T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAMİDİYE SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARDA ANNELERİN PSİKİYATRİK BELİRTİLERİ, DUYGU SOSYALLEŞTİRME YAKLAŞIMLARI VE DUYGU DÜZENLEMELERİNİN ROLÜ

FERAY TARIMTAY ALTUN

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. MEDİNE YAZICI

İKİNCİ TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. ÖZALP EKİNCİ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANA BİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ DOKTORA PROGRAMI

DOKTORA TEZİ
EKİM/2024

İTHAF

“Saklanmak bir zevktir, bulunmamak ise felaket.”

Donald W. Winnicott

TEŞEKKÜR

Doktora eğitimim boyunca gerek akademik gerek klinik çalışmalarımdaki gelişimime paha biçilemez katkılar sunan, tez çalışmamın tüm aşamalarında rehberliği ile birlikte ihtiyaç duyduğum desteği ve bilgileri benimle cömertçe paylaşan birinci tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Medine Yazıcı'ya,

Tez çalışmama sağlamış olduğu tüm desteğin yanı sıra doktora eğitimim sırasında zengin tecrübelerini benimle paylaşan, bana duyduğu güven ile mesleki ve akademik yolculuğumda beni daima destekleyen ikinci tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Özalp Ekinci'ye,

Tez çalışmamın öneri sürecinden bu yana geri bildirimlerini benimle paylaşan, kıymetli yönlendirmeleri ile birlikte tezimin şekillenmesine katkı sağlayan değerli tez izleme jürilerim Sayın Doç. Dr. Başak Ünübol ve Sayın Dr. Öğr. Üyesi İbrahim Adak'a,

Doktora eğitimim boyunca bilgi birikimini, ilgisini ve desteğini hiçbir zaman esirgemeyen Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Doç. Dr. Aynur Feyzioğlu'na ve derslerini alma şansına sahip olduğum, eğitimim boyunca gelişimime katkıda bulunan tüm hocalarıma,

Tez çalışmam sırasında katılımcılara ulaşmamda bana yardımlarını sunan Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk Psikiyatri Polikliniği'nin tüm ekibine,

Doktora eğitimi sürecimin başından beri hayatımın her alanında yanımda olan, elimden gelenin en iyisini yapabilmem adına beni daima cesaretlendiren, karşılıklı destek ve dayanışmanın sıcaklığını bana hissettiren değerli arkadaşlarım Aliye Canan Taşlıoğlu Sayıner, Dila Özçelik ve Nazlı Işık Birçek Gül'e,

Koşulsuz sevgileri ve bana duydukları güven ile her daim arkamda durarak beni destekleyen, bugün olduğum kişi olmamda büyük emekleri olan sevgili annem Sevil Tarımtay ve sevgili babam Behçet Tarımtay'a,

Çalışkanlığını, azmini, disiplinini ve zorluklar karşısında sahip olduğu psikolojik dayanıklılığını kendimi bildim bileli örnek aldığım, hayatımın her alanında bana sonsuz destek olan biricik ablam Zülal Bahar'a ve hayatıma girdiğinden beri benim için bir kardeşten farksız olan sevgili eşi Özgür Bahar'a,

Hayatımda oldukları için kendimi çok şanslı hissettiğim sevgili ailem İlknur Altun, Mehmet Altun ve Mert Altun'a,

Sonsuz sevgisi ve oyunculuğu ile hayatıma renk katan, her günümü varlığı ile güzelleştiren, bana kaynak olan canım köpeğim, oğlum Marty'ye,

Sevgisi ile varlığında huzur bulduğum, daima yanımda olarak bana güç veren, ihtiyacım olan esnekliği ve spontanlığı ile tıpkı bir yapbozun parçaları gibi beni tamamlayan ve hayatımı kolaylaştıran yol arkadaşım, sevgili eşim Ertan Altun'a

… sonsuz teşekkürlerimle.

Feray Tarımtay Altun

İÇİNDEKİLER

İTHAF iv
TEŞEKKÜR v
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ x
ŞEKİLLER LİSTESİ xi
SİMGELER VE KISALTMALAR xii
ÖZET xiii
ABSTRACT xv
1. GİRİŞ VE AMAÇ 1
2. GENEL BİLGİLER 3
2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU 3
2.1.1. Tanım ve Klinik Özellikler 3
2.1.2. Epidemiyoloji 3
2.1.3. Etiyoloji 5
2.1.4. Komorbidite 6
2.1.5. Tedavi 7
2.1.6. DEHB ve Ebeveynlik 8
2.2. BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU 9
2.2.1. Epidemiyoloji 10
2.2.2. Etiyoloji 10
2.2.3. Komorbidite 11
2.2.4. Tedavi 11
2.2.5. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Ebeveynlik 12
2.2.6. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu 13
2.3. DUYGU DÜZENLEME 14
2.3.1. Bilişsel Duygu Düzenleme 15
2.3.2. Duygu Düzenleme ve Ebeveynlik 16
2.3.3. Duygu Düzenleme ve Psikopatoloji 17
2.4. DUYGU SOSYALLEŞTİRME 18
2.4.1. Duygu Sosyalleştirmenin Çocuklar Üzerindeki Etkileri 20
2.4.2. Duygu Sosyalleştirme, Duygu Düzenleme, Ebeveyn Özellikleri ve DEHB 21

2.5. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ 23
3. GEREÇ VE YÖNTEM 25
3.1. ÖRNEKLEM YÖNTEMİ 25
3.2. ÖZBİLDİRİM ÖLÇEKLERİ 26
3.2.1. Demografik Form 26
3.2.2. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği 26
3.2.3. Borderline Kişilik Envanteri 26
3.2.4. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği 27
3.2.5. Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği 27
3.2.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form 28
3.2.7. Çocuklar İçin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği 28
3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ YÖNTEMLERİ 28
4. BULGULAR 30
4.1. KATILIMCILAR 30
4.2. ÖLÇEK ANALİZLERİ 33
4.2.1. Betimsel Analizler 33
4.2.2. Grupların Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması 39
4.2.2.1. Grupların Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği skorlarının karşılaştırılması: 39
4.2.2.2. Grupların Çocuklar İçin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği skorlarının karşılaştırılması: 40
4.2.3. Ölçek Skorlarının Çocukların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması 42
4.2.3.1. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nden alınan sonuçların cinsiyete göre karşılaştırılması: 42
4.2.3.2. Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği'nden alınan skorların cinsiyete göre karşılaştırılması: 43
4.2.3.3. Çocuklar için Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği'nden alınan skorların cinsiyete göre karşılaştırılması: 43
4.2.4. Annelerin DEHB ve BKB Belirtileri ile Çocukların DEHB Belirtilerinin Yordanması 44
4.3. Aracılık Modellerinin İncelenmesi 44
5. TARTIŞMA 55
5.1. ÇOCUKLARIN DEHB GÖRÜNÜMÜNE GÖRE GRUPLAR ARASI FARKLILIKLARIN İNCELENMESİ 55
5.1.1. Annelerin Duygu Sosyalleştirme Yaklaşımlarına İlişkin Gruplar Arası Farklılıkların İncelenmesi 55
5.1.2. Çocukların Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerine İlişkin Gruplar Arası Farklılıkların İncelenmesi 56

5.2. KORELASYON BULGULARININ İNCELENMESİ 57
5.2.1. Çocukların DEHB Belirtilerinin Düzeyi ile Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişki 57
5.2.2. Çocukların DEHB Belirtilerinin Düzeyi ile Annelerin Duygu Sosyalleştirme Yaklaşımları Arasındaki İlişki 59
5.2.3. Annelerin Duygu Düzenleme Güçlük Düzeyi ile Çocukların Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişki 60
5.2.4. Annelerin Duygu Sosyalleştirme Yaklaşımları ile Çocukların Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişki 61
5.2.5. Annelerin DEHB Belirti Düzeyleri ile Duygu Sosyalleştirme Yaklaşımları Arasındaki İlişki 63
5.2.6. Annelerin BKB Belirti Düzeyleri ile Duygu Sosyalleştirme Yaklaşımları Arasındaki İlişki 64
5.3. ANNELERİN DEHB VE BKB BELİRTİ DÜZEYLERİNİN ÇOCUKLARIN DEHB BELİRTİ DÜZEYLERİNİ YORDAMASI 64
5.4. ARACILIK İLİŞKİLERİNİN YORUMLANMASI 65
5.4.1. Annelerin DEHB ve BKB Belirti Düzeyi ile Çocukların DEHB Belirti Düzeyi Arasındaki İlişkide Annelerin Duygu Sosyalleştirme Yaklaşımlarının Aracı Rolünün Yorumlanması 65
5.4.2. Annelerin DEHB ve BKB Belirti Düzeyi ile Çocukların DEHB Belirti Düzeyi Arasındaki İlişkide Annelerin Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracı Rolünün Yorumlanması 66
5.4.3. Annelerin Duygu Sosyalleştirme Yaklaşımları ile Çocuklardaki DEHB Belirti Düzeyi Arasındaki İlişkide Çocukların Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolünün Yorumlanması 67
5.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI 69
6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER 71
KAYNAKLAR 75
EKLER 92

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4. 1: Çocuk katılımcıların karakteristikleri.....30

Tablo 4.2: Çocuk katılımcıların DEHB görünümü, takip süresi, eş tanı ve ilaç kullanımı 31

Tablo 4. 3: Anne katılımcıların karakteristikleri.....33

Tablo 4. 4: Ölçek skorlarının betimsel analizleri.....34

Tablo 4. 5: Ölçek skorları arasındaki korelasyon katsayıları.....37

Tablo 4.6: Grupların çocukların olumsuz duygularıyla baş etme ölçeğinin küçümseyici tepkiler alt ölçeğinden alınan skorlarının karşılaştırılması.....40

Tablo 4.7: Grupların çocuklar için bilişsel duygu düzenleme stratejileri ölçeğinin kendini suçlama ve kabul etme alt ölçek skorlarının karşılaştırılması.....42

Tablo 4.8: Anne DEHB ve BKB skorlarının çocuk DEHB skorlarını yordama katsayıları 44

Tablo 4.9: 1. modelin yol katsayıları.....46

Tablo 4.10: 2. modelin yol katsayıları.....47

Tablo 4.11: 3. modelin yol katsayıları.....48

Tablo 4.12: 4. modelin yol katsayıları.....49

Tablo 4.13: 5. modelin yol katsayıları.....50

Tablo 4.14: 6. modelin yol katsayıları.....51

Tablo 4.15: 7. modelin yol katsayıları.....52

Tablo 4.16: 8. modelin yol katsayıları.....53

Tablo 4. 17: 9. modelin yol katsayıları.....54

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 4. 1. Annelerin DEHB belirtilerinin şiddeti ile çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkide annelerin cezalandırıcı tepkilerinin aracı rolü 45

Şekil 4. 2. Annelerin DEHB belirtilerinin şiddeti ile çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkide annelerin sıkıntı-endişe tepkilerinin aracı rolü 46

Şekil 4. 3. Annelerin BKB belirtileri ile çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkide annelerin cezalandırıcı tepkilerinin aracı rolü.....47

Şekil 4. 4. Annelerin BKB belirtilerinin çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti ile ilişkisinde annelerin sıkıntı-endişe tepkilerinin aracı rolü 48

Şekil 4. 5. Annelerin BKB belirtilerinin çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti ile ilişkisinde annelerin küçümseyici tepkilerinin aracı rolü.....49

Şekil 4. 6. Annelerin DEHB belirtilerinin çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti ile ilişkisinde annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü 50

Şekil 4. 7. Annelerin BKB belirtileri ile çocukların DEHB belirtileri arasındaki ilişkide annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü.....52

Şekil 4. 8. Annelerin cezalandırıcı tepkileri ile çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkide çocukların başkalarını suçlama duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü 53

Şekil 4. 9: Annelerin cezalandırıcı tepkileri ile çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkide çocukların başkalarını suçlama duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü 54

SİMGELER VE KISALTMALAR

5-HTT **:** Serotonin Taşıyıcısı

ADHD **:** Attention Deficit and Hyperactivity Disorder

BKB **:** Borderline Kişilik Bozukluğu

BPD **:** Borderline Kişilik Bozukluğu

DEHB **:** Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DRD **:** Dopamin Reseptörü

DSM-5 **:** Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı, 5. Baskı

FDA : U.S. Food and Drug Administration (Amerikan Gıda ve İlaç Dairesi)

KOKGB : Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

ÖÖG : Özgül Öğrenme Güçlüğü

SNAP 25 : Synaptosome Associated Protein 25

SPSS : Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı

SSRI : Selective Serotonin Reuptake Inhibitor

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ ÇOCUKLARDA ANNELERİN PSİKİYATRİK BELİRTİLERİ, DUYGU SOSYALLEŞTİRME YAKLAŞIMLARI VE DUYGU DÜZENLEMELERİNİN ROLÜ

ÖZET

Amaç: Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), ülkemizde ve dünyada çocukluk çağında en sık olarak görülen psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. Genetik faktörlerin yanı sıra, ebeveynlerin özellikleri ve tutumları DEHB gelişimi, şiddeti ve prognozunda rol oynamaktadır. Bu çalışma, annelerin DEHB ve borderline kişilik bozukluğu (BKB) belirti düzeyleri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımları ve duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolünü incelemektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya DEHB tanılı 8-12 yaş arasındaki 90 çocuk ve anneleri katılmıştır. Anne katılımcılar Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Borderline Kişilik Envanteri, Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form; çocuk katılımcılar ise Çocuklar İçin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği'ni doldurmuştur.

Bulgular: Annelerin DEHB belirti düzeyleri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide, annelerin cezalandırıcı ve sıkıntı-endişe tepkilerinin aracı rolü anlamlı bulunmuştur. Annelerin BKB belirti düzeyleri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide, annelerin cezalandırıcı, küçümseyici ve sıkıntı-endişe tepkilerinin aracı rolünün anlamlı olduğu raporlanmıştır. Annelerin BKB belirti düzeyleri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolünün anlamlı olduğu bulunurken, annelerin DEHB belirti düzeyleri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolünün anlamlı olmadığı bildirilmiştir.

Sonuç: Annelerin DEHB ve BKB belirtileri düzeylerindeki artış ile destekleyici olmayan duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının, bunun da çocukların DEHB belirti

düzeylerindeki artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Bulgular, DEHB tanılı çocukların duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının, çocuklarda görülen semptomların şiddetinde önemli bir rol oynadığını göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Borderline Kişilik Bozukluğu, Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Duygu Düzenleme, Duygu Sosyalleştirme

CHILDREN DIAGNOSED WITH ATTENTION DEFICIT AND HYPERACTIVITY DISORDER AND THEIR MOTHERS: THE ROLE OF MOTHERS' PSYCHIATRIC SYMPTOMS, EMOTION SOCIALIZATION PRACTICES AND EMOTION REGULATION

ABSTRACT

Aim: Attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) is among the most common psychiatric disorders in childhood in our country and around the world. Beyond genetic factors, parents' characteristics and attitudes influences the development, severity, and prognosis of ADHD. This study examines the mediating role of mothers' emotion socialization approaches and emotion regulation difficulties in the relationship between mothers' ADHD and borderline personality disorder (BPD) symptom levels and children's ADHD symptom levels.

Materials and Methods: The study included 90 children aged 8-12 diagnosed with ADHD and their mothers. Mothers completed Adult Attention Deficit and Hyperactivity Disorder Self-Report Scale, Borderline Personality Inventory, DSM-IV Based Disruptive Behavior Disorders Rating Scale, Coping with Children's Negative Emotions Scale, Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form. Children completed Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for Children.

Results: Mothers' punitive and distress-anxiety reactions were significant mediators in the relationship between their ADHD and their children's ADHD symptom levels. Punitive, minimizing and distress-anxiety reactions mediated the relationship between mothers' BPD and children's ADHD symptom levels. While mothers' emotion regulation difficulties mediated the relationship between mothers' BPD symptom levels and children's ADHD symptom levels, they did not mediate the relationship between mothers' ADHD symptom levels and children's ADHD symptom levels.

Conclusion: Findings indicate that mothers' ADHD and BPD symptoms increase unsupportive emotion socialization practices, which, in turn contribute to higher levels of ADHD symptoms in their children. This suggests a critical role for parental emotion socialization in the severity of ADHD symptoms.

Key Words: Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, Borderline Personality Disorder, Emotion Regulation, Emotion Socialization

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), ülkemizde ve dünyada çocuk psikiyatri kliniklerine başvuru nedenleri arasında en sık görülen çocukluk çağı güçlükleri arasında yer almaktadır (1,2). Çocukluk döneminde görülen DEHB tanısının akademik, davranışsal ve sosyal sorunlar açısından risk faktörü olduğu bilinmektedir (3). DEHB'nin erişkinlikte de devam ederek akademik, iş, sosyal ilişkiler ve ebeveynlik gibi alanlar üzerinde yıkıcı etkilere sahip olması (4), DEHB ile ilişkili faktörlerin incelenmesini önemli kılmaktadır. Literatüre göre genetik ve biyolojik faktörlerin yanı sıra (5) çevresel faktörler de DEHB gelişiminde rol oynamakta (6); bu faktörler arasında ebeveyn özelliklerinin ve tutumlarının çocuklardaki DEHB şiddeti ve prognozu ile yakından ilişkisi bulunmaktadır (7).

DEHB özellikleri olan çocukların ebeveynlerinde psikopatoloji bulunması, aile sisteminde pek çok soruna yol açmasının yanı sıra tedavinin başarısız bir şekilde sonuçlanma olasılığını arttırmaktadır. Bu nedenle tedavi sonucu ve uzun süreli prognozu yordamak amacıyla ebeveynlere yönelik faktörleri incelemek önem taşımaktadır (8). Literatüre göre DEHB özellikleri olan çocukların ebeveynlerinde DEHB, anksiyete, depresyon, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozuklukları tanısı görülme oranı yüksektir (9). DEHB ve borderline kişilik bozukluğu (BKB), yetişkinlerde yüksek oranda komorbid olarak görülen, yaygın psikiyatrik bozukluklardandır (10). Yetişkinlerde görülen DEHB ve BKB, dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü gibi benzer klinik görünümlere sahiptir (10). Her iki bozuklukta da duygu düzenleme güçlüğü, işlevselliği büyük ölçüde etkilemekte (11,12) ve ebeveynlik rolü üzerinde oldukça olumsuz etkilere yol açmaktadır (13-16). Literatüre göre, ebeveynlerde görülen iki güçlük de çocuklarda DEHB belirtileri görülmesi ile ilişkili bulunmuştur (16-20). Çocukların DEHB semptomlarının yanı sıra, ebeveynlerin DEHB ve BKB özellikleri, özellikle duygu düzenleme güçlükleri ile birlikte çocuklar için risk faktörü oluşturmakta ve ilişkili faktörlerin belirlenmesi amacıyla yürütülen çalışmalar önem taşımaktadır.

Ebeveynlerin psikiyatrik belirtilerinin yanı sıra ebeveynliğin niteliği, çocuğun davranışları, mizacı gibi özellikleri ve ailenin sosyokültürel bağlamı etkileşime girerek çocuğun gelişiminde temel bir rol oynamaktadır (21). Ebeveynlik tutumlarının bir yönünü karakterize eden duygu sosyalleştirme; ebeveynlerin belirli bir durumda çocuğun

duygularını anlama, deneyimleme, ifade etme ve regüle etme biçimlerine ilişkin sergiledikleri tutumları ifade eder. Genel anlamıyla çocukların duygularına yönelik verdikleri tepkileri içerir (22). Duygu sosyalleştirme yaklaşımları, duygu düzenleme güçlükleri yaşayan DEHB'li çocuklar açısından önem taşır (23).

Birçok psikopatoloji ile yakından ilişkili olan duygu düzenleme becerilerinin gelişimini destekleyen ya da engel olan ebeveyn faktörlerini incelemek, önleyici çalışmalarda ve tedavi sürecinde kritik önem taşımaktadır (24). Bu nedenle DEHB ile ilişkili çeşitli risk etmenlerini incelemek, bu bireylerin başarı ve kişisel iyi oluşlarına katkıda bulunacaktır (25). Çocukların DEHB semptomlarının yanı sıra, ebeveynlerde görülen ve dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü ile karakterize olan DEHB ve BKB semptomları çocuklar için bir risk faktörü oluşturmakta ve bu alanda çalışmalar yürütülmesi önem kazanmaktadır. Ebeveynlerde görülen iki psikiyatrik tanı da çocuklarda DEHB belirtileri görülmesi ile ilişkili bulunmuştur. Buna karşın, literatür incelendiğinde ebeveynlerde görülen bu psikiyatrik belirtiler ile bir ebeveynlik yaklaşımı olan duygu sosyalleştirme arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada annelerde görülen DEHB ve BKB belirti düzeyleri ile okul çağındaki çocuklardaki DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişki ve bu ilişkide duygu sosyalleştirme yaklaşımları ve duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü incelenerek literatürdeki bu açığın doldurulması amaçlanmıştır. Bu sayede klinik uygulamalarda DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin psikiyatrik belirtileri göz önünde bulundurularak, DEHB tanılı çocukların sorun yaşadıkları durumlarda deneyimledikleri olumsuz duygulara yönelik verdikleri tepkilere yönelik destekleyici müdahaleler gerçekleştirilebilir.

Çalışmanın hipotezleri Bölüm 2'de belirtilmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2.1.1. Tanım ve Klinik Özellikler

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), bireyin işlevselliğine ya da gelişimine olumsuz etkileri olan, bireyin gelişimsel düzeyi ile uyumsuz bir şiddette kronik bir dikkatsizlik ve/veya aşırı hareketlilik-dürtüsellik olmak üzere iki temel alan ile karakterize, çocukluk döneminde başlayarak erişkinlikte de devam eden nörogelişimsel bir bozukluktur (26,27).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı'nın beşinci baskısında (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition; DSM-5) DEHB "nörogelişimsel bozukluklar" başlığı altında sınıflandırılmakta ve "dikkatsizlik" ile "aşırı hareketlilik-dürtüsellik" olmak üzere iki alt başlığa ayrılmaktadır. Tanı için bu alt başlıkların en az birindeki kriterlerin en az 6 tanesinin karşılanması gerekmektedir (26). Dikkatsizlik belirtileri arasında dikkatsizce hatalar yapma, yönergeleri izleyememe ve unutkanlık gibi davranışlar bulunurken, aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtileri arasında sürekli kıpırdanma, sürekli hareket etme ve sıklıkla başkalarının sözünü kesme gibi maddeler yer almaktadır (26). Belirtilerin en az iki farklı ortamda gözlemlenmesi ve işlevsellikte bozulmaya neden olması şarttır. Görünümler, son altı aydaki belirtilerin dağılımına göre "dikkatsizliğin baskın olduğu görünüm", "aşırı hareketliliğin/dürtüselliğin baskın olduğu görünüm" veya "bileşik görünüm" olarak sınıflandırılmaktadır (26).

2.1.2. Epidemiyoloji

DEHB, en yaygın görülen çocukluk çağı başlangıçlı psikiyatrik bozukluklardan biridir ve bütün dünyada çocukların %5 ila %12'sini etkilediği bilinmektedir (28). 1978-2005 yılları arasında gerçekleştirilen çalışmaları içeren bir meta-analiz çalışmasında DEHB prevalansı tüm dünyada %5,29 olarak belirlenmiştir (29). Wilcutt (30) tarafından gerçekleştirilen bir meta-analiz çalışmasına göre DEHB prevalansı çocuk ve ergenlerde

%5,9-7,1 olarak bulunmuştur. Toplum temelli bir tarama çalışmasında ise bu oranın %14,6-16,4 olduğu bildirilmiştir (31). Çalışmalar arasındaki farklılıkların olası açıklamaları arasında seçilen örneklem ve çalışmaların gerçekleştirildiği bölgeler gibi metodolojik farklılıklar ile tanı koyma kriterlerinin farklılaşması belirtilmiştir (29). Ülkemizde gerçekleştirilen 4 yıllık boylamsal bir çalışmada ise, ilkokul çocuklarındaki DEHB prevalansının 4 yıl boyunca %12,9-13,4 arasında değiştiği bulunmuştur (32).

DEHB'nin kız ve erkeklerde görülme sıklığının da farklılık gösterdiği bilinmektedir. Epidemiyolojik çalışmalarda erkeklerle kadınlar arasındaki oran yaklaşık 2:1 iken klinik temelli çalışmalarda 3-5:1 hatta 9:1'e kadar çıkabilmektedir. Kızlar, kliniğe daha çok içe yönelim sorunları olarak bilinen dikkat eksikliği, depresyon, anksiyete gibi problemlerle başvururken, erkekler daha çok davranış sorunları olarak kendini gösteren dışa yönelim sorunları sergilemektedir. Erkek cinsiyeti, düşük sosyoekonomik düzey ve erken yaşta DEHB sıklığının artmasının bir ilişkisi olarak gözlemlenmiştir (28).

Okul öncesi yaştaki çocuklarda hiperaktivite alanının daha yaygın olarak görüldüğü, bunun yaş ile birlikte azaldığı belirtilmektedir. İlkokul çağındaki çocuklarda bileşik görünümün daha yüksek olduğu, ortaokul ve lise çağında ise dikkat eksikliği alanındaki tanı alma sıklığının daha yaygın olduğu bilinmektedir (28).

Çocukluk çağında DEHB tanısı almış bireylerin yaklaşık %60'ı erişkinlik döneminde DEHB belirtileri göstermeye devam etmektedir (28). Erişkinlik döneminde DEHB prevalansının %4,4 olduğu belirtilmektedir (33). Çocukluk çağındaki DEHB'nin erkeklerde görünümünün daha yüksek oranda olduğu belirtilse de erişkinlik döneminde kadın ve erkeklerdeki prevalansının benzer olduğu görülmektedir (33). Erişkinlik döneminde dikkatsizlik alanının ise en sık sorun yaşanan alan olduğu vurgulanmakta, bu belirtiler iş ve okul hayatında hatalar yapma, hedefe yönelik plan yapma güçlükleri gibi alanlarda kendini göstermektedir (26). Erişkinlik döneminde hiperaktivite alanının aşırı hareketlilik görünümünden farklılaşarak iç sıkıntısı ve huzursuz hissetme gibi belirtiler ile kendini gösterdiği belirtilmektedir (26,34). Dürtüsellik alanı ise erişkinlik döneminde sabırsızlık, sıra bekleyememe gibi belirtiler ile ortaya çıkmaktadır (26).

2.1.3. Etiyoloji

DEHB, etiyolojisi tam olarak bilinemeyen, heterojen bir bozukluk olarak nitelendirilmektedir (35). Nörogelişimsel bir bozukluk olan DEHB'nin (28,36) etiyolojisinde genetik ve çevresel faktörlerin rol oynadığı vurgulanmaktadır (37).

DEHB gelişimindeki en büyük faktörün genetik yatkınlık olduğu bildirilmektedir (38). Faraone ve ark. (39) birbirinden bağımsız 20 adet ikiz çalışmasını gözden geçirmiş ve genetik faktörlere atfedilen semptomların oranının %76 olarak tahmin edildiğini belirtmiştir. Aynı çalışmada, yedi gen ile (dopamin reseptörü genleri DRD4, DRD5, DAT, DBH; serotonin taşıyıcı geni 5-HTT; serotonin reseptör genleri HTR1B ve SNAP 25) DEHB arasında anlamlı bir ilişki olduğu kanıtlanmıştır. Ancak, tek yumurta ikizlerinde DEHB oranının %100'e ulaşmaması ve DEHB'li çocukların yarısında beklenen biyolojik anormalliklerin görülmemesi (40), genetik yatkınlığın tek başına yeterli bir açıklama olmadığını göstermektedir (41).

DEHB tanısı alan bireylerin prefrontal korteks, kaudat nukleus, globus pallidus, korpus kallosum ve serebellum hacminin azaldığı bildirilmiştir (42). Sowell ve ark. (43), DEHB'li çocuklarda frontal ve temporal lob hacminin kontrol grubuna kıyasla daha düşük olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca, DEHB'nin gelişiminde dopaminerjik ve noradrenerjik sistemdeki anormalliklerin rolü vurgulanmaktadır (44). Nörogelişimsel bozukluklara sahip çocukların yürütücü işlevlerde güçlükler yaşadığını belirten ve DEHB etiyolojisinde bu işlevlerin rolünü ele alan çalışmalar bulunmaktadır (11,45). 6000'den fazla katılımcıyı içeren bir meta-analiz, DEHB tanısı olan hastaların tepki ketleme, uyarana karşı tetikte olma, çalışma belleği ve planlama gibi alanlarda zorluklar yaşadığını göstermektedir (46). Ayrıca, DEHB tanılı bireylerin duygu düzenleme güçlüklerinin işlevsellikleri üzerindeki olumsuz etkileri bildirilmiştir (11).

Genetik olmayan faktörler incelendiğinde, annenin doğum öncesinde yoğun stres yaşaması, (47) gebelik döneminde sigara, alkol ve madde kullanımı (48) ve düşük doğum ağırlığı (49) gibi faktörler bulunmaktadır. Ayrıca kurşun ve civa gibi ağır metal ve kimyasal maruziyetleri (50) ile beslenme ve yaşam tarzı gibi çevresel faktörlerin de DEHB için risk oluşturduğu bilinmektedir (51).

DEHB'nin genetik, biyolojik ve nörogelişimsel temellerinin yanı sıra, ebeveynlerin özellikleri ve ebeveynlik tutumları gibi çevresel etmenlerin DEHB'nin gidişatını ve ek tanıları yordadığı bilinmektedir (7,52). Nörobiyolojik ödül devrelerindeki

değişimlerin dürtüsellik ile sonuçlandığı, bunun da çocuğun ebeveyni ve kardeşlerinden olumsuz yanıtlar alarak organizasyonel becerilerini geliştirmesini zorlaştıran bir döngü oluşturduğu belirtilmektedir (53). Bu doğrultuda, DEHB'de güçlü bir biyolojik yatkınlık olduğu düşünülse de aile ortamı semptomların gelişiminde önemli bir etkiye sahiptir (7). Örneğin, çocuklukta DEHB'ye eşlik eden davranım bozukluğu tanısının, ihmalkar veya otoriter ebeveynlik ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. Ayrıca, çocuğun DEHB özelliklerinin çevresi için stresli olması, diğer aile üyelerinin olumsuz tepkiler vermesine yol açabilir ve aile ilişkileri ile ebeveynlerin psikolojik işlevselliğini olumsuz etkileyebilir (41).

2.1.4. Komorbidite

DEHB'nin diğer psikiyatrik bozukluklarla komorbid görülme sıklığı yüksektir (54). 4-17 yaş arasındaki DEHB tanılı çocuk ve ergenlerin yer aldığı bir çalışmada, katılımcıların %52'sinin DEHB'ye eşlik eden en az bir psikiyatrik bozukluğu, %26,2'sinin ise iki veya daha fazla eşlik eden bozukluğu olduğu tespit edilmiştir (55). Çocukluk çağında DEHB'ye en sık eşlik eden güçlük, karşıt olma karşıt gelme bozukluğudur (KOKGB); DEHB tanılı çocukların yaklaşık %50-60'ı bu tanı kriterlerini karşılamaktadır (56,57). DEHB'nin davranım bozukluğu ile bir arada görülme oranı %16-20 arasında tahmin edilmekte, erkeklerde kızlara göre daha yaygın görüldüğü belirtilmektedir (58). 2001-2011 yılları arasında gerçekleştirilen çalışmaları içeren bir gözden geçirmede, DEHB ve öğrenme güçlükleri eş tanısının %31-%45 arasında olduğu belirtilmiştir (59). Ayrıca, DEHB tanısı alan çocukların ileride depresif bozukluk geliştirme olasılıkları, DEHB tanısı olmayan çocuklara göre daha yüksektir (60).

DEHB tanısı almış çocuklar sıklıkla okulda sorunlar yaşarlar. DEHB, düşük notlar, okumanın zayıf oluşu, özel eğitim gereksinimi, sınıf tekrarı veya okuldan uzaklaştırılma gibi değişkenler ile ilişkili bulunmuştur (61). Ayrıca, okul tabanlı hizmetlerin kullanımının, okul cezaları ve uzaklaştırmaların artışı ile bağlantılı olup, lise mezuniyet oranları ve yükseköğrenim oranlarının düşük olması ile ilişkilidir (62). Barbaressi ve ark. (63) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, DEHB tanısı alan çocukların liseden önce okuldan ayrılma oranlarının, kontrol grubunun 2.7 katı daha fazla olduğu ve akademik başarılarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Okulda yaşanan güçlüklerin, çocuklar ilkokuldan liseye geçerken giderek daha belirgin hale geldiği ortaya konmuştur.

DEHB tanısı alan hastaların %15'i ila %19'unun sigara içmeye başladığı (ya da diğer madde kullanım bozukluklarına sahip olduğu bilinmektedir (38,64). Ayrıca, çocukken DEHB özellikleri olan yetişkinlerin, yetişkinlik dönemlerinde antisosyal davranışlar, madde kötüye kullanımı ve mesleki işlevsellikte zorluklar yaşama olasılıkları daha yüksektir (65). Erişkinlikte görülen DEHB'ye en sık eşlik eden bozukluklar arasında depresyon, anksiyete bozukluğu, bipolar bozukluk, madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları, yeme bozukluğu gibi güçlükler yer almaktadır (33,66-69).

2.1.5. Tedavi

DEHB kronik ve yaşamdaki tüm işlev alanlarını etkileyen bir bozukluktur, bu nedenle tedavi planı uzun vadeli ve kapsamlı olmalı ve zaman içinde değişen ihtiyaçlara yönelik yapılandırılmalıdır. Çocuk hastaların tedavisinde, hasta ve ailesinin tedavi planında iş birliği sağlanmalıdır. Aile, doktor, öğretmen, psikolog ve diğer profesyonellerin dışında çocuk tedavi planlama sürecine dahil edilmelidir (28).

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (70) ve American Academy of Pediatrics (71) tarafından onaylanan iki tedavi yöntemi bulunmaktadır. Bunlar davranışsal tedavi ve FDA tarafından onaylanmış sempatomimetik ilaçlar (stimulanlar ve atomoksetin) olarak bilinmektedir.

Tedavi planı, DEHB hakkında ebeveyn ve çocuklara psiko-eğitim verilmesini içermektedir. Bu psiko-eğitim, DEHB'nin çeşitli tedavi seçenekleri (ilaçlar ve davranışçı terapi) hakkında bilgi verilmesini, toplum desteklerine erişimi ve gerektiğinde ek okul kaynaklarını kapsar. Psiko-eğitim, davranışçı terapi gibi psikososyal müdahalelerden ayrılır. Psiko-eğitim genellikle ilaç yönetimi konusunda ruh sağlığı uzmanı tarafından gerçekleştirilir ve ebeveynleri ve çocuğu DEHB hakkında bilgilendirme, DEHB'li çocuklar için zorlayıcı olan gelişimsel zorlukları öngörmelerine yardımcı olma ve ebeveyn ve çocuğa çocuğun akademik ve davranışsal işlevini iyileştirmeye yardımcı olacak genel tavsiyeleri içerir. Tedavi planı düzenli olarak gözden geçirilir ve hastanın semptomları yanıt vermiyorsa değiştirilir (72). Akut ve orta vadeli çalışmalarda, genellikle belirtilerin bastırılması için ilaç tedavisi davranışsal tedaviyi geride bıraksa da DEHB'li çocukların dörtte üçünde belirtiler yoğun davranışsal tedavi ile yönetilebilirken; ilaç tedavisi ve davranışsal tedavi kombinasyonunun, daha düşük bir ilaç dozu ile eşit veya daha iyi sonuçlar sağlayabileceği belirtilmektedir (73).

Davranışsal tedaviler, özellikle pekiştirmenin davranışları artırdığı ve pekiştirilmeyen veya cezalandırılan davranışların azaldığı sosyal öğrenme kuramına dayanmaktadır. DEHB belirtileri olan hastalar ile ilk temasta bir dizi pratik davranışsal tedavi uygulanabilir. Bunlar, hedef davranışlar için yıldız çizelgeleri, ev kurallarının net olarak tanımlanması, işitsel talimatlar göz ardı ediliyorsa görsel kanallardan yararlanan yazılı veya resimli talimatları içerir. Daha fazla zaman ve çaba içeren spesifik müdahaleler de planlanabilir; örneğin ev içinde jetonla ödüllendirme yöntemi veya okul davranışını evde pekiştirme ile bağdaştırmak için günlük bir rapor kartı gibi (28).

Hızlı salınımlı stimülanların günde 2-3 defa alınmasının gerekmesi, ilacı kullanım pratikliği açısından dezavantaj oluşturabilir (72). Uzun etkili formülasyonların, hızlı formlar kadar etkili olduğu ve ergenlerin yanı sıra çocuklarda da etkili olduğu gösterilmiştir (74,75). Metilfenidat ve atomoksetin genel olarak daha az iniş çıkışa neden olur (28). Hastalar ve aileler için daha fazla kolaylık sunar ve okul çağındaki hastanın ilaç uygulaması için okula bildirimde bulunma ihtiyacını azaltarak gizliliği artırır (72). DEHB tanısı almış hastanın ilaç düzenlemesinin düzenli olarak takip edilmesi gerekmektedir. Bu takip, ilacın hala etkili olduğundan, dozunun uygun olduğundan ve yan etkilerin klinik olarak önemsiz olduğundan emin olmak için gereklidir (72). Jadad ve ark. (76), DEHB tedavisini içeren 78 çalışmayı incelemiş; bu çalışmaların altısı farmakolojik ve farmakolojik olmayan müdahaleleri karşılaştırmıştır. Araştırmacılar, çalışmaların stimülan tedavisinin ilaç dışı tedaviye üstünlüğünü sürekli olarak desteklediğini bildirmiştir.

