

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ
ÜSTÜN ZEKALI ÇOCUKLARIN YAŞADIĞI PSİKOLOJİK SORUNLAR
ÖRNEK OLAY ÇALIŞMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Perihan KESKİN DEMİR

Psikoloji Anabilim Dalı
Psikoloji Bilim Dalı

Kasım, 2019

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ



**DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ
ÜSTÜN ZEKALİ ÇOCUKLARIN YAŞADIĞI PSİKOLOJİK SORUNLAR
ÖRNEK OLAY ÇALIŞMASI**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Perihan KESKİN DEMİR

(Y1812.272012

Psikoloji Anabilim Dalı

Psikoloji Bilim Dalı

Tez Danışmanı: Dr.Öğr.Üyesi Engin EKER

Kasım, 2019

T.C.
İSTANBUL AYDIN ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ



YÜKSEK LİSANS TEZ ONAY FORMU

Psikoloji Anabilim Dalı Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programı Y1812.272012 numaralı öğrencisi Perihan KESKİN DEMİR'in "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Üstün Zekalı Çocukların Yaşadığı Psikolojik Sorunlar Örnek Olay Çalışması" adlı tez çalışması Enstitümüz Yönetim Kurulunun 03.10.2019 tarihli ve 2019/23 sayılı kararıyla oluşturulan jüri tarafından oybirliği/oyçokluğu ile Tezli Yüksek Lisans tezi 08.11.2019 tarihinde kabul edilmiştir.

<u>Unvan</u>	<u>Adı Soyadı</u>	<u>Üniversite</u>	<u>İmza</u>
ASIL ÜYELER			
Danışman	Dr. Öğr. Üyesi	Engin EKER	İstanbul Aydın Üniversitesi
1. Üye	Dr. Öğr. Üyesi	Şahide Güliz KOLBURAN	İstanbul Aydın Üniversitesi
2. Üye	Prof. Dr.	Kadriye Esin CANTEZ	İstanbul Kent Üniversitesi
YEDEK ÜYELER			
1. Üye	Dr. Öğr. Üyesi	Elif Özge ERBAY	İstanbul Aydın Üniversitesi
2. Üye	Dr. Öğr. Üyesi	Derya DENİZ	İstanbul Kültür Üniversitesi

ONAY

Prof. Dr. Ragıp Kutay KARACA
Enstitü Müdürü

YEMİN METNİ

Yüksek Lisans tezi olarak sunduğum “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Tanısı Almış Üstün Zekalı Çocukların Yaşadığı Psikolojik Sorunlar Örnek Olay Çalışması” isimli çalışmanın, tezin proje safhasından sonuçlanmasına kadar ki bütün süreçlerde bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurulmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynaklarda gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve onurumla beyan ederim. (12/10/2019)

Perihan KESKİN DEMİR

ÖNSÖZ

Tez çalışmamın, her aşamasında bilgi ve deneyimleri ile desteğini esirgemeyen, hem tez dönemimde hem de eğitim sürecinde bana yol gösteren danışmanım Sayın Dr.Engin EKER hocam, ihtiyacım olduğunda zaman ayırıp bıkmadan yardımlarını esirgemeyen ve önemli katkılarda bulunduğu için kendisine Teşekkür ederim.

Kasım, 2019

Perihan KESKİN DEMİR

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	iii
İÇİNDEKİLER	iv
ÇİZELGELER LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
ABSTRACT	ix
1.GİRİŞ	1
1.1.Araştırmanın Konusu	1
1.2.Araştırmanın Amacı	1
1.3.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları.....	2
2.KAVRAMSAL VE KURUMSAL ÇERÇEVE.....	3
2.1.Tanım.....	4
2.2.Alt Tipleri ve Klinik Görünüm.....	5
2.3.Klinik Gidiş	6
2.4.Tarihçe	7
2.5.Epidemiyoloji	9
2.6.Tanı Kriterleri.....	10
2.6.1.DSM 5' e göre tanı kriterleri.....	10
2.6.2.ICD-10 tanı kriterleri	13
2.7.Eş Tanı.....	16
2.8.Psikiyatrik Eş Tanılar	16
2.9.Etyoloji	17
2.9.1.Nörokimyasal etkenler.....	17
2.9.2.Genetik etkenler.....	18
2.9.3.Çevresel etkenler.....	19
2.9.4.Biyokimyasal etkenler	19
2.9.5.Yapısal etkenler	19
2.9.6.Psikososyal etkenler ve aile özellikleri.....	20
2.9.7.Diğer etkenler	20
2.10.Tedavisi	21
2.11.Üstün Zekalı Çocuklar.....	23
2.1.1.Özellikleri	23
2.1.2.Yaşadıkları genel sorunlar	29
3.YÖNTEM.....	35
3.1.Örnekleme	35
3.2.Veriler Toplama ve Yöntem	35
4.BULGULAR	37
4.1.Araştırmanın Bulguları	37
4.1.1.Katılımcıların demografik bilgileri.....	37
4.1.2.Katılımcıların DEHB tanısı almış üstün zekâlı çocukların psikolojik sorunlarına ilişkin görüşleri	38

4.1.3.Katılımcıların DEHB tanısı almış üstün zekâlı çocukların ailelerinin psikolojik sorunlarına ilişkin görüşleri	49
5.TARTIŞMA VE SONUÇ.....	54
ÖNERİLER	61
KAYNAKLAR	63
ÖZGEÇMİŞ.....	69

ÇİZELGE LİSTESİ

Çizelge 4.1: Katılımcıların Demografik Özellikleri	37
Çizelge 4.2: DEHB Tanısı Almış Üstün Zekalı Çocukların Psikolojik Sorunlarına ilişkin Ailelerinin Görüşleri	39
Çizelge 4.3: DEHB Tanısı Almış Üstün Zekâlı Çocukların Psikolojik Sorunları Karşısından Ailelerin Tutumlarına İlişkin Görüşleri	40
Çizelge 4.4: DEHB Tanısı Almış Üstün Zekalı Çocukların Psikolojik Destek Alma Durumlarına İlişkin Ailelerin Görüşleri	42
Çizelge 4.5: DEHB Tanısı Almış Üstün Zekalı Çocukların Psikolojik Sorunlar Yaşadığı Ortamlara ilişkin Ailelerinin Görüşleri.....	43
Çizelge 4.6: Ailelerin Çocuklarının Psikolojik Sorunları Olduğu Kanısına Nereden Vardıklarına İlişkin Görüşleri	45
Çizelge 4.7: DEHB Tanısı Almış Üstün Zekâlı Çocukların Ailelerinin Yaşadıkları Psikolojik Sorunlara İlişkin Görüşleri	50
Çizelge 4.8: Ailelerin Psikolojik Destek Almalarına İlişkin Görüşleri	51
Çizelge 4.9: Katılımcıların Akrabalarında Benzer Davranış Özelliği Gösteren Kişiler Olup Olmadığına İlişkin Görüşleri	52

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 2.1: DEHB Neden Olan Etkenler	17
Şekil 2.2: Üstün Zekâlı Çocukların İncelendiği Başlıklar (Öğretici, 2017).	25
Şekil 2.3: Görsel ve Gösteri Alanları.....	28
Şekil 2.4: Üstün Zekâlı Bireylerde Meydana Gelecek Sorunlar	30

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ ÜSTÜN ZEKALİ ÇOCUKLARIN YAŞADIĞI PSİKOLOJİK SORUNLAR ÖRNEK OLAY ÇALIŞMASI

ÖZET

Üstün zekaya sahip olan çocuklar duyarlı bir sinir sistemine sahip olmalarından dolayı normal gelişimdeki çocuklardan farklı bazı özelliklere sahiptir. Bu durum hareketli olmak, soru sorma, tartışma, bağımsız davranma ve otoriteyi sorgulama şeklinde görülmektedir. Okul gibi yapılandırılmış ve sık bulunan ortamlarda bu davranışlar şiddetini daha fazla arttırmaktadır. Günümüzde Dehb tanısı almış üstün zekalı çocuklar ile ilgili araştırma sürmektedir. İki kere farklı üstün zekalı çocukların özelliklerinin bilinmesi, sosyal ortamda hem onları fark edebilmeleri hem de nasıl davranılması gerektiğinin bilinmesi açısından bu araştırma önemlidir.

