L. J., Friedman, S. L., Tzelepis, A., & Van Voorhis, A. (2002). Experienced emotion and affect recognition in adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Neuropsychology*, *16*(1), 102.

Regard, M. (1981). Cognitive rigidity and flexibility. A neuropsychological study. *PhD Dissertation, University of Victoria*.

Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Strong, R. E., Hedges, D. W., Adler, L., Spencer, T. J., ... & Soni, P. (2005). Emotional dysregulation in adult ADHD and response to atomoxetine. *Biological Psychiatry*, *58*(2), 125-131.

Rietveld, M. J., Hudziak, J. J., Bartels, M., Van Beijsterveldt, C. E. M., & Boomsma, D. I. (2004). Heritability of attention problems in children: longitudinal results from a study of twins, age 3 to 12. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *45*(3), 577-588.

Riglin, L., Leppert, B., Dardani, C., Thapar, A. K., Rice, F., O'Donovan, M. C., ... & Thapar, A. (2020). ADHD and depression: investigating a causal explanation. *Psychological Medicine*, *51*(11), 1890-1897.

Robison, R. J., Reimherr, F. W., Marchant, B. K., Faraone, S. V., Adler, L. A., & West, S. A. (2008). Gender differences in 2 clinical trials of adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a retrospective data analysis.(CME). *Journal of Clinical Psychiatry*, *69*(2), 213-221.

Rüfenacht, E., Euler, S., Prada, P., Nicastro, R., Dieben, K., Hasler, R., ... & Weibel, S. (2019). Emotion dysregulation in adults suffering from attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), a comparison with borderline personality disorder (BPD). *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation*, *6*(1), 1-10.

Salokangas, R. K., Vaahtera, K., Pacriev, S., Sohlman, B., & Lehtinen, V. (2002). Gender differences in depressive symptoms: An artefact caused by measurement instruments? *Journal of Affective Disorders*, *68*(3), 215-220.

Salovey, P., & Mayer, J. D. (1990). Emotional intelligence. *Imagination, Cognition and Personality*, *9*(3), 185-211.

San Maruo Martin, I., Blumenfeld Olivares, J. A., Garicano Vilar, E., Echeverry Lopez, M., García Bernat, M., Quevedo Santos, Y., ... & Rincón Barrado, M. (2018). Nutritional and environmental factors in attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): A cross-sectional study. *Nutritional Neuroscience*, *21*(9), 641-647.

Schatz, D. B., & Rostain, A. L. (2006). ADHD with comorbid anxiety: a review of the current literature. *Journal of Attention Disorders*, *10*(2), 141-149.

Segenreich, D., Fortes, D., Coutinho, G., Pastura, G., & Mattos, P. (2009). Anxiety and depression in parents of a Brazilian non-clinical sample of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) students. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research*, *42*, 465-469.

Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *American Journal of Psychiatry*, *171*(3), 276-293.

Siemer, M., Mauss, I., & Gross, J. J. (2007). Same situation--different emotions: how appraisals shape our emotions. *Emotion*, *7*(3), 592.

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

Smith, C. A., & Ellsworth, P. C. (1985). Patterns of cognitive appraisal in emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, *48*(4), 813.

Sobanski, E. (2006). Psychiatric comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 256, i26–i31.

Soysal, H. (2015). Dürtü kontrol bozukluklarının adli psikiyatrik yönleri. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7*(1), 16-29.

Spencer, T. J., Biederman, J., Wilens, T. E., & Faraone, S. V. (2002). Overview and neurobiology of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*, 3-9.

Spencer, T. J., Biederman, J.,& Mick, E. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Diagnosis, lifespan, comorbidities, and neurobiology. *Journal of Pediatric Psychology*, *32*(6), 631-642.

Spencer, T., Biederman, J., & Wilens, T. (2000). Pharmacotherapy of attention deficit hyperactivity disorder. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *9*(1), 77-97.

Sprafkin, J., Gadow, K. D., Weiss, M. D., Schneider, J., & Nolan, E. E. (2007). Psychiatric comorbidity in ADHD symptom subtypes in clinic and community adults. *Journal of Attention Disorders*, *11*(2), 114-124.

Spreen, O., & Strauss, E. (1991). *Profile of test results. A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary*. New York: Oxford University Press.

Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., Mundy, E., & Faraone, S. V. (2000). Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *39*(11), 1432-1437.

Stefanatos, G. A., & Baron, I. S. (2007). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: A neuropsychological perspective towards DSM-V. *Neuropsychology Review, 17*, 5-38.

Still, G. F. (1902). Some abnormal psychical conditions in children. *Lancet,* 1008-1012.

Stroop, J. R. (1935). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, *18*(6), 643.

Swanson, J. M. (2003). Role of executive function in ADHD. *Journal of Clinical Psychiatry*, *64*, 35-39.

Şan, V. (2013). *Edirne il merkezi ilköğretim çağı çocuklarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı* (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Trakya Üniversitesi, Edirne.