2.1.6. DEHB ve Ebeveynlik

DEHB özellikleri olan çocuklar, ebeveynlerinin yönergelerini önemsememe ve akranlarıyla anlaşmazlıklar yaşama eğilimindedir. Bu nedenle, DEHB belirtileri olan çocukların ebeveynleri, tipik gelişen akranlarının ebeveynlerine göre çocuklarına daha fazla dikkat, destek ve çaba harcamak zorundadır (77). DEHB'li çocuklardaki davranış sorunlarının ilişkiler üzerindeki olumsuz etkileri, ebeveynlerin reddedici ve katı tutumlarıyla da ilişkilidir (8). Ayrıca, DEHB'li çocukların ebeveynleri, DEHB tanısı almayan ebeveynlere göre daha yüksek ebeveynlik stresi, daha düşük öz-yeterlik hissi ve evlilik doyumu bildirmektedir (41,78).

Çocukların DEHB özelliklerinin ebeveynlik üzerindeki zorlayıcı etkilerinin yanı sıra, ebeveynlerde psikopatolojinin varlığı, aile sisteminde sorunlara yol açmakta ve

çocuğun tedavisinin başarısız olma olasılığını artırmaktadır. Bu nedenle, tedavi sonuçlarını ve uzun dönem prognozunu yordamak amacıyla ebeveynlere yönelik faktörleri incelemek önemlidir (79). Literatüre göre, DEHB özellikleri olan çocukların ebeveynlerinde DEHB, anksiyete, depresyon, madde kötüye kullanımı ve kişilik bozukluğu tanısı görülme oranı yüksektir (9). Ebeveynlerde DEHB özelliklerinin bulunması, çocuklarda artan DEHB riski ile ilişkilidir (20,58); bu oran %41 olarak bildirilmiştir (80). DEHB özellikleri olan ebeveynler, çocukları ile ilgilenirken dikkatlerini sürdürmede, tedavi sürecindeki önerileri uygulamada ve çocuğun öfke nöbetlerini yatıştırmada zorluk yaşayabilir (15). Ebeveynin DEHB özellikleri, bilişsel süreçler, öz düzenleme becerileri ve motivasyon süreçlerinde güçlükler yaratarak ebeveynlik yeterliliği ve doyumunu azaltabilir (13,81). Ayrıca, DEHB semptomlarına eşlik eden duygu düzenleme güçlükleri, ebeveynlerin etkili tutumlar sergilemesini engelleyebilir (13), bu da kaotik bir aile ortamına ve olumsuz etkilere yol açabilir (15,27). Aile işlev bozukluğu, çocuğun DEHB'ye ilişkin genetik yatkınlığı ile etkileşime girerek belirtilerin şiddetini artırabilir. Gözlemsel çalışmalar, DEHB'li çocukların ebeveynlerinde yüksek düzeyde olumsuz ve kontrol edici davranışlar bulunduğunu göstermekte, etkileşim sorunlarının özellikle küçük yaştaki erkek çocuklar için daha yoğun yaşandığına dair kanıtlar mevcuttur (41).

2.2. BORDERLİNE KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Kişilik bozuklukları, bireyin kültüründen önemli ölçüde farklılık gösteren, esnek olmayan deneyim örüntülerini içerir. Kişilik bozukluğu olan bireyler, kişilerarası zorluklardan kaynaklanan önemli güçlükler, yoğun duygusal tepkiler, dürtüsellik ve çarpıtılmış bilişler gibi belirtilere sahiptir (26). Borderline kişilik bozukluğu (BKB), kişilerarası ilişkilerde ve kendilik imajında değişkenlik, duygu düzenleme ve dürtü kontrolü güçlükleri ile tanımlanır (82). BKB, kimlik algısında, ilişkilerde ve duygulanımda istikrarsızlık, kendine zarar verme, dürtüsellik, terk edilme korkusu, boşluk hissi, geçici stres kaynaklı paranoya ve çözülme belirtileri ile karakterizedir (26). Borderline terimi, ilk defa DSM-III'te kişilik bozuklukları kategorisinde yer almıştır (83). DSM-5'e göre BKB tanısı için dokuz belirtilerden beşinin karşılanması gerekmektedir. Bu belirtiler arasında, terk edilmeden kaçınmak için yüksek çaba gösterme, ilişkilerde iki uçta gidip gelen tutarsız örüntüler, kimlik karmaşası, en az iki alanda dürtüsellik,

tekrarlayıcı intihar davranışları, duygulanımda tutarsızlık, süreğen boşluk hissi, öfke kontrolü güçlüğü ve kuşkucu düşünceler yer almaktadır (26).

BKB, kişinin kendisinin ve diğerlerinin içsel durumlarını anlama ve yansıtma becerisindeki yetersizliklerle açıklanan zihinselleştirme güçlüğü ile ilişkilidir (84). Duygu düzenleme güçlüğü, BKB belirtilerinin merkezindedir (82,85,86). Linehan (85), BKB belirtilerini beş boyutta tanımlar: Birincisi, duygusal deneyimlerin düzensiz ve dengesiz olması; depresyon, kaygı ve irritabilite ile birlikte öfkenin işlevsel bir biçimde ifade edilmesinde zorluk yaşanmasıdır. İkincisi, aşırı ve sorunlu dürtüsel davranışlar gibi davranış düzensizliğidir. Üçüncüsü, depersonalizasyon, çözülme ve sanrılar gibi bilişsel belirtilerdir. Dördüncüsü, kimlik belirsizliği ve boşluk hissidir. Son olarak, BKB belirtileri olan bireyler kişilerarası ilişkilerde güçlükler yaşarlar.

2.2.1. Epidemiyoloji

Epidemiyolojik çalışmalara göre, BKB'nin görülme sıklığı %1 ila %6 arasında değişmektedir (87-89). Ayrıca, yapılan çalışmalara göre, bu güçlüğün kadınlarda erkeklere oranla daha yaygın olduğunu belirtilmektedir (sırasıyla yaklaşık %70 ve %30) (87). Bu farklılık farklı görüşler ile açıklanmaktadır. Bunlar arasında bu oranın tanı koyan uzmanların cinsiyete ilişkin önyargısını (90) ve tedavi edilen hastalarda tipik olan cinsiyet farkını yansıttığı (88) belirtilmektedir. Klinik popülasyonlarda borderline kişilik bozukluğu, ayaktan tedavi gören tüm psikiyatri hastalarının %10'unda ve yatan hastaların %15 ila %25'inde görülen yaygınlığıyla en sık görülen kişilik bozukluğudur (91).

BKB olan bireylerde %75 oranında intihar girişimi olduğu, %10'unda intihar girişiminin tamamlandığı, %69-70 oranında da kendine zarar verme davranışı görüldüğü bildirilmektedir (92). Bu oranlar değerlendirildiğinde, BKB'nin incelendiği araştırmalar kritik önem taşımaktadır.

2.2.2. Etiyoloji

BKB gelişiminde çocuğun duygusal açıdan risk taşımasına katkıda bulunan genetik faktörler ve destekleyici olmayan çevresel koşullar risk faktörleri arasında yer almaktadır (82,93,94). Buna tepkisel ve dürtüsel bir mizaca sahip olmak ile çocuklukta yaşanan fiziksel ve cinsel istismar gibi çocukluk çağı travmaları, ebeveyn kaybı gibi olumsuz yaşam deneyimleri örnek olarak verilebilir (82,95). Ayrıca tutarsız ve aşırı müdahaleci ebeveynlik yaklaşımları BKB belirtilerinde risk faktörü olarak

değerlendirilmektedir (95). Genetik faktörler ve olumsuz çocukluk deneyimleri gibi çevresel faktörler etkileşime girerek duygu düzenleme güçlüğü ve dürtüselliğe, bu güçlükler de işlevsel olmayan davranış örüntülere, psikososyal alanda çatışmalara ve eksikliklere yol açabilir (92).

2.2.3. Komorbidite

BKB'de diğer psikiyatrik bozukluklar ile eş tanı görülme oranı oldukça yüksektir (82). BKB olan hastalarda, BKB olmayan hastalara kıyasla eşlik eden depresyon, anksiyete bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğu görülme oranın daha yüksek olduğu bildirilmiştir (89,96-98). Ayrıca çocukluk çağında alınan DEHB tanısının erişkinlik döneminde alınan BKB tanısı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir (99,100).

2.2.4. Tedavi

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin uygulama kılavuzuna göre temel tedavi yöntemi olarak bireyin kişilik yapılanmasının, kişilerarası ilişkilerinin ve genel işlevselliğinin ele alınması amacıyla psikoterapi önerilmekte, duygusal dengesizlik, dürtüsellik, psikotik belirtiler ve kendine zarar verme davranışı gibi semptomların şiddetlendiği durumlarda da ilaç tedavisinin psikoterapiye eklenmesinin önemli bir rolü olduğu belirtilmektedir (101). İlaç tedavisi üç semptom kümesine yönelik planlanmaktadır. Bilişsel-algısal semptomlar için nöroleptikler, duygusal semptomlar için SSRI'lar ve son olarak dürtüsel-davranışsal semptomlar için SSRI'lar ve düşük doz nöroleptikler önerilmektedir (101).

BKB tedavisinde uygulanan çeşitli psikoterapi yaklaşımları bulunmamaktadır. Bu yaklaşımlar arasında arasında psikodinamik yaklaşımdan kaynağını alan mentalizasyon odaklı terapi (102) ve aktarım odaklı terapi (103), bilişsel davranışçı terapi (104,105), diyalektik davranışçı terapi (106), şema terapi, psikodinamik terapi (107) yer almaktadır. Psikoterapi yaklaşımlarının etkinliğini inceleyen randomize kontrollü çalışmalar ele alındığında, özellikle diyalektik davranışçı terapi ve psikodinamik yaklaşımların BKB'de görülen kendine zarar verme gibi önemli klinik sorunlar üzerinde etkili olduğu görülmektedir (108). Ancak herhangi bir terapi yaklaşımının daha etkin olduğuna ilişkin herhangi bir bulgu bulunmamaktadır (109).

2.2.5. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Ebeveynlik

Belsky (110), ebeveynin kişiliği ve psikolojik iyi oluşunun ebeveynlik işlevselliğini etkileyen temel etmenler arasında olduğunu belirtmiştir. Kişilik bozukluğu belirtilerinin, bireyin kendisi ve çevresi için ortaya koyduğu zorlukların doğası gereği zorluklar içeren ebeveynlik deneyimini daha da zorlaştırabileceği ve çocuklar üzerinde olumsuz etkiler yaratabileceği vurgulanmaktadır (14). BKB özellikleri taşıyan bireylerin davranışları, çevresindekiler üzerinde derin etkiler bırakabilir. Bakım verenin istikrarı ve güvenilirliği, sağlıklı çocuk gelişimi için kritik öneme sahiptir; dolayısıyla BKB'li ebeveynler çocuk yetiştirmede zorluklar yaşamaktadır (111). Bu nedenle, araştırmacılar bu belirtilerin ebeveyn-çocuk ilişkileri üzerindeki etkilerini incelemişlerdir (112).

BKB özellikleri taşıyan ebeveynler, çocuklarına empatik yanıt verme, istikrarlı ve güvenli bir ortam sağlama, kişilerarası sınırları yönetme ve ebeveynlik becerilerini kullanmada zorluk yaşayabilir ve ebeveynlik rollerine ilişkin yetersizlik hissi deneyimleyebilir (113). Bu durumun, çocukların sağlıklı gelişimine olumsuz etkileri olabileceği bildirilmiştir (17). Bunun yanı sıra, BKB tanılı annelerin, bebeklerinin duygularını tanımada güçlükler yaşadığı rapor edilmiştir (114). Bir çalışmada, yüksek BKB semptomları olan ebeveynlerin zihinselleştirme becerilerinin düşük olduğu gösterilmiştir (115). Benzer şekilde, BKB semptomları olan annelerin çocuklarının duygularını doğru kavrayıp geri yansıtma ve çocuklarıyla uyumlanma konularında zorluk yaşadığı bildirilmiştir (116-118).

BKB, yalnızca birey üzerinde değil, aile üyeleri ve yakın çevresi üzerinde de yıkıcı etkilere sahip bir güçlük olarak tanımlanmaktadır (119). Ancak, BKB özellikleri olan anneler ve çocukları ile ilgili literatürde az sayıda çalışma bulunmaktadır. Araştırmalar, ebeveynlerde görülen BKB özelliklerinin, çocuklarda DEHB ve yıkıcı davranış bozuklukları ile ilişkili olduğunu göstermektedir (16-19). Weiss ve ark. (19) tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada, BKB özellikleri olan annelerin çocuklarında en sık görülen psikiyatrik bozukluğun DEHB olduğu belirlenmiştir. Ayrıca, BKB'li annelerin çocuklarının, bu özelliklere sahip olmayan annelerin çocuklarına göre içe yönelim ve dışa yönelim sorunlarının daha yüksek, psikososyal işlevselliklerinin daha düşük olduğu gösterilmiştir (16, 19, 95, 120). Kaufman ve ark. (112), annelerdeki BKB ve antisosyal kişilik bozukluğu özelliklerinin birleşiminin, çocuklardaki içe yönelim ve dışa yönelim belirtileri ile doğrudan ilişkili olduğunu ve bu ilişkide çocukların duygu

düzenleme güçlüklerinin aracı rol oynadığını bulmuştur. BKB'li anneler ve çocukları ile ilgili 33 çalışmayı inceleyen bir gözden geçirme çalışmasında, BKB'li annelerin çocuklarında daha fazla içe yönelim ve dışa yönelim sorunları, güvensiz bağlanma ve duygu düzenleme güçlüğü görüldüğü rapor edilmiştir (121). Küng ve ark. (18) ise, BKB'li annelerin çocuklarında psikiyatrik bozukluk görülme oranının daha yüksek olduğunu ve DEHB'nin en sık görülen bozukluk olduğunu saptamıştır. Ayrıca, annelerin BKB özelliklerinin bebeklerine yönelik cezalandırıcı/küçümseyici duygu sosyalleştirme yaklaşımları ile ilişkili olduğu ve ebeveyn duygu düzenleme güçlüklerinin bu ilişkide aracı rol oynadığı bildirilmiştir (117).

2.2.6. Borderline Kişilik Bozukluğu ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

BKB ve DEHB'nin klinik görünümünde, dürtüsellik ve duygu düzenleme güçlüğü olmak üzere ortak iki temel alanda güçlükler görüldüğü bildirilmiştir (122). Dürtüsellik, yeterince düşünülmeden ve yere-zamana uygun olmadan sergilendiği için sıklıkla istenmeyen sonuçlara yol açmakta olan (123) ve kontrol edilmesi zor davranışları içermektedir (124,125). Her iki bozuklukta da dürtüsellik yaygın olarak görülmektedir, ancak DEHB'deki dürtüsellik belirtileri, dikkat ve bilişsel işlemleme alanlarındaki genel eksikliklerin yanıt inhibisyonundaki güçlüklere yol açması ile açıklanmaktadır (126,127). BKB'de görülen dürtüsellik ise yanıt inhibisyonundaki güçlüklerin yanı sıra (128), duygusal ve kişilerarası ilişkilerde daha yaygın ortaya çıkmakta ve duygusal açıdan nötr alanların daha az etkilendiği belirtilmektedir (129).

Linehan'ın (85) BKB teorisine göre, BKB'nin temelinde duygu düzenleme güçlüğü bulunmaktadır. Çalışmalarda, BKB tanılı bireylerin rahatsız edici duygu durumlarını daha uzun süre deneyimledikleri ve başlangıçtaki duygu durumlarına dönüş sürelerinin daha uzun olduğu bildirilmiştir (130). Son yıllarda duygu düzenleme güçlüğünün DEHB'nin de önemli bir belirtisi olduğu vurgulanmaktadır (131-133). Hatta bu güçlüğün, DEHB'de dikkat eksikliği ve hiperaktivite/dürtüsellik bileşenlerine ek olarak üçüncü bir alt kategori olarak değerlendirilmesi gerektiği önerilmektedir (134). DEHB ile BKB'de görülen duygu düzenleme güçlüğü benzerlik göstermekte; her iki bozuklukta da duygusal değişkenliğin yüksek olduğu ve başlangıçtaki duygu durumuna dönüş süresinin uzun olduğu bildirilmiştir (136,137). Duygu düzenleme güçlüğü, her ikisinde de işlevselliği büyük ölçüde etkilemektedir (11, 12). Her iki bozukluğun klinik

görünümünde, duygu düzenleme ve dürtü kontrolünde yaşanan güçlükler, düşük öz saygı, kişilerarası ilişkilerde zorluklar ve madde kullanımı yaygındır (35,100). Bu iki güçlük sıklıkla komorbid olarak görülmekte (124), çocuklukta alınan DEHB tanısının erişkinlik döneminde görülen BKB semptomlarını yordadığı yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (137,120).

2.3. DUYGU DÜZENLEME

Duygular, bireylerin deneyimlerini hızlı bir şekilde değerlendirerek anlam çıkarmalarını ve yanıt vermelerini sağlayan araçlardır (138). Bu sayede olumlu koşulları sürdürmeye ve olumsuz koşullarla baş etmeye yardımcı olurlar (138). Evrimsel perspektife göre, beynimizin duygularla ilişkili bölgeleri belirli durumlarda bizi belirli bir davranışa yönlendirirken, kortikal bölgeleri duygusal tepkilerin uygunluğunu değerlendirerek bizi başka bir davranışa yönlendirebilir (139). Bu açıdan duygular, hafıza ve karar verme gibi bilişsel süreçler ile birlikte davranışlarımız üzerinde etkilidir. Ayrıca, bir durumun iyi ya da kötü olduğunu anlamamıza yardımcı olarak davranışlarımızı düzenlemekte sosyal bir işlev de taşırlar (140). Ancak, duyguların olumlu işlevlerinin yanı sıra yıkıcı etkileri de olabilir; örneğin, duygular uygun olmayan bir ortamda, yanlış biçimde ve şiddette ifade edildiklerinde olumsuz etkilere yol açabilir (141). Bu da duyguların bu gibi durumlarda düzenlenmesi gerektiğini göstermektedir (142).

Duygu düzenleme üzerine gerçekleştirilen çalışmalar 1990'lardan itibaren hız kazanmıştır; ancak literatürde bu kavramın savunma mekanizmaları, bağlanma, baş etme ve öz düzenleme gibi çeşitli çatıların altında daha önce ele alındığı söylenebilir (143-146). Çeşitli araştırmacılar, duygu düzenlemeyi farklı perspektiflerden ele almıştır. Duygu düzenleme, bireyin duygularını, motivasyonel ve fizyolojik süreçleri nasıl deneyimlediğini, yönettiğini ve değiştirdiğini ve duyguları davranışsal olarak nasıl ifade ettiğini içerir (147, 148). Bu açıdan, duygu düzenleme, duygusal tepkinin fizyolojik, öznel ve davranışsal bileşenlerine ilişkin içsel süreçleri kapsar (149). Adaptif davranışları başlatma, motive etme, stres seviyesini azaltma ve uyumsuz davranışları engellemede kritik bir rol oynar (150). Duygu düzenlemenin ana hedefinin psikolojik iyilik halini korumak olduğu söylenebilir (151). Yanlış yorumlanan durumlar, zararlı davranışlara yol açan duygular azaltılırken; uyumlu, olumlu duygusal yanıtlar verilmesi gereken durumlarda bu duygular başlatılır veya arttırılır (139).

Duygu düzenleme, yalnızca olumsuz duyguları değil, olumlu duyguları da yönetmeyi içerir ve duyguların yoğunluğunun azaltılması veya arttırılması gibi işlemleri kapsar (139). Bu süreç, hem bilinçli hem de otomatik olarak gerçekleşebilir (152,153). Bireyin hangi stratejiyi seçeceği, kişilik ve bireysel farklılıklar açısından önem taşır (139).

Gross'un süreç modeline göre, duygu düzenleme stratejileri öncül odaklı ve tepki odaklı olarak iki gruba ayrılır. Öncül odaklı stratejiler, bireylerin bir duyguyu tam olarak deneyimlemeden ve tepki vermeden önce davranışını değiştirmeye çalışmasını içerir. Öncül odaklı bir strateji olan bilişsel yeniden anlamlandırma, duygusal etkinin azaltılması amacıyla durum hakkındaki düşüncelerin değiştirilmesini içerir. Tepki odaklı stratejiler ise bir duygunun ortaya çıkışının ardından yapılanları kapsar; örneğin bastırma, bireyin duygusal tepkilerini ifade etmesini engelleyen bir stratejidir (154). Bir stratejinin işlevselliği, kullanıldığı bağlama bağlı olarak değişir (141). Örneğin, bastırma genel anlamda işlevselliği bozan bir duygu düzenleme stratejisi olarak ele alınsa da (155) uygun koşullarda kullanıldığında bireyin uyumunu arttırdığına dair çalışmalar bulunmaktadır (156). Özetle, adaptif duygu düzenlemenin, içinde bulunulan durumun gereksinimlerini ve hedefleri değerlendirerek duygu düzenleme stratejilerini esnek bir şekilde kullanmayı içerdiği aktarılmaktadır (147,157).

Gratz ve Roemer (158), duygu düzenlemeyi çok boyutlu bir kavram olarak ele alır ve bireyin duygularının farkında olmasını, duyguları anlamasını, kabul etmesini, dürtülerini kontrol etmesini ve esnek bir şekilde stratejiler kullanmasını vurgular. Duygu düzenleme güçlüğü ise bireyin duygusal durumları işlevselliğini bozacak şekilde deneyimlemesi, yorumlaması ve uyumsuz tepkiler vermesini ifade eder (159). Duygu düzenleme stratejilerin işlevsel olmaması, bireyi çevresel stres faktörlerine karşı daha savunmasız hale getirebilir (160).

2.3.1. Bilişsel Duygu Düzenleme

Bireyler, çevresel stres etkenleriyle başa çıkmak amacıyla yaşamları boyunca çeşitli duygusal düzenleme stratejileri kullanmak durumundadırlar. Bilişsel duygu düzenleme, stresli olaylar sonrasında duyguların bilişsel süreçler aracılığıyla düzenlenmesi olarak tanımlanmaktadır (161,162). Bu bağlamda, olumsuz durumlarla başa çıkmak için kullanılan dokuz strateji tanımlanmıştır. Kendini suçlama, kişinin yaşananlardan dolayı kendisini sorumlu tutmasını ifade eder. Başkalarını suçlama,

deneyimlenen olumsuz durum karşısında başkalarının sorumlu olduğunu düşünmeyi içerir. Kabul etme, yaşananları kabul etmeyi ve olanlara boyun eğmeyi içerir. Plana tekrar odaklanma, olumsuz olay karşısında atılacak adımları ve baş etme biçimlerini düşünmeyi içerir. Pozitif tekrar odaklanma, yaşanan olayı düşünmek yerine daha keyifli şeyleri düşünmeyi kapsar. Ruminasyon, olumsuz olaya ilişkin duygu ve düşünceler hakkında düşünmeyi ifade eder. Pozitif yeniden gözden geçirme, kişinin gelişimi açısından olaya olumlu anlam yükleme düşüncelerini içerir. Bakış açısına yerleştirme, diğer olaylarla karşılaştırarak olayın ciddiyetini küçümsemeyi kapsar. Felaketleştirme ise, olayın korku veren yönlerini düşünmeyi içerir (161). Bu stratejilerden kabul etme, plana yeniden odaklanma, pozitif yeniden odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme ve bakış açısına yerleştirme uyumu sağlayan duygu düzenleme yöntemleri olarak değerlendirilir ve iyimserlik, yüksek benlik saygısı ve psikolojik iyi oluş ile ilişkili bulunmuştur (162-164). Kendini suçlama, diğerlerini suçlama, ruminasyon ve felaketleştirme stratejilerinin ise depresyon, kaygı, stres ve öfke düzeyinin yordayıcıları olduğu belirtilmektedir (165). Bununla birlikte, bu stratejilerin etkinliği, bağlama bağlı olarak değişiklik gösterebilir; örneğin, pozitif tekrar odaklanma kısa vadede faydalı olsa da uzun vadede olumsuz etkilere yol açabilir (161).

Çocuklar, büyüdükçe duygu düzenleme repertuarlarını genişleterek dışsal ve davranışsal stratejilerden, bakış açısını değiştirme ve yeniden anlamlandırma gibi içsel ve bilişsel stratejilere yönelirler (166,167). 7 ila 10 yaşı kapsayan orta çocukluk döneminde ise problem çözme gibi bilişsel stratejileri kullanmaya başlarlar (168).

2.3.2. Duygu Düzenleme ve Ebeveynlik

Gelişimsel açıdan, bebekler yaşamın ilk dönemlerinde duygu düzenleme becerilerine sahip değildir ve yoğun duygularla başa çıkmak için bakım verenlerine ihtiyaç duyarlar. Bakım verenler, bebeklerin sıkıntı, korku veya zorluk deneyimlediklerinde onları sakinleştirerek veya dikkatlerini dağıtarak önemli bir rol oynarlar (147,169,170). Bu etkileşim, bebeklerin rahatlaması ve olumlu davranışlar sergilemesi ile sonuçlanır, böylece bakım veren ile bebek arasında yakınlık ve bakım verme davranışları güçlenir. Duygu düzenleme becerileri, temelini bakım veren-bebek arasında gerçekleşen bu etkileşimden alır (171). Erken çocukluk dönemine gelindiğinde ise çocuklar, yavaş yavaş kendi duygularını regüle etmeye başlar; bu, bebeklikten itibaren gelişen önemli bir beceridir (172). İlkokul döneminde ise çocukların olumsuz duygularla

başa çıkma yöntemleri, fiziksel yatıştırma yerine dinlenme, duygularının onaylanması ve olumsuz durumların farklı bir bakış açısıyla yeniden yorumlanması gibi sosyalleştirme yaklaşımlarını içermektedir (173).

Özetle, adaptif duygu düzenleme becerilerinin temeli, ebeveynlerin çocuklarına bu konuda model olmaları ve tutarlı ilişkiler sunmalarıyla oluşur (174). Bu becerilerin temeli çocukluktaki bakım veren etkileşimine dayansa da yaşam boyu devam eden bir gelişim sürecinden söz edilmektedir (175).

2.3.3. Duygu Düzenleme ve Psikopatoloji

Duygu düzenleme stratejilerinin uygun bir biçimde kullanılamaması, duygu düzenleme güçlüğü ile sonuçlanır. Bu güçlük, depresyon, anksiyete bozuklukları, yeme bozuklukları, madde kötüye kullanımı, BKB, DEHB, kompleks travma sonrası stres bozukluğu gibi pek çok psikiyatrik güçlüğe ek olarak somatik belirtiler ve sosyal işlevlerde bozulmalar ile ilişkili olan transdiagnostik bir belirtidir (85,132,158,176-185).

Duyguları anlama ve regüle etme güçlüğü çeken çocukların içe ve dışa yönelim sorunları yaşama riski yüksektir (150,186). DEHB tanısı alan çocuklar genellikle duygu düzenleme zorlukları yaşar (11,23,187,188). DEHB tanı öyküsü olan 4-17 yaş arası 8681 çocuk ve ergen ile yapılan bir çalışmada, katılımcıların yaklaşık üçte birinin duygu düzenleme güçlükleri yaşadığı bulunmuştur (189). Shaw ve ark. (23) tarafından gerçekleştirilen bir derleme çalışmasında, amigdala, orbitofrontal korteks ve ventral striatumda gözlemlenen anatomik anomali ve hiperaktivasyon görünümünün DEHB'deki duygu düzenleme güçlüğü ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. DEHB'de özdenetimdeki yetersizlikler, hayal kırıklığı, sabırsızlık ve öfke gibi duyguların kontrolünde zorluklara yol açmakta ve bu durum dürtüsellik ile ilişkilendirilmektedir (190).

Giderek artan sayıda deneysel araştırma, ebeveyn ve çocuk psikopatolojisi arasındaki ilişkileri incelemektedir (191). Psikolojik sorunların genetik aktarımı ile ilgili bulguları inceleyen gözden geçirme çalışmaları, bozukluklar arasında genetik aktarımda büyük bir değişkenlik olduğunu göstermektedir (192). Ebeveyn ve çocuk psikopatolojisi arasındaki bağlantıyı açıklamak için çeşitli açıklamalar öne sürülmüştür. Teorik ve deneysel çalışmalar, ebeveyn psikopatolojisinin çocuk belirtileri ile ilişkilendiren mekanizmalardan birinin duygu düzenleme güçlüğünün aile içindeki geçiş olduğunu (112); duygu düzenleme güçlüklerinin ebeveyn psikopatolojisinin bir sonraki nesle

aktarımında rol oynayan mekanizmalardan biri olduğunu göstermektedir (193). Psikopatoloji belirtileri olan ebeveynlerin duygusal düzenlemeleri üzerinde yoğun ve değişken duygular sergilemeleri, çocuklarına model olabilir (193). Ayrıca, duygu düzenleme güçlüğü yaşayan ebeveynlerin çocuklarının olumsuz davranışlarına aşırı müdahaleci yaklaşmaları ya da duygusal olarak çocuğun yanında olmamaları gibi olumsuz ebeveynlik davranışları ile yanıt vermeleri, çocuklarda adaptif olmayan duygu düzenleme stratejilerinin görülmesi ile ilişkilidir (194). Örneğin, çocuklarda DEHB'nin varlığı, ebeveynler için önemli bir stres kaynağı olabilir. Duygularını düzenlemede güçlük çeken ebeveynler, DEHB'nin getirdiği zorlukların artırdığı stresli durumlarla başa çıkarken işlevsel olmayan baş etme yöntemlerine yönelebilir. Duygu düzenleme güçlüğü yaşayan ebeveynler, çocuklarının olumsuz duygularını yönetmede etkili tutumlar sergilemekte zorlanır (195). Bu durum, ebeveynlerin duygusal zorluklarının çocuklarının duygusal gelişimine olumsuz yansıyabileceği riskini artırır (158,196).

Ebeveynlerin duygusal stabilitesinin düşük oluşu, çocuklardaki davranış sorunlarıyla ilişkilendirilmiştir (197). Annenin duygusal stabilitesinin çocukların dikkat problemleri ve saldırgan davranışları ile bağlantılı olduğu (198), bu ilişkide annenin desteğinin (çocuğun ihtiyaçlarına karşı duyarlı olmak ve çocuk ile olumlu bir ilişki içinde olmak) aracı rol oynadığı bulunmuştur (199). Ebeveynlerin duygusal stabilitesinin çocuklar üzerindeki etkisi, genetik aktarımın yanı sıra model alma ile de ilişkilidir (199).

Literatürde bilişsel duygu düzenleme ve DEHB arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalar sınırlıdır. Rüfenacht ve ark. (130), DEHB ve BKB tanısı almış erişkin bireylerin maladaptif bilişsel duygu düzenleme stratejilerini (kendini suçlama, felaketleştirme, başkalarını suçlama, ruminasyon) daha fazla kullandığını ve bu durumun her iki grup için duygu düzenleme güçlüğüne katkıda bulunduğunu, ayrıca DEHB tanılı grubun işlevsel stratejileri daha fazla kullandığını bildirmiştir. Mayer ve ark. (200) ise, DEHB tanısı alan 14-33 yaş arasında olan bireylerin bu maladaptif stratejileri, DEHB tanısı almayan bireylere kıyasla daha fazla kullandığını belirtmiştir.

2.4. DUYGU SOSYALLEŞTİRME

Çocukların duygusal gelişimi, duyguları anlama, ifade etme ve düzenleme becerilerinin zamanla olgunlaşmasını içerir (201). Bu süreçte çocuğun mizacı gibi biyolojik etmenlerin yanı sıra ebeveynler, akranlar ve kardeşler gibi sosyal çevre faktörleri de önemli bir rol oynar (202). Ebeveynlerin çocukların duygu ifadelerine

yönelik tutumları da çocukların duygusal gelişiminde belirleyici bir etkendir (203). Eisenberg ve ark. (22), ebeveynlerin çocukların deneyimledikleri duygulara yönelik yaklaşımlarını ifade eden duygu sosyalleştirme tutumlarının, çocukların duygusal ve sosyal yetkinliğinin gelişiminde önemli bir etki yarattığını vurgulamaktadır. Duygusal yetkinlik, bireyin kendisi ve başkalarının duygularını anlaması, uygun bir şekilde ifade etmesi ve bu duyguları yönetebilmesi anlamına gelir (22). Sosyal yetkinlik ise olumlu sosyal ilişkiler kurma ve kişisel hedeflere ulaşma becerisidir (204). Bu beceriler, çeşitli psikolojik sorunlarla ilişkili olup, çocukların genel gelişiminde kritik bir öneme sahiptir (22,205,206).

Ebeveynlerin çocukların duygularını sosyalleştirmesi, üç temel yol aracılığıyla gerçekleşir: a) çocukların deneyimledikleri ve ifade ettikleri duygulara verilen tepkiler, b) ebeveynlerin duygular hakkında konuşma biçimleri, c) ebeveynlerin kendi duygularını ifade etme biçimleri (22,207). Ebeveynler, çocukların olumsuz duygularına destekleyici veya destekleyici olmayan yanıtlar verebilir. Destekleyici yaklaşım, çocuğun duygularının onaylanması, ifade edilmesinin teşvik edilmesi ve çocuğun problem çözebilmesi amacıyla duygusal destek sağlanmasını içerir; bu tür tutumlar, çocukta daha iyi duygu düzenleme, duygu farkındalığı ve sosyal yetkinlik ile ilişkilidir (206). Öte yandan, destekleyici olmayan tutumlar, çocukların öfke, üzüntü, hayal kırıklığı gibi olumsuz duygu ifadelerine karşı cezalandırıcı veya küçümseyici tepkileri içerir. Bu tür yaklaşımlar, çocuğa olumsuz duygularını bastırma mesajı verir ve bu durum, çocuğun uyarılma seviyesinin artmasına, olumsuz duygu durumunun daha uzun sürmesine ve davranışları regüle etme yetisinin azalmasına yol açabilir (208). Bunun sonucunda meydana gelen zayıf duygu düzenleme becerileri ve davranış sorunları (206), duygusal gelişim üzerindeki olumsuz etkileriyle birlikte psikopatoloji riskinin artmasıyla ilişkilidir (209,210).

Ebeveynlerin çocuklarda duygu sosyalleştirmeye yönelik yaklaşımları, Eisenberg ve ark. (22) tarafından geliştirilen modele göre çeşitli faktörlerden etkilenerek farklılık gösterir. Bu faktörler arasında çocuğun özellikleri (yaşı, gelişimsel düzeyi, cinsiyeti, mizacı, duygu düzenleme becerileri), ebeveynin özellikleri (değerleri, eğitim düzeyi, çocuk yetiştirmeye ilişkin görüşleri, kişilik özellikleri ve öz düzenleme becerisi) ve içinde bulunulan kültür (duygulara yönelik bakış açısı, toplumsal cinsiyet kalıp yargıları) yer alır. Bazı ebeveynler, özellikle olumsuz duyguların ifadesini kötü olarak değerlendirir ve

çocuklarına bu duyguları önemsememeleri veya yok saymaları gerektiğini öğretir. Kimi ebeveynler ise çocuklarının duygularını ifade etmelerini destekler ve duygularıyla temas halinde olmalarını, sosyal açıdan uygun bir biçimde ifade etmelerini teşvik eder (211). Ayrıca, ebeveynlik tutumları, farklı duygular arasında değişkenlik gösterebilir; örneğin, bazı kültürlerde üzüntü ifadesi kabul edilirken, öfke ifadesi hoş karşılanmayabilir (22).

2.4.1. Duygu Sosyalleştirmenin Çocuklar Üzerindeki Etkileri

Çocuklar, ebeveynlerinin duygularına yönelik tepkileri aracılığıyla hangi davranışların ve duygu ifadelerinin uygun olduğunu (212) ve duygu düzenleme becerilerini (213) öğrenirler. Ebeveynlerinden destekleyici tepkiler aldıklarında, kendilerinin ve başkalarının duygu ve düşüncelerini fark etmeleri kolaylaşır (207,214). Duygularını nasıl düzenleyeceklerini öğrenen çocuklar, stresli durumlarla aşırı uyarılma yaşamadan baş edebilirler (22). Ebeveynlerin çocukların duygularını kabul ederek duyarlı ve destekleyici bir şekilde yaklaşmaları, çocukların duygu düzenleme becerilerini ve öz saygılarını artırır; ayrıca olumlu akran ilişkileri ile ilişkilidir (215). Örneğin, okul çağındaki çocuklarla yapılan bir çalışmada, ebeveynlerin duygu koçluğu yapmasının (duygular hakkında konuşma, onaylama ve ifadesini modelleme) zayıf akran ilişkilerine sahip çocuklar açısından koruyucu bir işlevi olduğu bulunmuştur (216). Gottman ve ark. (217), ebeveynlerin duyguları kabul ederek yönetme konusunda rehberlik etmesinin, çocuklarda daha az davranış sorunu ile ilişkili olduğunu belirtmiştir. Ayrıca, ergenlerle yapılan bir çalışmada, ebeveynlere verilen olumlu duygu sosyalleştirme eğitiminin, ergenlerin duygu düzenleme, baş etme ve iletişim becerilerindeki artış ile ilişkili olduğu bulunmuştur (218). Erken çocukluk dönemindeki çocuklar ve anneleri ile gerçekleştirilen bir çalışmada ise annelerin duygu düzenleme becerilerinin ve destekleyici duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının geliştirilmesinin, çocuklardaki davranış sorunlarında azalma ile ilişkili olduğu aktarılmıştır (24). Bu çalışma, ebeveynlerin çocukların yıkıcı davranışlarının arkasındaki olumsuz duyguları önemsemesinin ve çocukların duygularını anlamalarına yardımcı olmasının, dolaylı yoldan davranış sorunlarına olumlu etkisi olduğunu göstermektedir (24).