Ülkemizde bu alanda yeterli sayıda araştırmanın bulunmaması bu çocukların doğru şekilde tanımlanması ve yönlendirilmesi konusunda sıkıntılara yol açmaktadır. Bu tarz çocukların gösterdikleri davranışlar bireyi, ailesini, çevresini ve hayat kalitesini belirgin şekilde etkilemektedir. Bu çalışma da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün zekâlı çocukların yaşadığı psikolojik sorunlar örnek olay çalışması ile incelenmektedir. Araştırma sonucunda çocukların kendisini kabul ettirme davranış içerisinde oldukları, sürekli hareket halinde oldukları, bunun yanında içine kapanık halde yaşadıkları, sosyal hayatında yaşadıklarını kimseyle paylaşmadıkları, sürekli taktir görmek ve en iyisi olmak gayreti içinde oldukları görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: *Dikkat Eksikliği, Hiperaktivite Bozukluğu, Üstün Zekalı, Psikolojik Sorun.*

**PSYCHOLOGICAL PROBLEMS IN CHILDREN WITH GIFTED
CHILDREN WITH ATTENTION DEFICIT HYPERACTIVITY DISORDER
CASE STUDY**

ABSTRACT

Children with superior intelligence have different characteristics than children in normal development because they have a sensitive nervous system. This situation is seen as being active, asking questions, discussing, acting independently and questioning authority. In structured and common settings such as schools, these behaviors increase the severity more. Thus, such children are considered as children with attention deficit and hyperactivity disorder.

In addition, there are children with giftedness and attention deficit disorder and hyperactivity disorder. Lack of sufficient research in this area in our country causes problems in correctly identifying and directing these children. The behaviors of these children significantly affect the individual, family, environment and quality of life. In this study, in this study, psychological problems experienced by gifted children diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder are examined with case study. As a result of the research, it was seen that the children were in a behavior of acceptance, they were always on the move, they were also withdrawn, they were not sharing with anyone in their social life, they were always trying to appreciate and be the best.

Key Words: *Attention Deficit, Hyperactivity Disorder, Gifted, Psychological Problem.*

1.GİRİŞ

Bu çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün zekâlı çocukların yaşadığı psikolojik sorunlar örnek olay çalışması üzerinden incelenmektedir. Bu kapsamda hazırlanan çalışma dört bölümden oluşmaktadır. Çalışmanın birinci bölümünde araştırmanın problemi, önemi, sınırlılıkları ve varsayımları belirtilmektedir. Çalışmanın ikinci bölümünde Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun tanımı, alt tipleri ve klinik görünümü, tarihçesi, epidemiyolojisi, tanı kriterleri, etiyolojisi ve tedavisi konuları ele alınmaktadır.

Çalışmanın üçüncü bölümünde üstün zekâlı çocuklar başlığı altında üstün zekalı çocuk tanımı, özellikleri ve üstün zekalı çocukların yaşadıkları genel sorunlar incelenmektedir. Çalışmanın dördüncü ve son bölümü ise uygulama bölümüdür. Bu bölümde örneklem dahilinde elde edilen bulgular mülakat analizi yöntemi ile incelenmektedir.

1.1.Araştırmanın Konusu

Her çocukta farklı şiddette ve farklı belirtilere neden olabilecek dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) çocukta bu durumlara bağlı olarak olumsuz sonuçlara neden olabilmektedir. Bu çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün zekâlı çocukların yaşadıkları psikolojik sorunların örnek olay üzerinden incelenmesini konu edinmektedir.

1.2.Araştırmanın Amacı

Günümüzde Dehb tanısı almış üstün zekalı çocuklar ile ilgili araştırma sürmektedir. İki kere farklı üstün zekalı çocukların özelliklerinin bilinmesi, sosyal ortamda hem onları fark edebilmeleri hem de nasıl davranılması gerektiğinin bilinmesi açısından önemlidir.

Bu çalışmada dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün zekâlı çocukların ve ailelerinin yaşadıkları psikolojik sorunların incelenmesi amaçlanmaktadır. Bu kapsamda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış

üstün zekâlı çocukların ve ailelerinin ne tür psikolojik sorunlar yaşadıkları, bu psikolojik sorunların hangi durumlarda ortaya çıktığı ebeveynlerin bu konudaki tutumları incelenmektedir.

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), son derece önemli sosyal, psikiyatrik ve akademik sorunlara neden olabilen ve olumsuz etkileri hayat boyu sürebilen önemli bir hastalıktır. Toplumda görülme sıklığı %5-7 gibi çok yüksek oranda olan bu hastalığın çocuklukta başlayarak %60-70 oranında, yetişkinlikte de devam edebilen bir rahatsızlık olduğu belirtilmektedir (npistanbul.com, 2019).

Üstün zekalı çocuklar ise toplumda gizli halde olan ve keşfedilmeyi bekleyen değerli maden gibi topluma hizmet etmeye aday gönüllülerdir (Bilgen Sivri ve Yıldız, 2016). Ancak bu çocuklar olumsuz şartlardan dolayı doğuştan gelen bu yeteneklerini kaybetmekte ya da bazı duygusal ve sosyal problemlerle karşı karşıya kalmaktadır.

1.3.Araştırmanın Sınırlılıkları ve Varsayımları

Her sosyal araştırmada olduğu gibi bu araştırmada da zaman ve verilerden kaynaklanan bazı sınırlılıklar bulunmaktadır. Bunlar;

- Araştırma dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış 4 üstün zekâlı çocuk ve 4 anne-baba ile sınırlandırılmıştır.
- Anket soruları 8 soru ile sınırlandırılmıştır.
- Bunun yanında;
- Anket sorularının dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün zekâlı çocuklar ile anne ve babalarının yaşadıkları sorunları ölçtüğü varsayılmaktadır.
- Katılımcıların sorulara samimi ve doğru cevap verdikleri varsayılmaktadır.

2.KAVRAMSAL VE KURUMSAL ÇERÇEVE

İki kere farklı olmanın ebeveyn ve öğretmenler için en şaşırtıcı yanı, inanılması ve kabullenmesi zor bir durum olarak algılanmasıdır. Özel eğitime muhtaç olan çocuklara sahip olan tüm ailelerin gösterdikleri ilk inkâr tepkisi, iki kere farklı olan çocuklar için de geçerlidir. Zira bu durum ebeveyn gözünde ilk başta pek de mümkün görünmemektedir. Bir yandan olumsuz bir durum nedeniyle özel eğitime muhtaç olan çocukları, başka bir yandan yaşıtlarına göre çok daha ileri düzeyde bazı yeteneklere ve becerilere sahiptir. Bu durum gerçekten de açıklanması ve kabullenmesi zordur. Ancak bu aileler yine de şanslı olanlardır çünkü iki kere farklı olup da hiç fark edilmeyen çocuklar da bulunmaktadır. (Taşçılar, 2014)

Zihinsel olarak iki kere farklı olan üstün zekâlı çocuklar, kuvvetli yönlerinin yanı sıra dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, öğrenme güçlüğü, asperger gibi zihinsel sorunlar yaşayan çocuklardır. Bu çocuklar için farklı zihinler terimini kullanan (Lovecky,2004) özellikle dikkat, iletişim, sözel olmayan beceriler, hafıza gibi alanlarda sorun yaşadıklarını vurgulamaktadır. Sorun ne olursa olsun bu çocukların kabul edilmesi fiziksel olarak iki kere farklı olan üstün zekâlı ve yetenekli çocuklara göre çok daha zordur. Sahip oldukları sorun, üstün zekâlılıklarını maskeleymektedir, böylece bu çocukların kuvvetli olduğu yönler sıklıkla fark edilmemektedir.

Güçlü bir özgüvenin çocukların öğrenmeleri ve sosyal ilişki kurmaları üzerinde olumlu etki yaptığı görüşünde birleşir. (Beil, 2003) Dolayısıyla iki kere farklı üstün zekâlı çocukların yaşadıkları bu süreçte özsaygılarını azar azar kaybederken sosyal kaygılarında da artış baş göstermeye başlamaktadır. Ebeveynler sıkı kurallar, tutarlı sınırlandırmalar ve uygun ebeveyn-çocuk mesafesi koymalı ve korumalıdır. Yaşıtlarıyla olan arkadaşlığı koruması için olumlu sosyal beceriler geliştirmelidir. (Arthur, 2014) Bu çocukların güçlü yanlarından faydalanılarak zayıf taraflarının desteklenmesi duygusal açıdan onlara iyi gelecek bir yaklaşımdır. Okullarda bu çocuklar için, her çocuğun gelişim özelliklerine uygun, kısa ve uzun vadeli hedefler belirlenerek oluşturulan Farklılaştırılmış Öğretim ile oldukça anlamlı ilerlemeler kaydedildiğini biliyoruz. Sınıf öğretmenin sınıf içerisinde yine bireysel farklılıkları

göz önünde bulundurarak yönerge vermesi, açık, kısa ve net ifadelerden oluşan cümleler kurması önemlidir. Bilgi verirken göz kontağı kurmak, bir seferde sınırlı bilgi vermek, yeni bir işe başlamadan önce diğerlerini gözlemesine olanak tanımak, öğretmene yakın oturtmak, yönergeleri net ifadelerle yazılı olarak vermek, farklı duyu kanallarını kullanmak, büyük görevleri küçük parçalara bölmek (bir sayfalık metin yerine büyük punto ile yazılmış bir paragraf üzerinden çalışmak), ödüllendirmeyi, akran desteğini, işbirliğine dayanan etkinlikleri kullanmak, yaptığı işi anlamlı kılmak, organize olmaları için destek sağlamak, teknolojiyi kullanma konusunda desteklemek, yazılı ödevler kadar çeşitli proje çalışmaları, kendisini farklı şekilde ifade edebileceği (resim yapma, sesini kaydetme, video çekme vb.) yöntemler sunmak yapılabilecek uygulamalardandır. Aileler genellikle bu “zor” çocuklarla baş edebilmeyi öğrenmek için yardıma ihtiyaç duymaktadır. Aile destek grupları onlara ihtiyaç duydukları desteği ve morali sağlamaya çok elverişlidir. Birbirlerininine benzer deneyimler yaşayan insanlarla iletişim kurmaları, destek grubuna çağrılacak uzman konuşmacıları dinlemeleri gruba katılacak anne -babalar için çok yararlı olacaktır. Ebeveynler çocuklarının sorunlarını, onlara evde nasıl yardımcı olabileceklerini, çocukların özel ihtiyaçlarını öteki aile bireylerine, arkadaşlarına nasıl ileteceklerini öğrenmelidirler. (Yazgan, 2016) Dolayısıyla iki kere farklı üstün zekalı çocukların duygusal olarak kendilerini değerli ve iyi hissedecekleri sosyal bir ortam içerisinde olmaları öğrenme hızlarını arttıracaktır.