Tai, Y. M., Gau, C. S., Gau, S. S. F., & Chiu, H. W. (2013). Prediction of ADHD to anxiety disorders: an 11-year national insurance data analysis in Taiwan. *Journal of Attention Disorders*, *17*(8), 660-669.

Taner, E., İlhan, M. N., Taner, Y., Bakar, E. E. ve Şenlik, Z. B. (2007). Tıp fakültesi altıncı sınıf öğrencilerinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu yaygınlığı ve eğitim hayatı üzerine etkileri. *Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi, 21*(2), 59-62.

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.

Tatar, Z. B., Yargıç, İ., Oflaz, S. ve Büyükgök, D. (2014). Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda duygu tanımanın dikkat ve dürtüsellik belirtileri ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi, 25,* 1-9.

Thapar, A., Cooper, M., Eyre, O. & Langley, K. (2013). Practitioner review: What have we learnt about the causes of ADHD? *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(1), 3-16.

Thapar, A., Holmes, J., Poulton, K., & Harrington, R. (1999). Genetic basis of attention deficit and hyperactivity. *The British Journal of Psychiatry*, *174*(2), 105-111.

Thome, J., & Jacobs, K. A. (2004). Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in a 19th century children's book. *European Psychiatry*, *19*(5), 303-306.

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

Torun, N. Y., Özşahin, A. ve Sütçigil, L. (2009). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun yetişkinlikteki yansımaları. *Klinik Psikiyatri, 12*, 43-50.

Tredgold, A. F. (1908). *Mental deficiency(Amentia).* New York: W.Wood.

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.

Türkçapar, H. (2004). Anksiyete bozukluğu ve depresyonun tanısal ilişkileri. *Klinik Psikiyatri*, *4*, 12-16.

Uyan, Z., Peker, A. G. C., Tekiner, A. S. ve Ulukol, B. (2014). Ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu sıklığının araştırılması. *Konuralp Tıp Dergisi, 6*(3), 21-26.

Üstün, T. B., & Sartorius, N. (Eds.). (1995). *Mental illness in general health care: an international study*. John Wiley & Sons.

Üstün, T. B., Sağduyu, A. ve Rezaki, M. (1997). Temel sağlık hizmetlerinde ruhsal sorunlar, uluslararası DSÖ çalışması. *Ankara, HÜ Tıp Fakültesi Psikiyatri Bİ-DSÖ İşbirliği Merkezi*.

Wade, T. J., & Cairney, J. (1997). Age and depression in a nationally representative sample of Canadians: A preliminary look at the National Population Health Survey. *Canadian Journal of Public Health*, *88*(5), 297-302.

Waldman, I. (2001, June). Meta-analysis of the DAT-ADHD association. In *Third Annual ADHD Molecular Genetics Network Meeting, Boston, MA*.

Walker, E., McGuire, M., & Bettes, B. (1984). Recognition and identification of facial stimuli by schizophrenics and patients with affective disorders. *British Journal of Clinical Psychology*, *23*(1), 37-44.

Weiss, R. E., Stein, M. A., Duck, S. C., Chyna, B., Phillips, W., O'Brien, T. A. R. A., ... & Refetoff, S. (1994). Low intelligence but not attention deficit hyperactivity disorder is associated with resistance to thyroid hormone caused by mutation R316H in the thyroid hormone receptor beta gene. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *78*(6), 1525-1528.

Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., ... & Yeh, E. K. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama*, *276*(4), 293-299.

Welkie, J., Babinski, D. E. & Neely, K. A. (2021). Sex and emotion regulation difficulties contribute to depression in young adults with ADHD. *Psychological Reports*, *124*(2), 596–610.

Wilhelm, K., & Parker, G. (1994). Sex differences in lifetime depression rates: fact or artefact?. *Psychological Medicine*, *24*(1), 97-111.

Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, *13*(1), 103-128.

Wittchen, H. U., Zhao, S., Kessler, R. C., & Eaton, W. W. (1994). DSM-III-R Generalized Anxiety Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *51*, 355-364.

Yalçınkaya-Alkar, Ö. (2020). Is self esteem mediating the relationship between cognitive emotion regulation strategies and depression?. *Current Psychology*, *39*(1), 220-228.

Yang, H. N., Tai, Y. M., Yang, L. K., & Gau, S. S. F. (2013). Prediction of childhood ADHD symptoms to quality of life in young adults: Adult ADHD and anxiety/depression as mediators. *Research in Developmental Disabilities*, *34*(10), 3168-3181.

Yıldırım, E. A., Kaşar, M., Güdük, M., Ateş, E., Küçükparlak, İ. ve Özalmete, E. O. (2011). Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin Türkçe Güvenirlik Çalışması. *Turk Psikiyatri Dergisi*, *22*(3).

Yılmaz, T., Karaş, H. ve Tan, D. (2020). Erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunda zihin kuramı, dürtüsellik ve bilişsel işlevler arasındaki ilişki. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *21*(2).

Zorlu, A. (2012). *Denizli kent merkezinde ilköğretim çağındaki çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun prevalansı* (Yayınlanmamış uzmanlık tezi). Pamukkale Üniversitesi, Denizli.