Öte yandan, olumsuz duygulara cezalandırıcı ya da sıkıntı içeren tepkiler alan çocuklar için duygular bahsedilmemesi gereken bir tabu gibi hassas bir konu halini alır ve zamanla duygularını gizlemeyi öğrenirler. Ayrıca bu durum çocukların olumsuz duygu durumunun artmasına yol açabilir duygulara ilişkin öğrenme süreçlerini ketleyebilir

(207,219,220). Destekleyici olmayan duygu sosyalleştirme yaklaşımları, içe yönelim ve dışa yönelim güçlükleri, işlevsel olmayan duygu düzenleme ve baş etme stratejileri (221) ve düşük sosyal ve duygusal yetkinlik (222) ile ilişkilidir. Spinrad ve ark. tarafından okul öncesi yaştaki çocuklar ve anneler ile gerçekleştirilen boylamsal çalışmada (223), annelerin çocukların duygularına sorgulayıcı (küçümseyici) tepkiler vermesinin, çocukların öz düzenleme becerilerinin düşük olmasına katkıda bulunduğu bulunmuştur. Bu tür tepkiler, çocuklarda saldırganlık, inatçılık ve kurallara uymama gibi davranış problemleriyle (172) ve akranlarla çatışma yaşadıklarında işlevsel baş etme becerilerinin düşük ve kaçıngan baş etme yaklaşımının yüksek olması ile ilişkili bulunmuştur (208). Ayrıca, olumsuz duygu sosyalleştirme tutumları, ilişkisel saldırganlık (diğer çocukları dışlama veya sosyal ilişkilere zarar verme) ile ilişkilendirilmiştir. (224).

2.4.2. Duygu Sosyalleştirme, Duygu Düzenleme, Ebeveyn Özellikleri ve DEHB

Ebeveynlik davranışlarını şekillendiren en temel faktörlerden biri, ebeveynlerin bireysel özellikleridir (110). Ebeveynlerde psikopatoloji belirtileri, işlevsel olmayan ebeveynlik tutumları (225) ve destekleyici olmayan duygu sosyalleştirme yaklaşımları arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (193,226-228).

Klinik tanıya sahip çocukların ebeveynleri, tanı almayan çocukların ebeveynlerine göre daha fazla destekleyici olmayan tutum sergileme eğilimindedir (229,230). Ayrıca, duygusal değişkenlik düzeyi yüksek olan çocukların ebeveynlerinin destekleyici tutumları, duygusal ve davranışsal güçlüklerin kötüleşme riskini azaltabilir (231). Ebeveynlikte birçok boyut çocuklar üzerinde etkili olsa da, ebeveynlerin çocukların olumsuz duygularına verdikleri tepkiler, duygu sosyalleştirme ve duygu düzenlemenin kritik bir unsuru olarak öne çıkmaktadır (232). DEHB'li çocuklar, tipik gelişim gösteren akranlarına kıyasla daha fazla duygusal zorluklar yaşarlar (233); üzgün olduklarında problem çözmede zorlanırlar ve durumun olumsuz yönlerine daha fazla odaklanırlar (234). Bu da sosyal ortamlarda akran ilişkileri ile yaşadıkları güçlükleri şiddetlendirmektedir. Ebeveynlik tutumları, bu durumları kötüleştirebilir veya eşlik eden durumlar için risk oluşturabilir (232). Ebeveynlerin duygu sosyalleştirme yaklaşımları, çocukların duygusal yetkinlik gelişiminin temelinde yer almakta ve DEHB'li çocuklar için özel bir önem taşımaktadır (235).

Literatürde ebeveynlerin duygu sosyalleştirme yaklaşımları, duygu düzenleme stratejileri ve ebeveynler ile çocuklarda görülen psikopatoloji belirtileri üzerine çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. Johnson ve ark. (236) çalışmasında, annelerdeki psikopatoloji belirtilerinin olumsuz ebeveynlik davranışları ve çocuklardaki psikopatoloji ile ilişkili olduğu bulunmuş; olumsuz ebeveynlik davranışları kontrol edildiğinde anne ve çocuk semptomları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bildirilmiştir. Ülkemizde yapılan bir başka çalışmada ise ebeveynlerdeki depresyon, anksiyete ve düşmanlık belirtilerinin destekleyici olmayan duygu sosyalleştirme yaklaşımlarını yordadığı; annelerdeki bu belirtiler ile çocuklardaki içe yönelim ve dışa yönelim sorunları arasında destekleyici olmayan duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının aracı rol oynadığı bulunmuştur (237).

DEHB belirtileri gösteren okul öncesi yaştaki çocuklar ve anneleri ile gerçekleştirilen randomize kontrollü bir çalışmada, annelere çocuklarının hiperaktivite ve yıkıcı davranışlarını yönetmeye yönelik ebeveynlik stratejileri ile duygu düzenleme becerilerini destekleyecek duygu sosyalleştirme yaklaşımlarını içeren 14 haftalık bir program uygulanmıştır (238). Program sonunda, kontrol grubuna kıyasla, programa katılan annelerin çocuklarındaki DEHB ve KOKGB belirti şiddetinin ile duygu iniş çıkışlarının azaldığı gözlemlenmiştir. Ayrıca, olumlu duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının geliştirilmesinin, DEHB'li çocukların komorbid tanı alma olasılığını azaltabileceği bildirilmiştir.

Gair ve ark. (239), 4-7 yaş arasındaki DEHB belirtileri gösteren ve göstermeyen çocuklar ile anneleri üzerinde yaptıkları çalışmada, olumlu duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının çocuklardaki duygu düzenleme güçlüklerinin azalmasıyla ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Smit ve ark. (240) ise, DEHB tanısı almış 6-11 yaş arasındaki çocukların ebeveynlerine yönelik destekleyici duygu sosyalleştirme yaklaşımlarını içeren bir program uygulamış ve program sonucunda çocukların sosyal işlevselliğinin arttığını bildirmişlerdir.

Okul öncesi dönemdeki çocuklar ve ebeveynler ile gerçekleştirilen bir çalışmada, annelerdeki psikopatoloji belirtilerinin, çocukların olumsuz duygularına yönelik destekleyici olmayan tepkilerle ilişkili olabileceği ve bunun annelerin duygu düzenleme güçlükleriyle bağlantılı olduğu belirtilmiştir (226). Diğer bir çalışmada, ebeveynlerin duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının, DEHB belirtileri yüksek olan çocuklarda duygu düzenlemesini 1 yıl sonra belirgin bir şekilde yordadığı bildirilmiştir (241). Oddo ve ark.

(242), ergenler ve anneleri ile yaptıkları çalışmada, annelerin duygu düzenleme güçlüğü ile ergenlerin duygu değişkenliği arasındaki ilişkide, annelerin destekleyici olmayan duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının aracı etkisi olduğunu ve bu durumun DEHB semptomları yüksek ergenler için daha güçlü olduğunu belirtmişlerdir. Are ve Shaffer (243) tarafından yürütülen bir çalışmada, ebeveynlerin duygu düzenleme güçlüğünün, duygu sosyalleştirme yaklaşımları ile ilişkili olduğu ve ebeveynlerin duygu düzenleme güçlüğü ile çocukların duygu düzenleme becerileri arasındaki ilişkide duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının aracı rol oynadığı bildirilmiştir. Ayrıca, davranış sorunları olan okul öncesi çocukların ebeveynlerinin psikiyatrik semptomlarının duygu sosyalleştirme yaklaşımları ile ilişkisini inceleyen bir çalışmada, annelerin anksiyete, madde kullanımı ve borderline ile A kümesi kişilik bozukluğu semptomlarının, çocukların olumsuz duygularına karşı destekleyici olmayan tepkilerle ilişkili olduğu belirtilmiştir (226). Suveg ve ark. (193), annelerin psikopatoloji belirtileri ile çocukların içe ve dışa yönelim belirtileri arasında, çocukların duygu düzenleme becerilerinin aracı rol oynadığını, bu ilişkide annelerin çocukların olumsuz duygularına verdikleri tepkilerin moderatör olarak rol oynadığını bulmuşlardır.

Annelerin psikiyatrik belirtileri ile duygu sosyalleştirme yaklaşımları arasındaki ilişki incelenmiş olsa da, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde görülen DEHB ve BKB belirtileri ile bu yaklaşımlar arasındaki ilişki ele alınmamıştır. Ayrıca, Türkiye'de duygu sosyalleştirme ve çocuklarda görülen davranış sorunlarını inceleyen bazı çalışmalar bulunmakla birlikte (237,244-246), DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin duygu sosyalleştirme yaklaşımlarını değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışma, Türkiye'de bu konuda yapılan ilk araştırma olma özelliğini taşımaktadır. Ayrıca, annelerdeki duygu düzenleme güçlüğü ve dürtüsellik ile karakterize olan DEHB ve BKB semptomlarının çocuklarda görülen DEHB belirtilerinin düzeyi ile ilişkisini incelemek, hangi bozukluğun belirtilerinin DEHB ile daha ilgili olduğunu belirlenmesi ile literatüre katkı sağlayacaktır. Ayrıca, DEHB tanılı okul çağındaki çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejilerine yönelik sınırlı sayıda çalışma bulunması, bu alanın araştırılmasıyla literatürdeki önemli bir boşluğun doldurulmasını sağlayacaktır.

2.5. ÇALIŞMANIN HİPOTEZLERİ

Yürütülecek olan araştırmada şu soruların yanıtları aranacaktır:

Annelerin DEHB ve BKB belirti düzeyleri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide, annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımları aracı rol oynamakta mıdır?

Annelerin DEHB ve BKB belirti düzeyleri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide, annelerin duygu düzenleme güçlükleri aracı rol oynamakta mıdır?

Annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımları ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide, çocukların duygu düzenleme stratejileri aracı rol oynamakta mıdır?

Araştırmanın hipotezleri:

Annelerin DEHB ve BKB belirti düzeyleri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide, annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımları aracı rol oynamaktadır.

Annelerin DEHB ve BKB belirti düzeyleri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide, annelerin duygu düzenleme güçlükleri aracı rol oynamaktadır.

Annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımları ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide, çocukların duygu düzenleme stratejileri aracı rol oynamaktadır.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırmayı içeren tüm aşamalar, Dünya Tabipleri Birliği Helsinki Bildirgesi ve İyi Klinik Uygulamalar Kılavuzu'na uygun bir biçimde, katılımcıların esenliğini ve sahip oldukları hakları koruyacak bir biçimde planlanmıştır. Araştırma Hamidiye Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Başkanlığı tarafından 22.04.2022 tarihli toplantıda değerlendirilmiş ve çalışmanın gerçekleştirilmesi uygun bulunmuştur (Evrak tarihi-sayısı: 12.05.2022-8773, Ek-1). Çalışmanın verileri, Aralık 2022-Aralık 2023 tarihleri arasında toplanmış; 6 Şubat Kahramanmaraş ve çevre illerini etkileyen büyük deprem felaketi sonrası toplumda sıklıkla karşılaşılan akut stres belirtileri ve ikincil travma belirtilerinin çalışmanın bulgularında karıştırıcı etkiye yol açmaması adına veri toplama sürecine 6 Şubat-16 Mart 2023 tarihleri arasında ara verilmiştir.

3.1. ÖRNEKLEM YÖNTEMİ

Araştırmanın genel evrenini DEHB tanısı almış çocuklar ve anneleri, çalışma evrenini ise Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran ve DSM-5 tanı kriterlerine göre DEHB tanısı almış 8-12 yaş arasındaki çocuklar ve bu çocukların anneleri oluşturmaktadır. Tezin örneklemini oluşturan katılımcılara amaçlı örnekleme yöntemi ile ulaşılmıştır. Çocuklarda otizm spektrum bozukluğu, bipolar bozukluk, nörolojik bozukluklar ve mental retardasyon; annelerde ise psikotik özelliklerle giden bozukluklar, bipolar bozukluk, mental retardasyon ve demans dışlayıcı koşullar olarak belirlenmiştir. Tanı ve tedavi amacıyla başvuran hastalardan çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılamakta olan 8-12 yaş arasındaki çocuklar ve anneleri psikiyatrik görüşmelerinin ardından araştırmacıya yönlendirilmiş, bu kişilere çalışma hakkında bilgi aktarılmıştır.

Araştırmaya katılım tüm katılımcılar için gönüllülük esasına bağlı olarak yürütülmüştür. Katılımcılar araştırmaya katılmadan önce sözlü olarak çalışma hakkında bilgilendirilmiştir. Çalışmaya katılmayı gönüllü olarak kabul eden katılımcılardan yazılı olarak onam alınmıştır. Örneklem hesaplaması amacıyla G-Power programı kullanılarak etki boyu büyüklüğü 0.15, gücü 0.80 ve alfa 0.05 olarak kabul edilerek hesaplama yapılmış ve ihtiyaç duyulan katılımcı sayısı 89 olarak hesaplanmıştır. Bu yöntem ile çalışmaya DEHB tanılı 124 çocuk hasta ve annesi yönlendirilmiş, bu kişilerden 115'i çalışmaya katılmayı

kabul etmiş ve katılımcılardan 90 anne ve 90 çocuk çalışmanın anketlerini eksiksiz olarak tamamlamıştır.

3.2. ÖZBİLDİRİM ÖLÇEKLERİ

Çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden anne katılımcılar, onam formu araştırmacı tarafından oluşturulan demografik bilgi formu, Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği, Borderline Kişilik Envanteri, Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği, Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form'u doldurmuştur. Çalışmaya katılmayı kabul eden çocuk katılımcılar ise Çocuklar İçin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği'ni doldurmuştur. Anne katılımcıların ölçekleri tamamlamaları yaklaşık 45 dakika, çocuk katılımcıların anketleri tamamlamaları ise yaklaşık 20 dakika sürmüştür. Çalışmada kullanılan ölçeklere ilişkin detaylı bilgiler aşağıda yer almaktadır.

3.2.1. Demografik Form

Araştırmacı tarafından hazırlanan demografik form ile çalışmaya katılan anneler ve çocukların sosyodemografik özellikleri hakkında bilgi alınmıştır. Formda çocuğun doğum tarihi, cinsiyeti, sınıfı, kardeş sayısı, doğum şekli, gelişimsel öyküsü, aldığı tedavi, annenin ve babanın yaşı, eğitim durumu, mesleği, ailede psikiyatrik tanı öyküsü gibi sorular mevcuttur.

3.2.2. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği

Dünya Sağlık Örgütü (247) tarafından geliştirilmiştir ve erişkinlerdeki DEHB belirtilerinin taranması amacıyla kullanılmaktadır. 18 maddeden oluşmakta ve 4'lü Likert (1: Asla, 4: Çok Sık) olarak değerlendirilmektedir. Dikkatsizlik ile hiperaktivite/dürtüsellik alt boyutlarından meydana gelmektedir. Türkçe adaptasyon çalışması Doğan ve ark. (248) tarafından yapılmış olup ölçeğin Cronbach alfa değeri .88 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada annelerin DEHB belirtilerini değerlendirmek üzere kullanılmıştır.

3.2.3. Borderline Kişilik Envanteri

Leichsenring (249) tarafından borderline kişilik örüntüsü düzeyini ölçmek amacıyla geliştirilen bir özbildirim ölçeğidir. Toplamda 53 maddeden oluşmakta ve doğru/yanlış

biçiminde yanıtlanmaktadır. Toplam puan ölçeğin ilk 51 maddesine göre hesaplanır ve sınır kişilik örüntüsünün düzeyi toplam doğru sayısına göre puanlanır. Ölçek kimlik dağınıklığı, ilkel savunmalar, gerçeklik sınamasında bozulmalar ve yakınlaşmaktan korkma olmak üzere toplamda dört alt ölçekten meydana gelmekte, Cronbach alfa değerleri .68 ile .91 arasında değişmektedir. Aydemir ve ark. (250) tarafından ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır ve ölçeğin Cronbach alfa değeri .92 olarak bulunmuştur. Bu çalışmada, annelerin BKB belirtilerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır.

3.2.4. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği

Ölçek, dikkat eksikliğini değerlendiren 9, aşırı hareketliliği ve dürtüselliği değerlendiren 9, KOKGB'yi değerlendiren 8 ve davranım bozukluğunu değerlendiren 15 madde olmak üzere toplamda 41 maddeden oluşmaktadır. Dörtlü likert tipi ölçek ile puanlanmakta; 0: hiç yok, 1: biraz, 2: oldukça fazla, 3: çok fazla olarak yanıtlanmaktadır. Turgay (251) tarafından geliştirilen ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Ercan ve ark. (252) tarafından gerçekleştirilmiştir. Bu çalışmada, çocukların DEHB belirti düzeyini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır. Dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik ve dürtüselliği değerlendiren alt ölçekler kullanılmıştır.

3.2.5. Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği

Fabes ve ark. (253) tarafından ebeveynlerin duygu sosyalleştirme yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla geliştirilen bir öz bildirim ölçeğidir. Çocukların deneyimledikleri öfke, korku, utanç, üzüntü, hayal kırıklığı gibi olumsuz duyguları içeren 12 senaryodan oluşmakta ve her senaryoya ilişkin 6 madde yer almaktadır. Ölçek, destekleyici ebeveynlik ve destekleyici olmayan ebeveynlik olmak üzere 2 boyuttan oluşmakta; destekleyici ebeveynlik boyutunda duygu ifadesini kolaylaştıran tepkiler, duyguya odaklı tepkiler, probleme odaklı tepkiler; destekleyici olmayan ebeveynlik boyutunda ise cezalandırıcı tepkiler, küçümseyici tepkiler ve ebeveynde sıkıntı-endişe olmak üzere, üçü olumlu üçü olumsuz, toplamda 6 alt ölçek yer almakta ve 5'li Likert tipinde (1: Hiç Böyle Yapmam, 5: Kesinlikle Böyle Yaparım) değerlendirilmektedir. Orijinal ölçeğin Cronbach alfa değerleri .69 ile .85 arasında değişmektedir. Destekleyici yaklaşımların Cronbach alfa değeri .73, destekleyici olmayan yaklaşımların Cronbach alfa değeri ise .78 olarak bulunmuştur. Ölçeğin Türkçe adaptasyon çalışması Yağmurlu ve ark. (254) tarafından yapılmış ve

Cronbach alpha değerlerinin .54 ile .88 arasında değiştiği bildirilmiştir. Bu çalışmada, annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımlarını değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır.

3.2.6. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form

Bjureberg ve ark. (255) tarafından geliştirilmiştir ve 16 maddeden oluşmaktadır. Açıklık, amaçlar, dürtü, stratejiler ve kabul etmeme olmak üzere toplamda beş alt ölçekten meydana gelen bir öz bildirim ölçeğidir. 5'li Likert yapıda (1: Hemen Hemen Hiç, 5: Hemen Hemen Her Zaman) değerlendirilen ölçeğin Cronbach alfa değeri .92 olarak bildirilmiştir. Ölçekten yüksek puan alınması, artan duygu düzenleme güçlüğünü göstermektedir. Ölçeğin Türkçe adaptasyon çalışması Yiğit ve Güzey Yiğit (256) tarafından yapılmış, Cronbach alfa değeri .92 olarak bildirilmiştir. Bu çalışmada annelerin duygu düzenleme güçlüğünü değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır.

3.2.7. Çocuklar İçin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği

Garnefski ve ark. (162) tarafından geliştirilmiş, çocuk ve ergenler tarafından doldurulan bir öz bildirim ölçeğidir. 36 madde ve kendini suçlama, kabul etme, ruminasyon, pozitif tekrar odaklanma, plana tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme, bakış açısına yerleştirme, felaketleştirme ve başkalarını suçlama olmak üzere 9 alt ölçekten oluşmaktadır. 5'li Likert yapıda (1: Hiçbir Zaman, 5: Her Zaman) olan ölçeğin alt boyutlarının Cronbach alfa değerleri .62 ile .79 arasında yer almaktadır. Ölçeğin geçerlik güvenirlik çalışması Akfırat ve Turan (257) tarafından gerçekleştirilmiş ve alt ölçeklerin Cronbach alfa değerleri .43 ve .80 arasında bulunmuştur. Bu çalışmada, çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejilerini değerlendirmek amacıyla kullanılmıştır.

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ YÖNTEMLERİ

Katılımcıların verileri, IBM SPSS Statistics for Windows, Version 24.0 programına aktarılmış ve analiz edilmiştir. Katılımcıların demografik özelliklerini incelemek amacıyla betimsel istatistik yöntemleri kullanılmıştır. Çalışmada kullanılan tüm ölçekler için Cronbach alfa değerleri hesaplanarak güvenilirlikleri test edilmiş, analizlerin ön koşulları sağlayıp sağlamadığı kontrol edilmiştir. Basıklık ve çarpıklık değerleri -2 ve +2 arasında olan değişkenlerin normal dağılım gösterdiği kabul edilmiştir (258). Ön koşul testleri sonuçlarına göre korelasyon analizleri için Pearson Çarpım-Moment Korelasyonu testi kullanılmıştır. DEHB görünümüne göre oluşturulan grupların çalışmada kullanılan ölçek

skorları ile karşılaştırılacağı tüm analizlerde tek yönlü varyans analizi ("Analysis of Variance"; ANOVA) testi yürütülmüştür ve gruplar arası fark bulunan testlerde varyansların homojenliği dikkate alınarak seçilen post hoc analizler yürütülmüştür. Çocuk katılımcıların cinsiyetine göre yapılan karşılaştırmalarda parametrik olmayan bir test olan Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Çalışmanın hipotezlerini oluşturan aracılık modellerinin test edilmesi amacıyla, SPSS programına Hayes'in PROCESS eklentisi yüklenmiş ve 5000 tekrarlanan örneklem sayısı ile önyükleme (bootstrapping) tekniği kullanılarak 4 numaralı modeli uygulanmıştır. Aracılık rolleri, aralıkta sıfır içermeyen %95 güven aralıklarına göre sonuçlandırılmıştır (259). Bulgular, $p<.05$ anlamlılık düzeyi esas alınarak yorumlanmıştır.

4. BULGULAR

4.1. KATILIMCILAR

Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, DEHB tanısı ile takip edilen 90 çocuk ve onların anneleri katılmıştır. Çocuk katılımcıların genel özellikleri Tablo 4.1'de paylaşılmıştır.

Tablo 4. 1: Çocuk katılımcıların karakteristikleri

	Sayı (n)	**Yüzdelik (%)**
Cinsiyet		
Kız	23	25,6
Erkek	67	74,4
Sınıf		
2	4	4,4
3	23	25,6
4	21	23,3
5	22	24,4
6	13	14,5
7	7	7,8
Kardeş sayısı		
0	16	17,8
1	59	65,5
2	14	15,6
3	1	1,1

DEHB tanılı çocuk katılımcılar %25.6'sı kız (n=23), %74.4'ü erkek (n=67) olmak üzere toplamda 90 kişiden oluşmaktadır. Çocuk katılımcıların yaşları 8-12 arasında değişmektedir (M= 9.71, SS=1.33). Çocuk katılımcıların %4.4'ü (n=4) ilköğretim 2. sınıfa, %25.6'sı (n=23) 3. sınıfa, %23.3'ü (n=21) 4. sınıfa, %24.4'ü (n=22) 5. sınıfa, %14.5'i (n=13) 6. sınıfa ve %7.8'i (n=7) 7. sınıfa devam etmektedir.

Katılımcıların kardeş sayıları incelendiğinde; %17.8'inin (n=16) kardeşi yoktur, %65.5'inin (n=59) 1 kardeşi, %15.6'sının (n=14) 2 kardeşi, %1.1'inin (n=1) 3 kardeşi vardır.

Çocuk katılımcıların DEHB görünümü değerlendirildiğinde; %27.8'inin (n=25) DEHB görünümünü Dikkat Eksikliği Baskın iken %12.2'sinin (n=11) Hiperaktivite Baskın, %60'ının (n=54) ise Bileşik Görünüm olduğu görülmektedir.

Katılımcıların tedavisinin poliklinikte takip edildiği ay ortalamasının 22.5±15,8 olduğu görülmüştür.

Katılımcıların %93.3'ünün (n=84) ilaç kullanımı olduğu, %6.7'sinin (n=6) ilaç kullanımı olmadığı görülmektedir. DEHB tanısı için kullanılan ilaç türleri incelendiğinde, katılımcıların %90'ının (n=81) metilfenidat, %3,3'ünün atomoksetin (n=3) kullandığı ve %6.7'sinin (n=6) ilaç kullanımı olmadığı görülmektedir.

Çocuk katılımcıların eş tanı kategorileri incelendiğinde %13.3'ünün (n=12) anksiyete bozukluğu, %3.3'ünün (n=3) davranım bozukluğu, %8.9'unun (n=8) özgül öğrenme güçlüğü olduğu ve %73.4'ünün (n=66) ise herhangi bir eş tanıya sahip olmadığı görülmektedir.

DEHB tanısı için metilfenidat ve atomoksetin kullanımına ek olarak, alınan eş tanıya bağlı olarak kullanılan ilaç türü incelendiğinde, katılımcıların %10'u (n=9) SSRI, %12.2'si (n=11) antipsikotik kullanmakta ve katılımcıların %77.8'i (n=70) bu ilaçları kullanmamaktadır. Çocuk katılımcıların DEHB görünümü, takip süresi, ilaç kullanımı, kullanılan ilaç türü ve eş tanı bilgileri Tablo 4.2'de paylaşılmıştır.

Tablo 4.2: Çocuk katılımcıların DEHB görünümü, takip süresi, eş tanı ve ilaç kullanımı

	Sayı (n)	**Yüzdelik (%)**
DEHB Görünümü		
Dikkat eksikliği baskın	25	27,8
Hiperaktivite baskın	11	12,2
Bileşik	54	60,
Takip Süresi*	22,5 ± 15,8	24
İlaç Kullanım		
Var	84	93,3
Yok	6	6,7
İlaç Türü		
Metilfenidat	81	90
Atomoksetin	3	3,3
Yok	6	6,7

Tablo 4.2 (devam)

	Sayı (n)	Yüzdelik (%)
Eş Tanı		
Anksiyete bozukluğu	12	13,3
Davranım bozukluğu	3	3,3
Özgül öğrenme güçlüğü	8	8,9
Enürezis	1	1,1
Yok	66	73,4
Eş Tanı İlaç Türü		
SSRI	9	10
Antipsikotik	11	12,2
Yok	70	77,8

*n yerine ortalama ± standart sapma, % yerine medyan verilmiştir.

Anne katılımcıların yaşları 28 ile 53 arasında değişmektedir (M= 38.6, SS=5.6).

Anne katılımcıların eğitim durumu değerlendirildiğinde %22.2'sinin (n=20) ilköğretim, %16.7'sinin (n=15) ortaöğretim, %33.3'ünün (n=30) lise, %5.6'sının (n=5) önlisans, %21.1'inin (n=19) lisans ve %1.1'inin (n=1) lisansüstü düzeyde eğitim aldığı görülmektedir.

Annelerin çalışma durumları incelendiğinde, %68.9'unun (n=62) çalışmadığı, %31.1'inin (n=28) çalıştığı görülmektedir.

Anne katılımcıların psikiyatrik tanı durumu incelendiğinde, %87.8'inin (n=79) psikiyatrik tanı almadığı, %7.8'inin (n=7) anksiyete bozukluğu tanısı aldığı, %2.2'sinin (n=2) depresyon tanısı aldığı, %2.2'sinin (n=2) ise DEHB tanısı aldığı görülmüştür. Anne katılımcıların genel özellikleri Tablo 4.3'de paylaşılmıştır.

Tablo 4. 3: Anne katılımcıların karakteristikleri

	Sayı (n)	**Yüzdelik (%)**
Eğitim Seviyesi		
İlköğretim	20	22,2
Ortaöğretim	15	16,7
Lise	30	33,3
Önlisans	5	5,6
Lisans	19	21,1
Lisansüstü	1	1,1
Çalışma Durumu		
Çalışıyor	28	31,1
Çalışmıyor	62	68,9
Psikiyatrik Tanı		
Anksiyete bozukluğu	7	7,8
Depresyon	2	2,2
DEHB	2	2,2
Yok	79	87,8

4.2. ÖLÇEK ANALİZLERİ

4.2.1. Betimsel Analizler

Katılımcıların çalışmada kullanılan ölçeklerden aldığı toplam puan ve alt ölçek ortalamaları, standart sapmaları ve ölçeklerin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değerleri Tablo 4.4'te paylaşılmıştır. Ölçeklerin Cronbach alfa katsayılarının .49 ile .95 arasında olduğu, tüm ölçeklerin iç tutarlılıklarının kabul edilebilir seviyede olduğu görülmüştür.

Çocuk katılımcılara ilişkin ölçek skorları incelendiğinde, çocukların DEHB belirtilerinin şiddetini değerlendiren Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt ölçeklerinden alınan toplam skor ortalaması 32.61 (SS= 12.86) olarak saptanmıştır. Dikkat Eksikliği alt ölçeği toplam skor ortalaması 17.73 (SS= 6.74) ve Hiperaktivite alt ölçeği toplam skor ortalaması 14.88 (SS= 8.12) olarak hesaplanmıştır.

Tablo 4. 4: Ölçek skorlarının betimsel analizleri

Ölçek	Minimum	Maksimum	Ortalama	SS	Cronbach alfa
T-DSM-IV-Ö	7	54	32,61	12,86	,93
dikkat eksikliği	2	27	17,73	6,74	,92
hiperaktivite	0	27	14,88	8,12	,93
ASRS	0	55	24,54	12,86	,91
BKE	0	37	8,96	7,57	,90
DDGÖ-16	12	75	32,3	14,7	,95
ÇODBEÖ	17	41	27,39	5,63	,92
sıkıntı-endişe	1,11	4,11	2,43	,60	,54
cezalandırıcı	1	4,50	2,06	,74	,83
küçümseyici	1,50	4,75	2,87	,82	,84
duygu ifadesini teşvik	2,17	5	3,98	,67	,82
duyguya odaklı	2	5	4,17	,67	,88
probleme odaklı	2,17	5	4,15	,57	,80
ÇİBDDSÖ	17	41	27,39	5,63	,87
kendini suçlama	4	19	9,9	3,43	,64
kabul etme	4	20	11,01	3,58	,55
ruminasyon	4	20	13,17	4,03	,71
pozitif tekrar odaklanma	4	20	14,04	3,54	,59
plana tekrar odaklanma	5	20	14,17	3,66	,68
pozitif yeniden gözden geçirme	4	20	12,08	3,19	,49
bakış açısına yerleştirme	4	20	11,57	3,84	,60
felaketleştirme	4	20	11,09	4,06	,73
başkalarını suçlama	4	20	11,11	4,03	,78

T-DSM-IV-Ö: Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Toplam Skoru, ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Toplam Skoru, BKE: Borderline Kişilik Envanteri Toplam Skoru, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form Toplam Skoru, ÇODBEÖ: Çocukların Olumsuz Duyguları ile Baş Etme Ölçeği Toplam Skoru, ÇİBDDSÖ: Çocuklar İçin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği Toplam Skoru

Çocuk katılımcıların doldurduğu Çocuklar İçin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeğinden alınan toplam skor ortalamasının 27.39 (SS= 5.63) olduğu

hesaplanmıştır. Ölçeğin Kendini Suçlama alt ölçeğinin toplam skor ortalamasının 9.9 (SS= 3.43), Kabul etme alt ölçeğinin toplam skor ortalamasının 11.01 (SS= 3.58), Ruminasyon alt ölçeğinin toplam skor ortalamasının 13.17 (SS=4.03), Pozitif Tekrar Odaklanma alt ölçeğinin toplam skor ortalamasının 14.04 (SS= 3.54), Plana Tekrar Odaklanma alt ölçeğinin toplam skor ortalamasının 14.17 (SS= 3.66), Bakış Açısına Yerleştirme alt ölçeğinin toplam skor ortalamasının 11.57 (SS= 3.84), Felaketleştirme alt ölçeğinin toplam skor ortalamasının 11.09 (SS= 4.06) ve Başkasını Suçlama alt ölçeğinin toplam skor ortalamasının 11.11 (SS= 4.03) olduğu görülmüştür.

Anne katılımcıların doldurduğu Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği toplam skor ortalamasının 24.54 (SS= 12.86) olduğu hesaplanmıştır.

Anne katılımcıların doldurduğu Borderline Kişilik Envanteri toplam skor ortalamasının 8.96 (SS= 7.57) olduğu görülmüştür.

Anne katılımcıların doldurduğu Duygu Düzenleme Güçlüğü Kısa Form ölçeğinin toplam skor ortalaması 32.3 (SS= 14.7) olarak hesaplanmıştır.

Anne katılımcıların doldurduğu Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği'nin toplam skor ortalamasının 27.39 (SS=5.63) olduğu görülmüştür. Sıkıntı-Endişe Tepkileri alt ölçeğinin toplam skor ortalaması 2.43 (SS=.60), Cezalandırıcı Tepkiler alt ölçeğinin toplam skor ortalaması 4.50 (SS=.74), Küçümseyici Tepkiler alt ölçeğinin toplam skor ortalaması 4.75 (SS= .82), Duygu İfadesini Teşvik alt ölçeğinin toplam skor ortalaması 5 (SS= .67), Duygu Odaklı Tepkiler alt ölçeğinin toplam skor ortalaması 5 (SS= .67) ve Problem Odaklı Tepkiler alt ölçeğinin toplam skor ortalaması 5 (SS= .57) olarak hesaplanmıştır.

Değişkenler arasındaki ilişkileri değerlendirmek amacıyla ölçek skorları arasında Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu uygulanmıştır. Pearson Momentler Çarpımı Korelasyonu analizine göre, çocuklardaki DEHB belirtileri değerlendiren Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt ölçeklerinin toplam skoru, annelerdeki DEHB belirtilerini değerlendiren Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği toplam skoru (r= .394, p= .000) ile pozitif yönlü bir ilişki göstermektedir.

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt ölçeklerinin toplam puanı ile

annelerin borderline kişilik semptomlarını değerlendiren Borderline Kişilik Envanteri (r= .270, p= .010) arasında pozitif yönlü bir ilişki görülmektedir.

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt ölçeklerinin toplam puanı ile annelerin duygu düzenleme güçlüğünü değerlendiren Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form (r= .357, p= .000) arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür.

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt ölçeklerinin toplam puanı ile annelerin duygu sosyalleştirme davranışlarını inceleyen Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği'nin alt ölçeklerinden Ebeveynde Sıkıntı-Endişe (r= .468, p= .000), Cezalandırıcı Tepkiler (r= .394, p= .000), Küçümseyici Tepkiler (r= .364, p= .000) ve Probleme Odaklı Tepkiler (r= .300, p= .004) ile pozitif yönlü bir korelasyon gösterdiği bulunmuştur. Buna karşın, Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt ölçeklerinin toplam puanı ile Duygu İfadesini Kolaylaştıran (r= .092, p= .389) ve Duyguya Odaklı Tepkiler (r= .194, p= .068) ile anlamlı bir ilişki içinde olmadığı görülmüştür.

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği dikkat eksikliği ve hiperaktivite alt ölçeklerinin toplam puanı ile Çocuklar İçin Bilişsel Duygu Düzenleme ölçeğinin alt ölçeklerinden Başkalarını Suçlama (r= .275, p= .001) ile pozitif bir ilişki içinde olduğu görülmüştür. Diğer yandan, Kendini Suçlama (r= .134, p= .207), Kabul Etme (r= .125, p= .242), Ruminasyon (r= .058, p= .586), Pozitif Tekrar Odaklanma (r= .120, p= .262), Plana Tekrar Odaklanma (r= -.100, p= .349), Pozitif Yeniden Gözden Geçirme (r= .182, p= .086) Bakış Açısına Yerleştirme (r= .123, p= .247) ve Felaketleştirme (r= .092, p= .386) ile anlamlı bir ilişki içinde olmadığı görülmüştür. Tüm korelasyon katsayıları Tablo 4.5'te yer almaktadır.