2.1.Tanım

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olarak bilinen hastalık kendisini çocuğun 7 yaşından önce göstermektedir. Çocukta 7 yaşında başlayan aşırı heyecan ve dürtüsel davranışlar, yaşına uygun olmayacak derecede aşırı hareketlilik olarak gösteren bu bozukluk nöropsikiyatrik bir süreçtir (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2007). Bu hastalık süreci çocukta birçok alanın ortak etkisine bağlı olarak gelişmektedir. Dikkat, konsantrasyon, hareketlilik, dürtü kontrolü gibi birbiriyle ilişkili farklı alanların birbirine olumsuz etki etmesi sonucu gelişmiştir ve genellikle çocukluk çağında görülen en yaygın hastalık olarak bilinmektedir. Psikiyatrik bozukluk olarak algılanan bu durumun etyolojisi ve patofizyolojisi tam olarak netleştirilememiştir. Bundan dolayı da tedavi süreci ne yazık ki tam olarak istenen şekilde

oluşturulamamıştır. Ancak yapılan tedaviler işlevselliği biraz daha düzenli hale getirmesi sonucu araştırmacıların ilgisini çekmiştir (Öztürk, 2015).

2.2.Alt Tipleri ve Klinik Görünüm

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB)nun bilinen üç tipi vardır. Bunlar klinik içinde ve klinik dışında farklı özellikler göstermektedirler. Ancak en temelde inceleme yapılırken bu üç tip üzerinden genel değerlendirmelerde bulunmaktadır.

- **Dikkatsizliğin Önde Olduğu Tip:**

Bu aşamada kişide dikkat eksikliğine dair tanılar bulunmaktadır ancak hiperaktivite ve dürtüsel ölçütler bu aşamada tam olarak görülmemektedir (Şener vd., 1994). Çocukların akademik başarı durumları zeka düzeyleri ile doğru orantılıdır. Bu noktadan bakıldığında dikkatsizliğin önde olduğu bu düzey kızlarda erkeklere oranla daha fazla görülmektedir (Bieman vd., 2002; Touzin, 2001).

- **Aşırı Hareketliliğin ve Dürtüsellüğün Önde Geldiği Tip:**

Dikkat eksikliği alt tipi olan bu tipde genel olarak değerlendirmeler erken yaşlarda bulunmaktadır. Erken yaşlarda bu tipe dair belirtilerden yola çıkarak bir takım ön görülerde bulunulabilmektedir. Erken yaşlarda ortaya çıkan ya da erken yaşlarda belirtileri görülen dikkat eksikliğinin bu tipinin en önemli özelliği yaşın artışına bağlı olarak motor beceriler, hareketlilik kendisini duygusal bozukluğa bırakmaktadır. Bu durumda duygusal olarak bozukluk yaşayan çocuk kendisinin engellenmesine olanak tanımamaktadır. Bu durum erkek çocuklarda kızlara göre daha fazla gözlenmektedir (Biedman, vd., 2002; Weis vd., 2022; Touzin, 2001).

- **Bileşik Tip:**

Hem hareketlilik hem de duygusal bozukluk belirtilerinin ikisinde aynı düzeyde görülmektedir. Bu tip dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu durumu hem kız çocuklarında hem de erkek çocuklarında hemen hemen eşit düzeyde görülmektedir (Tahiroğlu vd., 2005).

Bu alt tip dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluklukları klinik ortamda ve klinik dışı ortamlarda farklı özellikler göstermektedirler. Özellikle klinik ortamlarda DEHB tipleri arasında en sık rastlanan tip Birlieşik tiptir. Ancak toplumsal bir ortamda ya da

sosyal hayatta karşılaşılan tip ise dikkat eksikliğinin baskın olduğu tiptir (Lahey vd., 2003; Gaub vd., 1997).

Yapılan klinik çalışmalara göre DEHB'nin alt tipleri arasında bulunan aşırı hareketliliğin baskın olduğu tip genellikle okul öncesi ve ilköğretim öğrencileri arasında görülmektedir. Çocukluk döneminin okul çağına ve okul çağına da erken dönemlerine denk gelen bu aşama çocukların hareketlilik durumlarının en yüksek olduğu aşama olarak bilinmektedir. Yine DEHB'nin bir diğer alt tipi olan bileşik tip genellikle ilköğretim yıllarının ilk ve orta yıllarında genel olarak gözlemlendiği görülmektedir. Bir diğer tip olan dikkat eksikliğinin baskın olduğu DEHB'nin alt tipi ise genellikle ilk öğretimin son yıllarında ve lise yıllarında daha fazla görüldüğü yapılan çalışmalarda ortaya çıkmıştır (Weiss ve Weiss, 2002). Alt tiplerin cinsiyet üzerinde etkileri ya da cinsiyetle alt tipler arasındaki ilişki, çeşitli çalışmalarla ortaya konmuştur, bu konuda belli başlı çalışmalar yapılmıştır.

2.3.Klinik Gidiş

DEHB'yi olumlu ve olumsuz etkileyen belli başlı faktörler bulunmaktadır. Bu faktörler arasında aşağıda sıralanan faktörler DEHB'yi olumlu etkilemektedir.

- Entelektüel kapasitenin mümkün olduğu kadar iyi durumda olması,
- Öğrenme güçlüğü'nün sınırlı olması,
- Kişinin geçmiş başarı hikayeleri,
- Kadın olma durumu,
- DEHB'nin alt tipi olan dikkat eksikliğinin baskın olduğu tipin görülüyor olması,
- Dürtüsel durumların daha az olması,
- DEHB'li kişiyi etkileyen çevrenin olması bu çevrenin dikkat eksikliği konusunda olumlu etkilemesi.

Yukarıda sayılan faktörler DEHB prognozunu olumlu şekilde etkilemektedir. Bunun yanında bu durumu olumsuz etkileyen faktörlerde bulunmaktadır. Aşağıdaki faktörler DEHB prognozunu olumsuz etkileyen faktörler sıralanmıştır.

- Duygu durumunda görülen ağır labilite,

- Aşırı derece impulsivite,
- Psikiyatrik komorbidite,
- Madde bağımlılığı,
- Bilişsel yetenek ve düzeyin sınırlı ve geri olması,
- Kişinin tekrar tekrar yaşadığı başarısızlık durumu,
- Kişinin yaşadığı moral bozuklukları.

Yukarıda DEHB’prognozunu olumlu ve olumsuz etkileyen faktörler sıralanmaktadır. Bu tür faktörlerin kişinin DEHB durumunu etkilediğini herhangi bir kişinin bu tür bir bozuklukla karşılaşmamak için yukarıdaki olumsuz durumları yaşamaktan geri durması gerekmektedir. Elinde olmayan sebeplerden dolayı yaşanan bu tür durumlar söz konusu olduğunda da mümkün merteye etkisini en az seviyede göstermesi için çaba sarf etmesi gerekmektedir (Wender vd., 2001; Turgay, 2001; Goldstein vd., 2002).

Yapılan araştırmalarda görülmektedir ki DEHB’i olan erişkin bireylerin çok az bir kısmı erişkinlik çağını problem yaşamadan geçirmektedirler. Ancak yarısından fazlası erişkinlik döneminde sosyal hayatlarında, iş ve meslek hayatında, aile yaşamlarında, akademik başarılarında genel olarak yoğun ya da az farklı düzeylerde sorunlar yaşamaktadırlar (Wender vd., 2001; Turgay, 2001; Goldstein vd., 2002).