Tablo 4. 5: Ölçek skorları arasındaki korelasyon katsayıları

Ölçek	1	1a	1b	2	3	4	5a	5b	5c	5d	5e	5f	6a	6b	6c	6d	6e	6f	6g	6h	6ı
1. T-DSM-IV-Ö	1																				
1a. Dikkat eksikliği	,835**	1																			
1b. Hiperaktivite	,890**	,492**	1																		
2. ASRS	,394**	,433**	,264*	1																	
3. BKE	,270**	,277**	,198	,460**	1																
4. DDGÖ-16	,357**	,375**	,255*	,447**	,537**	1															
ÇODBEÖ																					
5a. sıkıntı-endişe	,468**	,359**	,442**	,387**	,252*	,474**	1														
5b. cezalandırıcı	,394**	,379**	,310**	,230*	,386**	,405**	,576**	1													
5c.küçümseyici	,364**	,291**	,334**	,033	,221*	,200	,290**	,697**	1												
5d. duygu ifadesini kolaylaştıran	,092	,006	,140	,119	-,047	,002	,041	,049	,158	1											
5e. duyguya odaklı	,194	,178	,159	,100	,006	-,001	-,034	,056	,348**	,719**	1										
5f. probleme odaklı	,300**	,260*	,259*	,171	,067	,090	,106	,090	,388**	,686**	,750**	1									

Tablo 4. 5 (devam)

Ölçek	1	1a	1b	2	3	4	5a	5b	5c	5d	5e	5f	6a	6b	6c	6d	6e	6f	6g	6h	6ı
ÇİBDDSÖ																					
6a. kendini suçlama	,134	,226*	,025	,168	,259*	,229*	,033	,218*	,169	,017	,118	,102	1								
6b. kabul etme	,125	,205	,027	,075	,177	-,012	-,151	,163	,195	,150	,334**	,187	,639**	1							
6c.ruminasyon	,058	,002	,090	,241*	,286**	,321**	,146	,089	,082	,338*	,152	,299**	,341**	,173	1						
6d. pozitif tekrar odanlanma	,120	,004	,186	-,148	,090	,009	,190	,181	,292**	,177	,107	,183	-,005	-,065	,300**	1					
6e. plana tekrar odanlanma	-.100	-,143	-,039	-,009	-,049	-,071	,045	,097	,160	,345**	,165	,207*	,094	,015	,381**	,452**	1				
6f. pozitif yeniden gözden geçirme	.182	,128	,182	000	-,070	,084	,057	,025	,092	,419**	,351**	,275**	,067	,067	,375**	,279**	,425**	1			
6g. bakış açısına yerleştirme	.123	,123	,093	,110	,083	,088	,055	,140	,091	,130	,103	,169	,299**	,177	,153	,249*	,488**	,329**	1		
6h. felaketleştirme	.092	,139	,031	,131	,157	,102	-,148	,075	,027	,074	,081	,181	,637**	,504**	,350**	-,011	,143	,121	,438**	1	
6ı. başkalarını suçlama	,275**	,231*	,244*	,173	,167	,236*	,128	,271**	,245*	,099	,142	,290**	,251*	,280**	,231*	,196	,060	,160	,424**	,473**	1

T-DSM-IV-Ö: Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Alt Ölçekleri Toplam Skoru, ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği Toplam Skoru, BKE: Borderline Kişilik Envanteri Toplam Skoru, Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği Kısa Form Toplam Skoru, ÇODBEÖ: Çocukların Olumsuz Duyguları ile Baş Etme Ölçeği, ÇİBDDSÖ: Çocuklar İçin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği

* p <0,05, **p <0,01 düzeyinde anlamlıdır.

4.2.2. Grupların Ölçek Skorlarının Karşılaştırılması

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nden alınan sonuçlara göre çocuk katılımcıların DEHB görünümü hesaplanmış; Dikkat Eksikliği Baskın, Hiperaktivite Baskın ve Bileşik Görünüm olmak üzere üç grup oluşturulmuştur.

Grupların ölçek skorlarının karşılaştırmaları tek yönlü varyans testleri aracılığıyla gerçekleştirilmiştir. Analizlerde gruplar arası farkın anlamlı olduğu durumda varyanslar homojen dağıldığında gruplar arası katılımcıların sayısı arasındaki fark yüksek olduğu için LSD testi aracılığıyla post hoc testleri yürütülmüş ve gruplar arası fark ele alınmıştır (260).

4.2.2.1. Grupların Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği skorlarının karşılaştırılması: Dikkat Eksikliği Baskın Grup, Hiperaktivite Baskın Grup ve Bileşik Görünüm Grubu olarak kategorize edilen 3 grubun annelerinin duygu sosyalleştirme skorlarının birbirinden istatiksel olarak anlamlı fark gösterip göstermediği tek yönlü varyans testi aracılığıyla analiz edilmiştir. Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği'nde yer alan annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımlarını değerlendiren 6 alt ölçek için ayrı ayrı tek yönlü varyans testleri gerçekleştirilmiştir.

Bu doğrultuda, Ebeveynde Sıkıntı-Endişe alt ölçeğinden alınan skorların gruplar arası anlamlı olarak farklı olmadığı görülmüştür ($F(2, 87)= 2.174$, $p= .120$). Benzer bir şekilde, Cezalandırıcı Tepkiler alt ölçeğinden alınan skorların ($F(2, 87)= 2.015$, $p= .140$), Duygu İfadesini Kolaylaştıran tepkiler alt ölçeğinden alınan skorların ($F(2, 87)= .355$, $p= .702$), Duyguya Odaklı Tepkiler alt ölçeğinden alınan skorların ($F(2, 87)= 2.132$, $p=.125$) ve Probleme Odaklı Tepkiler alt ölçeğinden alınan skorların ($F(2, 87)= .247$, $p=.091$) gruplar arası anlamlı olarak farklı olmadığı görülmüştür. Bununla birlikte, Küçümseyici Tepkiler alt ölçeğinden alınan skorların gruplar arası anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür ($F(2, 87)= 4.885$, $p= .010$). Varyansların homojen olup olmadığını belirlemek için Levene testi yapılmış, varyanslar homojen olarak dağıldığından ($p= .632$) ancak 3 grubun katılımcı sayıları arasındaki fark yüksek olduğundan LSD post hoc testi seçilmiştir. Sonuçlara göre, Dikkat Eksikliği Baskın gruptaki çocukların annelerinin küçümseyici duygu sosyalleştirme skorlarının, Bileşik Görünüm grubundaki çocukların annelerinin küçümseyici duygu sosyalleştirme skorlarına göre (Ort_{fark} = -.55, 95% CI [-

.92, -.17], p=.005) anlamlı olarak daha düşük olduğu görülmüştür. Bununla birlikte, Dikkat Eksikliği Baskın gruptan alınan küçümseyici tepkiler alt ölçeğinin skorunun Hiperaktivite Baskın gruptan alınan skorlardan (Ort_{fark} = -.08, 95% CI [-.64, .49], p=.787), Hiperaktivite Baskın gruptan alınan skorların Bileşik Görünüm grubundan (Ort_{fark} = -.47, 95% CI [-.99, .04], p=.072) anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür.

Tablo 4.6: Grupların çocukların olumsuz duygularıyla baş etme ölçeğinin küçümseyici tepkiler alt ölçeğinden alınan skorlarının karşılaştırılması

Karşılaştırılan Özellikler	Grup (G)	Karşılaştırılan Gruplar (KG)	Ort. Fark (G-KG)	SH	p
Küçümseyici Tepkiler	Dikkat Eksikliği Baskın Grup	Hiperaktivite Baskın Grup	-.08	.28	.787
		Bileşik Görünüm Grubu	-.55**	0.19	.005
	Hiperaktivite Baskın Grup	Dikkat Eksikliği Baskın Grup	.08	.28	.787
		Bileşik Görünüm Grubu	-.47	.26	.072
	Bileşik Görünüm Grubu	Dikkat Eksikliği Baskın Grup	-.55**	0.19	.005
		Hiperaktivite Baskın Grup	-.47	.26	.072

Gruplar LSD testi ile karşılaştırılmıştır. * p <0,05, **p <0,01 düzeyinde anlamlıdır.

4.2.2.2. Grupların Çocuklar İçin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği skorlarının karşılaştırılması: Dikkat Eksikliği Baskın Grup, Hiperaktivite Baskın Grup ve Bileşik Görünüm Grubu'nda yer alan çocuk katılımcıların bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin ölçüldüğü Çocuklar İçin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği'nin alt ölçek puanları açısından karşılaştırıldığında Ruminasyon alt ölçeğinden alınan skorların (F(2, 87)= .141, p= .869), Pozitif Tekrar Odaklanma alt ölçeğinden alınan skorların (F(2, 87)= 1.326, p= .271), Plana Tekrar Odaklanma alt ölçeğinden alınan skorların (F(2, 87)= 1.705, p= .188), Pozitif Yeniden Gözden Geçirme alt ölçeğinden alınan skorların (F(2, 87)= .329, p= .721), Bakış Açısına Yerleştirme alt ölçeğinden alınan skorların (F(2, 87)= .368, p= .693), Felaketleştirme alt ölçeğinden alınan skorların (F(2, 87)= .1.314, p= .274) ve Başkalarını Suçlama alt ölçeğinden alınan skorların (F(2, 87)= .770, p= .466) anlamlı olarak farkılaşmadığı görülmüştür. Buna karşın, Kendini Suçlama

duygu düzenleme stratejisi açısından anlamlı olarak fark gösterdikleri görülmüştür (F(2, 87)= 3,586, p= .032). Levene varyans testine göre varyansların homojen dağıldığı (p= .581) görülmüş, ancak gruplar arasındaki katılımcı sayılarının dağılımı anlamlı olarak farklı olduğundan grup arası farklılıkları değerlendirmek üzere LSD post hoc testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre, Dikkat Eksikliği Baskın Grup'ta yer alan çocukların Kendini Suçlama skoru, Hiperaktivite Baskın Grup'ta bulunan çocukların skoruna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (Ort_{fark} = 3.14, 95% CI [.75, 5.54], p=.011). Benzer şekilde, Bileşik Görünüm Grubu'nda yer alan çocukların kendini suçlama skorunun, Hiperaktivite Baskın Grup'ta yer alan çocukların skoruna göre anlamlı olarak yüksek olduğu bulunmuştur (Ort_{fark} = 2.62, 95% CI [.43, 4.81], p=.020). Buna karşın, Dikkat Eksikliği Baskın Grup ile Bileşik Görünüm Grubu arasında kendini suçlama alt ölçeğinden alınan skorların anlamlı olarak farklılaşmadığı görülmüştür (Ort_{fark} = .52, 95% CI [-1.08, 2.13], p=.516).

Son olarak, gruplar Kabul Etme alt ölçeğinin skorlarına göre karşılaştırıldığında grupların birbirinden anlamlı olarak farklılaştığı görülmüştür (F(2, 87)= 3.546, p= .033). Varyansların homojen olup olmadığını belirlemek için Levene testi yapılmış, varyanslar homojen olarak dağıldığından (p= .971) ancak 3 grup arası katılımcıların sayısı arasındaki fark yüksek olduğundan gruplar arası farklılıkları değerlendirmek amacıyla LSD post hoc testi seçilmiştir. Buna göre, Dikkat Eksikliği Baskın Grup'ta olan katılımcıların, Hiperaktivite Baskın Grup'ta olan katılımcılara göre Kabul Etme skorlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görülmüştür (Ort_{fark} = 3.26, 95% CI [.75, 5.77], p=.011). Benzer şekilde, Bileşik Görünüm Grubu'nda yer alan çocukların kabul etme skorlarının, Hiperaktivite Baskın Grup'ta yer alan çocukların skorlarına kıyasla anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (Ort_{fark} = 2.75, 95% CI [.45, 5.04], p=.019). Buna karşın, Dikkat Eksikliği Baskın Grup'ta yer alan katılımcıların skorları ile Bileşik Görünüm Grubu'nda yer alan katılımcıların skorlarının anlamlı olarak farklılaşmadığı bulunmuştur (Ort_{fark} = .53, 95% CI [-1.08, 2.13], p=.516). (Tablo 4.7).

Tablo 4.7: Grupların çocuklar için bilişsel duygu düzenleme stratejileri ölçeğinin kendini suçlama ve kabul etme alt ölçek skorlarının karşılaştırılması

Karşılaştırılan Özellikler	Grup (G)	Karşılaştırılan Gruplar (KG)	Ort. Fark (G-KG)	SH	p
Kendini Suçlama	Dikkat Eksikliği Baskın Grup	Hiperaktivite Baskın Grup	3,14*	1.20	.011
		Bileşik Görünüm Grubu	-.52	.81	.516
	Hiperaktivite Baskın Grup	Dikkat Eksikliği Baskın Grup	-.312*	1.20	.011
		Bileşik Görünüm Grubu	-.262*	1.10	.020
	Bileşik Görünüm Grubu	Dikkat Eksikliği Baskın Grup	-.52	.81	.516
		Hiperaktivite Baskın Grup	3,26*	1,26	.011
Kabul Etme	Dikkat Eksikliği Baskın Grup	Bileşik Görünüm Grubu	.52	.84	.543
		Dikkat Eksikliği Baskın Grup	3,26*	1,26	.011
	Hiperaktivite Baskın Grup	Bileşik Görünüm Grubu	-2,75*	1,15	.019
	Bileşik Görünüm Grubu	Dikkat Eksikliği Baskın Grup	-.52	.84	.543
		Hiperaktivite Baskın Grup	-2,75*	1,15	.019

Gruplar LSD testi ile karşılaştırılmıştır. * p <0,05, **p <0,01 düzeyinde anlamlıdır.

4.2.3. Ölçek Skorlarının Çocukların Cinsiyetine Göre Karşılaştırılması

4.2.3.1. Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nden alınan sonuçların cinsiyete göre karşılaştırılması: Kız ve erkek çocuklar arasındaki farklılıkları değerlendirmek amacıyla kız ve erkek katılımcı sayısı arasında yüksek oranda farklılık olduğundan parametrik olmayan bir test olan Mann-Whitney U testi uygulanmıştır (261).

Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin Hiperaktivite alt ölçeği değerlendirildiğinde, erkek çocukların Hiperaktivite alt ölçeğinden aldıkları skor (Ortsıra = 49.75), kız çocuklarının skorundan (Ortsıra = 33.13) anlamlı olarak daha yüksektir (z= -2.63, p= .008). Benzer şekilde, erkek çocukların Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin toplam puanından aldıkları skor (Ortsıra = 49.59), kız çocuklarının skorundan (Ortsıra = 33.59) anlamlı olarak daha yüksektir (z= -2.54, p= .014). Bununla birlikte, kız ve erkek çocukların Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları için DSM-IV'e Dayalı Tarama ve Değerlendirme Ölçeği'nin Dikkat Eksikliği alt ölçeğinden aldıkları skorlar arasında anlamlı bir fark tespit edilmemiştir (z= -1.43, p= .153).

4.2.3.2. Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği'nden alınan skorların cinsiyete göre karşılaştırılması: Yürütülen Mann-Whitney U testinin sonuçlarına göre, Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği'nde yer alan Ebeveynde Sıkıntı-Endişe (z= -.919, p= .358), Cezalandırıcı Tepkiler (z= -1.630, p= .103), Küçümseyici Tepkiler (z= -1.717, p= .086), Duygu İfadesini Kolaylaştıran Tepkiler (z= -1.440, p= .150), Duyguya Odaklı Tepkiler (z= -.245, p= .806) ve Probleme Odaklı Tepkiler (z= -.579, p= .562) alt ölçeklerinde kız ve erkek katılımcıların skorları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür.

4.2.3.3. Çocuklar için Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği'nden alınan skorların cinsiyete göre karşılaştırılması: Çocuklar İçin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği'nden alınan skorların cinsiyete göre farklılık gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Mann-Whitney U testi uygulanmıştır. Sonuçlara göre, Kendini Suçlama (z= -.260, p= .795), Kabul Etme (z= -.692, p= .489), Ruminasyon (z= -1.025, p= .305), Plana Tekrar Odaklanma (z= -.483, p= .629), Pozitif Yeniden Gözden Geçirme (z= -.875, p= .382), Bakış Açısına Yerleştirme (z= -.966, p= .334), Felaketleştirme (z= -.547, p= .584) ve Başkalarını Suçlama (z= -1.206, p= .228) alt ölçeklerinde kız ve erkek katılımcıların skorları arasında anlamlı bir fark bulunmadığı görülmüştür. Buna karşın, Pozitif Tekrar Odaklanma alt ölçeği değerlendirildiğinde, erkek çocukların skorunun ($Ort_{sıra}$ = 49,47), kız çocuklarının skorundan ($Ort_{sıra}$ = 33,93) anlamlı olarak daha yüksek olduğu bulunmuştur (z= -2.470, p= .014).

4.2.4. Annelerin DEHB ve BKB Belirtileri ile Çocukların DEHB Belirtilerinin Yordanması

Anne katılımcıların DEHB ve BKB skorlarının çocuk katılımcıların DEHB skorlarını yordayıp yordamadığını test etmek amacıyla Çoklu Doğrusal Regresyon analizi yürütülmüştür. Sonuçlar, %95 güven aralığı ve $p<0.05$ istatistiksel anlamlılık düzeyi gözetilerek raporlanmıştır. Çoklu doğrusal regresyon analizi öncesi ön koşul testleri yürütülmüş, bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon katsayısının .70'den küçük olduğu, çoklu doğrusallık bulunmadığı gösterilmiştir. Mahalanobis uzaklıkları hesaplanmış, Mahalanobis değerlerinin $\chi 2$ (df= 14), α= .001 düzeyinde norm kabul edilen kritik değer olan 13,82'nin altında olduğu bulunmuş ve tüm katılımcı skorları veri analizine dahil edilmiştir. Çoklu doğrusal regresyon analizi sonuçlarına göre annelerin DEHB ve BKB skorları çocukların DEHB skorlarını anlamlı olarak yordamakta ve varyansın yaklaşık %16'sını açıklamaktadır ($F(2, 87) = 8,610$, $p= .000$, $R^2 = .165$). Modele göre annelerin DEHB skorları çocukların DEHB skorlarını anlamlı olarak yordarken (B=.342, CI [.190, 1.047], *p*=.003), annelerin BKB skorları çocukların DEHB skorlarını anlamlı olarak yordamamaktadır (B=.192, CI [.197, 1.653], *p*=.309).

Modeldeki tüm değişkenlerin B değerleri ve standardize edilmiş β regresyon kat sayıları Tablo 4.8'de verilmiştir.

Tablo 4.8: Anne DEHB ve BKB skorlarının çocuk DEHB skorlarını yordama katsayıları

Değişkenler	B	%95 CI	β	t	p
ASRS	,342	[,190, 1,047]	,342	3,098	,003
BKE	,192	[,197, 1,653]	,114	1,024	,309

Not. ASRS: Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Kendi Bildirim Ölçeği Toplam Skor, BKE: Borderline Kişilik Envanteri Toplam Skor

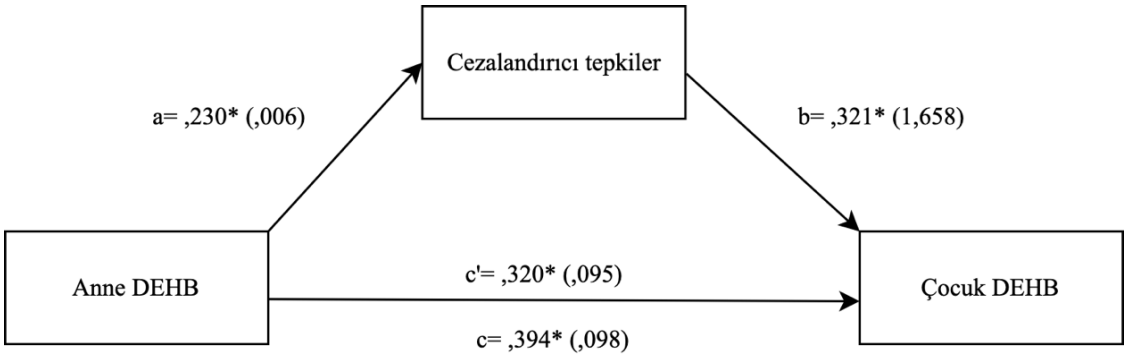
4.3. Aracılık Modellerinin İncelenmesi

Çalışmanın hipotezlerini oluşturan aracılık modellerinin test edilmesi amacıyla, SPSS programına Hayes'in PROCESS eklentisi yüklenmiş ve 5000 tekrarlanan örneklem sayısı ile yeniden örnekleme (bootstrapping) tekniği kullanılarak 4 numaralı modeli uygulanmıştır. Aracılık rolleri, aralıkta sıfır içermeyen %95 güven aralıklarına göre

sonuçlandırılmıştır (259). Bulgular, p<.05 anlamlılık düzeyi esas alınarak yorumlanmıştır.

Baron ve Kenny'nin (262) aracılık modeline göre, bağımsız, bağımlı ve aracı değişkenler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Bu sayıltı doğrultusunda, aracılık modelleri test edilmeden önce hipotezlerde yer alan aracılık modellerinde yer alan değişkenler arasındaki korelasyonlar incelenmiş, yalnızca model içinde anlamlı ilişkiye sahip olan değişkenler ile aracılık modelleri test edilmiştir. Raporlanan doğrudan etkilerin standardize regresyon katsayıları ve standardize edilmemiş güven aralıkları belirtilmiş; dolaylı etkilerin standardize regresyon katsayıları ve standardize güven aralıkları belirtilmiştir.

Annelerin DEHB belirtilerinin düzeyinin çocukların DEHB belirtilerinin düzeyi ile ilişkisinde annelerin cezalandırıcı tepkilerinin aracı rolünün incelendiği birinci modelin anlamlı olduğu ($F(2, 87) = 14.702$, $p = ,000$, $R^2 = .252$), annelerin DEHB belirtileri ile annelerin cezalandırıcı tepkilerinin, çocukların DEHB belirtilerinde görülen varyansın yaklaşık %25'ini açıkladığı bulunmuştur (Şekil 4.1). Annelerin cezalandırıcı tepkilerinin, annelerin DEHB belirtileri ile çocukların DEHB belirtileri arasındaki aracı rolünün anlamlı olduğu görülmüştür (β = .074, SH = .037, 95% CI (.006, .152)) (Tablo 4.9).



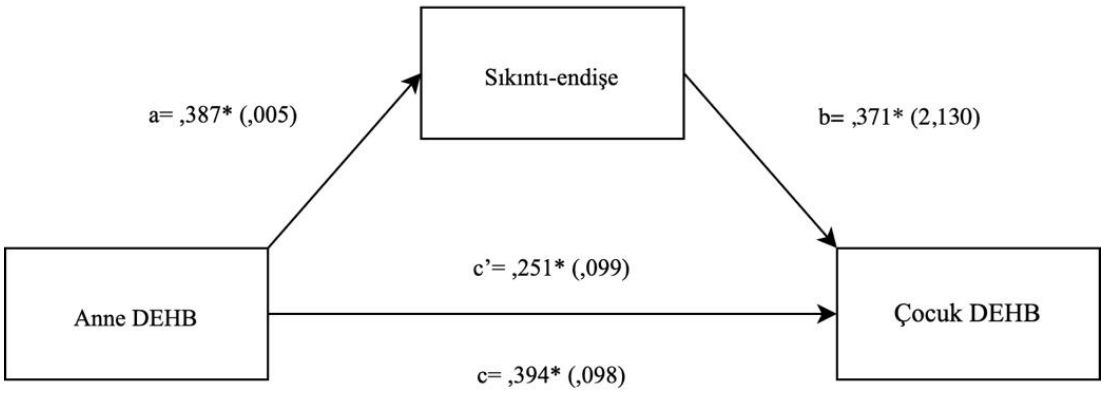
Not. Yol katsayıları standardize regresyon katsayılarını, parantez içi değer standart hatayı temsil etmektedir. c' yol katsayısı anne DEHB'nin çocuk DEHB üzerindeki doğrudan etkisini temsil etmektedir. c yol katsayısı ise anne DEHB'nin çocuk DEHB üzerindeki toplam etkisini göstermektedir.

Şekil 4. 1. Annelerin DEHB belirtilerinin şiddeti ile çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkide annelerin cezalandırıcı tepkilerinin aracı rolü

Tablo 4.9: 1. modelin yol katsayıları

Etki Türü	Test Edilen Yol	β	%95 CI
Aracı Yol (a)	Anne DEHB → Cezalandırıcı	,230	[,001, ,025]
Aracı Yol (b)	Cezalandırıcı → Çocuk DEHB	,321	[2,289, 8,882]
Dolaylı (a*b)	Anne DEHB → Cezalandırıcı → Çocuk DEHB	,074	[,006, ,152]
Doğrudan (c')	Anne DEHB → Çocuk DEHB	,320	[,131, ,509]
Toplam (c)	Anne DEHB → Çocuk DEHB	,394	[,199, ,588]

Annelerin DEHB belirtilerinin şiddetinin çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti ile ilişkisinde annelerin sıkıntı-endişe tepkilerinin aracı rolünün incelendiği ikinci modelin anlamlı olduğu ($F(2, 87) = 16.252$, $p = .000$, $R^2 = .272$), annelerin DEHB belirtileri ile annelerin sıkıntı-endişe tepkilerinin, çocukların DEHB belirtilerinde görülen varyansın yaklaşık %27'sini açıkladığı bulunmuştur (Şekil 4.2). Annelerin sıkıntı-endişe tepkilerinin, annelerin DEHB belirtilerinin şiddeti ile çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti arasındaki aracı rolünün anlamlı olduğu görülmüştür (β = .143, SH = .047, 95% CI (.061, .242)) (Tablo 4.10).



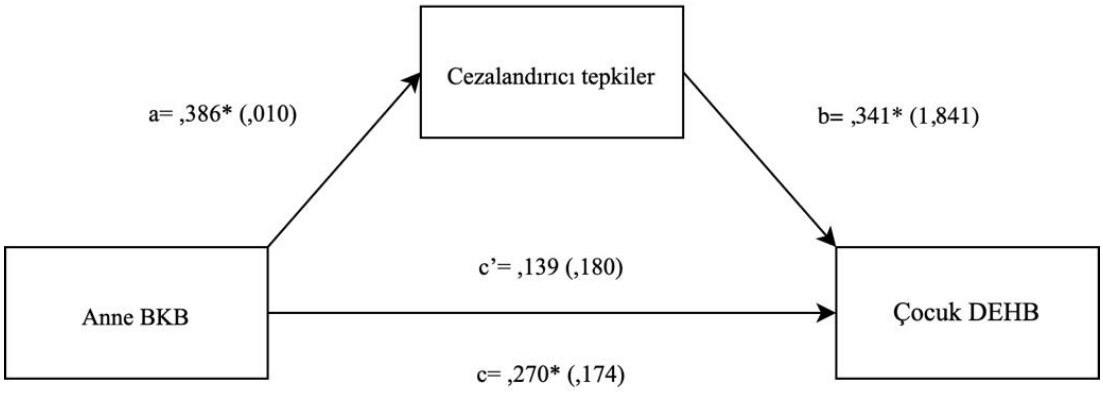
Not. a, b, c, c' yol katsayıları standardize regresyon katsayılarını, parantez içi değer standart hatayı temsil etmektedir. c' yol katsayısı anne DEHB'nin çocuk DEHB üzerindeki doğrudan etkisini temsil etmektedir. c yol katsayısı ise anne DEHB'nin çocuk DEHB üzerindeki toplam etkisini göstermektedir. *p<.05.

Şekil 4. 2. Annelerin DEHB belirtilerinin şiddeti ile çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkide annelerin sıkıntı-endişe tepkilerinin aracı rolü

Tablo 4.10: 2. modelin yol katsayıları

Etki Türü	Test Edilen Yol	β	%95 CI
Aracı Yol (a)	Anne DEHB → Sıkıntı-endişe	,387	[,009, 027]
Aracı Yol (b)	Sıkıntı-endişe → Çocuk DEHB	,371	[3,726, 12,195]
Dolaylı (a*b)	Anne DEHB → Sıkıntı-endişe→ Çocuk DEHB	,143	[,061, ,242]
Doğrudan (c')	Anne DEHB → Çocuk DEHB	,251	[,053, 448]
Toplam (c)	Anne DEHB → Çocuk DEHB	,394	[,199, ,588]

Annelerin BKB belirtilerinin çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti ile ilişkisinde annelerin cezalandırıcı tepkilerinin aracı rolünün incelendiği üçüncü modelin anlamlı olduğu ($F(2, 87) = 9.036$, $p = .000$, $R^2 = .172$) annelerin BKB belirtileri ile annelerin cezalandırıcı tepkilerinin, çocukların DEHB belirtilerinde görülen varyansın yaklaşık %17'sini açıkladığı bulunmuştur (Şekil 4.3). Annelerin cezalandırıcı tepkilerinin, annelerin BKB belirtileri ile çocukların DEHB belirtileri arasındaki aracı rolünün anlamlı olduğu görülmüştür (β = .131, SH = .045, 95% CI (.044, .230) (Tablo 4.11).



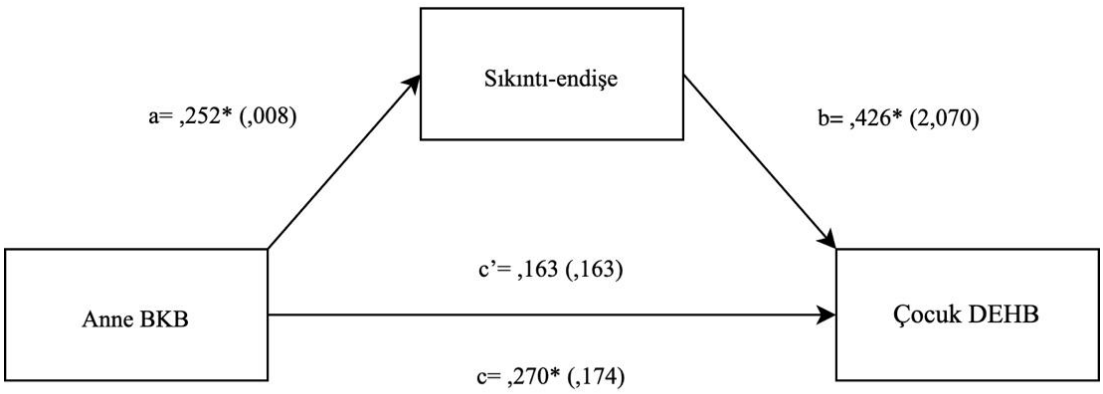
Not. a, b, c, c' yol katsayıları standardize regresyon katsayılarını, parantez içi değer standart hatayı temsil etmektedir. c' yol katsayısı anne BKB 'nin çocuk DEHB üzerindeki doğrudan etkisini temsil etmektedir. c yol katsayısı ise anne BKB'nin çocuk DEHB üzerindeki toplam etkisini göstermektedir. *p<.05.

Şekil 4. 3. Annelerin BKB belirtileri ile çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkide annelerin cezalandırıcı tepkilerinin aracı rolü

Tablo 4.11: 3. modelin yol katsayıları

Etki Türü	Test Edilen Yol	β	%95 CI
Aracı Yol (a)	Anne BKB → Cezalandırıcı	,386	[,019, ,057]
Aracı Yol (b)	Cezalandırıcı → Çocuk DEHB	,341	[2,275, 9,595]
Dolaylı (a*b)	Anne BKB → Cezalandırıcı→ Çocuk DEHB	,131	[,044, ,230]
Doğrudan (c')	Anne BKB→ Çocuk DEHB	,139	[-,121, ,593]
Toplam (c)	Anne BKB → Çocuk DEHB	,270	[,113, ,805]

Annelerin BKB belirtilerinin çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti ile ilişkisinde annelerin sıkıntı-endişe tepkilerinin aracı rolünün incelendiği dördüncü modelin anlamlı olduğu ($F(2, 87) = 13.993$, $p = .000$, $R^2 = .243$) annelerin BKB belirtileri ile annelerin sıkıntı-endişe tepkilerinin, çocukların DEHB belirtilerinde görülen varyansın yaklaşık %24'ünü açıkladığı bulunmuştur (Şekil 4.4). Annelerin sıkıntı-endişe tepkilerinin, annelerin BKB belirtileri ile çocukların DEHB belirtileri arasındaki aracı rolünün anlamlı olduğu görülmüştür (β = .108, SH = .038, 95% CI (.037, .189) (Tablo 4.12).



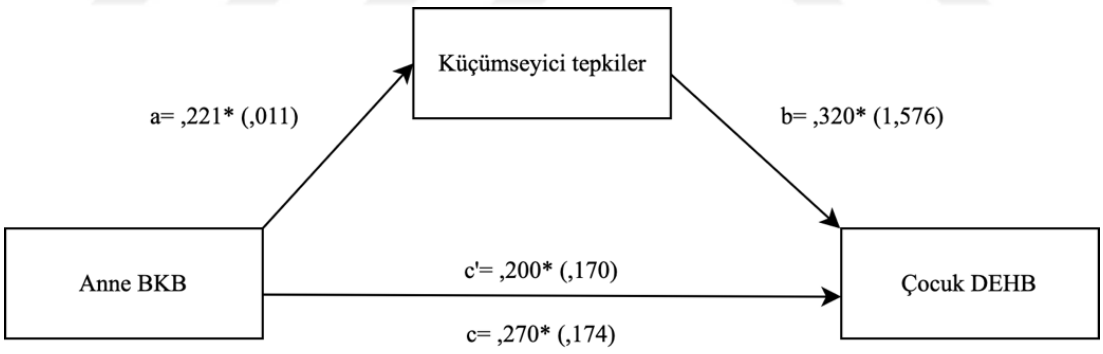
Not. a, b, c, c' yol katsayıları standardize regresyon katsayılarını, parantez içi değer standart hatayı temsil etmektedir. c' yol katsayısı annelerin BKB'nin çocuk DEHB üzerindeki doğrudan etkisini temsil etmektedir. c yol katsayısı ise annelerin BKB'nin çocuk DEHB üzerindeki toplam etkisini göstermektedir. *p<.05.

Şekil 4. 4. Annelerin BKB belirtilerinin çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti ile ilişkisinde annelerin sıkıntı-endişe tepkilerinin aracı rolü

Tablo 4.12: 4. modelin yol katsayıları

Etki Türü	Test Edilen Yol	β	%95 CI
Aracı Yol (a)	Anne BKB → Sıkıntı-endişe	,252	[,004, ,036]
Aracı Yol (b)	Sıkıntı-endişe → Çocuk DEHB	,426	[5,045, 13,274]
Dolaylı (a*b)	Anne BKB → Sıkıntı-endişe→ Çocuk DEHB	,108	[,037, ,189]
Doğrudan (c')	Anne BKB → Çocuk DEHB	.163	[-,049, ,602]
Toplam (c)	Anne BKB → Çocuk DEHB	,270	[,113, ,805]

Annelerin BKB belirtilerinin çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti ile ilişkisinde annelerin küçümseyici tepkilerinin aracı rolünün incelendiği beşinci modelin anlamlı olduğu ($F(2, 87) = 8.941$, $p = .000$, $R^2 = .17$), annelerin BKB belirtileri ile annelerin küçümseyici tepkilerinin, çocukların DEHB belirtilerinde görülen varyansın yaklaşık %17'sini açıkladığı bulunmuştur (Şekil 4.5). Annelerin küçümseyici tepkilerinin, annelerin BKB belirtileri ile çocukların DEHB belirtileri arasındaki aracı rolünün anlamlı olduğu görülmüştür (β = .108, SH = .038, 95% CI (.037, .189) (Tablo 4.13).



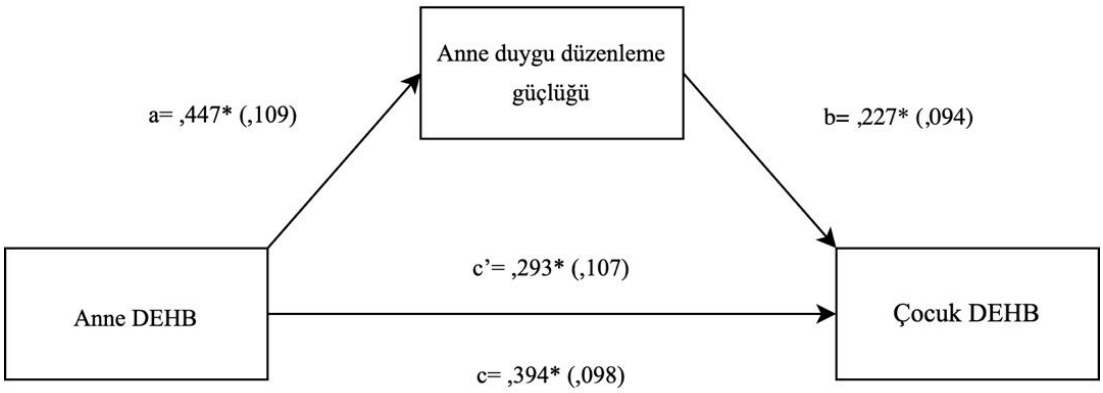
Not. Yol katsayıları standardize regresyon katsayılarını, parantez içi değer standart hatayı temsil etmektedir. c' yol katsayısı anne BKB'nin çocuk DEHB üzerindeki doğrudan etkisini temsil etmektedir. c yol katsayısı ise anne BKB'nin çocuk DEHB üzerindeki toplam etkisini göstermektedir.

Şekil 4. 5. Annelerin BKB belirtilerinin çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti ile ilişkisinde annelerin küçümseyici tepkilerinin aracı rolü

Tablo 4.13: 5. modelin yol katsayıları

Etki Türü	Test Edilen Yol	β	%95 CI
Aracı Yol (a)	Anne BKB → Küçümseyici	,221	[,001, ,046]
Aracı Yol (b)	Küçümseyici → Çocuk DEHB	,320	[1,904, 8,171]
Dolaylı (a*b)	Anne BKB → Küçümseyici→ Çocuk DEHB	,071	[,005, ,164]
Doğrudan (c')	Anne BKB → Çocuk DEHB	,200	[,001, 677]
Toplam (c)	Anne BKB → Çocuk DEHB	,270	[,113, 805]

Altıncı modelde annelerin DEHB belirti düzeyleri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü incelenmiş, modelin anlamlı olduğu ($F(2, 87) = 10.626$, $p = .000$, $R^2 = .196$) annelerin DEHB belirtileri ile duygu düzenleme güçlüğünün, çocukların DEHB belirtilerinde görülen varyansın yaklaşık %26'sını açıkladığı görülmüştür (Şekil 4.6.). Annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin, annelerin DEHB belirti düzeyleri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki aracılık etkisinin anlamlı olmadığı bulunmuştur (β = .101, SH = .056, 95% CI (-.014, .208)) (Tablo 4.14)



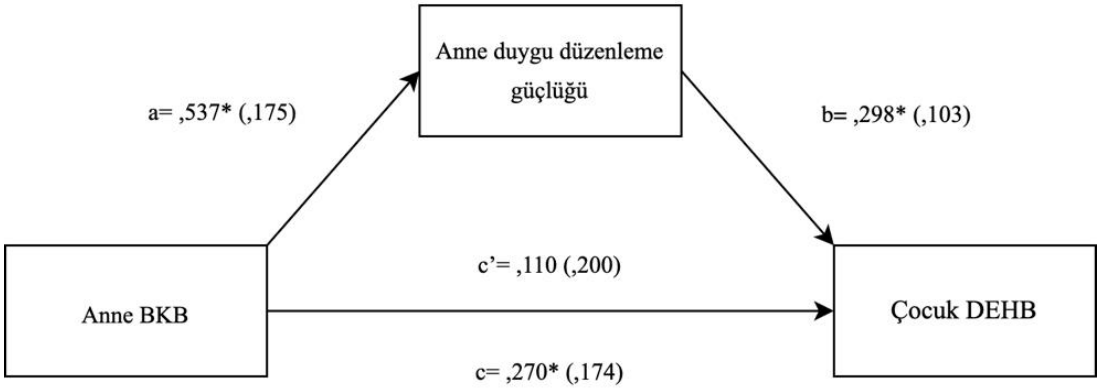
Not. a, b, c, c' yol katsayıları standardize regresyon katsayılarını, parantez içi değer standart hatayı temsil etmektedir. c' yol katsayısı anne DEHB 'nin çocuk DEHB üzerindeki doğrudan etkisini temsil etmektedir. c yol katsayısı ise anne DEHB'nin çocuk DEHB üzerindeki toplam etkisini göstermektedir. *p<.05.