2.4.Tarihçe

1902 yılında bir takım araştırma ve inceleme yapan George Still, insanların duygulanımlarının ve davranımlarının sorunları üzerine değerlendirme ve gözlemler yapmıştır. Bu alandaki gözlemlerine göre duygulanım ve davranımlarında bozukluk olan çocuklarla huzursuzluk yaşayan ve dürtüsel davranan aynı zamanda dikkatsiz çocukları tarif etmiştir. Bu bozuklukların kronik olduğunu savunan Still bu durumu karşılamak için *Ahlaki Kontrol Bozukluğu* teşhisini kullanmıştır. Bu durumda yapılan araştırmalar neticesinde ilk defa bu bozukluğun erişkinlik döneminde de devam edeceğine yönelik bir öngörü şeklinde ortaya konulmuştur. DEHB ilk defa Still tarafından kalıtsal olarak ifade edilmiştir ancak 1960’lı yıllarda kronik çocukluk çağı sorunlarının erişkinlikte de devam edeceğine dair çalışmalar yapılmıştır (Doyle vd., 2006; Barkley vd., 2008).

İnfluenza pandemisi ve ensefalitis letarjika epidemisi gibi hastalıklardan sonra özellikle 1919-1920 yıllarında yaşayan çocuklarda Still tarafından tanımlanan davranım ve duygulanım bozukluğu yaşayan bireyler ortaya çıkmıştır. Bu sorunu yaşayan çocuklar için *Minimal Beyin Hasarı Sendromlu* çocuklar ifadesi kullanılmıştır. Ancak bu teşhisin adlandırılması, beyin etrafında şekillendiği için beyin hasarı ifadesi kaldırılmıştır. Beyin hasarı ifadesinin kaldırılmasından sonra özellikle 1960'lı yılların ilk çeyreğinde *Minimal Beyin Disfonksiyonu* olarak adlandırılmıştır. Ancak bu adlandırmanın da yerinde olmadığından dolayı zaman içerisinde bu ifade de değiştirilmiştir (Hechtman vd., 2007).

DEHB'nin ortaya çıktığı ve araştırmaların ilk dönemlerinde erişkinlerin üç farklı türden bozukluk yaşadıkları üzerinde durulmaktadır. Bu dönemde ilk olarak erişkinlerde *Hiperaktivite* ve *Minimal Beyin Disfonksiyonu* semptomları ile karşılaşılmaktadır. İkinci olarak bu dönemde yapılan araştırmalarda ailesinde hiperaktif çocukların bulunduğu ebeveynlerin de hiperaktif olduğu gözlemlenmiştir. Aynı zamanda bu çocukların erişkinlik dönemlerinde sosyopati, histeri ve alkol bağımlılığı gibi sorunlar da görülmektedir. Üçüncü olarak hiperaktif çocukların kan bağı bulunan anne ve babalarında yani biyolojik ebeveynlerinde dikkat ve dürtülerini kontrol etme noktasında bozuklukların olduğu yapılan çalışmalarda ortaya çıkmıştır. Bu ebeveynlerin dürtülerini kontrol etmekte zorluk yaşamaktadırlar ve aynı zamanda dikkatlerini toparlamakta güçlük çekmektedirler. Bu konuda anormal davranışlar sergilemektedirler.

Psikiyatristler DEHB'nin erişkinlikte görülmesine karşın tedavi konusunda bir çok yöntem denemişlerdir ancak tedavide ilk uyarıcıların önerilmesi 1990'lı yılları bulmuştur. DEHB'li bireyde tanının konulma süreci ve ölçütlerinin neler olması gerektiğine dair ilk çalışmayı Paul Wender yapmıştır (Barkley vd., 2008).

Hastalıkların sınıflandırılmasının yapıldığı ve hemen her yeni hastalığın ortaya çıkmasına bağlı olarak yeni edisyonlarının basıldığı uluslar arası sınıflandırmaların aktarıldığı *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı'nın* 2. Baskısında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu *Çocukluğun Hiperkinetik Sendromu* ve ya *Hiperaktif Çocuk Sendromu* şeklinde tanımlanmıştır (World Health Organization, 1978; American Psychiatric Association, 1968).

Yukarıda adı geçen uluslar arası hastalık sınıflandırması kitabının üçüncü baskısında yapılan yeni değerlendirmeler sonucunda söz konusu duygulanım ve davranış bozukluğu *Dikkat Eksikliği Bozukluğu* şeklinde adlandırılmıştır. Hastalıkların tasnif edildiği kitabın bu baskısında dikkat eksikliği bozukluğunun üç alt tipinin olduğu ifade edilmiştir. Bunlar;

- Hiperaktivite ile birlikte olan dikkat eksikliği,
- Hiperaktivite ile birlikte olmayan dikkat eksikliği,
- Rezidüel tip.

Bu üç tip arasında üçüncü tip genellikle yetişkinleri ya da rahatsız edici şikayetleri olup bu dikkat eksikliği bozukluğunun tüm özelliklerini içerisinde barındırmayan tiptir (American Psychiatric Association, 1980).

Hastalıkların uluslar arası düzeyde sınıflandırıldığı kitabın üçüncü baskısının yeni gözden geçirilmiş haliyle hastalık *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu* şeklinde ifade edilmeye başlanmıştır. Bu isimlendirmeye birlikte hem özellikleri hem de semptomları tam olarak ifade edilmeye başlanmış ve daha belirgin hale getirilmiştir. Bu noktadan bakıldığında gün geçtikçe hastalığın adlandırılmasıyla birlikte hem teşhisi hem de tedavisi konusunda da önemli gelişmeler yaşandığı gözlemlenmektedir. Çünkü teşhis yapılması aynı zamanda hastalığın sebeplerinde ortaya konulması anlamına gelmektedir. Sebeplerin tespit edilmesi tedaviyi de kolaylaştırmaktadır. Hastalıkların teşhisi ile ilgili kitabın dördüncü sayısında bir önceki sayıda önerilen tanısal özelliklerin geliştirilmesine dair çalışmalar yapılmış ve en son haliyle günümüzdeki tanısal özellikler ortaya çıkmıştır (Koroğlu, 2007).

2.5.Epidemiyoloji

Dünyada ve ülkemizde DEHB'nin yaygınlık düzeyinin belirlenmesi için yapılan çalışmalar bulunmaktadır. Bu çalışmaların sonuçları değerlendirildiğinde bir takım analizler ve epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Genel çalışmaların beş yıllık sonuçları karşılaştırılmıştır. Yapılan bu karşılaştırmalı metaanalize göre dünya genelinde DEHB prevalansı % 5.29 şeklinde ifade edilmiştir (Polanczyk vd., 2007). Yapılan araştırmadan beş yıl sonra aynı değerlendirmeler alınmış ve 2012 yılında elde edilen verilere göre DEHB prevalansı % 5.9-7.1 şeklinde gerçekleşmiştir (Willcutt vd., 2012). Beş yıllık karşılaştırma durumu kontrol edildiğinde ciddi bir

artış görülmüştür. Bu artışın en önemli sebebi metodolojik etkenlerdir. Yöntemsel değişiklikler ve yöntemsel farklılıklar DEHB bozukluk düzeyindeki oranın artmasına neden olmuştur (Polanczyk vd., 2014).

Ülkemizde DEHB konusunda yapılan değerlendirmelere göre epidemiyolojik çalışmalar yapılmıştır. Bu çalışmaların sonuçları dünya geneline göre oldukça fazla olduğu görülmüştür. Ülkemizde yapılan çalışma sonucuna göre oran % 13.38 şeklinde ortaya çıkmıştır (Ercan vd., 2013). Yine ülkemizde yapılan ilkökul çağı çocukları üzerine yapılan çalışmalara göre oran % 11-13 şeklinde ortaya çıkmıştır (Baysal vd., 2017). İlkokul çağıdaki çocuklar üzerinde yapılan araştırma sonuçları ile dünya genelindeki bu çağ çocuklarında görülen DEHB oranları benzer oranlarda olduğu ortaya çıkmıştır.

DEHB'nin belirti düzeyleri incelendiğinde bu durumun sosyal hayat içerisinde karşılaşılan DEHB alt tipi dikkat eksikliğinin baskın olduğu alt tiptir. Bu tipin görünme oranı diğer tiplere göre daha fazladır. Kliniğe başvuran DEHB'liler arasında ise DEHB alt tipleri arasında en yüksek oranlı alt tipi birleşik görünümlü tiptir. Bileşik oranlı tipe klinik düzeyinde karşılaşma oranı yüksek iken dikkat eksikliğinin baskın olduğu tipe daha çok sosyal toplumsal alanda karşılaşılmaktadır (Willcutt vd., 2012).

DEHB'liler üzerinde yapılan araştırmaların erkek kız oranlarına göre değerlendirildiğinde klinik ortamında ve sosyal hayatta görülme durumları farklılık göstermektedir. Bu durumda erkeklerin kızlara oranla klinik ortamda 9/1'lik bir orana sahip iken sosyal ortamda erkeklerin kızlara oranı 3/1 lik bir oran şeklinde olduğu görülmektedir (Polanczyk vd., 2007).

2.6.Tanı Kriterleri

DEHB belirli türden ölçütlerle tespit edilmesi gerekmektedir. Bunlar DSM-5 (45)ve ICD-10 ölçütlerle tespit edilmektedir (World Health Organization, 1993).

2.6.1.DSM 5' e göre tanı kriterleri

Aşağıdaki tanı ölçütlerinden 1 vey 2 sinde belirli türden işlevsellik, dürtüsellik ve gelişimin bozulma durumu gibi devamlı gerçekleşen bir takım sorunlar meydana gelmesi gerekmektedir.

Dikkatsizlik:

Aşağıdaki belirtiler en az altı ay devam etmesi gerekmektedir ve bunlarında kişinin sosyal, iş ve aile hayatını olumsuz etkilemesi gerekmektedir. Bu belirtiler insan hayatına doğrudan etki etmektedir. Aynı zamanda bu belirtiler yalnızca karşıt olma durumu değildir. Düşmanca davranmanın bir dışa vurumu şeklinde değil, yaş ilerlemiş olan gençlerde aşağıdaki belirtilerden en az beş tanesinin görülmesi gerekmektedir.

- Zaman kişi ayrıntılarla çok fazla vakit geçirmez ve ayrıntılarda sürekli dikkatsizce davranır. Bunun yanında okul, ev ve iş hayatındaki etkinliklerde dikkatsizce hatalar meydana getirir.
- Kişi çoğu zaman oyun oynarken ya da iş yaparken dikkatini toparlayamaz.
- Kendisine karşı doğrudan iletişim kurulduğunda karşıdan bakıldığı zaman dinlemiyormuş gibi anlaşılmaktadır.
- Kendisine verilen herhangi bir ödevi tamamlayamaz iş yerinin kendisinden beklediği bir işi tamamlayamaz ve işin ya da ödevin nasıl yapacağını belirlediği yönergeyi uygulamada zorluk çeker.
- İşlerin düzenlenmesinde ya da etkinliklerin planlanmasında zorluk çekmektedir.
- Zihinsel çaba isteyen herhangi bir işin gerçekleştirilmesinde görev almaz bu işlerden kaçınmaktadır.
- İşleri için ve etkinlikleri için gerekli olan malzemeleri çoğu zaman kaybetmektedir.
- Herhangi bir işi yaparken çevreden gelen uyaranlara karşı dikkati hemen dağılmaktadır.
- Günlük yapılacak etkinliklerde ve işlerde unutkanlık yaşamaktadır.

Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik:

Bireyin gelişimsel düzeyine uymayan bir süreçte ilerlemesi ve her bir belirtinin en az altı aydır görülmesi gerekmektedir. Bu belirtilerde tıpkı dikkatsizlik belirtileri gibi

belirli bir düşmanca tavırdan dolayı ya da tepkisel olmasından değil bunların bir davranış şeklini almasına bağlı olması gerekir.

- Birey çoğu zaman oturduğu yerde kıvranmaya başlamaktadır ve çoğu zamanda ellerini ya da ayaklarını vurmaya başlamaktadır.
- Birey çoğu zaman oturması beklendiği durumda oturmamaktadır ve oturuyorsa ayağa kalma eğilimindedir.
- Uygunsuz ortamlarda ortalıkta koşturmaktadır veya bir şekilde herhangi bir yere tırmanmaya çalışmaktadır.
- Boş zaman etkinlikleri planlandığında bunun uygulanma aşamasında çoğu zaman sessiz davranmakta zorluk çekmektedir ve sessiz yapılan hiçbir etkinliğe katılamamaktadır. Sessiz oyunlar oynayamaz.
- Çoğu zaman hareket halindedir. Kendisine motor takılmış gibi hiçbir şekilde durmadan hareket etmektedir.
- Genellikle aşırı derecede konuşmaktadır.
- Kendisine sorulan sorular henüz tamamlanmadan cevap verme eğilimindedir.
- Herhangi bir şeyin sırasına girdiğinde sırasını beklemekte zorluk çeker. Kendisine sıra gelmesini bekleyemez
- Herhangi bir konuşma anında karşıdaki kişinin sözünü kesmektedir ve her zaman araya girmektedir.

On iki yaşından önceki herhangi bir dönemde aşırı hareketlilik dürtüsellik belirtisi yaşamıştır.

Bir kaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik dürtüsellik belirtisi birden çok ortamda meydana gelmiştir.

Bu belirtiler kişinin okul, sosyal, iş hayatının kalitesini düşürdüğüne dair bir kanı bulunmaktadır.

Bu tür belirtiler herhangi bir başka hastalığın ortadan kalkması sonucu ortaya çıkma hastalık durumu değildir.

Belirteçler:

a. Birleşik Tip:

Son altı ay içerisinde hem A1 hem de A2 de bulunan tanı ölçütlerine rastlanmaktadır.

b. Dikkatsizliğin Baskın Olduğu Tip:

Son altı ay içerisinde A1 tanı ölçütlerinden bazılarında rastlanmış ancak A2 tanı ölçütlerine rastlanmamıştır.

c. Aşırı Hareketliliğin veya Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Tip:

Son altı ay içerisinde A2 tanı ölçütlerine rastlanmış ancak A1 tanı ölçütlerine rastlanmamıştır.

d. Tam Olmayan Yatışma Gösteren Tip:

Daha önceki durumlarda bütün tanı ölçütlerini göstermiş olmakla birlikte bunun son zamanlarda herhangi bir tanı ölçütünden çok daha azı gerçekleşmiş ve bu durumda kişinin sosyal, okul, iş ve aile hayatını olumsuz etkilemesi durumudur.

e. Ağır Olmayan Görünüm:

Tanı olarak belirtilmiş şeyden bir çoğunu yaşamış olmasına rağmen bu durum kişinin sosyal, iş ve okul hayatını çok fazla olumsuz etkilememektedir.

f. Orta Derecede Görünüm:

Belirtiler ve işlevsel durum bozulması ne tam ağır denilebilecek seviyededir ne de ağır olmayan durumdadır ikisinin arasında bulunan bir seviyededir.

g. Ağır Görünüm:

Herhangi bir tanı koymak için gerekli olan etkenlerden ya çoğu ya da birkaç tane ağır belirtisi bulunmaktadır. Bu durumda kişinin toplumsal, sosyal ve aile, meslek hayatı çok ciddi bir düzeyde bozulme gerçekleşmiştir.

2.6.2.ICD-10 tanı kriterleri

Çocuğun yaşı ve gelişim düzeyine göre dikkat ve hareketlilik durumu G1 düzeyinde aşağıdaki belirtileri göstermektedir.

Aşağıdaki belirtilerden en az üçünü göstermektedir.

- Kendisinin yaptığı etkinliklerin süresi çok azdır.
- Oyunlardan henüz oyun bitmeden ayrılmaktadır.
- Bir etkinliğin bitmesini beklemeden diğer etkinliğe başlamaktadır.
 - Yetişkin bireylerin düzenlediği etkinliklerdeki görevleri süreklilik arz etmemektedir.
 - Ödevlerinde ya da etkinliklerinde oldukça dikkatsiz davranmaktadır. Ödevin ya da etkinliğin bitirilmesi beklenmeden ödev ya da etkinlik terk edilmektedir.
- Yukarıdaki belirtilere ek olarak aşağıdaki belirtilerden en az üç tanesi görülmektedir.
 - Ortamın ve zamanın el vermediği durumlarda bile aşırı derecede koşma, uygun olmayan yerlere tırmanma, dışarıdan bakıldığında hiç durmuyor gibi görünme.
 - Kendi başına başlattıkları etkinliklerde durma bilememe. Hiç durmadan etkinliği devam ettirme.
 - Normal şartlarda daha az hareket etmesi gereken örneğin sofra, yolculuk gibi durumlarda bile çok fazla hareketli davranma.
 - Sınıfta veya başka diğer yerlerde oturması beklenirken oturmadan hareketli davranma.
 - Sessizce oyun oynamakta zorluk çekme.

Yukarıdaki belirtilerden başka aşağıdaki impulsivitelere en az bir tanesini göstermektedir.

- Oyun oynarken ya da sınıf içi etkinliklerde kendisine sıra gelmesini beklemekte zorluk çekmektedir.
- Diğer insanların yaptıkları şeyleri sürekli bölmektedir. Araya girmektedir. Bu bazen konuşma olur bazen yeme içme bazen de oyun olabilir.
- Sorular tamamlanmadan soruya cevap vermektedir.

Çocuk okulda ya da kreşte aşağıdaki dikkatsizlik örneklerini yaşamaktadır bu belirtiler çoğunlukla anormallik olarak anlaşılmaktadır. Çocuk aşağıdaki örneklerden en az ikisini göstermek durumundadır

- Verilen görevi tam olarak yerine getirememeye tamamlayamadan görevden ayrılma.
- Yüksek oranda kişi dış çevreden gelen uyarıcılara tepki vermektedir yani çok çabuk dikkati dağılmaktadır.
- Herhangi bir etkinlik sırasında başka bir etkinliği seçme fırsatı verildiğinde çok çabuk bir şekilde etkinlik değiştirme eğiliminde bulunmaktadır.
- Herhangi bir etkinliği yarıda bırakıp bitirmeden ayrılmaktadır.