Şekil 4. 6. Annelerin DEHB belirtilerinin çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti ile ilişkisinde annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü

Tablo 4.14: 6. modelin yol katsayıları

Etki Türü	Test Edilen Yol	β	%95 CI
Aracı Yol (a)	Anne DEHB → Anne duygu düzenleme güçlüğü	,447	[,295, ,729]
Aracı Yol (b)	Anne duygu düzenleme güçlüğü → Çocuk DEHB	,227	[,011, ,384]
Dolaylı (a*b)	Anne DEHB → Anne duygu düzenleme güçlüğü→ Çocuk DEHB	,101	[-,014, ,208]
Doğrudan (c')	Anne DEHB → Çocuk DEHB	,293	[,079, ,506]
Toplam (c)	Anne DEHB → Çocuk DEHB	,394	[,199, ,588]

Yedinci modelde annelerin BKB belirtileri ile çocukların DEHB belirtileri arasındaki ilişkide annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü incelenmiş, modelin anlamlı olduğu ($F(2, 87) = 6.874$, $p = .002$, $R^2 = .136$) ve annelerin BKB belirtileri ile duygu düzenleme güçlüğünün, çocukların DEHB belirtilerinde görülen varyansın yaklaşık %14'ünü açıkladığı görülmüştür (Şekil 4.7). Annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin, annelerin BKB belirtileri ile çocukların DEHB belirtileri arasındaki aracı etkisinin anlamlı olduğu bulunmuştur (β = .160, SH = .066, 95% CI (.030, .289)) (Tablo 4.15)



Not. a, b, c, c' yol katsayıları standardize regresyon katsayılarını, parantez içi değer standart hatayı temsil etmektedir. c' yol katsayısı annelerin BKB'nin çocuk DEHB üzerindeki doğrudan etkisini temsil etmektedir. c yol katsayısı ise annelerin BKB'nin çocuk DEHB üzerindeki toplam etkisini göstermektedir. *p<.05.

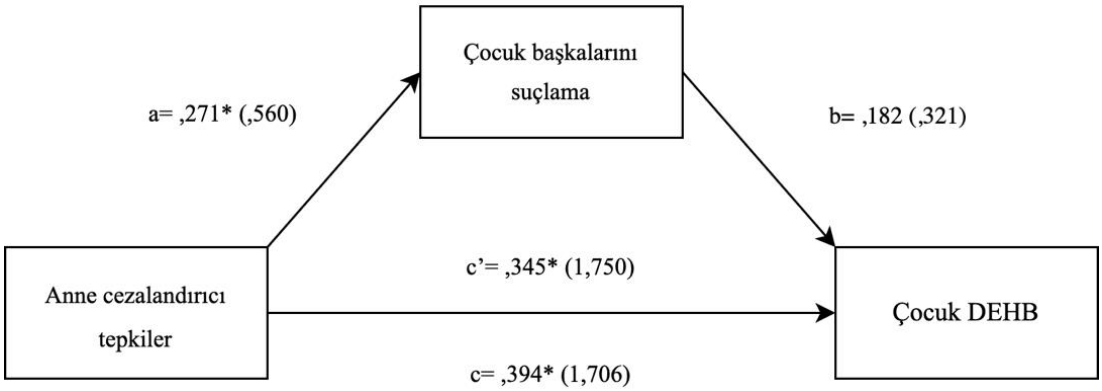
Şekil 4. 7. Annelerin BKB belirtileri ile çocukların DEHB belirtileri arasındaki ilişkide annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin aracı rolü

Tablo 4.15: 7. modelin yol katsayıları

Etki Türü	**Test Edilen Yol**	**β**	**%95 CI**
Aracı Yol (a)	Anne BKB → Anne duygu düzenleme güçlüğü	,537	[,697, 1,393]
Aracı Yol (b)	Anne duygu düzenleme güçlüğü → Çocuk DEHB	,298	[,055, ,465]
Dolaylı (a*b)	Anne BKB → Anne duygu düzenleme güçlüğü→ Çocuk DEHB	,160	[,030, ,289]
Doğrudan (c')	Anne BKB→ Çocuk DEHB	,110	[-,211, ,586]
Toplam (c)	Anne BKB → Çocuk DEHB	,270	[,113, ,805]

Sekizinci modelde annelerin cezalandırıcı tepkileri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide çocukların başkalarını suçlama duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü incelenmiş, modelin anlamlı olduğu ($F(2, 87) = 9.950$, $p = .000$, $R^2 = .186$) ve annelerin cezalandırıcı tepkileri ile çocukların başkalarını suçlama duygu düzenleme stratejilerinin, çocukların DEHB belirtilerinde görülen varyansın yaklaşık %19'unu açıkladığı görülmüştür (Şekil 4.8). Çocukların başkalarını suçlama duygu

düzenleme stratejilerinin, annelerin cezalandırıcı tepkileri ile çocukların DEHB belirtileri arasındaki aracı etkisinin ise anlamlı olmadığı bulunmuştur (β = .049 SH = .034, 95% CI (-.003, .130)) (Tablo 4.16).



Not. a, b, c, c' yol katsayıları standardize regresyon katsayılarını, parantez içi değer standart hatayı temsil etmektedir. c' yol katsayısı annelerin cezalandırıcı tepkilerinin çocuk DEHB üzerindeki doğrudan etkisini temsil etmektedir. c yol katsayısı ise annelerin cezalandırıcı tepkilerinin çocuk DEHB üzerindeki toplam etkisini göstermektedir. *p<.05.

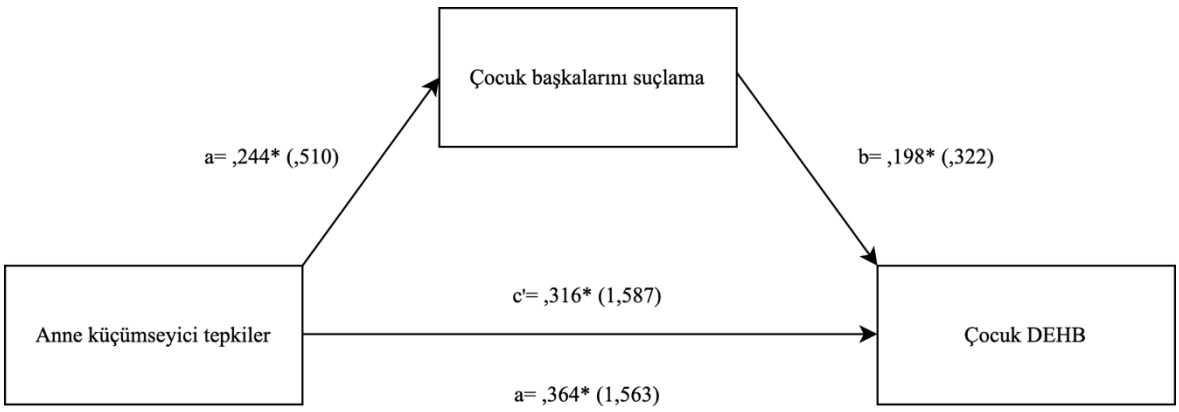
Şekil 4. 8. Annelerin cezalandırıcı tepkileri ile çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkide çocukların başkalarını suçlama duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü

Tablo 4.16: 8. modelin yol katsayıları

Etki Türü	**Test Edilen Yol**	**β**	**%95 CI**
Aracı Yol (a)	Anne cezalandırıcı→ Çocuk başkalarını suçlama	,271	[,365, 2,591]
Aracı Yol (b)	Çocuk başkalarını suçlama → Çocuk DEHB	,182	[-,058, 1,217]
Dolaylı (a*b)	Anne cezalandırıcı → Çocuk başkalarını suçlama→ Çocuk DEHB	,049	[-,003, ,130]
Doğrudan (c')	Anne cezalandırıcı → Çocuk DEHB	,345	[2,534, 9,489]
Toplam (c)	Anne cezalandırıcı → Çocuk DEHB	,394	[3,478, 10,258]

Dokuzuncu ve son modelde, annelerin küçümseyici tepkileri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide çocukların başkalarını suçlama duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü incelenmiş, modelin anlamlı olduğu ($F(2, 87) = 9.869$, $p = .000$, $R^2 = .169$) ve annelerin küçümseyici tepkileri ile çocukların başkalarını suçlama duygu

düzenleme stratejilerinin, çocukların DEHB belirti düzeylerinde görülen varyansın yaklaşık %17'sini açıkladığı görülmüştür (Şekil 4.9). Çocukların başkalarını suçlama duygu düzenleme stratejilerinin, annelerin küçümseyici tepkileri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki aracılık etkisinin ise anlamlı olduğu bulunmuştur (β = .048 SH = .036, 95% CI (.000, .136)) (Tablo 4.17).



Not. a, b, c, c' yol katsayıları standardize regresyon katsayılarını, parantez içi değer standart hatayı temsil etmektedir. c' yol katsayısı annelerin küçümseyici tepkilerinin çocuk DEHB üzerindeki doğrudan etkisini temsil etmektedir. c yol katsayısı ise annelerin küçümseyici tepkilerinin çocuk DEHB üzerindeki toplam etkisini göstermektedir. *p<.05.

Şekil 4. 9: Annelerin küçümseyici tepkileri ile çocukların DEHB belirtilerinin şiddeti arasındaki ilişkide çocukların başkalarını suçlama duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü

Tablo 4. 17: 9. modelin yol katsayıları

Etki Türü	Test Edilen Yol	β	%95 CI
Aracı Yol (a)	Anne küçümseyici→ Çocuk başkalarını suçlama	,245	[,194, 2,221]
Aracı Yol (b)	Çocuk başkalarını suçlama → Çocuk DEHB	,198	[,007, 1,271]
Dolaylı (a*b)	Anne küçümseyici → Çocuk başkalarını suçlama→ Çocuk DEHB	,049	[,000, ,136]
Doğrudan (c')	Anne küçümseyici → Çocuk DEHB	,316	[1,815, 8,123]
Toplam (c)	Anne küçümseyici → Çocuk DEHB	,364	[2,625, 8,839]

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında DEHB tanısı almış çocukların annelerinin DEHB ve BKB belirti düzeyleri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin ve duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının aracı rolü incelenmiştir. Ayrıca, çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejileri değerlendirilmiş, annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımları ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü test edilmiştir. Çalışmanın temel hipotezlerine ek olarak keşifsel analizler gerçekleştirilmiş, çocukların DEHB görünümüne göre gruplar arası farklılıklar ele alınmıştır. Bu bölümde, öncelikle gruplar arası farklılıklara ilişkin bulgular değerlendirilecek, ardından değişkenler arası korelasyonlar ve çalışmanın hipotezleri literatür ışığında yorumlanacaktır.

5.1. ÇOCUKLARIN DEHB GÖRÜNÜMÜNE GÖRE GRUPLAR ARASI FARKLILIKLARIN İNCELENMESİ

5.1.1. Annelerin Duygu Sosyalleştirme Yaklaşımlarına İlişkin Gruplar Arası Farklılıkların İncelenmesi

Çocukların DEHB görünümüne göre annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımlarındaki farklılıklar incelendiğinde, bileşik DEHB görünümüne sahip çocukların annelerinin, dikkat eksikliği baskın DEHB görünümüne sahip çocukların annelerine kıyasla küçümseyici duygu sosyalleştirme yaklaşımını daha fazla kullandığı bulunmuştur. Bu durum, bileşik DEHB görünümüne sahip çocukların, dikkat eksikliği baskın gruptaki çocuklara kıyasla hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerinin etkisiyle birlikte olumsuz duyguları daha yoğun deneyimlemeleri ve daha fazla duygu düzenleme güçlükleri yaşamaları ve ebeveynlerinden bu duygulara yönelik daha olumsuz tepkiler almaları ile ilişkilendirilebilir.

Benzer bir şekilde, Maedgen ve Carlson (187) tarafından DEHB tanısı almış 8-11 yaş arası çocuklarla gerçekleştirilen çalışmada, bileşik DEHB görünümüne sahip çocukların dikkat eksikliği baskın görünüme sahip olan çocuklara kıyasla hem olumlu ve hem de olumsuz duyguları daha yoğun deneyimledikleri, davranışlarını kontrol etmede daha fazla zorluk çekerek daha fazla saldırgan davranış sergiledikleri bulunmuştur.

Dikkat eksikliği baskın gruptaki çocukların ise duygu düzenleme güçlüğü yaşamadıkları tespit edilmiştir.

Bileşik DEHB görünümüne sahip çocukların, durumun gerekliliklerine göre davranışlarını değiştirmekte daha fazla zorlandıkları (263) göz önünde bulundurulduğunda, bu çocuklar üzüntü, hayal kırıklığı veya öfke gibi duyguları yoğun ve uzun süre deneyimleyebilirler. Bunun sonucunda bu duygular olumsuz ve yıkıcı davranışlar olarak ifade edebilirler. Bu durumda, ebeveynlerinin bu duygudurumlarından hızlıca çıkmalarına yardımcı olabilmek için duyguları önemsemeyen veya duyguların etkisini azaltmaya yönelik tepkiler verme eğiliminde olabilecekleri söylenebilir. Ayrıca, ebeveynler, çocukların üzüntü, hayal kırıklığı veya öfke hissettikleri durumlarda, çocukların duygusal ihtiyaçlarına odaklanmak yerine onların yaramazlık veya sakarlık yaptığını düşünerek olumsuz tepkiler verme eğiliminde olabilirler.

5.1.2. Çocukların Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerine İlişkin Gruplar Arası Farklılıkların İncelenmesi

Çocukların DEHB görünümüne göre kullandıkları bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin farklılık gösterip göstermediği incelendiğinde, dikkat eksikliği baskın ve bileşik DEHB görünümüne sahip çocukların, hiperaktivite baskın DEHB görünümüne sahip çocuklara kıyasla kendini suçlama duygu düzenleme stratejisini daha fazla kullandığı; dikkat eksikliği baskın ve bileşik görünüm grubunda yer alan çocukların ise hiperaktivite baskın gruptaki çocuklara göre kabul etme stratejisini daha fazla kullandığı bulunmuştur. Bu bulgu, dikkat eksikliği belirtilerinin, hiperaktivite ve dürtüsellik belirtilerine kıyasla depresyon ve anksiyete gibi içe yönelim güçlüklerinin daha güçlü bir yordayıcısı olduğunu bildiren literatürle de paralellik göstermektedir (264). Kesitsel ve boylamsal çalışmalar DEHB tanısı olan çocukların ergenlik dönemi ve yetişkinliğe geçiş ile birlikte komorbid depresyon tanısı alma olasılığının arttığını bildirmektedir (265-267). Dikkat eksikliği belirtileri olan çocukların yaşadıkları olumsuz durumlar karşısında tekrarlı olarak kendilerini suçlamaları, zaman içinde depresyon tanısı almaları ile ilişkili olabilir. Dikkat eksikliği ile birlikte içe yönelim sorunlarının artma eğilimi göz önüne alındığında, dikkat eksikliği baskın veya bileşik görünüme sahip çocukların olumsuz yaşam olayları karşısında dış faktörlere atıfta bulunmak yerine yaşadıkları güçlüğü içselleştirerek kendilerini suçlamaları anlaşılır görünmektedir.

Kabul ve kararlılık terapisi gibi psikoterapi yaklaşımları, kabul etmenin, istenmeyen ve kontrol dışındaki deneyimlerin kabul edilmesini içererek duygu düzenleme sürecinde önemli bir mekanizma olduğunu vurgulamaktadır (268). Bu strateji, bireyin zorlu yaşam olaylarına gözlemci bir perspektiften bakarak yoğun duygular ile arasına mesafe koymasını ve baş etmesini kolaylaştıran işlevsel bir duygu düzenleme yöntemi olarak değerlendirilmektedir (161,269). Bununla birlikte, kabul etme stratejisi bazı durumlarda işlevsel olmayan bir yaklaşım olarak da değerlendirilebilir. Öğrenilmiş çaresizlik teorisine (270) göre, birey deneyimlediği olumsuz durumun çözülebilir olmasına rağmen değiştirilemeyeceğini düşündüğünde, bu durum üzerinde herhangi bir kontrolü olmadığını hissedebilir. DEHB tanılı çocukların dikkat, dürtüsellik ve duygu düzenleme gibi alanlardaki güçlükleri ise akademik ve sosyal alanlarda tekrarlı olarak başarısızlık yaşamalarına neden olabilir. Bu sürekli başarısızlık, zamanla öğrenilmiş çaresizlik tepkilerinin gelişmesine yol açabilir. Bu durumda, ne yaparlarsa yapsınlar olumsuz durumun değiştirilemeyeceğine inanarak zaman içinde belirli görevler için daha az çaba harcayabilirler (271). Bu açıdan değerlendirildiğinde, kabul etme stratejisi, bazı durumlarda aktif bir biçimde problem çözme adımlarını izlemek yerine duygu odaklı baş etme stratejisi (272) olarak daha pasif ve işlevsel olmayan bir yaklaşım olarak da yorumlanabilir.

5.2. KORELASYON BULGULARININ İNCELENMESİ

5.2.1. Çocukların DEHB Belirtilerinin Düzeyi ile Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişki

Bu çalışmada, çocukların DEHB belirti düzeyleri ile bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişki incelenmiş ve çocukların kendini suçlama ve başkalarını suçlama bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile DEHB belirti düzeyleri arasında pozitif bir ilişki olduğu bulunmuştur. Literatür incelendiğinde, DEHB tanısı olan çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejilerini değerlendiren herhangi bir çalışmaya rastlanmamış; DEHB tanısı olan yetişkinlerin bilişsel duygu düzenleme stratejilerini ele alan sınırlı sayıda çalışmada ise bu çalışmanın sonuçlarıyla paralel olarak DEHB belirti düzeyi ile kendini suçlama, başkalarını suçlama, felaketleştirme ve ruminasyon gibi işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejilerinin kullanımının ilişkili olduğu bildirilmiştir (130,200).

DEHB semptomları incelendiğinde, çocukların onlarla konuşulurken dinlemiyor gibi görünme, yönergeleri takip edememe, bilişsel olarak çaba gerektiren görevlerden kaçınma, çok fazla konuşma, başkalarının sözünü kesme veya sırasını beklemede zorlanma gibi belirtiler, kimi zaman başkaları tarafından yaramazlık, tembellik veya yeterince çaba göstermeme olarak değerlendirilmektedir (273). Bu tür bir değerlendirme, çocukların ebeveynleri, öğretmenleri veya arkadaşları gibi çevresindeki bireyler tarafından suçlandıklarını hissetmelerine yol açabilir. Sonuç olarak, DEHB tanılı çocuklar olumsuz yaşam olaylarıyla karşılaştıklarında günlük yaşamda karşılaştıkları güçlükler karşısında olduğu gibi durumun çeşitli yönlerini detaylı bir biçimde ele almak yerine, hem doğrudan kendilerini suçlama hem de maruz kaldıkları davranışı model alarak başkalarını suçlama ve yaşadıkları zorluklardan dolayı onları sorumlu tutma eğiliminde olabilirler.

Duygu düzenleme, bireylerin duygularını yönetme ve ifade etme biçimlerini kapsayan karmaşık bir süreçtir. Bu süreç yalnızca bilişsel stratejilerle sınırlı kalmayıp, aynı zamanda duygusal ve sosyal faktörlerin de etkileşimini içerir. Duygu düzenleme becerileri, bireylerin kendi duygusal durumlarını anlamaları ve bu durumları etkili bir şekilde yönetmeleri için gereklidir. Bu bağlamda, duygusal farkındalık, empati kurma becerileri ve sosyal destek gibi unsurlar da duygu düzenleme sürecinde kritik rol oynamaktadır (168,176). Literatür incelendiğinde, benzer çalışmalarda çocukların duygu ifadeleri, empati kurma becerileri, duygusal farkındalıkları veya olumsuz duygusallık/duygu değişkenliği gibi genel duygu düzenleme stratejilerinin değerlendirildiği görülmektedir (242,274,275). Literatürde DEHB tanısı almış 8-12 yaş arasındaki çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejilerini inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin orta çocukluk döneminde kullanılmaya başlandığı bildirilse de (168), DEHB tanılı çocukların yürütücü işlevlerde güçlükler yaşadığı göz önünde bulundurulduğunda (11), DEHB tanısı olmayan bireylere kıyasla bu becerileri etkin bir biçimde kullanmakta zorlanıyor olabilecekleri düşünülebilir. Bu durum, bilişsel duygu düzenleme becerilerinin gelişiminin sağlıklı akranlara göre daha geç olabileceğini düşündürmektedir.

5.2.2. Çocukların DEHB Belirtilerinin Düzeyi ile Annelerin Duygu Sosyalleştirme Yaklaşımları Arasındaki İlişki

Çalışmada, destekleyici olmayan duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının (ebeveylerin sıkıntı-endişe içeren tepkileri ile küçümseyici ve cezalandırıcı tepkiler) çocukların DEHB belirti düzeyleri ile pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Literatürde, duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının benzer ve farklı yaş gruplarında klinik ve sağlıklı örneklemlerden oluşan çocukların içe yönelim (anksiyete, depresyon vb.) ve dışa yönelim (hiperaktivite, dürtüsellik, davranım sorunları vb.) güçlükleriyle ilişkisi sıkça değerlendirilmiştir. Bu bağlamda, çalışmanın sonuçlarının literatür ile uyumlu olduğu görülmüştür (237,245,276). Bu bulgu, DEHB tanısı almış çocukların duygu düzenleme ve davranış sorunlarının ebeveynler için zorluklar yaratması ve ebeveynlerin zorlu durumlarda çocuklara uygun tepkiler vermekte zorlanmaları ile ilişkili olabilir. Ayrıca, bu çocukların ebeveynlerinde de psikopatoloji belirtilerinin yüksek oranda görüldüğü (277) ve bu iki faktörün, destekleyici olmayan tepkilerin daha fazla kullanımı ile ilişkili olduğu (226) yönünde yorumlanabilir.

Destekleyici duygu sosyalleştirme yaklaşımları ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişki incelendiğinde, duygu ifadesini kolaylaştıran ve duyguya odaklı tepkiler ile çocuklardaki DEHB belirti düzeyi arasında anlamlı bir ilişki bulunmamış, ancak probleme odaklı tepkiler ile çocuklardaki DEHB belirti düzeyi arasında pozitif bir ilişki olduğu gözlemlenmiştir. Duygu ifadesini teşvik eden ve normalleştiren yaklaşımların, çocukların duygu düzenleme becerileri, olumlu sosyal davranışlar ve sosyal uyum ile düşük düzeyde dışa yönelim sorunları ile pozitif yönde ilişkili olduğu yapılan çalışmalarda bildirilmektedir (224,278). Bununla birlikte, destekleyici duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının davranış sorunlarıyla negatif yönde ilişkili olduğunu gösteren sınırlı sayıda çalışma mevcuttur (224). Literatürde tutarlı olmayan bu bulgu, destekleyici duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının çocukların gelişimsel dönemine (okul öncesi, orta çocukluk dönemi vb.) bağlı olarak çocuklar üzerinde farklı etkiler yaratabileceğini göstermektedir (279). Duygu sosyalleştirme kavramına ilişkin gerçekleştirilen çalışmaların büyük bir kısmı, okul öncesi dönemdeki çocuklarla gerçekleştirilmiştir (219,238,239,254). Ancak bu çalışmada değerlendirilen çocuklar, okul çağı ve ergenlik öncesi dönemi kapsayan 8-12 yaş aralığındadır.

Çocukların yaşları ilerledikçe, ebeveynlerin çocuklarından duygularını kendi başlarına ve daha işlevsel bir şekilde regüle etmeleri yönündeki beklentileri artmakta; bu durum, ebeveynlerin daha küçük yaşlarda yaptıkları gibi çocuklarının duygu ifadelerini destekleme ve onları yatıştırma eğilimlerini azaltmaktadır (209,278,280). Ayrıca, çocukların yaşadıkları sorunları kendi başlarına çözmeleri için onları daha fazla teşvik etmektedirler (278). Ebeveynlerin problem odaklı tepkileri, çocukların yaşadığı olumsuz durumlara yönelik farklı çözüm yolları düşünmesine veya alternatif bakış açıları geliştirmesine yardımcı olmayı içermektedir. Ancak, DEHB tanılı çocuklar için yoğun duygularla başa çıkmak, sağlıklı akranlarına kıyasla daha zorlu bir süreçtir. Bu nedenle, ebeveynlerinden gelen çözüm odaklı tepkiler, bu çocukların kendilerini anlaşılmamış hissetmelerine yol açabilir. Henüz hissettikleri olumsuz duyguları tam anlamıyla deneyimlemeden çözüm arayışına yönlendirilmeleri, kendilerini daha da engellenmiş hissetmelerine yol açıyor olabilir.

Duygu sosyalleştirme alanında gerçekleştirilen çalışmaların büyük çoğunluğu klinik örneklemden oluşmamaktadır, bu nedenle destekleyici duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının DEHB belirtileri açısından tek başına koruyucu olduğu söylenemeyebilir. Kimi çalışmalar, çocukluk döneminde psikopatoloji gelişiminde ebeveynliğin olumsuz yönlerinin, olumlu yönlerine kıyasla çocuk sonuçları üzerinde daha etkili olabileceğini belirtmektedir (281,282). Ayrıca, ebeveynlerin duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının ve bu yaklaşımların çocuklar üzerindeki etkilerinin kültürlerarası farklılıklar içerdiği de vurgulanmaktadır (283). Batı toplumlarında ebeveynler, çocuklarının bireysel hedeflerine ulaşmalarına yardımcı olan olumsuz duyguları ifade etmelerini teşvik ederken (284), toplulukçu değerlerin öne çıktığı kültürlerde bu tür duyguların ifade edilmesinin kişilerarası ilişkilere zarar verebileceği düşünülerek kontrol edilmesi gerektiği belirtilmektedir (285).

5.2.3. Annelerin Duygu Düzenleme Güçlük Düzeyi ile Çocukların Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişki

Annelerin duygu düzenleme güçlükleri ile çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişki ele alınmış ve annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin çocukların işlevsel olmayan bilişsel stratejileri (kendini suçlama, başkalarını suçlama, ruminasyon) ile pozitif bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur. Literatürde annelerin duygu düzenleme becerileri ile çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki

ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışma bulgusuna rastlanmamıştır. Literatürdeki benzer çalışmalar ise, annelerin olumsuz duygu düzenleme stratejilerinin çocukların işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileriyle ilişkili olduğunu doğrulamaktadır (286-288). Anneler, kendi duygu düzenleme biçimleri ile çocuklara model olmakta; çocuklar hangi duyguların kabul edilebilir olduğunu ya da olmadığını ve hangi duyguların nasıl yönetilmesi gerektiğini ebeveynlerini gözlemleyerek öğrenmektedirler. Bu görüşle paralel olarak, anneler kendi duygularının farkına varma ve duygularını regüle etme güçlüğü arttıkça, çocukların da kendini suçlama, başkalarını suçlama ve ruminasyon gibi işlevsel olmayan stratejilerinin kullanımının arttığı görülmektedir.

5.2.4. Annelerin Duygu Sosyalleştirme Yaklaşımları ile Çocukların Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Arasındaki İlişki

Annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımları ile çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejileri arasındaki ilişki incelendiğinde; annelerin cezalandırıcı yaklaşımlarının çocukların kendini ve başkalarını suçlama stratejileriyle, annelerin küçümseyici yaklaşımlarının ise çocuklarda pozitif tekrar odaklanma ve başkalarını suçlama ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Ayrıca, destekleyici yaklaşımlardan duygu ifadesini teşvik yaklaşımlarının çocukların ruminasyon, plana tekrar odaklanma ve pozitif yeniden gözden geçirme stratejileri ile, duyguya odaklı yaklaşımlarının çocukların kabul etme ve pozitif yeniden gözden geçirme stratejileri ile, annelerin probleme odaklı yaklaşımlarının çocukların ruminasyon, plana tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme ve başkalarını suçlama stratejileri ile pozitif yönde bir ilişki içinde olduğu bulunmuştur. Okul öncesi ve okul çağındaki çocuklar ile yapılan çalışmalar, annelerin destekleyici yaklaşımlarının çocukların adaptif duygu düzenleme becerileriyle bağlantılı olduğunu göstermektedir (22,196,206). DEHB tanılı çocuklar ile yapılan boylamsal bir çalışmada da, annelerin destekleyici yaklaşımlarının bu çocuklarda duygu düzenleme becerilerinin gelişiminde önemli bir koruyucu rol oynadığı belirtilmiştir (241). Bununla birlikte, literatürde DEHB tanılı çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejileri ile ebeveynlerinin duygu sosyalleştirme yaklaşımları arasındaki ilişkiyi inceleyen herhangi bir çalışmaya rastlanmamıştır. Bu çalışmada elde edilen bilgiler, benzer çalışmalardaki bulgular ile karşılaştırılarak yorumlanacaktır.

Kendini suçlama, başkalarını suçlama ve ruminasyon stratejileri işlevsel olmayan bilişsel duygu düzenleme stratejileri olarak değerlendirilirken; pozitif tekrar odaklanma,

plana tekrar odaklanma, pozitif yeniden gözden geçirme ve kabul etme stratejileri işlevsel bilişsel duygu düzenleme araçları olarak değerlendirilmektedir (161). Destekleyici olmayan ebeveyn tepkilerinin, çocuklardaki işlevsel olmayan duygu düzenleme stratejileri ile ilişkili olduğu da önceki çalışmalarda bildirilmektedir (221). Ancak, bu çalışmada annelerin küçümseyici yaklaşımlarının çocukların pozitif tekrar odaklanma stratejisiyle pozitif ilişki göstermesi literatürdeki genel bulgularla örtüşmemektedir. Bu bulgu incelendiğinde, kimi zaman destekleyici duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının çocukların mizaç gibi özelliklerine göre farklılık göstererek eşit ölçüde işlevsel olmayabileceği (222) hatta kimi durumlarda destekleyici olmayan tepkilerin daha işlevsel olabileceğini gösteren araştırmaların bulunduğu görülmektedir (289).

Çalışmada kullanılan Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği'nde yer alan küçümseyici yaklaşımlara ilişkin maddeler arasında çocuk hastalandığı için bir doğum günü partisine gidemediğinde çocuğa partiyi kaçırmasını büyütmemesini söylemek, arkadaşları ile birlikte yer aldığı bir grup faaliyetinde hata yaptığı için utanıp ağlamaklı olduğunda ona aşırı tepki gösterdiğini söylemek gibi ifadeler yer almaktadır. Bu ifadeler incelendiğinde, annelerin olumsuz duyguları küçümseyici tepkiler vererek aslında çocuklarına yardım etme niyeti taşıdıkları, çocukların olumsuz hislerini hafifletme amacıyla olumsuz duyguları yok sayan bir tutum sergiledikleri düşünülebilir (217). Başka bir deyişle, ebeveyn çocuğu değil, çocuğun olumsuz duygularını küçümseme yönünde tepki veriyor olabilir. Özellikle orta çocukluk döneminde, bu tür tepkiler çocuk tarafından ihtiyaçlarına karşı duyarsızlık olarak algılanmayabilir ve çocuklara bağımsız başa çıkma becerileri kazandırmak için onları teşvik etmek olarak değerlendirilebilir (290). Bu durum, bazı kültürel bağlamlarda, özellikle de Türkiye'de, destekleyici olmayan yaklaşımların olumlu sonuçlarla ilişkilendirildiğini gösteren araştırma bulgularıyla da örtüşmektedir (244). Çorapçı ve ark. (244) çalışmalarında, Batı kültürlerindeki sonuçların aksine Türkiye'deki ebeveynlerin çocuklarının öfke ifadesini küçümsemelerinin çocuklarda daha az davranış sorununu yordadığını bulmuştur. Araştırmacılar, bu bulguyu duygusal açıdan birbirine daha bağımlı toplumsal kültürlerde ebeveynlik yaklaşımlarının bütününün duyguları küçümsemenin olumsuz etkisini ortadan kaldırabileceğini, duyguları küçümsemenin çocuk sonuçları üzerinde daha farklı bir anlamı ve etkisi olabileceği yönünde ele almıştır (244). Örneğin, toplulukçu değerleri benimsemiş ve eğitim düzeyi düşük annelerin, bu tür tepkilerle çocuklarına uyumlu davranışlar kazandırma amacı taşıdığı öne sürülebilir (291). Bu çalışmanın da örneklemi

incelendiğinde, çalışmadaki annelerin yalnızca %22.2'sinin lisans ve lisansüstü eğitim aldığı görülmektedir.

Diğer yandan destekleyici olarak değerlendirilen, çocukların duygularını teşvik eden veya problem odaklı yaklaşımlar, genellikle olumlu etkilerle ilişkilendirilmesine rağmen, bu çalışmada bu tür yaklaşımların çocukların ruminasyon stratejisiyle pozitif yönde ilişkili olduğu bulunmuştur. Literatürde duygu ifadesini teşvik etmenin çocukların sosyal ve duygusal gelişimine olumlu etki ettiği belirtilmekle birlikte, bu bulgunun aksini gösteren çalışmalar da yer almaktadır. Kimi durumlarda duyguların ifadesinin teşvik edilmesinin çocuklarda öfkenin ve agresyonun yoğunluğunu ve ifadesini arttırabileceği, bunun da olumsuz davranışları arttırabileceği belirtilmektedir (22). Bu çalışmanın örneklemi göz önüne alındığında, katılımcıların %60'ının bileşik DEHB görünümüne ve %12'sinin hiperaktivite baskın görünüme sahip olduğu görülmektedir. Çoğunluğu dürtüsel davranışlar sergileyen çocukların deneyimledikleri yoğun ve olumsuz duyguların ifadesinin anneler tarafından teşvik edilmesi, DEHB tanılı çocukların tepkiselliğini arttırıyor ve işlevsel duygu düzenleme stratejilerinin gelişimine olumsuz etki ediyor olabilir (291). Ayrıca, literatürde çocukların yaşı arttıkça kimi durumlarda destekleyici yaklaşımların çocuklar için faydalı olmayabileceğini gösteren çalışmalar bulunmaktadır (279,293). Bu çalışmanın bulguları da, literatürdeki bu bulgular ile örtüşmektedir.

5.2.5. Annelerin DEHB Belirti Düzeyleri ile Duygu Sosyalleştirme Yaklaşımları Arasındaki İlişki

Annelerin DEHB belirti düzeyleri ile duygu sosyalleştirme yaklaşımları arasındaki ilişki incelendiğinde, annelerin çocukların olumsuz duygularına yönelik sergiledikleri sıkıntı-endişe içeren tepkileri ve cezalandırıcı tepkileri ile annelerin DEHB belirtilerinin düzeyi arasında pozitif yönlü ilişki olduğu bulunmuştur. Ebeveynlerdeki DEHB belirtilerinin düzeyi arttıkça, çocukların olumsuz duygular deneyimledikleri durumlarda ebeveynlerin daha fazla endişe yaşadığı görülmektedir. Bununla birlikte çocukların olumsuz duygu ifadelerine yönelik cezalandırıcı tepki verme eğilimlerinin de arttığı söylenebilir. Literatür incelendiğinde, annelerin DEHB belirtileri ile duygu sosyalleştirme yaklaşımlarını inceleyen toplum örneklemli bir çalışma, annelerin DEHB belirtilerinin düzeyi ile destekleyici olmayan yaklaşımların pozitif yönde ilişkili olduğunu bildirmiştir (294). Ayrıca, ebeveynlerin DEHB belirtileri ile ebeveynlik tutumları

arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara göre, DEHB belirtileri yüksek olan ebeveynlerin DEHB belirtileri düşük olan ebeveynlere kıyasla çocuklarının aktivitelerine daha az ilgi gösterdikleri, tutarsız ve eleştirel tutumlar dahil olmak üzere daha fazla olumsuz ebeveynlik davranışları sergiledikleri görülmektedir (13,295,296). Bu çalışmanın sonuçları, literatürdeki bu bulguları destekler niteliktedir.

5.2.6. Annelerin BKB Belirti Düzeyleri ile Duygu Sosyalleştirme Yaklaşımları Arasındaki İlişki

Çalışmada, literatürdeki bulgularla uyumlu olarak, annelerin BKB belirti düzeyleri ile annelerin cezalandırıcı, küçümseyici ve sıkıntı-endişe içeren duygu sosyalleştirme tepkileri arasında pozitif ve anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir. BKB belirtileri olan ebeveynlerin çocuklarının duygularını doğru bir biçimde yorumlama ve çocukların duygularına empatik ve uygun yanıt verme becerilerinde güçlükler olduğu bilinmektedir (117,120). Literatürde BKB belirtileri yüksek olan ebeveynlerin bebeklerinin olumsuz duygu ifadelerine yönelik cezalandırıcı ve küçümseyici duygu sosyalleştirme yaklaşımlarını kullandıkları gösterilmiştir (117). BKB belirtileri yüksek olan ebeveynlerin mentalizasyon güçlüğü yaşayarak çocukların duygularını doğru bir biçimde tanıma, onlara empatik bir yanıt verme ve onlarla uyumlanma konusunda güçlükler yaşadığı bilinmektedir (115,117) Duygu sosyalleştirmeyi değerlendiren Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği içinde yer alan olumsuz tepkilerin Linehan'ın (85) modelinde yer alan çocuklukta onaylanmayan çevre kavramını temsil ettiği düşünüldüğünde (297), ebeveynlerdeki BKB belirtileri arttıkça, çocuklar olumsuz duygular deneyimlediklerinde ebeveynlerin bu duygular karşısında sakin ve kapsayıcı bir tutum sergilemek yerine stres deneyimlemeleri ve çocuklara küçümseyici ve cezalandırıcı yanıtlar vermeleri anlaşılır görünmektedir.

5.3. ANNELERİN DEHB VE BKB BELİRTİ DÜZEYLERİNİN ÇOCUKLARIN DEHB BELİRTİ DÜZEYLERİNİ YORDAMASI

Annelerin DEHB ve BKB belirtilerinin çocuklardaki DEHB belirtileri üzerindeki etkilerini değerlendirmek amacıyla gerçekleştirilen regresyon analizine göre, annelerin DEHB belirtilerinin çocukların DEHB belirtilerini anlamlı olarak yordarken, annelerin BKB belirtilerinin çocukların DEHB belirtilerini anlamlı olarak yordamadığı görülmüştür. Bu bulgu, literatürde sıklıkla vurgulanan DEHB'nin yüksek genetik

yatkınlık oranına sahip olduğu bulgusu ile örtüşmektedir (5,6). DEHB belirtilerinin yüksek genetik aktarımının yanı sıra annelerin günlük yaşantılarındaki ebeveynlik tutumları, duygusal rehberlik ve modelleme süreçleri, kendi deneyimledikleri dikkat, planlama, organizasyon ve dürtü kontrolü zorlukları gibi etmenlerin çocuklarda da benzer zorlukların gelişmesine katkıda bulunabileceği düşünülebilir.

Annelerin BKB belirtilerinin çocuklardaki DEHB belirtilerini anlamlı olarak yordamaması ise, bu ilişkide başka bir değişkenin aracı rol oynayabileceğini göstermektedir. Annelerin BKB belirtilerinin çocukların DEHB belirtilerine doğrudan etki etmediği, ancak annelerin ya da çocukların duygu düzenleme becerilerine (298) etki ederek DEHB belirtilerinin düzeyini yordayabileceği düşünülebilir.

5.4. ARACILIK İLİŞKİLERİNİN YORUMLANMASI

5.4.1. Annelerin DEHB ve BKB Belirti Düzeyi ile Çocukların DEHB Belirti Düzeyi Arasındaki İlişkide Annelerin Duygu Sosyalleştirme Yaklaşımlarının Aracı Rolünün Yorumlanması

Ebeveynlerdeki psikopatoloji belirtilerini inceleyen araştırmalar, annelerde görülen psikiyatrik belirtilerin, çocukların içe yönelim ve dışa yönelim belirtileri ile olan ilişkisinde annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının aracı rol oynadığını göstermektedir (237). Bu bulgular doğrultusunda, bu çalışmada annelerin DEHB ve BKB belirti düzeyleri ile çocuklarının DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının aracı rolü araştırılmıştır. Sonuçlar, annelerin DEHB belirtilerinin düzeyi ile çocuklarının DEHB belirtilerinin düzeyi arasındaki ilişkide, annelerin cezalandırıcı tepkilerinin ve sıkıntı-endişe içeren tepkilerinin aracı rol oynadığını göstermektedir. Bu bulgular, ebeveynlerin DEHB belirtilerinin düzeyi ile çocukların DEHB belirtilerinin düzeyi arasındaki ilişkide, annelerin olumsuz ebeveynlik tutumlarının aracı rolünü bildiren çalışmalarla parallelik göstermektedir (241,299). Annelerin dikkat ve dürtüsellik alanlarındaki zorluklarını içeren DEHB semptomları, ebeveynlik rollerinde güçlük yaşamalarına yol açmaktadır. Özellikle olumsuz duyguları düzenleme ve zorlu durumlar karşısında uygun tepkiler ortaya koymakta güçlük yaşayan DEHB tanılı çocuklarla etkileşimlerinde, bu duygular karşısında stres yaşamalarına ve

cezalandırıcı tepkiler vermelerine neden olmaktadır. Bu durumun da çocuklarda DEHB semptomlarının şiddetini artırdığı sonucuna varılabilir.

Ayrıca, annelerin BKB belirtileri ile çocuklarının DEHB belirtileri arasındaki ilişkide annelerin küçümseyici, cezalandırıcı ve sıkıntı-endişe içeren tepkilerinin aracı rolünün anlamlı olduğu saptanmıştır. Annelerin BKB belirtilerinin çocuklar üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar incelendiğinde, bu çalışmanın bulguları ile benzer bir biçimde BKB belirtileri yüksek olan annelerin daha olumsuz duygu sosyalleştirme stratejileri (örneğin, küçümseyici ve cezalandırıcı yaklaşımlar) kullandığı görülmektedir (117). BKB belirtileri yüksek olan ebeveynlerin, başkalarının duygularını tanıma, kendi duygularını düzenleme, duygu ve dürtülerini durumun gerekliliklerine göre yönetme gibi alanlarda güçlük çekebileceği; bu nedenle DEHB tanılı çocukları ile olan etkileşimlerinde uyumlu yanıtlar vermekte zorlanabilecekleri, söz konusu stratejileri daha fazla kullanma eğiliminde olabilecekleri düşünülmektedir. Bu stratejilerin kullanımı ise çocukların olumsuz duygularla başa çıkma becerilerini zayıflatabilir ve davranışsal sorunların artışına neden olabilir (22,196,300).

5.4.2. Annelerin DEHB ve BKB Belirti Düzeyi ile Çocukların DEHB Belirti Düzeyi Arasındaki İlişkide Annelerin Duygu Düzenleme Güçlüğünün Aracı Rolünün Yorumlanması

Literatür, içe yönelim ve dışa yönelim güçlüklerinin büyük oranda genetik temelli olduğunu belirtmekle birlikte, çevresel faktörlerin de bu sorunların gelişiminde kritik rol oynadığını ortaya koymaktadır Dürtüselliğe yatkın bir çocuğun DEHB ya da davranış bozuklukları geliştirmesinde, büyük oranda çevresel etkilerin belirleyici olduğu düşünülmektedir (301). Bunun yanı sıra, çalışmalar, ebeveynler ve çocuklarda görülen psikopatoloji belirtileri arasında rol oynayan mekanizmalardan birinin duygu düzenleme güçlüğünün aktarımı olduğu görüşünü ifade etmektedir (112,193).

Bu çalışmada bu görüşü test etmek amacıyla, annelerin DEHB ve BKB belirti düzeyleri ile çocuklarının DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide, annelerin duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolü araştırılmıştır. Sonuçlara göre, annelerin DEHB belirti düzeyi ile çocukların DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide annelerin duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolünün anlamlı olmadığı bulunurken; annelerin BKB belirti düzeyi ile çocukların DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide annelerin duygu düzenleme güçlüğünün aracılık rolünün anlamlı olduğu tespit edilmiştir.

DEHB belirtilerine sahip ebeveynler, çocuklarını denetlerken dikkatlerini sürdürme ve çocuklarının öfke nöbetleri sırasında sakin kalma gibi alanlarda zorluklar yaşamaktadırlar (15). Bu ebeveynlerin çocuklarıyla yaşadıkları zorlu etkileşimlerde duygularını düzenlemede zorluk yaşayacağı, bunun da çocuklarının DEHB belirtilerinin düzeyini artırabileceği düşünülmüştür. Ancak bu çalışmada, annelerin DEHB belirti düzeyi ile çocukların DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide annelerin duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolünün anlamlı olmaması, genetik aktarımın bu ilişkide baskın olabileceğini düşündürmektedir. Bunun yanı sıra, bu ilişkiyi açıklayan başka bir değişkenin mevcut olabileceği de değerlendirilmelidir. Buna karşılık, annelerin BKB belirtilerinin artmasıyla birlikte duygu düzenleme güçlüklerinin de arttığı ve bu durumun çocuklardaki DEHB belirti düzeyini yordadığı bulunmuştur. Bu bulgu, BKB belirtileri olan annelerin, DEHB belirtileri olan annelere kıyasla duygu düzenleme becerilerinde daha fazla zorluk yaşadığını ve bu zorlukların çocukların DEHB belirti düzeyinde de artışa yol açması yönünde yorumlanabilir.

BKB belirtileri olan bireylerin duygu düzenleme güçlüklerinin yanı sıra, kendi duygularının yanı sıra başkalarının deneyimledikleri duyguları tanımada da zorluk yaşadıkları bildirilmektedir (302). Yapılan çalışmalar, BKB belirtileri yüksek olan bireylerin yüz ifadelerinde aktarılan duyguları doğru bir biçimde yorumlamakta zorlandıkları, nötr duygu ifadelerini olumsuz yönde değerlendirme eğiliminde olduklarını (114,303,304) ve olumsuz duyguları olduğundan daha yoğun bir şekilde yorumladıklarını ve deneyimlediklerini bildirmektedir (302). BKB belirtilerine sahip anneler, çocuklarının nötr ya da hafif olumsuz duygusal tepkilerini bile aşırı derecede olumsuz algılayarak stresli, sıkıntılı ya da cezalandırıcı tepkiler verebilirler. Bu tür tepkiler, çocukların olumsuz duygularını yönetme ve davranışlarını kontrol etme becerilerini zayıflatabilir, dolayısıyla DEHB belirtilerinin şiddetlenmesine katkıda bulunabilir. Annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin bu sürecin temel bir mekanizması olabileceği, çocukların duygusal ve davranışsal sorunlarını dolaylı olarak arttırabileceği söylenebilir.

5.4.3. Annelerin Duygu Sosyalleştirme Yaklaşımları ile Çocuklardaki DEHB Belirti Düzeyi Arasındaki İlişkide Çocukların Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejilerinin Aracı Rolünün Yorumlanması

Ebeveynlerin çocuklarının olumsuz duygularına verdikleri tepkiler, çocukların işlevselliğini doğrudan etkileyebilir. Ancak ebeveyn duygu sosyalleştirmesine ilişkin

teorik modeller, ebeveynlerin çocukların deneyimledikleri duygulara verdikleri tepkilerin, çocukların duygu düzenleme becerilerini şekillendirerek çocukların işlevselliğini etkilediğini öne sürmektedir (22,196). Teorik modelle paralel olarak yapılan çalışmalar, ebeveynlik tutumları veya annelerin duygulara yönelik verdikleri tepkiler ile çocukların sorun davranışları arasındaki ilişkide çocukların duygu düzenleme becerilerinin rol oynadığını göstermektedir (284,285,305). Bu çalışmalar temel alınarak, bu çalışmada, annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımları ile çocukların DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracılık rolü test edilmiştir. Aracılık modelinin ön koşullarını karşılayan değişkenler arası korelasyonlar doğrultusunda iki model oluşturulmuştur. İlk olarak, annelerin cezalandırıcı tepkileri ile çocukların DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide, çocukların başkalarını suçlama duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü incelenmiş; ancak başkalarını suçlama stratejisinin aracılık rolünün anlamlı olmadığı bulunmuştur. Buna karşılık, annelerin küçümseyici tepkileri ile çocukların DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide çocukların başkalarını suçlama stratejisinin aracı rolünün anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, annelerin cezalandırıcı ve küçümseyici tepkilerinin çocukların duygu düzenleme stratejileri ve DEHB belirti düzeyleri üzerindeki etkilerinin farklı bir mekanizmaya sahip olabileceğini gösteriyor olabilir.

Cezalandırıcı duygu sosyalleştirme yaklaşımları, çocukların olumsuz duygular yaşadıkları durumlarda, ebeveynlerin kızma, azarlama veya onları ödüllerden ve ayrıcalıklardan mahrum bırakma (örneğin, dışarı çıkma ya da televizyon izleme yasağı) gibi tepkilerini içermektedir. Bu yaklaşım, Baumrind'in (306) otoriter ebeveynlik stilinde olduğu gibi, ebeveynlerin cezalandırıcı tepkilerle çocukların itaatini sağlamaya çalıştığı bir davranış biçimini yansıtır. Bu tür tepkiler, çocukların belirli duygu ve davranışları bastırmasına yol açabilir. Eisenberg ve ark. (22) çalışmalarına göre, cezalandırıcı ebeveyn tepkileri çocuklarda korkuya neden olarak, duyguların sağlıklı bir şekilde işlenmesi yerine bastırılmasına yol açmaktadır. Bu bağlamda, çocuklar öfke veya üzüntü gibi olumsuz duygular yaşadıklarında annelerin bu duygulara yönelik cezalandırıcı tepkiler vermeleri, çocukların bu duygularla başa çıkma becerilerinin gelişmesini engelleyerek, bu duygulardan kaçınmayı öğrenmelerine neden olabilir. Bu durum, kısa vadede daha kontrollü görünen davranışlara yol açsa da, çocukların duygusal tepkilerini içselleştirerek, uzun vadede olumsuz sonuçlara yol açabilir.

Küçümseyici duygu sosyalleştirme yaklaşımları ise çocukların duygularını küçümseme, hafife alma veya görmezden gelme gibi tepkileri içerir. Örneğin, çocuğun aşırı tepki verdiğini veya "bebek gibi" davrandığını söylemek bu yaklaşımın tipik örneklerindendir. Orta çocukluk dönemindeki çocuklar ve ebeveynleri ile yapılan araştırmalarda, annelerin küçümseyici tepkilerinin çocuklarda kaçıngan baş etme biçimleriyle pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (208). Bu bulguya göre, küçümseyici tutumlar, çocukların olumsuz durumlarla başa çıkmada sorumluluklarını üstlenmek yerine, sorunun başkalarından kaynaklandığını düşünerek, dışsallaştırma eğilimi geliştirmelerine neden olabilir. Sürekli küçümsenen duygusal deneyimler, çocukların kendilerini koruma amacıyla başkalarını suçlama alışkanlığı kazanmalarına yol açabilir. Bu durum, DEHB belirtilerinin şiddetini artırarak çocukların işlevselliğini daha da olumsuz etkileyebilir.

Bu bulgu doğrultusunda, bu tür tutumların çocukların olumsuz durumlarda kendilerine dair sorumluluklarını içselleştirerek sahiplenmeleri yerine dışsallaştırmalarına, sorunun başkalarından kaynaklı olduğunu düşünmelerine yol açabileceği düşünülebilir. Sürekli olarak duygusal deneyimi küçümsenen çocuklar, kendilerini korumak amacıyla başkalarını suçlama eğilimi geliştirebilir. Bu da halihazırda var olan DEHB belirtilerinin şiddetinin artışı ile sonuçlanabilir.

5.5. ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Çalışmanın bulguları yorumlanırken çeşitli kısıtlılıkların göz önünde bulundurulması gerekmektedir. İlk olarak, çalışma kesitsel bir tasarıma sahip olması, bulguların neden-sonuç ilişkisi kurma konusunda sınırlı olmasına neden olmaktadır. Araştırmalar, çocukların dışa yönelim sorunları ile ebeveynlik tutumları arasında karşılıklı bir ilişki olduğunu göstermekte; çocuğun dışa yönelim güçlüklerinin olumsuz ebeveynlik davranışlarını arttırdığını, olumsuz ebeveynlik davranışlarının da çocuğun dışa yönelim güçlüklerinde artışa yol açtığını göstermektedir (307-309). Bu doğrultuda, DEHB tanılı çocukların dürtüsel mizaca sahip olduğu, olumsuz duyguları deneyimleme sıklık ve yoğunluklarının yüksek olduğu ve duygu regülasyonunda güçlükler yaşadıkları göz önünde bulundurulduğunda, DEHB tanılı çocukların mizacı, annelerinin ebeveynlik stresinde artışa yol açabilir. Bu da annelerin duygularını düzenlemede güçlük yaşamalarına ve destekleyici olmayan duygu sosyalleştirme tepkileri vermelerine yol açıyor olabilir (310). İkinci olarak, çalışmada yalnızca öz bildirim ölçekleri kullanılmış

olup, gözlemsel araçlara yer verilmemiştir. Bu da soruların objektif bir biçimde yanıtlanmamış olmasına yol açabilir. İleriki çalışmalar, duygu sosyalleştirme ve duygu düzenleme gibi değişkenleri değerlendirmek amacıyla gözlemsel araçları dahil edebilir. Üçüncü olarak, çocukların DEHB belirtileri ve diğer değişkenler değerlendirilirken, çocukların duygusal ve davranışsal güçlüklerinde annelerin daha etkin rol oynadığı düşünülerek yalnızca annelerden bilgi alınmıştır. İleriki çalışmalarda annelerin yanı sıra babaların psikiyatrik belirtileri ve duygu sosyalleştirme yaklaşımları da incelenebilir, çocukların DEHB belirtilerini değerlendirirken ek olarak öğretmenlerden veri elde edilebilir. Dördüncü olarak, çalışmada annelerin çocukların olumsuz duygularına yönelik verdikleri tepkiler değerlendirilirken, olumsuz duygular genel bir çatı altında incelenmiş; ebeveynlerin öfke, üzüntü, korku, hayal kırıklığı, utanç gibi duygulara yönelik tepkilerinin farklılık gösterip göstermediği araştırılmamıştır. Çalışmalar, ebeveynlerin çocukların deneyimledikleri öfke ve üzüntü gibi duygulara yönelik tepkilerinin de farklılık gösterdiğini bildirmektedir. (311,312). Örneğin, ebeveynler çocukları üzgün olduklarında onlara destekleyici bir tutum ile yaklaşma eğilimindeyken, çocukların öfke gibi daha yıkıcı etkileri olabilecek duyguları karşısında daha az destekleyici bir tutuma sahip olma eğilimindedir (311,312). İleriki çalışmalar, DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin duygu sosyalleştirme tepkilerini değerlendirirken öfke, üzüntü, korku, hayal kırıklığı, utanç gibi olumsuz duygulara verilen tepkileri ayrı ayrı ele alarak inceleyebilir.

6. SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Bu tez çalışmasında, DEHB tanısı almış 8-12 yaş aralığındaki çocukların annelerinin DEHB ve BKB belirti düzeyleri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide, annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin ve duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının aracı rolü incelenmiştir. Bunun yanı sıra, çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejileri de değerlendirilmiş; annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının çocukların DEHB belirti düzeyleri üzerindeki etkisinde çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracı rolü araştırılmıştır.

İlk olarak, annelerin DEHB ve BKB belirti düzeyleri ile çocuklarının DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımlarının aracı rolü test edilmiştir. Sonuçlara göre, annelerin DEHB belirti düzeyleri ile çocuklarının DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide, annelerin cezalandırıcı ve sıkıntı-endişe içeren tepkilerinin aracı rol oynadığı görülmüştür. Ayrıca, annelerin BKB belirti düzeyleri ile çocuklarının DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide annelerin küçümseyici, cezalandırıcı ve sıkıntı-endişe içeren tepkilerinin aracı rolünün anlamlı olduğu bulunmuştur. Bu bulgular, annelerin dürtüsellik ve duygu regülasyonu sorunlarının, çocuklarıyla etkileşimlerinde sergiledikleri olumsuz ebeveynlik davranışları yoluyla çocukların DEHB belirtilerinin şiddetini arttırabileceğini ortaya koymaktadır. Bu ilişkideki aracılık rollerini anlamak, DEHB gibi yüksek genetik aktarım oranına sahip nörogelişimsel bir bozuklukta, tedavi sürecinde müdahale edilebilecek çevresel etmenlere yönelik bilgi sağlaması açısından kritik bir önem taşımaktadır. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerine yönelik eğitim programlarında, ebeveynlerin küçümseyici ve cezalandırıcı tepkilerin kullanımının önlenmesine yönelik çalışmalar gerçekleştirilebilir, çocuklarının olumsuz duyguları karşısında kendi sıkıntı ve endişeleri ile başa çıkma becerilerini geliştirmeleri teşvik edilebilir.

İkinci olarak, annelerin DEHB ve BKB belirti düzeyleri ile çocuklarının DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide, annelerin duygu düzenleme güçlüğünün aracı rol oynadığı hipotezi test edilmiştir. Sonuçlara göre, annelerin DEHB belirti düzeyi ile çocukların DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide annelerin duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolünün anlamlı olmadığı, buna karşılık, annelerin BKB belirti düzeyi ile çocukların DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide annelerin duygu düzenleme güçlüğünün aracı rolünün anlamlı olduğu gösterilmiştir. Bu bulgular yorumlanırken,

BKB belirtileri olan annelerin DEHB belirtileri olan annelere kıyasla duygu farkındalığı, duyguları tanıma ve değerlendirme gibi süreçlerden başlayarak daha fazla duygu düzenleme güçlüğü yaşayabileceği, bunun da dolaylı olarak çocukların DEHB belirtilerinin düzeyinde artışında rol oynayabileceği belirtilmiştir. Bu bulgu, tedavi sürecinde annelerin olası ruh sağlığı belirtilerinin de değerlendirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Annelerin duygu düzenleme becerilerini desteklemek, sadece bireysel olarak ebeveynleri değil, aynı zamanda çocuklarına rol model olmaları ile birlikte çocuklarının duygusal gelişimlerini de olumlu yönde etkileyebilir. Ayrıca, DEHB tanısı alan çocukların tedavi sürecinde, annelerin olası DEHB belirtilerinin de sistematik olarak değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu değerlendirme sonrasında, annelere DEHB belirtilerinin hem kendi ebeveynlik pratikleri hem de çocuklarının semptomları üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmak için planlama, organizasyon, dikkat çeldiricileri yönetme ve zaman yönetimi gibi beceriler kazandırılabilir. Böylelikle, tedavi süreçlerinde annelere sunulacak bu tür desteklerin, çocukların semptom şiddetini hafifletmeye yardımcı olabileceği düşünülmektedir.

Üçüncü olarak, annelerin duygu sosyalleştirme yaklaşımları ile çocukların DEHB belirti düzeyi arasındaki ilişkide çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejilerinin aracılık rolü araştırılmıştır. Annelerin cezalandırıcı tepkileri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide çocukların başkalarını suçlama stratejilerinin aracılık rolünün anlamlı olmadığı, diğer yandan annelerin küçümseyici tepkileri ile çocukların DEHB belirti düzeyleri arasındaki ilişkide çocukların başkalarını suçlama stratejilerinin aracılık rolünün anlamlı olduğu bulunmuştur. Annelerin cezalandırıcı tepkilerinin çocuklarda duygu ve davranışların bastırılmasına yol açarken, annelerin küçümseyici tepkilerinin çocukların olumsuz durumlardaki kendi sorumluluklarını değerlendirmek yerine başkalarını suçlamalarına, bunun da DEHB belirti düzeylerindeki artışa yol açabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, ileriki çalışmalarda, bilişsel duygu düzenleme stratejileri yerine, genel duygu düzenleme becerilerinin bu ilişkideki rolünün değerlendirilmesi önerilmektedir. Buna ek olarak, ileriki çalışmalar, DEHB tanısı almış ergenlik dönemindeki çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejilerini değerlendirebilir.

Test edilen hipotezlere ek olarak bu çalışma, farklı DEHB görünümlerine sahip çocukların bilişsel duygu düzenleme stratejileri kullanımına ilişkin önemli bilgiler

sunmaktadır. Özellikle, dikkat eksikliği baskın ve bileşik DEHB görünümüne sahip çocukların kendini suçlama stratejisini daha fazla kullanmaları, bu çocukların depresyon ve anksiyete gibi içe yönelim sorunlarına yatkın olmaları ile birlikte eş tanı açısından risk altında olduklarını göstermektedir. Klinik müdahalelerde bu eğilimlerin dikkate alınması ve daha işlevsel baş etme stratejileri geliştirmelerine yönelik müdahaleler tasarlanması gerekmektedir. Benzer şekilde, dikkat eksikliği baskın görünüme sahip olan çocukların kabul etme stratejisini pasif bir baş etme yöntemi olarak kullanma riskine de dikkat edilmelidir. DEHB tanılı çocuklar için gerçekleştirilen klinik müdahalelerde, kabul etme stratejilerinin işlevselliğini arttırmak amacıyla, çocuklara aktif problem çözme becerileri kazandıran terapötik müdahaleler eklenmelidir. Uzmanların çocukların yaşadıkları olumsuz durumlara yönelik gerçekleştirdikleri bilişsel değerlendirme süreçlerini ele almaları önem taşımaktadır. Böylelikle, çocukların hem sosyal hem de akademik alanlarda daha işlevsel ve sağlıklı baş etme stratejileri geliştirmeleri sağlanabilir.

Destekleyici olarak değerlendirilen, ebeveynlerin çocukların duygularını teşvik eden veya problem odaklı yaklaşımlarının, bu çalışmada çocuklarda ruminasyon stratejisinin kullanımı ile pozitif yönde bir ilişki içinde olduğunun bulunması, ebeveynlik uygulamalarının karmaşıklığını ortaya koymaktadır. Ebeveynlerin yalnızca belirli destekleyici yaklaşımları kullanmaları yerine, çocuğun gelişimsel olarak içinde bulunduğu evre ve durumun gerektirdiği ihtiyaca göre farklı yaklaşımları entegre etmelerinin önem taşıdığı görülmektedir (313). Özellikle, olumsuz duyguları oldukça yoğun bir biçimde deneyimlemeye yatkınlığı olan, dürtülerini kontrol etmekte zorlanan DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinin, çocuklarının duygularını ifade etmelerini teşvik ederken daha dikkatli olmaları önemlidir. DEHB tanılı çocukların ebeveynlerine yönelik tasarlanan eğitim programlarında destekleyici tepkilerin hangi bağlamlarda işlevsel olabileceği, hangi durumlarda olumsuz sonuçlarla ilişkili olabileceği ele alınmalıdır. Böylece, ebeveynler, çocuklarının ruh sağlığını ve davranışlarını olumsuz etkileyebilecek tepkiselliklerini azaltarak, daha sağlıklı duygu düzenleme becerileri kazanmalarına destek olabilir.

Bu çalışma ülkemizde DEHB tanısı almış okul çağındaki çocukların annelerinin duygu sosyalleştirme yaklaşımlarını inceleyen ilk, uluslararası literatürdeki az sayıda çalışmadan biri olması açısından önem taşımaktadır. Ayrıca, annelerin duygu düzenleme ve dürtüsellik ile karakterize olan DEHB ve BKB belirtilerinin, çocuklarının DEHB

belirtileri ile olan ilişkisinde oynadığı rolü de ortaya koymuştur. Özellikle annelerin duygu düzenleme güçlüklerinin ve olumsuz duygu sosyalleştirme tutumlarının bu ilişkideki etkisi incelenmiştir. Çalışmanın bulguları, annelerin ruh sağlığına ilişkin faktörlerin DEHB tanılı çocukların iyilik hali üzerindeki önemli etkilerini vurgulamakta ve bu sonuçlar, ruh sağlığı profesyonellerinin uyguladığı tedavi süreçlerine ve ebeveynlere yönelik planlanan eğitim programlarına değerli katkılar sunmaktadır. Böylelikle, ebeveynlere yönelik gerçekleştirilecek müdahalelerin çocukların DEHB belirtilerinin şiddetinin azaltılmasına ve genel psikolojik iyilik hallerinin artırılmasına katkıda bulunabileceğini önermektedir.

KAYNAKLAR

1. Coskun, M., & Kaya, İ. (2016). Prevalence and patterns of psychiatric disorders in preschool children referred to an outpatient psychiatry clinic. *Anatolian Clinic the Journal of Medical Sciences*, 21(1), 42-47.
2. Elberling, H., Linneberg, A., Rask, C. U., Houman, T., Goodman, R., & Mette Skovgaard, A. (2016). Psychiatric disorders in Danish children aged 5-7 years: A general population study of prevalence and risk factors from the Copenhagen Child Cohort (CCC 2000). *Nordic journal of psychiatry*, 70(2), 146–155. https://doi.org/10.3109/08039488.2015.1070199
3. Flory, K., Molina, B. S., Pelham, W. E., Jr, Gnagy, E., & Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of clinical child and adolescent psychology: the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 35(4), 571–577. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3504_8
4. 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(1), 302. https://doi.org/10.1186/s12888-017-1463-3
5. Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313–1323. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024
6. Faraone, S. V., & Larsson, H. (2019). Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Molecular psychiatry*, 24(4), 562–575. https://doi.org/10.1038/s41380-018-0070-0
7. Beauchaine, T. P., Hinshaw, S. P., & Pang, K. L. (2010). Comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder and early-onset conduct disorder: Biological, environmental, and developmental mechanisms. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 17(4), 327.
8. Kim, D. H., & Yoo, I. Y. (2013). Relationship between attention deficit hyperactive disorder symptoms and perceived parenting practices of school-age children. *Journal of clinical nursing*, 22(7-8), 1133–1139. https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2012.04343.x
9. Margari, F., Craig, F., Petruzzelli, M. G., Lamanna, A., Matera, E., & Margari, L. (2013). Parents psychopathology of children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *Research in developmental disabilities*, 34(3), 1036–1043. https://doi.org/10.1016/j.ridd.2012.12.001
10. Weiner, L., Perroud, N., & Weibel, S. (2019). Attention Deficit Hyperactivity Disorder And Borderline Personality Disorder In Adults: A Review Of Their Links And Risks. *Neuropsychiatric disease and treatment*, 15, 3115–3129. https://doi.org/10.2147/NDT.S192871
11. Bunford, N., Evans, S. W., & Wymbs, F. (2015). ADHD and Emotion Dysregulation Among Children and Adolescents. *Clinical child and family psychology review*, 18(3), 185–217. https://doi.org/10.1007/s10567-015-0187-5
12. Chapman A. L. (2019). Borderline personality disorder and emotion dysregulation. *Development and psychopathology*, 31(3), 1143–1156. https://doi.org/10.1017/S0954579419000658
13. Johnston, C., Mash, E. J., Miller, N., & Ninowski, J. E. (2012). Parenting in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Clinical psychology review*, 32(4), 215–228. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.01.007
14. Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. (2015). The impact of parental diagnosis of borderline personality disorder on offspring: learning from clinical practice. *Personality and mental health*, 9(1), 33–43. https://doi.org/10.1002/pmh.1274
15. Weiss, M., Hechtman, L., & Weiss, G. (2000). ADHD in parents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39(8), 1059–1061. https://doi.org/10.1097/00004583-200008000-00023
16. Barnow, S., Spitzer, C., Grabe, H. J., Kessler, C., & Freyberger, H. J. (2006). Individual characteristics, familial experience, and psychopathology in children of mothers with borderline personality disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45(8), 965–972. https://doi.org/10.1097/01.chi.0000222790.41853.b9
17. Feldman, R. B., Zelkowitz, P., Weiss, M., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1995). A comparison of the families of mothers with borderline and nonborderline personality disorders. *Comprehensive psychiatry*, 36(2), 157–163. https://doi.org/10.1016/s0010-440x(95)90110-8
18. Küng, A. L., Pham, E., Cordera, P., Hasler, R., Aubry, J. M., Dayer, A., Perroud, N., & Piguet, C. (2019). Psychiatric disorders among offspring of patients with Bipolar and Borderline Personality Disorder. *Journal of clinical psychology*, 75(10), 1810–1819. https://doi.org/10.1002/jclp.22817

19. Weiss, M., Zelkowitz, P., Feldman, R. B., Vogel, J., Heyman, M., & Paris, J. (1996). Psychopathology in offspring of mothers with borderline personality disorder: a pilot study. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 41(5), 285–290. https://doi.org/10.1177/070674379604100505
20. Faraone, S. V., & Doyle, A. E. (2000). Genetic influences on attention deficit hyperactivity disorder. *Current psychiatry reports*, 2(2), 143–146. https://doi.org/10.1007/s11920-000-0059-6
21. Armstrong, M. I., Birnie-Lefcovitch, S., & Ungar, M. T. (2005). Pathways between social support, family well being, quality of parenting, and child resilience: What we know. *Journal of child and family studies*, 14(2), 269-281. https://doi.org/10.1007/s10826-005-5054-4
22. Eisenberg, N., Cumberland, A., & Spinrad, T. L. (1998). Parental Socialization of Emotion. *Psychological inquiry*, 9(4), 241–273. https://doi.org/10.1207/s15327965pli0904_1
23. Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion dysregulation in attention deficit hyperactivity disorder. *The American journal of psychiatry*, 171(3), 276–293. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966
24. Havighurst, S., Wilson, K. R., Harley, A. E., Prior, M., & Kehoe, C. (2010). Tuning into kids: Improving emotion socialization practices in parents of preschool children- findings from a community trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 51, 1342–1350. doi:10.1111/j.1469-7610.2010.02303.x.
25. Climie, E. A., & Mastoras, S. M. (2015). ADHD in schools: Adopting a strengths-based perspective. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne*, 56(3), 295–300. https://doi.org/10.1037/cap0000030
26. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
27. Biederman, J., Monuteaux, M. C., Mick, E., Spencer, T., Wilens, T. E., Silva, J. M., Snyder, L. E., & Faraone, S. V. (2006). Young adult outcome of attention deficit hyperactivity disorder: a controlled 10-year follow-up study. *Psychological medicine*, 36(2), 167–179. https://doi.org/10.1017/S0033291705006410
28. Spetie, L., & Arnold, E. L. (2018). *Attention-deficit hyperactivity disorder*. A Martin, MH Bloch, FR Volkmar (Eds.), Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook.
29. Polanczyk, G., de Lima, M. S., Horta, B. L., Biederman, J., & Rohde, L. A. (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *The American journal of psychiatry*, 164(6), 942–948. https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.942
30. Willcutt E. G. (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics: the journal of the American Society for Experimental NeuroTherapeutics*, 9(3), 490–499. https://doi.org/10.1007/s13311-012-0135-8
31. Rowland, A. S., Skipper, B. J., Umbach, D. M., Rabiner, D. L., Campbell, R. A., Naftel, A. J., & Sandler, D. P. (2015). The Prevalence of ADHD in a Population-Based Sample. *Journal of attention disorders*, 19(9), 741–754. https://doi.org/10.1177/1087054713513799
32. Ercan, E. S., Kandulu, R., Uslu, E., Ardic, U. A., Yazici, K. U., Basay, B. K., Aydın, C., & Rohde, L. A. (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(1), 30. https://doi.org/10.1186/1753-2000-7-30
33. 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., Ustun, 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(4), 716–723. https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.4.716
34. Barkley, R. A., Murphy, K. R., & Fischer, M. (2010). *ADHD in adults: What the science says*. Guilford press.
35. Davids, E., & Gastpar, M. (2005). Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry*, 29(6), 865–877. https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.04.033
36. Tarver, J., Daley, D., & Sayal, K. (2014). Attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD): an updated review of the essential facts. *Child: care, health and development*, 40(6), 762–774. https://doi.org/10.1111/cch.12139
37. Biederman, J., & Faraone, S. (2005). Attention-deficit hyperactivity disorder. *The Lancet*, 366(9481), 237–248. http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)66915-2.
38. Milberger, S., Biederman, J., Faraone, S. V., Guite, J., & Tsuang, M. T. (1997a). Pregnancy, delivery and infancy complications and attention deficit hyperactivity disorder: issues of gene-environment interaction. *Biological psychiatry*, 41(1), 65–75. https://doi.org/10.1016/0006-3223(95)00653-2

39. Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., Smoller, J. W., Goralnick, J. J., Holmgren, M. A., & Sklar, P. (2005). Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biological psychiatry*, 57(11), 1313–1323. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.11.024
40. Swanson, J. M., Sunohara, G. A., Kennedy, J. L., Regino, R., Fineberg, E., Wigal, T., Lerner, M., Williams, L., LaHoste, G. J., & Wigal, S. (1998). Association of the dopamine receptor D4 (DRD4) gene with a refined phenotype of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): a family-based approach. *Molecular psychiatry*, 3(1), 38–41. https://doi.org/10.1038/sj.mp.4000354
41. Johnston, C., & Mash, E. J. (2001). Families of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clinical child and family psychology review*, 4(3), 183–207. https://doi.org/10.1023/a:1017592030434
42. Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., Jeffries, N. O., Greenstein, D. K., Clasen, L. S., Blumenthal, J. D., James, R. S., Ebens, C. L., Walter, J. M., Zijdenbos, A., Evans, A. C., Giedd, J. N., & Rapoport, J. L. (2002). Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*, 288(14), 1740–1748. https://doi.org/10.1001/jama.288.14.1740
43. Sowell, E. R., Thompson, P. M., Welcome, S. E., Henkenius, A. L., Toga, A. W., & Peterson, B. S. (2003). Cortical abnormalities in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet (London, England)*, 362(9397), 1699–1707. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14842-8
44. 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. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm005
45. Tajik-Parvinchi, D., Farmus, L., Tablon Modica, P., Cribbie, R. A., & Weiss, J. A. (2021). The role of cognitive control and emotion regulation in predicting mental health problems in children with neurodevelopmental disorders. *Child: care, health and development*, 47(5), 608–617. https://doi.org/10.1111/cch.12868
46. Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological psychiatry*, 57(11), 1336–1346. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006
47. Talge, N. M., Neal, C., Glover, V., & Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why?. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 48(3-4), 245–261. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01714.x
48. Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J., & Kleinman, S. (2002a). Case-control study of attention-deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(4), 378–385. https://doi.org/10.1097/00004583-200204000-00009
49. Mick, E., Biederman, J., Prince, J., Fischer, M. J., & Faraone, S. V. (2002). Impact of low birth weight on attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 23(1), 16–22. https://doi.org/10.1097/00004703-200202000-00004
50. Gu, Q., Liu, J., Zhang, X., Huang, A., Yu, X., Wu, K., & Huang, Y. (2024). Association between heavy metals exposure and risk of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in children: a systematic review and meta-analysis. *European child & adolescent psychiatry*, 10.1007/s00787-024-02546-z. Advance online publication. https://doi.org/10.1007/s00787-024-02546-z
51. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A., & Rohde, L. A. (2015). Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 56(3), 345–365. https://doi.org/10.1111/jcpp.12381
52. Harold, G. T., Leve, L. D., Barrett, D., Elam, K., Neiderhiser, J. M., Natsuaki, M. N., Shaw, D. S., Reiss, D., & Thapar, A. (2013). Biological and rearing mother influences on child ADHD symptoms: revisiting the developmental interface between nature and nurture. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 54(10), 1038–1046. https://doi.org/10.1111/jcpp.12100
53. Sonuga-Barke E. J. (2005). Causal models of attention-deficit/hyperactivity disorder: from common simple deficits to multiple developmental pathways. *Biological psychiatry*, 57(11), 1231–1238. https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2004.09.008
54. Pliszka, S. R., Carlson, C. L., & Swanson, J. M. (1999). *ADHD with comorbid disorders: Clinical assessment and management* (Vol. 72). New York: Guilford press.