Kişi yukarıdaki belirtilerin yanında aşağıdaki belirtilerden en az üçünü göstermektedir.

- Çocuğa tercih etme fırsatı verildiğinde serbest etkinlik döneminde sürekli koşmakta ve hareketli davranmaktadır.
- Çocuk belirli durumlarda yerinde duramama sürekli kıpır kıpır olma özelliği göstermektedir.
- Oturması gereken yeri bilememektedir ve sürekli ayakta durmaktadır.
- Kendisine bir görev verildiğinde sürekli görev yarıda bırakmaktadır.
- Sakin oyun oynama konusunda zorluk çekmektedir.

G3 düzeyi dikkat ve hareketlilik durumunun doğrudan gözlemlenen anormallikler bulunmaktadır. G3 düzeyi anormallikler aşırı derecede görülmektedir yaşı ve gelişim düzeyine bağlı olarak bu tür anormallik düzeyleri kendisini oldukça fazla bir şekilde hissettirmektedir. Bu duruma kanıt olarak aşağıdaki belirtilerden herhangi birisi gösterilebilmektedir.

- G1 ve G2 düzeyi anormalliklerin belirtilerini sadece anne babalar veya öğretmenin aktarımı yeterli görülmemektedir.

- Çocuk okulda ya da okul dışında evde ya da evin dışında herhangi bir yerde kendisine verilen bir görevi yarıda bırakıp başka bir şeye yöneliyorsa klinik ortamında aşırı derecede hareketli ve dikkatsiz davranıyorsa bu bir gösterge kabul edilebilmektedir.
- Dikkate yönelik yapılan psiko metrik test performansının belirgin düzeyde yetersiz olması gerekmektedir.

2.7.Eş Tanı

DEHB kendisine eşlik eden farklı psikiyatrik hastalığın olduğu bilinen bir hastalık olarak görülmektedir.

2.8.Psikiyatrik Eş Tanılar

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu psikiyatri klinikleri göz önünde bulundurulduğunda %76 oranında hastanın DEHB'na en az bir tane daha psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği bir hastalık türü olarak karşımıza çıkmaktadır. Yapılan araştırmalar neticesinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu'nun kişisel ilişkilerde aile içi ilişkilerde ve sosyal gruplar da olumsuz etkiler oluşturduğu görülmektedir (Byun vd., 2006).

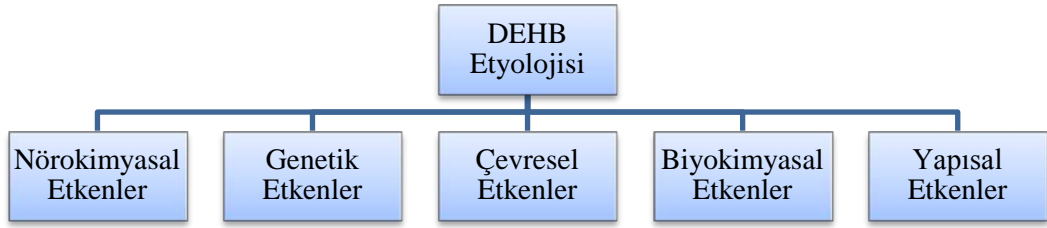
Yapılan araştırmalar neticesinde klinik ortamda çocukların DEHB'ye sahip olmaları ile *Karşı Olma ve Karşı Gelme Bozukluğu* (KOKGB) ve bunun yanında *Öğrenme Bozukluğu* (ÖB) eşlik ettiği görülmektedir. Yaşı ilerleyen bireylerde özellikle ergenlerde ise daha çok *Depresif Bozukluğu* dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna eşlik ettiği görülmektedir.

Diğer hastalıklara oranla *Bipolar Bozukluğun* DEHB hastalığıyla eş zamanlı görülme oranı %11dir. *Majör Depresyon* ve *Özel Öğrenme Bozukluğu* gibi hastalıkların da DEHB hastalığa eşlik ettiği görülmektedir. Yine yapılan bazı çalışmalarda *Obsesif Kompulsif Bozukluk*, *Öğrenme Güçlüğü*, *Sosyal Beceri Eksikliği*, *Duygudurum Bozukluğu*, *Kendine Zarar Verici Davranışlar*, ve *Uygunsuz Cinsel Davranışlar* gibi problemlili hastalıkların bu hastalığa eşlik ettiğini göstermektedir (DE'homme vd., 2007; Morgan vd., 1996; Işık, 2009)

2.9.Etyoloji

DEHB hastalığı çok kompleks bir yapıya sahip bir hastalık olarak karşımıza çıkmaktadır. Çünkü bu hastalık beynin herhangi bir bölgesindeki bozulmadan kaynaklanmamaktadır. Bu hastalığın tek bir nedene indirgenen yapısı bulunmamaktadır. Hastalığın etiolojisine göre DEHB beynin farklı bölgelerinin farklı metabolik özellikler göstermesine bağlanmaktadır (Arnold vd., 1995).

Hastalık daha önce de Still tarafından belirtilmiş olduğu gibi özellikle kalıtsal bir hastalık olarak anne babadan miras olarak gelmektedir. Çocuk kendisine miras olarak kalan genlerin daha sonraki biyolojik ve psikolojik çevrenin de etkisiyle kendisini oldukça fazla hissettirmektedir (Ercan, 2010). DEHB'ye neden olan etkenler genel olarak 5 grupta sınıflandırılmaktadır. (Şekil 2.1).



Şekil 2.1: DEHB Neden Olan Etkenler

Kaynak: (Ercan, 2010).

2.9.1.Nörokimyasal etkenler

Bilişsel işlevler söz konusu olduğunda belli başlı kimyasalların etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle dikkat gibi bilişsel işlev ya da uyanıklık gibi bilincin işlevinin yerine getirme durumunun açık olduğu bilişsel süreç veya konsantrasyon gibi bir durum söz konusu olduğunda belirli tarzdan kimyasalın etkili olduğu bilinmektedir. Özellikle dopamin (DA) ya da dopaminden sentezlenerek elde edilen noradrenalin (NA) önemli kimyasallar etkiler oluşturan ilaçlardır. Araştırmacılar dikkat eksikliği söz konusu olduğunda iki tür nöronal döngünün olduğunu ortaya çıkarmaktadır (Yüksel, 2010).

Dikkat eksikliğini etkileyen iki tür nöronal döngü prefrontal sistem ve subkortikal bağlantıların bulunduğu ön dikkat döngüsü sistemleridir. İnsanların seçici dikkat düzenini etkileyen ve bu durumdan sorumlu arka dikkat döngüsü primer olarak noradrenerjik şeklinde işlev görmektedir (Rohde vd., 2004).

DEHB'lilerle ilgili yapılan omurilik sıvısına dair çalışmalarda belli başlı kimyasalların eksik olduğu ortaya çıkmıştır. Özellikle bu tür hastalarda dopamin, noradrenalin ve bu nörotransmitterlerin metabolitlerinin DEHB'lerinde yapılan araştırmalarda düşük seviyede olduğu ortaya çıkmıştır (Stahl vd., 2003; Cabral vd., 2006).

Prefrontal glutamaterjik nöranlar kimyasal olan dopamin ve diğer bir kimyasal olan serotonin nörotransmitterlerinin salgılanmasında etkin bir rol almaktadır. Günümüze yakın dönemlerde yapılan çalışmalarda DEHB olan hastaların glutamaterjik sisteminde anormal davranışlar görülmektedir (Perlov vd., 2007).

2.9.2.Genetik etkenler

Psikiyatrik hastalıklar arasında genetik olarak anne ve babadan miras kalan en önemli hastalıklar arasında bulunan DEHB özellikle günümüz araştırmalarına konu olmaktadır. Yapılan araştırmalar neticesinde görülmektedir ki DEHB teşhisi konulan bir çocuğun ebeveyninde de bu tür bir teşhis konulmuştur.

Kendisine DEHB teşhisi konulan herhangi bir anne babanın çocuğunun da DEHB olma olasılığı diğer çocuklara oranla 8-9 kat daha fazladır. Hastalığın etiolojisine bakıldığı zaman hastalık süreci dikkate alındığında aslında hastalara bu konuda teşhis konulması durumunda çevresel etkenlerde önem arz etmektedir (Curran vd., 2000; Akgün vd., 2011).

DEHB olan hastanın gen düzenlemesine bakıldığında 3. Kromozom üzerinden bulunan tiroid reseptörü beta geni, 11. Kromozom üzerinden bulunmakta olan D4 reseptör geni ve 5. Kromozom üzerinde bulunan dopamin taşıyıcı genindedir (Akgün vd., 2011; Öncü vd., 2002).