55. Jensen, C. M., & Steinhausen, H. C. (2015). Comorbid mental disorders in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder in a large nationwide study. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 7(1), 27–38. https://doi.org/10.1007/s12402-014-0142-1
56. Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 45(3), 609–621. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00250.x
57. Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rasmussen, P., Kadesjö, B., Söderström, H., Råstam, M., Johnson, M., Rothenberger, A., & Niklasson, L. (2004). Co-existing disorders in ADHD -- implications for diagnosis and intervention. *European child & adolescent psychiatry*, 13 Suppl 1, I80–I92. https://doi.org/10.1007/s00787-004-1008-4
58. Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T. E., Frazier, E., & Johnson, M. A. (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *The American journal of psychiatry*, 159(1), 36–42. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.1.36
59. DuPaul, G. J., Gormley, M. J., & Laracy, S. D. (2013). Comorbidity of LD and ADHD: implications of DSM-5 for assessment and treatment. *Journal of learning disabilities*, 46(1), 43–51. https://doi.org/10.1177/0022219412464351
60. Biederman, J., Petty, C. R., Dolan, C., Hughes, S., Mick, E., Monuteaux, M. C., & Faraone, S. V. (2008). The long-term longitudinal course of oppositional defiant disorder and conduct disorder in ADHD boys: findings from a controlled 10-year prospective longitudinal follow-up study. *Psychological medicine*, 38(7), 1027–1036. https://doi.org/10.1017/S0033291707002668
61. LeFever, G. B., Villers, M. S., Morrow, A. L., & Vaughn III, E. S. (2002). Parental perceptions of adverse educational outcomes among children diagnosed and treated for ADHD: A call for improved school/provider collaboration. *Psychology in the Schools*, 39(1), 63-71. https://doi.org/10.1002/pits.10000
62. Loe, I. M., & Feldman, H. M. (2007). Academic and educational outcomes of children with ADHD. *Journal of pediatric psychology*, 32(6), 643–654. https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsl054
63. Barbaresi, W. J., Katusic, S. K., Colligan, R. C., Weaver, A. L., & Jacobsen, S. J. (2007). Long-term school outcomes for children with attention-deficit/hyperactivity disorder: a population-based perspective. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 28(4), 265–273. https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31811ff87d
64. Biederman, J., Wilens, T., Mick, E., Faraone, S. V., Weber, W., Curtis, S., Thornell, A., Pfister, K., Jetton, J. G., & Soriano, J. (1997). Is ADHD a risk factor for psychoactive substance use disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(1), 21–29. https://doi.org/10.1097/00004583-199701000-00013
65. Herpertz, S. C., Wenning, B., Mueller, B., Qunaibi, M., Sass, H., & Herpertz-Dahlmann, B. (2001). Psychophysiological responses in ADHD boys with and without conduct disorder: implications for adult antisocial behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(10), 1222–1230. https://doi.org/10.1097/00004583-200110000-00017
66. Chen, Q., Hartman, C. A., Haavik, J., Harro, J., Klungsøyr, K., Hegvik, T. A., Wanders, R., Ottosen, C., Dalsgaard, S., Faraone, S. V., & Larsson, H. (2018). Common psychiatric and metabolic comorbidity of adult attention-deficit/hyperactivity disorder: A population-based cross-sectional study. *PloS one*, 13(9), e0204516. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204516
67. Solberg, B. S., Halmøy, A., Engeland, A., Igland, J., Haavik, J., & Klungsøyr, K. (2018). Gender differences in psychiatric comorbidity: a population-based study of 40 000 adults with attention deficit hyperactivity disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 137(3), 176–186. https://doi.org/10.1111/acps.12845
68. Miesch, M., & Deister, A. (2018). Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) in adult psychiatry: data on 12-month prevalence, risk factors and comorbidity. *Fortschritte der Neurologie-psychiatrie*, 87(1), 32-38.
69. Wilens, T. E., Biederman, J., Faraone, S. V., Martelon, M., Westerberg, D., & Spencer, T. J. (2009). Presenting ADHD symptoms, subtypes, and comorbid disorders in clinically referred adults with ADHD. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(11), 1557–1562. https://doi.org/10.4088/JCP.08m04785pur
70. Dulcan M. (1997). Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(10 Suppl), 85S–121S. https://doi.org/10.1097/00004583-199710001-00007
71. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and Committee on Quality Improvement. (2001). Clinical practice guideline: treatment of the school-aged child

with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics*, 108(4), 1033–1044. https://doi.org/10.1542/peds.108.4.1033
72. Pliszka, S., & AACAP Work Group on Quality Issues (2007). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46(7), 894–921. https://doi.org/10.1097/chi.0b013e318054e724
73. Swanson, J. M., Kraemer, H. C., Hinshaw, S. P., Arnold, L. E., Conners, C. K., Abikoff, H. B., ... & Wu, M. (2001). Clinical relevance of the primary findings of the MTA: success rates based on severity of ADHD and ODD symptoms at the end of treatment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(2), 168-179. https://doi.org/10.1097/00004583-200102000-00011
74. Spencer, T. J., Abikoff, H. B., Connor, D. F., Biederman, J., Pliszka, S. R., Boellner, S., Read S. C., & Pratt, R. (2006). Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (adderall XR) in the management of oppositional defiant disorder with or without comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children and adolescents: a 4-week, multicenter, randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, forced-dose-escalation study. *Clinical Therapeutics*, 28(3), 402-418. https://doi.org/10.1016/j.clinthera.2006.03.006
75. Wilens, T. E., McBurnett, K., Bukstein, O., McGough, J., Greenhill, L., Lerner, M., Stein, M. A., Conners, C. K., Duby, J., Newcorn, J., Bailey, C. E., Kratochvil, C. J., Coury, D., Casat, C., Denisco, M. J., Halstead, P., Bloom, L., Zimmerman, B. A., Gu, J., Cooper, K. M., … Lynch, J. M. (2006). Multisite controlled study of OROS methylphenidate in the treatment of adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 160(1), 82–90. https://doi.org/10.1001/archpedi.160.1.82
76. Jadad, A. R., Boyle, M., Cunningham, C., Kim, M., & Schachar, R. (1999). Treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Evidence report/technology assessment* (Summary), (11), i–341.
77. Fossati, M., Negri, L., Fianco, A., Cocchi, M. G., Molteni, M., & Delle Fave, A. (2020). Resilience as a moderator between Objective and Subjective Burden among parents of children with ADHD. *Archives of psychiatric nursing*, 34(1), 53–63. https://doi.org/10.1016/j.apnu.2019.11.001
78. Ben-Naim, S., Gill, N., Laslo-Roth, R., & Einav, M. (2019). Parental Stress and Parental Self-Efficacy as Mediators of the Association Between Children's ADHD and Marital Satisfaction. *Journal of attention disorders*, 23(5), 506–516. https://doi.org/10.1177/1087054718784659
79. Darling Rasmussen, P., Bilenberg, N., Kirubakaran, R., & Storebø, O. J. (2020). Mapping factors facilitating resilience in mothers - potential clinical relevance for children with ADHD. *Nordic journal of psychiatry*, 74(7), 541–544. https://doi.org/10.1080/08039488.2020.1748899
80. Takeda, T., Stotesbery, K., Power, T., Ambrosini, P. J., Berrettini, W., Hakonarson, H., & Elia, J. (2010). Parental ADHD status and its association with proband ADHD subtype and severity. *The Journal of pediatrics*, 157(6), 995–1000.e1. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2010.05.053
81. Sonuga-Barke, E. J., Daley, D., & Thompson, M. (2002). Does maternal ADHD reduce the effectiveness of parent training for preschool children's ADHD?. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41(6), 696–702. https://doi.org/10.1097/00004583-200206000-00009
82. Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, 364(9432), 453–461. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(04)16770-6
83. American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
84. Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder--a mentalizing model. *Journal of personality disorders*, 22(1), 4–21. https://doi.org/10.1521/pedi.2008.22.1.4
85. Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford press.
86. Bornovalova, M. A., Gratz, K. L., Daughters, S. B., Nick, B., Delany-Brumsey, A., Lynch, T. R., Kosson, D., & Lejuez, C. W. (2008). A multimodal assessment of the relationship between emotion dysregulation and borderline personality disorder among inner-city substance users in residential treatment. *Journal of psychiatric research*, 42(9), 717–726. https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2007.07.014
87. Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of general psychiatry*, 58(6), 590–596. https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.6.590
88. Widiger, T. A., & Weissman, M. M. (1991). Epidemiology of borderline personality disorder. *Hospital & community psychiatry*, 42(10), 1015–1021. https://doi.org/10.1176/ps.42.10.1015
89. Grant, B. F., Chou, S. P., Goldstein, R. B., Huang, B., Stinson, F. S., Saha, T. D., Smith, S. M., Dawson, D. A., Pulay, A. J., Pickering, R. P., & Ruan, W. J. (2008). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic

Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(4), 533–545. https://doi.org/10.4088/jcp.v69n0404
90. Kaplan M. (1983). A woman's view of DSM-III. *The American psychologist*, 38(7), 786–792.
91. Gunderson J. G. (2009). Borderline personality disorder: ontogeny of a diagnosis. *The American journal of psychiatry*, 166(5), 530–539. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.08121825
92. Skodol, A. E., Siever, L. J., Livesley, W. J., Gunderson, J. G., Pfohl, B., & Widiger, T. A. (2002). The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biological psychiatry*, 51(12), 951–963. https://doi.org/10.1016/s0006-3223(02)01325-2
93. Gunderson, J. G., Fruzzetti, A., Unruh, B., & Choi-Kain, L. (2018). Competing Theories of Borderline Personality Disorder. *Journal of personality disorders*, 32(2), 148–167. https://doi.org/10.1521/pedi.2018.32.2.148
94. Linehan, M. M., Heard, H. L., & Armstrong, H. E. (1993). Naturalistic follow-up of a behavioral treatment for chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of general psychiatry*, 50(12), 971–974. https://doi.org/10.1001/archpsyc.1993.01820240055007
95. Macfie J. (2009). Development in Children and Adolescents Whose Mothers Have Borderline Personality Disorder. *Child development perspectives*, 3(1), 66. https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2008.00079.x
96. Skodol, A. E., Gunderson, J. G., Shea, M. T., McGlashan, T. H., Morey, L. C., Sanislow, C. A., Bender, D. S., Grilo, C. M., Zanarini, M. C., Yen, S., Pagano, M. E., & Stout, R. L. (2005). The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study (CLPS): overview and implications. *Journal of personality disorders*, 19(5), 487–504. https://doi.org/10.1521/pedi.2005.19.5.487
97. Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Stein, D. J., Hollander, E., Gallaher, P. E., & Lopez, A. E. (1995). Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *Journal of psychiatric research*, 29(5), 361–374. https://doi.org/10.1016/0022-3956(95)00015-w
98. Skodol, A. E., Oldham, J. M., Hyler, S. E., Kellman, H. D., Doidge, N., & Davies, M. (1993). Comorbidity of DSM-III-R eating disorders and personality disorders. *The International journal of eating disorders*, 14(4), 403–416. https://doi.org/10.1002/1098-108x(199312)14:4<403::aid-eat2260140403>3.0.co;2-x
99. Fossati, A., Novella, L., Donati, D., Donini, M., & Maffei, C. (2002). History of childhood attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and borderline personality disorder: a controlled study. *Comprehensive psychiatry*, 43(5), 369–377. https://doi.org/10.1053/comp.2002.34634
100. Philipsen A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BPD) in adults. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 256 Suppl 1, i42–i46. https://doi.org/10.1007/s00406-006-1006-2
101. American Psychiatric Association Practice Guidelines (2001). Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. *American Psychiatric Association*. The American journal of psychiatry, 158(10 Suppl), 1–52.
102. Bateman, A., & Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization-based treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American journal of psychiatry*, 166(12), 1355–1364. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09040539
103. Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F., & Kernberg, O. F. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *The American journal of psychiatry*, 164(6), 922–928. https://doi.org/10.1176/ajp.2007.164.6.922
104. Blum, N., St John, D., Pfohl, B., Stuart, S., McCormick, B., Allen, J., Arndt, S., & Black, D. W. (2008). Systems Training for Emotional Predictability and Problem Solving (STEPPS) for outpatients with borderline personality disorder: a randomized controlled trial and 1-year follow-up. *The American journal of psychiatry*, 165(4), 468–478. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2007.07071079
105. Davidson, K., Norrie, J., Tyrer, P., Gumley, A., Tata, P., Murray, H., & Palmer, S. (2006). The effectiveness of cognitive behavior therapy for borderline personality disorder: results from the borderline personality disorder study of cognitive therapy (BOSCOT) trial. *Journal of personality disorders*, 20(5), 450–465. https://doi.org/10.1521/pedi.2006.20.5.450
106. Linehan, M. M., Dimeff, L. A., Reynolds, S. K., Comtois, K. A., Welch, S. S., Heagerty, P., & Kivlahan, D. R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and alcohol dependence*, 67(1), 13–26. https://doi.org/10.1016/s0376-8716(02)00011-x
107. Gregory, R. J., Chlebowski, S., Kang, D., Remen, A. L., Soderberg, M. G., Stepkovitch, J., & Virk, S. (2008). A controlled trial of psychodynamic psychotherapy for co-occurring borderline personality disorder and alcohol use disorder. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 45(1), 28–41. https://doi.org/10.1037/0033-3204.45.1.28

108. Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., New, A. S., & Leweke, F. (2011). Borderline personality disorder. *Lancet (London, England)*, 377(9759), 74–84. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61422-5
109. Zanarini M. C. (2009). Psychotherapy of borderline personality disorder. *Acta psychiatrica Scandinavica*, 120(5), 373–377. https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.2009.01448.x
110. Belsky J. (1984). The determinants of parenting: a process model. *Child development*, 55(1), 83–96. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1984.tb00275.x
111. Renneberg, B., & Rosenbach, C. (2016). "There is not much help for mothers like me": Parenting Skills for Mothers with Borderline Personality Disorder - a newly developed group training program. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 3, 16. https://doi.org/10.1186/s40479-016-0050-4
112. Kaufman, E. A., Puzia, M. E., Mead, H. K., Crowell, S. E., McEachern, A., & Beauchaine, T. P. (2017). Children's Emotion Regulation Difficulties Mediate the Association Between Maternal Borderline and Antisocial Symptoms and Youth Behavior Problems Over 1 Year. *Journal of personality disorders*, 31(2), 170–192. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_244
113. Bartsch, D. R., Roberts, R. M., Davies, M., & Proeve, M. (2015). Borderline personality disorder and parenting: clinician perspectives. *Advances in Mental Health*, 13(2), 113-126. https://doi.org/10.1080/18387357.2015.1065554
114. Elliot, R. L., Campbell, L., Hunter, M., Cooper, G., Melville, J., McCabe, K., Newman, L., & Loughland, C. (2014). When I look into my baby's eyes . . . infant emotion recognition by mothers with borderline personality disorder. *Infant mental health journal*, 35(1), 21–32. https://doi.org/10.1002/imhj.21426
115. Steele, K. R., Townsend, M. L., & Grenyer, B. F. S. (2020). Parenting stress and competence in borderline personality disorder is associated with mental health, trauma history, attachment and reflective capacity. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 7, 8. https://doi.org/10.1186/s40479-020-00124-8
116. Chlebowski S. M. (2013). The borderline mother and her child: a couple at risk. *American journal of psychotherapy*, 67(2), 153–164. https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2013.67.2.153
117. Kiel, E. J., Viana, A. G., Tull, M. T., & Gratz, K. L. (2017). Emotion Socialization Strategies of Mothers With Borderline Personality Disorder Symptoms: The Role of Maternal Emotion Regulation and Interactions With Infant Temperament. *Journal of personality disorders*, 31(3), 399–416. https://doi.org/10.1521/pedi_2016_30_256
118. Petfield, L., Startup, H., Droscher, H., & Cartwright-Hatton, S. (2015). Parenting in mothers with borderline personality disorder and impact on child outcomes. *Evidence-based mental health*, 18(3), 67–75. https://doi.org/10.1136/eb-2015-102163
119. Porr, V. (2010). *Overcoming borderline personality disorder: A family guide for healing and change*. Oxford University Press.
120. Stepp, S. D., Whalen, D. J., Pilkonis, P. A., Hipwell, A. E., & Levine, M. D. (2012). Children of mothers with borderline personality disorder: identifying parenting behaviors as potential targets for intervention. *Personality disorders*, 3(1), 76–91. https://doi.org/10.1037/a0023081
121. Eyden, J., Winsper, C., Wolke, D., Broome, M. R., & MacCallum, F. (2016). A systematic review of the parenting and outcomes experienced by offspring of mothers with borderline personality pathology: Potential mechanisms and clinical implications. *Clinical psychology review*, 47, 85–105. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.04.002
122. Dowson, J. H., McLean, A., Bazanis, E., Toone, B., Young, S., Robbins, T. W., & Sahakian, B. (2004). The specificity of clinical characteristics in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder: a comparison with patients with borderline personality disorder. *European psychiatry: the journal of the Association of European Psychiatrists*, 19(2), 72–78. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2003.07.010
123. Chamberlain, S. R., & Sahakian, B. J. (2007). The neuropsychiatry of impulsivity. *Current opinion in psychiatry*, 20(3), 255–261. https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3280ba4989
124. Matthies, S. D., & Philipsen, A. (2014). Common ground in Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and Borderline Personality Disorder (BPD)-review of recent findings. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 1, 3. https://doi.org/10.1186/2051-6673-1-3
125. O'Malley, G. K., McHugh, L., Mac Giollabhui, N., & Bramham, J. (2016). Characterizing adult attention-deficit/hyperactivity-disorder and comorbid borderline personality disorder: ADHD symptoms, psychopathology, cognitive functioning and psychosocial factors. *European psychiatr : the journal of the Association of European Psychiatrists*, 31, 29–36. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.012
126. Alderson, R. M., Rapport, M. D., & Kofler, M. J. (2007). Attention-deficit/hyperactivity disorder and behavioral inhibition: a meta-analytic review of the stop-signal paradigm. *Journal of abnormal child psychology*, 35(5), 745–758. https://doi.org/10.1007/s10802-007-9131-6

127. Barkley R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological bulletin*, 121(1), 65–94. https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65
128. Nigg, J. T., Silk, K. R., Stavro, G., & Miller, T. (2005). Disinhibition and borderline personality disorder. *Development and psychopathology*, 17(4), 1129–1149. https://doi.org/10.1017/s0954579405050534
129. Sebastian, A., Jacob, G., Lieb, K., & Tüscher, O. (2013). Impulsivity in borderline personality disorder: a matter of disturbed impulse control or a facet of emotional dysregulation?. *Current psychiatry reports*, 15(2), 339. https://doi.org/10.1007/s11920-012-0339-y
130. Rüfenacht, E., Euler, S., Prada, P., Nicastro, R., Dieben, K., Hasler, R., Pham, E., Perroud, N., & 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, 11. https://doi.org/10.1186/s40479-019-0108-1
131. Corbisiero, S., Stieglitz, R. D., Retz, W., & Rösler, M. (2013). Is emotional dysregulation part of the psychopathology of ADHD in adults?. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 5(2), 83–92. https://doi.org/10.1007/s12402-012-0097-z
132. Hirsch, O., Chavanon, M., Riechmann, E., & Christiansen, H. (2018). Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). *Journal of affective disorders*, 232, 41–47. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.02.007
133. Surman, C. B., Biederman, J., Spencer, T., Miller, C. A., McDermott, K. M., & Faraone, S. V. (2013). Understanding deficient emotional self-regulation in adults with attention deficit hyperactivity disorder: a controlled study. *Attention deficit and hyperactivity disorders*, 5(3), 273–281. https://doi.org/10.1007/s12402-012-0100-8
134. Barkley R.A. (2010). Deficient emotional self-regulation: a core component of attention-deficit/ hyperactivity disorder. *Journal of ADHD and Related Disorders*, 1, 5–37.
135. Skirrow, C., & Asherson, P. (2013). Emotional lability, comorbidity and impairment in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. *Journal of affective disorders*, 147(1-3), 80–86. https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.011
136. Skirrow, C., Ebner-Priemer, U., Reinhard, I., Malliaris, Y., Kuntsi, J., & Asherson, P. (2014). Everyday emotional experience of adults with attention deficit hyperactivity disorder: evidence for reactive and endogenous emotional lability. *Psychological medicine*, 44(16), 3571–3583. https://doi.org/10.1017/S0033291714001032
137. Burke, J. D., & Stepp, S. D. (2012). Adolescent disruptive behavior and borderline personality disorder symptoms in young adult men. *Journal of abnormal child psychology*, 40(1), 35–44. https://doi.org/10.1007/s10802-011-9558-7
138. Cole, P. M., Martin, S. E., & Dennis, T. A. (2004). Emotion regulation as a scientific construct: methodological challenges and directions for child development research. *Child development*, 75(2), 317–333. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00673.x
139. Gross, J. J. (1999). Emotion and emotion regulation. *Handbook of personality: Theory and research*, 2, 525-552.
140. Keltner, D., & Gross, J. J. (1999). Functional accounts of emotions. *Cognition & Emotion*, 13(5), 467-480. https://doi.org/10.1080/026999399379140
141. Gross, J. J. ve Thompson, R. A. (2007). *Emotion regulation: Conceptual foundations*. J. James Gross (Ed.), Handbook of Emotion Regulation (s.654). New York: Guilford Press.
142. Gross, J. J. (2014). Emotion regulation: Conceptual and empirical foundations. *Handbook of emotion regulation*, 2, 3-20.
143. Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. New York, NY: International Universities Press.
144. Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York, NY: Basic Books.
145. Lazarus, R. S. (1966). *Psychological stress and the coping process.* New York: McGraw-Hill.
146. Mischel, W., Shoda, Y., & Rodriguez, M. I. (1989). Delay of gratification in children. *Science (New York, N.Y.)*, 244(4907), 933–938. https://doi.org/10.1126/science.2658056
147. 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.
148. Eisenberg, N., Hofer, C., & Vaughan, J. (2007). Effortful control and its socioemotional consequences. *Handbook of emotion regulation*, 2, 287-288.
149. Gross, J. J. (Ed.). (2013). *Handbook of emotion regulation*. Guilford publications.

150. Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and emotion regulation in developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 7(1), 1-10.doi:10.1017/S0954579400006301
151. Kring, A. M. ve Sloan, D. M. (Ed.). (2009). *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
152. Eisenberg, N., & Spinrad, T. L. (2004). Emotion-related regulation: sharpening the definition. *Child development*, 75(2), 334–339. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2004.00674.x
153. Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of general psychology*, 2(3), 271-299.
154. Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current directions in psychological science*, 10(6), 214-219.
155. Brockman, R., Ciarrochi, J., Parker, P., & Kashdan, T. (2017). Emotion regulation strategies in daily life: mindfulness, cognitive reappraisal and emotion suppression. *Cognitive behaviour therapy*, 46(2), 91–113. https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1218926
156. Dunn, B. D., Billotti, D., Murphy, V., & Dalgleish, T. (2009). The consequences of effortful emotion regulation when processing distressing material: a comparison of suppression and acceptance. *Behaviour research and therapy*, 47(9), 761–773. https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.05.007
157. Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: a clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73–100.
158. 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, 41-54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
159. Werner, K., & Gross, J. J. (2010). *Emotion regulation and psychopathology: A conceptual framework*. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment (pp. 13–37). New York, NY: Guilford Press.
160. Thompson, R. A., & Calkins, S. D. (1996). The double-edged sword: Emotional regulation for children at risk. *Development and psychopathology*, 8(1), 163-182.
161. Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual differences*, 30(8), 1311-1327.
162. Garnefski, N., Rieffe, C. J., Jellesma, F., Meerum Terwogt, M., & Kraaij, V. (2007). Cognitive behavior regulation strategies and emotional problems in early adolescents: The development of an instrument. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 16, 1-9. https://doi.org/10.1007/s00787-006-0562-3
163. Garnefski, N., Van Den Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., & Onstein, E. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies and emotional problems: comparison between a clinical and a non-clinical sample. *European journal of personality*, 16(5), 403-420.
164. Schroevers, M., Kraaij, V., & Garnefski, N. (2007). Goal disturbance, cognitive coping strategies, and psychological adjustment to different types of stressful life event. *Personality and individual differences*, 43(2), 413-423.
165. Martin, R. C., & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. Personality and individual differences, 39(7), 1249-1260. https://doi.org/10.1016/j.paid.2005.06.004
166. Fields, L., & Prinz, R. J. (1997). Coping and adjustment during childhood and adolescence. Clinical psychology review, 17(8), 937–976. https://doi.org/10.1016/s0272-7358(97)00033-0
167. Stegge, H., Terwogt, M. M., Reijntjes, A., & van Tijen, N. (2004). Children's conception of the emotion process. *Emotional expression and health: Advances in theory, assessment and clinical applications*, 241.
168. Saarni, C. (1999). *The development of emotional competence*. Guilford press.
169. Cole, P. M., Dennis, T. A., Smith-Simon, K. E., & Cohen, L. H. (2009). Preschoolers' emotion regulation strategy understanding: Relations with emotion socialization and child self-regulation. Social development, 18(2), 324-352. https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2008.00503.x
170. Fogel, A., & Thelen, E. (1987). Development of early expressive and communicative action: Reinterpreting the evidence from a dynamic systems perspective. *Developmental Psychology*, 23, 747-761.
171. Derryberry, D., & Rothbart, M. K. (1988). Arousal, affect, and attention as components of temperament. *Journal of personality and social psychology*, 55(6), 958–966. https://doi.org/10.1037//0022-3514.55.6.958

172. Eisenberg, N., & Morris, A. S. (2003). Children's emotion-related regulation. *Advances in Child Development and Behavior*, 30, 189–229. https://doi.org/10.1016/S0065-2407(02)80042-8
173. Morris, A. S., Silk, J. S., Morris, M. D., Steinberg, L., Aucoin, K. J., & Keyes, A. W. (2011). The influence of mother-child emotion regulation strategies on children's expression of anger and sadness. *Developmental psychology*, 47(1), 213–225. https://doi.org/10.1037/a0021021
174. Hughes, A. E., Crowell, S. E., Uyeji, L., & Coan, J. A. (2012). A developmental neuroscience of borderline pathology: emotion dysregulation and social baseline theory. *Journal of abnormal child psychology*, 40(1), 21–33. https://doi.org/10.1007/s10802-011-9555-x
175. Diamond, L. M., & Aspinwall, L. G. (2003). Emotion regulation across the life span: An integrative perspective emphasizing self-regulation, positive affect, and dyadic processes. *Motivation and Emotion*, 27, 125-156. https://doi.org/10.1023/A:1024521920068
176. Gross J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39(3), 281–291. https://doi.org/10.1017/s0048577201393198
177. Saxena, P., Dubey, A., & Pandey, R. (2011). Role of emotion regulation difficulties in predicting mental health and well-being. *SIS Journal of Projective Psychology & Mental Health*, 18(2), 147-155.
178. Salsman, N. L., & Linehan, M. M. (2012). An investigation of the relationships among negative affect, difficulties in emotion regulation, and features of borderline personality disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34, 260-267. https://doi.org/10.1007/s10862-012-9275-8
179. Rottenberg, J., Gross, J. J., & Gotlib, I. H. (2005). Emotion context insensitivity in major depressive disorder. *Journal of abnormal psychology*, 114(4), 627–639. https://doi.org/10.1037/0021-843X.114.4.627
180. Campbell-Sills, L., & Barlow, D. H. (2007). Incorporating emotion regulation into conceptualizations and treatments of anxiety and mood disorders. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation* (pp. 542−559). New York, NY: Guilford Press.
181. Hayes, S. C., Wilson, K. G., Gifford, E. V., Follette, V. M., & Strosahl, K. (1996). Experimental avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. Journal of consulting and clinical psychology, 64(6), 1152–1168. https://doi.org/10.1037//0022-006x.64.6.1152
182. Mennin, D. S., Heimberg, R. G., Turk, C. L.,&Fresco, D. M. (2002). Applying an emotion regulation framework to integrative approaches to generalized anxiety disorder. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 85–90.
183. Cloitre, M. (1998). Sexual revictimization: Risk factors and prevention. In V. M. Follette, J. I., Ruzek, & F. R. Abueg (Eds.), *Cognitive–behavioral therapies for trauma* (pp. 278–304). NewYork: Guilford Press.
184. Clyne, C., & Blampied, N. M. (2004). Training in Emotion Regulation as a Treatment for Binge Eating: A Preliminary Study. *Behaviour Change*, 21(4), 269–281. doi:10.1375/bech.21.4.269.66105
185. Sher, K.J. & Grekin, E.R. (2007). Alcohol and Affect Regulation. In Gross, J.J., Ed., Handbook of Emotion Regulation (pp. 560-580). Guilford Press, New York, 560-580
186. Zeman, J., Shipman, K., & Suveg, C. (2002). Anger and sadness regulation: predictions to internalizing and externalizing symptoms in children. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 31(3), 393–398. https://doi.org/10.1207/S15374424JCCP3103_11
187. Maedgen, J. W., & Carlson, C. L. (2000). Social functioning and emotional regulation in the attention deficit hyperactivity disorder subtypes. *Journal of clinical child psychology*, 29(1), 30–42. https://doi.org/10.1207/S15374424jccp2901_4
188. Braaten, E. B., & Rosén, L. A. (2000). Self-regulation of affect in attention deficit-hyperactivity disorder (ADHD) and non-ADHD boys: differences in empathic responding. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(2), 313–321. https://doi.org/10.1037/0022-006X.68.2.313
189. Strine, T. W., Lesesne, C. A., Okoro, C. A., McGuire, L. C., Chapman, D. P., Balluz, L. S., & Mokdad, A. H. (2006). Emotional and behavioral difficulties and impairments in everyday functioning among children with a history of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Preventing chronic disease*, 3(2), A52.
190. Barkley, R. A. (2015). Emotional dysregulation is a core component of ADHD. In R. A. Barkley (Ed.), Attention-deficit hyperactivity disorder: *A handbook for diagnosis and treatment* (4th ed., pp. 81–115). The Guilford Press.
191. Goodman, S. H., & Gotlib, I. H. (1999). Risk for psychopathology in the children of depressed mothers: a developmental model for understanding mechanisms of transmission. *Psychological review*, 106(3), 458–490. https://doi.org/10.1037/0033-295x.106.3.458
192. Rutter, M., Silberg, J., O'Connor, T., & Simonoff, E. (1999). Genetics and child psychiatry: I Advances in quantitative and molecular genetics. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 40(1), 3–18.
193. Suveg, C., Shaffer, A., Morelen, D., & Thomassin, K. (2011). Links between maternal and child psychopathology symptoms: mediation through child emotion regulation and moderation through maternal

behavior. *Child psychiatry and human development*, 42(5), 507–520. https://doi.org/10.1007/s10578-011-0223-8
194. Cummings, E. M., & Davies, P. T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 35(1), 73–112. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01133.x
195. Crandall, A., Deater-Deckard, K., & Riley, A. W. (2015). Maternal emotion and cognitive control capacities and parenting: A conceptual framework. *Developmental review: DR*, 36, 105–126. https://doi.org/10.1016/j.dr.2015.01.004
196. Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The Role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361–388. https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x
197. Kurdek, L. A. (2003). Correlates of parents' perceptions of behavioral problems in their young children. *Journal of applied developmental psychology*, 24(4), 457-473. https://doi.org/10.1016/S0193-3973(03)00071-6
198. Prinzie, P., Onghena, P., Hellinckx,W., Grietens, H., Ghesquiere, P., & Colpin, H. (2004). Parent and child personality characteristics as predictors of negative discipline and externalizing problem behavior on children. *European Journal of Personality*, 18, 73–102.
199. Van Aken, C., Junger, M., Verhoeven, M., van Aken, M. A., Deković, M., & Denissen, J. J. A. (2007). Parental personality, parenting and toddlers' externalising behaviours. *European Journal of Personality: Published for the European Association of Personality Psychology*, 21(8), 993-1015. https://doi.org/10.1002/per.643
200. 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*, 272(5), 793–806. https://doi.org/10.1007/s00406-022-01382-z
201. Zeman, J., Cassano, M., Perry-Parrish, C., & Stegall, S. (2006). Emotion regulation in children and adolescents. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 27(2), 155–168. https://doi.org/10.1097/00004703-200604000-00014
202. Zeman, J., Cassano, M., & Adrian, M. (2013). Socialization influences on children's and adolescent's emotional self-regulation processes: A developmental psychopathology perspective. In K. C. Barrett, N. A. Fox, G. A. Morgan, D. J. Fidler, & L. A. Daunhauer (Eds.), *Handbook of self-regulatory processes in development: New directions and international perspectives* (pp. 79–106). New York, NY: Psychology Press.
203. Blair, B. L., Perry, N. B., O'Brien, M., Calkins, S. D., Keane, S. P., & Shanahan, L. (2014). The indirect effects of maternal emotion socialization on friendship quality in middle childhood. *Developmental psychology*, 50(2), 566–576. https://doi.org/10.1037/a0033532
204. Rubin, K. H., Bukowski, W. M., Parker, J. G., & Bowker, J. C. (2008). Peer interactions, relationships, and groups. *Child and adolescent development: An advanced course*, 141-180.
205. Casey, R. J. (2014). Emotional competence in children with externalizing and internalizing disorders. In *Emotional development in atypical children* (pp. 161-183). Psychology Press.
206. Denham, S. A., Bassett, H. H., & Wyatt, T. (2007). The socialization of emotional competence. In J. E. Grusec & P. D. Hastings (Eds.), *Handbook of socialization. Theory and research* (pp. 614–637). New York: The Guilford Press.
207. Denham, S. A., Bassett, H. Hamada, & Wyatt, T. M. (2010). Gender differences in the socialization of preschoolers' emotional competence. In A. Kennedy Root & S. Denham (Eds.), The role of gender in the socialization of emotion: Key concepts and critical issues. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 128, 29–49. San Francisco: Jossey-Bass.
208. Eisenberg, N., Fabes, R. A., & Murphy, B. C. (1996). Parents' reactions to children's negative emotions: relations to children's social competence and comforting behavior. *Child development*, 67(5), 2227–2247.
209. O'Neal, C. R., & Magai, C. (2005). Do parents respond in different ways when children feel different emotions? The emotional context of parenting. *Development and psychopathology*, 17(2), 467–487. https://doi.org/10.1017/s0954579405050224
210. Denham, S. A., Workman, E., Cole, P. M., Weissbrod, C., Kendziora, K. T., & Zahn-Waxler, C. (2000). Prediction of externalizing behavior problems from early to middle childhood: the role of parental socialization and emotion expression. *Development and psychopathology*, 12(1), 23–45. https://doi.org/10.1017/s0954579400001024
211. Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (2013). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. Routledge.