Yapılan bir araştırmaya göre dopamin kimyasalının vücutta salınımına bağlı olarak D2 reseptör genin (DRD2) a1 allelinin DEHB olan hastada %46,2 düzeyinde tespit edilmiştir. D2 reseptör geni DEHB olan hastanın tüm zihinsel sürecinde ve davranış geliştirme sürecinde etkin rol oynayarak şekillendiricisi olarak işlev görmektedir (Comings vd., 1991).

2.9.3.Çevresel etkenler

DEHB hastalığı bulunan kişilerde genellikle perinatal dönemde yaşadıkları minimal düzeyde santral görevi gören sinir hasarının olduğu görülmektedir. Özellikle DEHB bozukluğu bulunan birey bebeklik döneminde bir takım sinir sistemi hastalıkları yaşamış olabilmektedir. Çocuğun yaşamış olduğu sinir hasarı onun çeşitli türden zarar görmesine neden olmaktadır. Özellikle metabolizması ve mekanik dolaşım sistemi de bu durumda zarar görmüş olabilmektedir.

Biyokimyasal etkenlerinde çocukların gelişim sürecine olumlu ya da olumsuz etki ettiği bilinmektedir. Yapılan çalışmalar neticesinde DEHB hastalarının pre-peri ya da postnatal oluşabilecek strese durumlarına normal durumda olan çocuklara oranla daha fazla maruz kaldıkları görülmüştür (Zapitali vd., 2001). Çevresel etkilerden DEHB hastaları etkilenmektedir. Bunun yanında gebelik dönemi yapılan belli başlı davranışlarda örneğin sigara içme, diyet yapma, yenilen gıdalar alınan içecekler alkollü içkiler vb. çocukların DEHB neden olmaktadır (Johnston vd., 2001).

2.9.4.Biyokimyasal etkenler

DEHB bozukluğu olan bireylere hastalıkları sürecinde verilen biyo kimyasal serum ve serbest yağ asitlerinin verilme düzeyi oldukça düşük seviyededir. Esasnsiyel yağ düzeyi ve suplementasyonu çok düşük düzeyde iyileşme göstermektedir. Eser elementlerinin psikiyatrik bakımdan etkilenmektedir. Santral sinir sisteminin gelişim durumu metabolizmanın insan davranışlarına etkili olduğu görülmüştür. Magnezyum, kalsiyum, kurşun, bakır, çinko, demir gibi kimyasallar serum, idrar ve saç seviyeleri ölçülmüş DEHB olan çocuklarda bakır ve kurşun dışında diğer maddeleri değerleri normal insanlara göre çok düşük görülmüştür (Bekaroğlu vd., 1996; Mitchell vd., 1987; Kozielec vd., 1994).

2.9.5.Yapısal etkenler

DEHB olan bireylerin sağlık durumlarını araştırmak için ve genel durumlarını değerlendirmek için bir takım incelemeler yapılmıştır. Beynin hem fonksiyonel hem de yapısal durumuna dair çalışmalar yapılmıştır ve bu alanda hem araştırmacıların eğilimi hem de yapılan çalışmalar artmıştır. DEHB olan çocuklarda genel olarak farklı beyin yapılarına sahip oldukları bilinmektedir. DEHB olan bireylere yönelik yapılan çalışmalar beyin endekli yürütülmektedir. Genel olarak bu çalışmalar beyin,

bilişsel süreçler, hafıza durumunun düzeyleri gibi bir çok nöral sistemler üzerine yöneliktir (Valera vd., 2007).

Beynin yapısal farklılığını ortaya koymak için volumetrik analizler toplam beynin hacim düzeyinin prefrontal korteks, bazal gangliyon, serebellum ve parietotemporal bölgelerde belirgin olmak üzere genel hacimde azalmalar görülmektedir (Valera vd., 2007; Nakao vd., 2011).

2.9.6.Psikososyal etkenler ve aile özellikleri

DEHB olan bireylerin genel durumlarını etkileyen bir takım psikososyal etkenler bulunmaktadır. Bu tür etkenlerin DEHB'nun oluşumuna etki etmekte ve hızlandırmaktadır. Aile durumlarının da DEHB'ye etki ettiği yapılan çalışmalarda görülmektedir.

1975 yılında yaptığı çalışmasında DEHB'yi etkileyen faktörleri sıralayan Rutter'e göre;

- Çocukluk çağı bireylerin aile ortamlarının düşük sosyoekonomik durumlarının olması
- Çocuğun yaşadığı aile ortamında yoğun evlilik sorunlarının olması
- Çocuğun yaşadığı aile ortamının geniş aile ortamı olması
- Çocuğun yaşadığı ve yetiştiği ailesinde ebeveynlerinin suç oranlarının yüksek olması
- Çocuğun annesinin psikopatolojisinin olması
- Çocuğun yaşadığı aileye evlatlık olarak gelmiş olması gibi nedenler DEHB'yi etkilemektedir (Schmidt, Peterman, 2009).

2.9.7.Diğer etkenler

DEHB'yi etkileyen faktörleri incelemek için pek çok çalışma yapılmıştır. Yapılan çalışmalara göre katorize edilmemiş bir takım etkenler bulunmaktadır. Bunları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür.

- Gebelik sırasında madde kullanımı
- Gebelik sırasında alkol alımı
- Gebelikte stres yaşanması
- Anne rahminin gelişiminde gerilik

- Premature doğum
- Düşük doğum durumu

Belli başlı doğum ve doğum sonrası durumlar DEHB'yi etkilemektedir (Sciberras vd., 2017; Sucksdorff vd., 2015). Yukarıda sıralanan faktörlerin yanından bir de annenin gelişim düzeyinin de çocuğun DEHB olma olasılığını arttırmaktadır (Sciberras vd., 2017).

2.10.Tedavisi

DEHB bulunan bir erişkinin genel durumu göz önüne alındığında bireyin hastalığına eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkların da nedenleri değerlendirilmesi gerekmektedir. Bu durumda diğer nedenlerin ortadan kaldırılması gerekmektedir. Psikostimülanlar DEHB'nin tedavisinde kullanılan ilk yöntemlerden olarak bilinmektedir. 1937 yılında yapılan çalışmada hiperaktivite bulunan çocuklar üzerinde benzedrinin (rasemik amfetamin sülfat) olumlu etkisinin olduğu açıklanmıştır (Philipsen vd., 2008).

1950 yılında yapılan çalışmalarda davranış bozukluğu bulunan bireylerde Klorpromazin gibi çeşitli antipsikotiklerin kullanılmasının yeterli miktarda olumlu sonuçlar verdiğini gösterilmiştir.

1954 yılında Avrupa'da 1956 yılında da Amerika Birleşik Devletleri'nde kullanılmaya başlanan metilfenidatlar depresyon için olumlu sonuçlar verdiği ortaya çıkmıştır. Meltifenidatlar depresyon tedavisinde olumlu sonuç alınca DEHB hastalarında tedavisinde de kullanılmaya başlanmıştır.

Yapılan çalışmalara göre DEHB hastalarının ilaçla tedavi edilmesinin yanında psikoterapi ile de desteklenmesi gerektiğine vurgu yapılmıştır (Philipsen vd., 2008).

Ülkemizde uyarıcı bir takım ilaçlar özellikle metilfenidatlar kırmızı reçete ile satılmaktadır. Bunları aşağıdaki gibi sıralamak mümkündür;

- Ritalin
- Concerta Oros Metilfenidat

- Medikinet
- Medikinet Retard

Metilfenidat (MPH) katekolamin olmayan bir sempatomimetik ilaçtır bu yüzden farmakolojik etkisini genellikle dopaminin salınımı sırasında bloke ederek dopaminin striatumdaki ekstraselüler seviyesini arttırmak suretiyle göstermektedir (Teo vd., 2003; Greenhill vd., 2001).

Erişkinlerdeki DEHB'nin tedavisi söz konusu olduğunda psikostimülan tedavi ilk olarak ele alınan tedavi yöntemidir. Ancak belli başlı nedenlerden dolayı psikostimülan olmayan tedavi yöntemleri kullanılmaktadır.

- Desipramin
- İmipramin
- Fluoksetin
- Bupropiyon
- Venlafaksin
- Klonidin
- Guanfasin
- Klorpromazin
- İspersion

gibi ilaçlar DEHB olan erişkin bireylerin tedavisinde kullanılmaktadır (Bilici vd., 2004).

Erişkinlerde kullanılması onaylanan tek psikostimülan olmayan ilaç atomoksetin olarak bilinmektedir. Atomoksetin erişkin bireylerde prefrontal kortekste norepinefrin taşıyıcılarının inhibisyonu ile dopamin ve noradrenalin oranında artışa neden olmaktadır. Bu oranın artışı tedavinin gerçekleşmesini sağlamaktadır (Zhou, vd., 2004).