212. Halberstadt, A. G. (1991). Toward an ecology of expressiveness: Family socialization in particular and a model in general. In R. S. Feldman & B. Rime (Eds.), Studies in emotion & social interaction. *Fundamentals of nonverbal behavior* (pp. 106–160). New York, NY: Cambridge University Press.
213. Fabes, R. A., Leonard, S. A., Kupanoff, K., & Martin, C. L. (2001). Parental coping with children's negative emotions: relations with children's emotional and social responding. *Child development*, 72(3), 907–920. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00323
214. Debaryshe, B. D., & Fryxell, D. (1998). A developmental perspective on anger: Family and peer contexts. *Psychology in the Schools*, 35(3), 205-216. https://doi.org/10.1002/(SICI)1520-6807(199807)35:3<205::AID-PITS2>3.0.CO;2-M
215. Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1997). *Meta-emotion: How families communicate emotionally*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
216. Buckholdt, K. E., Kitzmann, K. M., & Cohen, R. (2016). Parent emotion coaching buffers the psychological effects of poor peer relations in the classroom. *Journal of social and personal relationships*, 33(1), 23-41.
217. Gottman, J. M., Katz, L. F., & Hooven, C. (1996). Parental meta-emotion philosophy and the emotional life of families: theoretical models and preliminary data. Journal of family psychology, 10(3), 243.
218. Breaux, R., & Langberg, J. M. (2020). Development and Refinement of the RELAX Intervention, an Intervention Targeting Emotion Dysregulation and Interpersonal Conflict in Adolescents with ADHD: Results from a Pilot Study. *Evidence-Based Practice in Child and Adolescent Mental Health*, 5(2), 147–163. https://doi.org/10.1080/23794925.2020.1759468
219. Eisenberg, N., & Fabes, R. A. (1994). Mothers' reactions to children's negative emotions: Relations to children's temperament and anger behavior. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 138-156.
220. Fabes, R. A., Eisenberg, N., & Miller, P. A. (1990). Maternal correlates of children's vicarious emotional responsiveness. *Developmental psychology*, 26(4), 639.
221. Eisenberg, N., Fabes, R. A., Carlo, G., Troyer, D., Speer, A. L., Karbon, M., & Switzer, G. (1992). The relations of maternal practices and characteristics to children's vicarious emotional responsiveness. *Child development*, 63(3), 583–602.
222. Jones, S., Eisenberg, N., Fabes, R. A., & MacKinnon, D. P. (2002). Parents' reactions to elementary school children's negative emotions: Relations to social and emotional functioning at school. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 133-159.
223. Spinrad, T. L., Eisenberg, N., Harris, E., Hanish, L., Fabes, R. A., Kupanoff, K., Ringwald, S., & Holmes, J. (2004). The relation of children's everyday nonsocial peer play behavior to their emotionality, regulation, and social functioning. *Developmental psychology*, 40(1), 67–80. https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.1.67
224. Garner, P. W., Dunsmore, J. C., & Southam-Gerrow, M. (2008). Mother–child conversations about emotions: Linkages to child aggression and prosocial behavior. *Social development*, 17(2), 259-277. https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00424.x
225. Dix, T., & Meunier, L. N. (2009). Depressive symptoms and parenting competence: An analysis of 13 regulatory processes. *Developmental Review*, 29(1), 45-68.
226. Breaux, R. P., Harvey, E. A., & Lugo-Candelas, C. I. (2016). The Role of Parent Psychopathology in Emotion Socialization. *Journal of abnormal child psychology*, 44(4), 731–743. https://doi.org/10.1007/s10802-015-0062-3
227. Elgar, F. J., Mills, R. S., McGrath, P. J., Waschbusch, D. A., & Brownridge, D. A. (2007). Maternal and paternal depressive symptoms and child maladjustment: the mediating role of parental behavior. *Journal of abnormal child psychology*, 35(6), 943–955. https://doi.org/10.1007/s10802-007-9145-0
228. van der Bruggen, C. O., Stams, G. J., & Bögels, S. M. (2008). Research review: the relation between child and parent anxiety and parental control: a meta-analytic review. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 49(12), 1257–1269. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2008.01898.x
229. Katz, L. F., & Windecker-Nelson, B. (2004). Parental meta-emotion philosophy in families with conduct-problem children: links with peer relations. *Journal of abnormal child psychology*, 32(4), 385–398. https://doi.org/10.1023/b:jacp.0000030292.36168.30
230. Suveg, C., Sood, E., Barmish, A., Tiwari, S., Hudson, J. L., & Kendall, P. C. (2008). "I'd rather not talk about it": emotion parenting in families of children with an anxiety disorder. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 22(6), 875–884. https://doi.org/10.1037/a0012861
231. Dunsmore, J. C., Booker, J. A., & Ollendick, T. H. (2013). Parental Emotion Coaching and Child Emotion Regulation as Protective Factors for Children with Oppositional Defiant Disorder. *Social*

development (Oxford, England), 22(3), 10.1111/j.1467-9507.2011.00652.x. https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2011.00652.x
232. Steinberg, E. A., & Drabick, D. A. (2015). A Developmental Psychopathology Perspective on ADHD and Comorbid Conditions: The Role of Emotion Regulation. *Child psychiatry and human development*, 46(6), 951–966. https://doi.org/10.1007/s10578-015-0534-2
233. Graziano, P. A., & Garcia, A. (2016). Attention-deficit hyperactivity disorder and children's emotion dysregulation: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 46, 106–123. https:// doi. org/ 10.1016/j. cpr. 2016. 04. 011
234. Martel M. M. (2009). Research review: a new perspective on attention-deficit/hyperactivity disorder: emotion dysregulation and trait models. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 50(9), 1042–1051. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02105.x
235. Smit, S., Mikami, A. Y., & Normand, S. (2022). Effects of the Parental Friendship Coaching Intervention on Parental Emotion Socialization of Children with ADHD. *Research on Child and Adolescent Psychopathology: An Official Publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 50(1), 101–115. https://doi.org/10.1007/s10802-021-00818-9
236. Johnson, J. G., Cohen, P., Kasen, S., Smailes, E., & Brook, J. S. (2001). Association of maladaptive parental behavior with psychiatric disorder among parents and their offspring. *Archives of general psychiatry*, 58(5), 453–460. https://doi.org/10.1001/archpsyc.58.5.453
237. Arikan, G., & Kumru, A. (2021). Patterns of Associations Between Maternal Symptoms and Child Problem Behaviors: The Mediating Role of Mentalization, Negative Intentionality, and Unsupportive Emotion Socialization. *Child psychiatry and human development*, 52(4), 640–653. https://doi.org/10.1007/s10578-020-01046-w
238. Herbert, S. D., Harvey, E. A., Roberts, J. L., Wichowski, K., & Lugo-Candelas, C. I. (2013). A randomized controlled trial of a parent training and emotion socialization program for families of hyperactive preschool-aged children. *Behavior therapy*, 44(2), 302–316. https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.10.004
239. Gair, S. L., Brown, H. R., Breaux, R., Lugo-Candelas, C. I., McDermott, J. M., & Harvey, E. A. (2022). Neural Activity and Emotion Socialization as Predictors of Later Emotion Regulation Difficulties in Children With and Without Hyperactivity/Impulsivity. *Journal of Attention Disorders*, 26(12), 1668-1681. https://doi.org/10.1177/10870547221092171
240. Smit, S., Mikami, A. Y., & Normand, S. (2022). Effects of the Parental Friendship Coaching Intervention on Parental Emotion Socialization of Children with ADHD. *Research on Child and Adolescent Psychopathology: An Official Publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*, 50(1), 101–115. https://doi.org/10.1007/s10802-021-00818-9
241. Breaux, R. P., McQuade, J. D., Harvey, E. A., & Zakarian, R. J. (2018). Longitudinal Associations of Parental Emotion Socialization and Children's Emotion Regulation: The Moderating Role of ADHD Symptomatology. Journal of abnormal child psychology, 46(4), 671–683. https://doi.org/10.1007/s10802-017-0327-0
242. Oddo, L. E., Miller, N. V., Felton, J. W., Cassidy, J., Lejuez, C. W., & Chronis-Tuscano, A. (2022). Maternal Emotion Dysregulation Predicts Emotion Socialization Practices and Adolescent Emotion Lability: Conditional Effects of Youth ADHD Symptoms. *Research on child and adolescent psychopathology*, 50(2), 211–224. https://doi.org/10.1007/s10802-020-00686-9
243. Are, F., & Shaffer, A. (2016). Family Emotion Expressiveness Mediates the Relations Between Maternal Emotion Regulation and Child Emotion Regulation. *Child psychiatry and human development*, 47(5), 708–715. https://doi.org/10.1007/s10578-015-0605-4
244. Corapci, F., Aksan, N., & Yagmurlu, B. (2012). Socialization of Turkish children's emotions: Do different emotions elicit different responses?. *Global Studies of Childhood*, 2(2), 106-116. http://dx.doi.org/10.2304/gsch.2012.2.2.106
245. Güven, E., & Erden, G. (2017). Duygu sosyalleştirmenin çocuklarda gözlenen davranış sorunlarına katkısı. *Türk Psikoloji Dergisi*, 32(79), 18
246. İyi, T. İ., & Çoban, A. E. (2019). Ebeveynlerin duygu sosyalleştirme stratejileri ile çocukların davranış problemleri arasındaki ilişki. *Başkent University Journal of Education*, 6(2), 155-166.
247. Kessler, R. C., & Ustün, T. B. (2004). The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International journal of methods in psychiatric research*, 13(2), 93–121. https://doi.org/10.1002/mpr.168
248. Doğan S., Öncü B. & 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.

249. Leichsenring F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: a self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of personality assessment*, 73(1), 45–63. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA730104
250. Aydemir, Ö., Demet, M. M., Danacı, A. E., Deveci, A., Taşkın, E. O., Mızrak, S., Şimşek, E. & İçelli, İ. (2006). Borderline kişilik envanterinin Türkçe'ye uyarlanması, güvenilirlik ve geçerliliği. *Türkiye'de Psikiyatri*, 8(1), 6-10
251. Turgay, A. (1994). Disruptive behavior disorders child and adolescent screening and rating scales for children, adolescents, parents and teachers. *West Bloomfield (Michigan): Integrative Therapy Institute Publication*.
252. Ercan, E. S., Amado, S., Somer, O., & Çıkoğlu, S. (2001). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve yıkıcı davranım bozuklukları için bir test bataryası geliştirme çabası. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 8(3), 132-144.
253. Fabes, R. A., Eisenberg, N., & Bernzweig, J. (1990). Coping with Children's Negative Emotions Scale (CCNES): *Description and scoring*. Tempe, AZ: Arizona State University (unpublished manuscript).
254. Yagmurlu, B., & Altan, Ö. (2009). Maternal Socialization and Child Temperament as Predictors of Emotion Regulation in Turkish Preschoolers. *Infant and Child Development*, 275-296.
255. Bjureberg, J., Ljótsson, B., Tull, M. T., Hedman, E., Sahlin, H., Lundh, L. G., Bjärehed, J., DiLillo, D., Messman-Moore, T., Gumpert, C. H., & Gratz, K. L. (2016). Development and Validation of a Brief Version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale: The DERS-16. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 38(2), 284–296. https://doi.org/10.1007/s10862-015-9514-x
256. Yiğit, İ. & Güzey-Yiğit, M. (2019). Psychometric properties of Turkish version of Difficulties in Emotion Regulation Scale-Brief Form (DERS-16). *Current Psychology*, 1-9. doi: 10.1007/s12144-017-9712-7.
257. Akfirat, O. N., & Turan, O. (2021). Adapting the Scale of Cognitive Emotion Regulation Strategies for Children to Turkish: Validity and Reliability Studies. *International Online Journal of Education and Teaching*, 8(2), 904-915.
258. George, D., & Mallery, P. (2019). *IBM SPSS Statistics 26 Step by Step*. Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429056765
259. Hayes, A. F., & Rockwood, N. J. (2017). Regression-based statistical mediation and moderation analysis in clinical research: Observations, recommendations, and implementation. *Behaviour research and therapy*, 98, 39–57. https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.11.001
260. Kayri, M. (2009). Araştırmalarda gruplar arası farkın belirlenmesine yönelik çoklu karşılaştırma (Post-Hoc) teknikleri. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(1), 51–64.
261. Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4th ed.). Sage Publications.
262. Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of personality and social psychology*, 51(6), 1173–1182. https://doi.org/10.1037//0022-3514.51.6.1173
263. Landau, S., & Milich, R. (1988). Social communication patterns of attention-deficit-disordered boys. *Journal of abnormal child psychology*, 16(1), 69–81. https://doi.org/10.1007/BF00910501
264. Rabiner, D. L., Anastopoulos, A. D., Costello, J., Hoyle, R. H., & Swartzwelder, H. S. (2008). Adjustment to college in students with ADHD. *Journal of attention disorders*, 11(6), 689–699. https://doi.org/10.1177/1087054707305106
265. Eyre, O., Riglin, L., Leibenluft, E., Stringaris, A., Collishaw, S., & Thapar, A. (2019). Irritability in ADHD: association with later depression symptoms. *European child & adolescent psychiatry*, 28(10), 1375–1384. https://doi.org/10.1007/s00787-019-01303-x
266. Meinzer, M. C., Lewinsohn, P. M., Pettit, J. W., Seeley, J. R., Gau, J. M., Chronis-Tuscano, A., & Waxmonsky, J. G. (2013). Attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescence predicts onset of major depressive disorder through early adulthood. *Depression and anxiety*, 30(6), 546–553. https://doi.org/10.1002/da.22082
267. Eberhart, N. K., & Hammen, C. L. (2006). Interpersonal predictors of onset of depression during the transition to adulthood. *Personal relationships*, 13(2), 195-206.
268. Harris, R. (2006). Embracing your demons: An overview of acceptance and commitment therapy. *Psychotherapy in Australia*, 12(4), 70-6.
269. Matthies, S., Philipsen, A., Lackner, H. K., Sadohara, C., & Svaldi, J. (2014). Regulation of sadness via acceptance or suppression in adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Psychiatry research*, 220(1-2), 461–467. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.017
270. Maier, S. F., & Seligman, M. E. (1976). Learned helplessness: theory and evidence. *Journal of experimental psychology: general*, 105(1), 3.

271. Milich, R., & Okazaki, M. (1991). An examination of learned helplessness among attention-deficit hyperactivity disordered boys. *Journal of abnormal child psychology*, 19(5), 607–623. https://doi.org/10.1007/BF00925823
272. Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267–283. https://doi.org/10.1037//0022-3514.56.2.267
273. Lebowitz, M. S., Rosenthal, J. E., & Ahn, W. K. (2016). Effects of Biological Versus Psychosocial Explanations on Stigmatization of Children With ADHD. *Journal of attention disorders*, 20(3), 240–250. https://doi.org/10.1177/1087054712469255
274. Morris, A. S., Criss, M. M., Silk, J. S., & Houltberg, B. J. (2017). The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*, 11(4), 233–238. https://doi.org/10.1111/cdep.12238
275. Duncombe, M. E., Havighurst, S. S., Holland, K. A., & Frankling, E. J. (2012). The contribution of parenting practices and parent emotion factors in children at risk for disruptive behavior disorders. *Child psychiatry and human development*, 43(5), 715–733. https://doi.org/10.1007/s10578-012-0290-5
276. Tao, A., Zhou, Q., & Wang, Y. (2010). Parental reactions to children's negative emotions: prospective relations to Chinese children's psychological adjustment. *Journal of family psychology : JFP : journal of the Division of Family Psychology of the American Psychological Association (Division 43)*, 24(2), 135–144. https://doi.org/10.1037/a0018974
277. Middleton, M., Scott, S. L., & Renk, K. (2009). Parental depression, parenting behaviours, and behaviour problems in young children. *Infant and Child Development*, 18, 323–336. doi:10.1002/icd.598.
278. Eisenberg, N., Fabes, R. A., Shepard, S. A., Guthrie, I. K., Murphy, B. C., & Reiser, M. (1999). Parental reactions to children's negative emotions: longitudinal relations to quality of children's social functioning. *Child development*, 70(2), 513–534. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00037
279. Castro, V. L., & Nelson, J. A. (2018). Social development quartet: When is parental supportiveness a good thing? The dynamic value of parents' supportive emotion socialization across childhood. *Social Development*, 27(3), 461-465.
280. Dix T. (1991). The affective organization of parenting: adaptive and maladaptive processes. *Psychological bulletin*, 110(1), 3–25. https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.3
281. Sellers, R., Harold, G. T., Elam, K., Rhoades, K. A., Potter, R., Mars, B., Craddock, N., Thapar, A., & Collishaw, S. (2014). Maternal depression and co-occurring antisocial behaviour: testing maternal hostility and warmth as mediators of risk for offspring psychopathology. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines*, 55(2), 112–120. https://doi.org/10.1111/jcpp.12111
282. Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: a meta-analytic review. *Clinical psychology review*, 20(5), 561–592. https://doi.org/10.1016/s0272-7358(98)00100-7
283. Friedlmeier, W., Corapci, F., & Cole, P. M. (2011). Emotion socialization in cross-cultural perspective. *Social and personality psychology compass*, 5(7), 410-427.
284. Markus, H. R., & Kitayama, S. (2001). The cultural construct of self and emotion: Implications for social behaviors. In W. G. Gerrod (Ed.), *Emotions in Social Psychology: Essential Readings* (pp. 119–137). New York: Psychology Press.
285. Wang, Q. (2003). Emotion situation knowledge in American and Chinese preschool children and adults. *Cognition and Emotion*, 17, 725–746.
286. Bariola, E., Gullone, E., & Hughes, E. K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: The role of parental emotion regulation and expression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14, 198-212. doi:10.1007/s10567-011-0092-5
287. Kim, H. K., Pears, K. C., Capaldi, D. M., & Owen, L. D. (2009). Emotion dysregulation in the intergenerational transmission of romantic relationship conflict. *Journal of Family Psychology*, 23, 585-595. doi:10.1037/a0015935
288. Morelen, D., Shaffer, A., & Suveg, C. (2016). Maternal emotion regulation: Links to emotion parenting and child emotion regulation. *Journal of Family Issues*, 37(13), 1891-1916.
289. Klein, M. R., Moran, L., Cortes, R., Zalewski, M., Ruberry, E. J., & Lengua, L. J. (2018). Temperament, mothers' reactions to children's emotional experiences, and emotion understanding predicting adjustment in preschool children. *Social Development*, 27, 351–365. https://doi.org/10.1111/sode.12282
290. Nelson, J. A., & Boyer, B. P. (2018). Maternal responses to negative emotions and child externalizing behavior: Different relations for 5-, 6-, and 7-year-olds. *Social Development*, 27(3), 482-494.
291. Çakmak, Z. (2022). Duygu Sosyalleştirme Davranışları ve Gelişimsel Çocuk Sonuçları: Kuşaklararası Bir İnceleme. [Doktora Tezi].

https://openaccess.hacettepe.edu.tr/xmlui/bitstream/handle/11655/26761/ZeynepCakmakDoktora.pdf?sequence=1&isAllowed=y
292. McQuade, J. D., Dixon-Gordon, K. L., Breaux, R., & Babinski, D. E. (2022). Interactive Effects of Parent Emotion Socialization and Child Physiological Reactivity in Predicting Adolescent Borderline Personality Disorder Features. *Research on child and adolescent psychopathology*, 50(1), 89–100. https://doi.org/10.1007/s10802-020-00717-5
293. Mirabile, S. P., Oertwig, D., & Halberstadt, A. G. (2016). Parent emotion socialization and children's socioemotional adjustment: when is supportiveness no longer supportive? Social Development. *Advance online publication*. https://doi.org/10.1111/sode.12226
294. Mazursky-Horowitz, H., Felton, J. W., MacPherson, L., Ehrlich, K. B., Cassidy, J., Lejuez, C. W., & Chronis-Tuscano, A. (2015). Maternal emotion regulation mediates the association between adult attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of abnormal child psychology*, 43(1), 121–131. https://doi.org/10.1007/s10802-014-9894-5
295. Murray, C., & Johnston, C. (2006). Parenting in mothers with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of abnormal psychology*, 115(1), 52–61. https://doi.org/10.1037/0021-843X.115.1.52
296. Chronis-Tuscano, A., Raggi, V. L., Clarke, T. L., Rooney, M. E., Diaz, Y., & Pian, J. (2008). Associations between maternal attention-deficit/ hyperactivity disorder symptoms and parenting. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 1237–1250. doi:10.1007/s10802- 008-9246.
297. Musser, N., Zalewski, M., Stepp, S., & Lewis, J. (2018). A systematic review of negative parenting practices predicting borderline personality disorder: Are we measuring biosocial theory's 'invalidating environment'?. *Clinical psychology review*, 65, 1–16. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.06.003
298. Gratz, K. L., Myntti, W., Kiel, E. J., Kurtz, A. J., & Tull, M. T. (2024). Clarifying the relation between mother and adolescent borderline personality disorder symptoms: The roles of maternal and adolescent emotion regulation and maladaptive maternal emotion socialization. *Personality disorders*, 15(1), 84–93. https://doi.org/10.1037/per0000629
299. Tung, I., Brammer, W. A., Li, J. J., & Lee, S. S. (2015). Parenting Behavior Mediates the Intergenerational Association of Parent and Child Offspring ADHD Symptoms. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 44(5), 787–799. https://doi.org/10.1080/15374416.2014.913250
300. Bjørk, R. F., Havighurst, S. S., Pons, F., & Karevold, E. B. (2020). Pathways to behavior problems in Norwegian kindergarten children: The role of parent emotion socialization and child emotion understanding. *Scandinavian journal of psychology*, 61(6), 751–762. https://doi.org/10.1111/sjop.12652
301. Beauchaine T. P. (2015). Future Directions in Emotion Dysregulation and Youth Psychopathology. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53*, 44(5), 875–896. https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1038827
302. Levine, D., Marziali, E., & Hood, J. (1997). Emotion processing in borderline personality disorders. *The Journal of nervous and mental disease*, 185(4), 240–246. https://doi.org/10.1097/00005053-199704000-00004
303. Meyer, B., Pilkonis, P. A., & Beevers, C. G. (2004). What's in a (neutral) face? Personality disorders, attachment styles, and the appraisal of ambiguous social cues. *Journal of personality disorders*, 18(4), 320–336. https://doi.org/10.1521/pedi.2004.18.4.320
304. Murphy, D. (2006). Theory of mind in Asperger's syndrome, schizophrenia and personality disordered forensic patients. *Cognitive Neuropsychiatry*, 11(2), 99–111. doi:10.1080/13546800444000182
305. Kallay, E., & Cheie, L. (2023). "Can I still blame my parents?" Links between perceived parenting, cognitive emotion regulation strategies, and adolescent mental health. *Current Psychology*, 42(31), 27259-27274. https://doi.org/10.1007/s12144-022-03721-8
306. Baumrind, D. (1966). Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior. *Child Development*, 37(4), 887–907. https://doi.org/10.2307/1126611
307. Molina, M. F., & Musich, F. M. (2016). Perception of parenting style by children with ADHD and its relation with inattention, hyperactivity/impulsivity and externalizing symptoms. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 1656-1671. https://doi.org/10.1007/s10826-015-0316-2
308. Smith, C. L., Calkins, S. D., Keane, S. P., Anastopoulos, A. D., & Shelton, T. L. (2004). Predicting stability and change in toddler behavior problems: Contributions of maternal behavior and child gender. *Developmental Psychology*, 40(1), 29– 42. https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.1.29
309. Pearl, A. M., French, B. F., Dumas, J. E., Moreland, A. D., & Prinz, R. (2014). Bidirectional effects of parenting quality and child externalizing behavior in predominantly single parent, under-resourced

African American families. *Journal of Child and Family Studies*, 23(2), 177–188. https://doi.org/10.1007/s10826-012-9692-z
310. Crockenberg, S., & Leerkes, E. (2003). Infant negative emotionality, caregiving, and family relationships. In A. C. Crouter, & A. Booth (Eds.), *Children's influence on family dynamics: The neglected side of family relationships* (pp. 57–78). Mahwah, NJ: Erlbaum.
311. Corapci, F., Friedlmeier, W., Benga, O., Strauss, C., Pitica, I., & Susa, G. (2018). Cultural socialization of toddlers in emotionally charged situations. *Social Development*, 27(2), 262–278. https://doi.org/10.1111/sode.12272
312. Shipman, K. L., Schneider, R., Fitzgerald, M. M., Sims, C., Swisher, L., & Edwards, A. (2007). Maternal emotion socialization in maltreating and non-maltreating families: Implications for children's emotion regulation. *Social Development*, 16, 268–285. https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00384.x
313. McElwain, N. L., Halberstadt, A. G., & Volling, B. L. (2007). Mother- and father-reported reactions to children's negative emotions: relations to young children's emotional understanding and friendship quality. *Child development*, 78(5), 1407–1425. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01074.x

EKLER

EK-1. Etik Kurul Onayı

EK-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Anne)

Değerli katılımcı,

Bu araştırma, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Klinik Psikoloji Doktora Programı kapsamında tez çalışması olarak Prof. Dr. Medine Yazıcı ve Prof. Dr. Özalp Ekinci danışmanlığında doktora öğrencisi Klinik Psikolog Feray Tarımtay Altun tarafından yürütülmektedir. Araştırmanın amacı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı almış 8-12 yaş aralığındaki çocuklarda annelerin psikiyatrik belirtileri, duygu sosyalleştirme yaklaşımları ve duygu düzenlemelerinin rolünü incelemektir. Araştırmaya 89 çocuk ve 89 annenin katılması beklenmektedir.

Sizin ve çocuğunuzun da bu araştırmaya katılmanızı istiyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermekte serbestsiniz. Araştırmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Araştırma hakkındaki bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayabilirsiniz. Ölçekler kişiye rahatsızlık verecek herhangi bir unsur içermemektedir. Ancak araştırmanın herhangi bir aşamasında herhangi bir rahatsızlık hissederseniz onayınızı çekme hakkına sahipsiniz.

Araştırmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret talep edilmeyecektir. Bu çalışmada sizin ve çocuğunuzun bazı anketleri doldurması istenecektir. Bu anketler hakkında araştırmacı size ayrıntılı olarak bilgi verecektir. Ebeveynlerin anketleri tamamlaması yaklaşık 45 dakika, çocukların anketleri tamamlaması ise yaklaşık 20 dakika sürmektedir. Bu araştırmada tüm katılımcıların kişisel bilgileri gizli tutulacaktır. Anketlere verdiğiniz yanıtlar yalnızca araştırmacılar tarafından bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Anketleri doldururken ad, soyad, telefon numarası gibi kişisel bilgiler yazmanız gerekmemektedir. Yalnızca yaş ve cinsiyet belirtilmesi yeterlidir. İyi Klinik Araştırmalar Kılavuzu'nda tanımlandığı haliyle yetkili incelemeciler, yetkili kurum ya da araştırmanın yapıldığı kurum ya da kanunca yetkili diğer sağlık otoriteleri, bu araştırma sırasında elde edilmiş ve bu araştırma ile ilgili olabilecek orijinal tıbbi kayıtlara, zorunlu haller dışında, kimlik bilgileriniz maksimum seviyede korunarak erişebilir. Ancak, bilgiye erişenler bilgileri gizli tutmakla yükümlüdürler. Yazılı bilgilendirilmiş olur formunun imzalanmasıyla bilimsel araştırmanın denetlenmesi için şu erişime, şu sınırlara bağlı kalınması koşuluyla izin vermiş olursunuz: İlgili mevzuat gereğince kimliğinizi ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacak, kamuoyuna açıklanmayacak; araştırma sonuçlarının yayımlanması halinde dahi kimlik bilgileriniz gizli kalacaktır. Araştırma konusuyla ilgili ve araştırmaya katılmaya devam etme isteğinizi etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiği takdirde bilgilendirileceksiniz.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen psikolog tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi, bunun tedavim veya başka herhangi bir konuda bana bir yaptırım doğurmayacağını biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmada çocuğumun ilgili anketleri doldurmasını kabul ediyorum.

Araştırmacı:	Katılımcı:
Feray Tarımtay Altun	Adı Soyadı:
İmza:	İmza:
	Tarih:

EK-3. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Çocuk)

Değerli katılımcı,

Ben Klinik Psikolog Feray Tarımtay Altun. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ile ilgili bir çalışma yapıyoruz. Amacımız bu güçlüğü yaşayan çocukların ve onların annelerinin, birbirleri ile ilişkilerinde yaşadıkları sorunlarda onlara destek olabilecek çözümler bulmaktır. Araştırmaya senin yaşlarında 89 çocuk ve 89 annenin katılması bekliyoruz.

Bu araştırmayı Prof. Dr. Medine Yazıcı ve Prof. Dr. Özalp Ekinci ile birlikte yürütüyoruz. Senin ve annenin de bu araştırmaya katılmanızı istiyoruz. Ancak bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermekte serbestsin. Bu araştırma hakkında annene bilgi vereceğiz ve senin de bu çalışmaya katılıp katılmaman için ondan izin alacağız. Sen de bu konuyu anne ve/veya baban ile konuşabilirsin. Eğer katılmak istemezsen hiç kimse sana kızmaz veya küsmez. Doktorun sana önceden olduğu gibi iyi davranacak, tedavini aynen sürdürecektir.

Senden yanıtlamanı istediğimiz soruları cevaplaman yaklaşık 20 dakika sürecektir. Bu sorularda seni rahatsız edecek herhangi bir içerik bulunmamaktadır. Ancak yine de araştırmanın herhangi bir aşamasında herhangi bir rahatsızlık hissedersen soruları yanıtlamayı istediğin zaman bırakabilirsin.

Bu araştırmada tüm katılımcıların kişisel bilgileri gizli tutulacaktır. Anketlere verdiğin yanıtlar yalnızca bilimsel araştırma amacıyla kullanılacaktır. Aklına şimdi gelen veya daha sonra gelecek soruları bana sorabilirsin. Araştırma hakkındaki bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmayı kabul ediyorsan lütfen aşağıya adını ve soyadını yazarak imzanı at.

Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana, yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen psikolog tarafından yapıldı. Araştırmaya kendi isteğimle katıldığımı, istediğim zaman soruları yanıtlamayı bırakabileceğimi biliyorum.

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi isteğimle katılmayı kabul ediyorum.

Araştırmacı:	Katılımcı:
Feray Tarımtay Altun	Çocuğun Adı Soyadı:
İmza:	Çocuğun İmzası:
	Yasal Temsilcisinin Adı Soyadı:
	Yasal Temsilcisinin İmzası:
	Tarih:

EK-4. Demografik Form

Hastanın Adı ve Soyadı:

Doğum Tarihi:

Cinsiyeti: E/K

Sınıfı:

Kardeş Sayısı:

Akraba Evliliği: Var/Yok

Tanısı: Dehb Kombine/ Dehb Dikkat Eksikliği / Dehb Hiperaktivite

Tanı Durumu: İlk tanı /Takipli (Takipli ise takip süresini belirtiniz)

Komorbid Psikiyatrik Tanı: Var/Yok (Varsa belirtiniz)

İlaç Kullanımı: Var/Yok (Varsa belirtiniz)

Gelişimsel Özellikler:

Doğum Şekli: N/S

Motor Gelişim:	Oturma:	Yürüme:
Dil Gelişimi:	Kelime:	Cümle:

Özgeçmiş:

Soygeçmiş:

Annenin Yaşı:	Babanın Yaşı:
Annenin Eğitim Durumu:	Babanın Eğitim Durumu:
Annenin Mesleği:	Babanın Mesleği:

EK-5. Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS) Örnek Maddeleri

Sayfanın sağında gösterilen açıklamalara göre, kendinizi değerlendirip aşağıdaki soruları yanıtlayınız. Soruları yanıtlarken son 6 ay içinde nasıl hissettiğiniz ve nasıl davrandığınız konusunda sizi en iyi tanımlayan kutuya (X) işareti koyunuz.

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					

EK-6. Borderline Kişilik Envanteri Örnek Maddeleri

Aşağıdaki cümlelerden size uygun olanlarını işaretleyiniz.

1. Sık sık panik nöbetleri geçiririm.	DOĞRU	YANLIŞ
2. Son zamanlarda beni duygusal olarak etkileyen hiçbir şey olmadı.	DOĞRU	YANLIŞ
3. Çoğu kez gerçekte kim olduğumu merak ederim.	DOĞRU	YANLIŞ

EK-7. Çocukların Olumsuz Duygularıyla Baş Etme Ölçeği Örnek Maddeleri

- Aşağıda günlük yaşamınızda, çocuğunuzla ilişkilerinizde karşılaşabileceğiniz bazı durumlar maddeler halinde verilmiştir. Her durumun altına da anne-baba olarak gösterebileceğiniz bazı davranışlar sıralanmıştır.
- Lütfen bu davranışların her birini ne kadar sıklıkla yaptığınızı belirtiniz. Örneğin, birinci maddede belirtilen durumla ilgili olarak 6 davranış seçeneğinin her birini ne sıklıkla yaptığınızı 1'den 5'e kadar sayılardan uygun olanı daire içine alarak belirtiniz. Böylece her bir durumla ilgili 6 davranış için de cevap vermiş olacaksınız.
- Eğer çocuğunuzun daha önce böyle bir durumla karşılaşmadığını düşünüyorsanız, "böyle olsaydı ne yapardım" diye düşünerek yanıtlayınız.

1	2	3	4	5
Hiç Böyle Yapmam	Nadiren Böyle Yaparım	Belki Böyle Yaparım	Büyük Olasılıkla Böyle Yaparım	Kesinlikle Böyle Yaparım

1) Eğer çocuğum hastalandığı ya da bir yerini incittiği için arkadaşının doğum günü partisine veya oyun davetine gidemiyorsa ve bundan dolayı öfkeli olursa, ben;

	Hiç böyle yapmam	Nadiren böyle yaparım	Belki böyle yaparım	Büyük olasılıkla böyle yaparım	Kesinlikle böyle yaparım
a) Çocuğumu sakinleşmesi için odasına gönderirim.	1	2	3	4	5
b) Çocuğuma kızarım.	1	2	3	4	5
c) Çocuğuma arkadaşları ile birlikte olabileceği başka yollar düşünmesi için yardımcı olurum (örneğin, bazı arkadaşlarını partiden sonra davet edebilir).	1	2	3	4	5
d) Çocuğuma partiyi kaçırmayı büyütmemesini söylerim.	1	2	3	4	5
e) Çocuğumu, öfkesini ve hayal kırıklığını ifade etmesi için cesaretlendiririm.	1	2	3	4	5
f) Çocuğumu yatıştırırım ve kendini daha iyi hissetmesi için eğlenceli bir şeyler yaparım.	1	2	3	4	5

2) Eğer çocuğum bisikletinden düşer, onu kırar ve sonra da üzülüp ağlarsa, ben;

	Hiç böyle yapmam	Nadiren böyle yaparım	Belki böyle yaparım	Büyük olasılıkla böyle yaparım	Kesinlikle böyle yaparım
a) Sakin kalırım ve endişelenmem.	1	2	3	4	5
b) Çocuğumu rahatlatır ve kazasını unutmasını sağlamaya çalışırım.	1	2	3	4	5
c) Çocuğuma aşırı tepki gösterdiğini söylerim.	1	2	3	4	5
d) Çocuğuma bisikletin nasıl tamir edileceğini anlaması için yardımcı olurum.	1	2	3	4	5
e) Çocuğuma böyle bir durumda ağlamanın doğal olduğunu söylerim.	1	2	3	4	5
f) Çocuğuma ağlamayı bırakmasını yoksa bisiklete binmesine izin vermeyeceğimi söylerim.	1	2	3	4	5

3) Eğer çocuğum çok değerli bir eşyasını kaybeder ve ağlarsa, ben;

	Hiç böyle yapmam	Nadiren böyle yaparım	Belki böyle yaparım	Büyük olasılıkla böyle yaparım	Kesinlikle böyle yaparım
a) Bu kadar dikkatsiz olduğu ve sonra da ağladığı için keyfim kaçar.	1	2	3	4	5
b) Çocuğuma aşırı tepki gösterdiğini söylerim.	1	2	3	4	5
c) Çocuğuma, henüz bakmadığı yerleri düşünmesinde yardımcı olurum.	1	2	3	4	5
d) Mutlu şeylerden bahsederek çocuğumun dikkatini başka yöne çekerim.	1	2	3	4	5
e) Ona mutsuz olduğunda ağlamasının doğal olduğunu söylerim.	1	2	3	4	5
f) Dikkatli olmazsan işte böyle olur derim.	1	2	3	4	5

EK-8. Duygu Düzenleme Güçlüğü Ölçeği-Kısa Form (DDGÖ-16) Örnek Maddeleri

Aşağıdaki ifadelerin size ne sıklıkla uyduğunu, her ifadenin yanında yer alan 5 dereceli ölçek üzerinden değerlendiriniz. Her bir ifadenin altındaki 5 noktalı ölçekten, size uygunluk yüzdesini de dikkate alarak, yalnızca bir tek rakamı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz.

	Hemen hemen hiç (% 0- % 10)	Bazen (% 11- % 35)	Yaklaşık Yarı yarıya (% 36- % 65)	Çoğu zaman (% 66- % 90)	Hemen hemen her zaman (% 91- % 100)
1. Duygularıma bir anlam vermekte zorlanırım.					
2. Ne hissettiğim konusunda karmaşa yaşarım					
3. Kendimi kötü hissettiğimde işlerimi bitirmekte zorlanırım.					

EK-9. Çocuklar İçin Bilişsel Duygu Düzenleme Stratejileri Ölçeği Örnek Maddeleri

Açıklama: Bazen sizi olumsuz hissettiren kötü durumlarla karşılaşabilir, kötü yaşantılar geçirebilirsiniz. Aşağıda böyle durumlarla karşılaştıktan sonra hoşunuza gitmeyen bu yaşantılarla ilgili genel olarak nasıl düşündüğünüz sorulmaktadır. Lütfen aşağıda belirtilen maddeleri okuyunuz ve maddelerde belirtilen şekilde, hiçbir zaman düşünmüyorsanız "1" seçeneğini, nadiren düşünüyorsanız "2" seçeneğini, bazen düşünüyorsanız "3" seçeneğini, sık sık düşünüyorsanız "4" seçeneğini, her zaman düşünüyorsanız "5" seçeneğini işaretleyiniz. Lütfen her bir madde için yalnızca bir seçenek işaretleyiniz.		**Hiçbir Zaman**	**Nadiren**	**Bazen**	**Sık Sık**	**Her Zaman**
HOŞUMA GİTMEYEN BİR OLAY YAŞADIĞIMDA	1. Suçlunun ben olduğunu düşünürüm.	1	2	3	4	5
	2. Olanları kabul etmek zorunda olduğumu düşünürüm.	1	2	3	4	5
	3. Olanlarla ilgili neler hissettiğimi tekrar tekrar düşünürüm.	1	2	3	4	5