Herhangi bir DEHB'li olan bireyde antisosyal davranışlarının görülmesi durumunda stimülan tedavi söz konusu olmaktadır. Tedavi sürecinde davranışçı tedavi kuramlarının belirttiği değerlendirmeler sonuç vermediği durumlarda atipik

antipsikotikler verilebilmektedir. Atipik antipsikotikler aşağıda sıralanmıştır (Pliszka vd., 2006).

- Lityum
- Valproik
- Asit

2.11.Üstün Zekalı Çocuklar

Üstün zekalı çocukları tanımlamak oldukça zor bir iştir. Bu anlamda çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ancak tam olarak üstün zekalı çocukları karşılama durumu olmadığı için tanım nakıs kalmıştır. Bu noktada hareketle üstün zekalı çocukları tanımlama girişimi bilim ve sanat merkezlerine kalmıştır. Bilim ve sanat merkezlerinin yönetmeliklerinde üstün zekalı çocuklar yetenekleri ile belirlenmektedir. Bu tür çocuklar üstün yetenekli çocukları olarak algılanmaktadır. Özellikler liderlik kapasiteleri, sanat ve yaratıcılık kapasiteleri önemli bir noktadır. Üstün zekalı çocuğun akademik başarıları diğer yaşıt çocuklarının başarılarına oranla yüksektir. Bu noktadan bakıldığında aslında üstün yetenekli çocuk aslında yaşitlarına göre farklı yapıda olan ve kapasitesi onların üzerinde olan çocuk olarak görölmektedir. Günümüz çalışmalarında üstün yetenekli bireyler üstün zekalı birey olarak algılanmaktadır. Çünkü zeka durumu yetenek durumuna bağlı olarak şekillenmektedir (Levent, 2011).

Yaşitlarına göre zekası, yaratıcılık kapasitesi, algılama kapasitesi, sanat konusunda yaratıcılık kapasitesi, liderlik konusunda daha üst düzey bir kapasiteye sahip olan ve akademik başarıları akranlarına göre önde olan ve yüksek oranda başarı gösteren kişi bu anlamda üstün yetenekli ya da üstün zekalı birey olarak tanımlanmaktadır (MEB, 2007).

2.1.1.Özellikleri

Üstün zekalı olma geçmiş zamanlarda genellikle genetik özellikler üzerinden anlaşılmaktaydı fakat günümüz araştırmaları üstün zekalı olma durumunu genellikle yaşanılan çevre üzerinden şekillendiği görölmektedir. İnsanların yaşadıkları çevresi, sosyal hayatları, aile durumları, buldukları toplumsal yapının genel durumu gibi etmenler kişinin zeka durumlarını etkilemektedir.

Herhangi bir çocuğun aile ortamı, arkadaş çevresi, toplumsal deneyimleri, kendi genetik yapısının dışında kalan etmenleri söz konusu bireyin zeka gelişim düzeyini etkilemektedir. Bu durumda genetik yapının da etkili olduğu ancak dış etkenlerin tamamen bağımsız olmadığı iki yapının da aynı şekilde zeka gelişimini etkilediği görülmektedir. Yani üstün zekalı olma durumu bireyin hem genetik yapısından hem de dış faktörlerden etkilenmektedir.

Üstün yetenekli ya da zekalı çocuklar doğdukları andan itibaren akranlarına göre gelişim düzeyleri daha hızlıdır. Üstün zekalı çocukların diğer çocuklardan daha hızlı geliştiğini görmek için çocuğun yeteneğinin fark edilmesi gerekmektedir. Yani ancak yetenekli olduğu alanda hızlı gelişim gösterdiği anlaşılmaktadır. Üstün yetenekli çocukta gelişim hızı her alanda aynı düzeyde değildir. Yeteneğine göre üstün durumu söz konusu olduğunda o alanda gelişim hızı diğer çocuklara göre hızlıdır. Diğer alanlarda da aynı hızı beklemek doğru değildir. Liderlik yönü baskın olan bir çocuğun sosyal becerileri ve gelişimi daha hızlı iken o çocuğun akademik başarısının da aynı düzeyde hızlı olması beklenmemektedir (Öğretici, 2017).

Üstün zekalı çocuklar aşağıdaki başlıklar altından incelenmektedir. Bu durumda söz konusu kişi belli başlı özellikleri akranlarına göre daha önde hissettiriyorsa o konuda üstün bir yeteneğe sahiptir denilmektedir (Avcı, 2004).



Şekil 2.2: Üstün Zekâlı Çocukların İncelendiği Başlıklar

Kaynak: (Öğretici, 2017).

- **Genel Zihinsel Yetenek:**

Genel zihinsel yetenek durumuna göre bir çocuğun üstün zekalı birisi olma durumu kendisine uygulanan zeka testlerine göre belirli bir puan almasına bağlı olmaktadır. Bu durumda birey 130 puan ve bu puanın üzerinde bir not almaktadır. Bu kimseler aşağıdaki özellikleri göstermektedir (Avcı, 2004).

- Erken yaşta okumaya ilgi duyarlar henüz 2-3 yaşlarındayken okumaya çalışırlar.
- Geniş sözcük dağarcığı bulunmaktadır. Bunun sebebi de henüz küçük yaşlarda okumaya ilgi duymasındandır.
- Bağımsız okuma yaparlar ve gneellikler yetişkinler düzeyinde olan kitapları okumaya çalışmaktadırlar.
- Hızlı öğrenmektedirler.

- Kendisine aktarılan bilgileri kolay bir şekilde hatırlamaktadırlar ve kavrayabilmektedirler.
- Neden ve sonuç arasında çok hızlı bir ilişki kurabilirler ve bu konuda başarı düzeyi oldukça fazla görülmektedir.
- Merak duygusu oldukça gelişmiştir.
- Sürekli neden, niçin, nedir sorularını sormaktadırlar.
- Kendilerinden yaşça daha büyük kişilerle arkadaşlık kurma eğilimindedirler.
- Kendi ve aile geleceğine dair planlar yapmaktadırlar.
- Ahlaki konularda, dini konularda ve toplumsal konularda hassasiyet göstermektedirler.
- Benzerlik durumlarını ve farklılık durumlarını çabucak kavrama eğilimindedirler.
- Çok çabuk genelleme yapabilmektedirler.
- Aynı ve benzer olanlardan çok çabuk sıkılmaktadırlar.
- Genellikle bğımsızlık istekleri vardır. Bağımsız davranmak istemektedirler.

Her üstün zekalı çocuk yukarıda sayılan özelliklerin hepsini kendisinde bulundurmak zorunda değildir. belli başlı özellikleri kendisinde taşıması ve baskın bir şekilde hissettirmesi bile o çocuğun üstün zekalı bir çocuk olduğunu göstermektedir.

Yukarıda sayılan özellikler üstün zekalı çocuklar üzerinde yapılan çalışmaların ve gözlemlerin sonucunda elde edilmiş bulgulardır (Ersoy ve Avcı, 2004).

- **Özel Akademik Yetenek:**

Özel akademik yetenek üstün zekalı çocuklar üzerinde yapılan çalışmalarda dikkat çeken bir durumdur. Özellikle çocuk akademik başarısına göre algı düzeyi

konusunda diğerlerinden ayırt edilmektedir. Bu durumda akademik başarısı yüksek olan birey aşağıdaki alanlarda akranlarına oranla daha fazla yetenek sahibidir.

- Dil
- Matematik
- Edebiyat

Üstün zekalı birey yukarıdaki konularında diğer öğrencilere veya akranlarına oranlar daha fazla ilgi duymaktadır ve yetenek göstermektedir. Üstün zekalı birey yukarıda sıralanan alanlardaki konulara, tartışma noktalarına daha fazla hakim durumdadır (Ersoy ve Avcı, 2004).

- **Yaratıcı/Üretici Düşünme:**

Üstün zekalı bireylerin en belirgin özellikleri özgün düşünme kapasitelerinin yüksek olmasıdır. Bu bireyler genellikle yaratıcı düşünme kapasitesine sahiptirler ve daha önce tasarlanmamış herhangi bir şeyi tasarlama konusunda oldukça başarılıdırlar. Dış etkilerden bağımsız olarak farklı kavramları bir araya getirerek yeni ve özgün bir düşünce üretme konusundaki başarıları aynı zamanda bir şey tasarlama konusunda da oldukça belirgindir. Üstün zekalı çocukları yaratıcılık özelliklerini aşağıdaki gibi sırlamak mümkündür (Metin, 1996):

- Aşırı yenilikçi bir yapıya sahiptirler.
- Merak duygular oldukça gelişmiştir.
- Yalnız bir şekilde çalışma istekleri vardır.
- Aktif bir hayal gücüne sahiptirler.
- Yeni fikir üretme konusunda oldukça başarılıdırlar.
- Olaylar hakkında bağımsız yargılarda bulunmaktadırlar.
- Aşırı derecede estetik duyarlılık göstermektedirler.
- Her türlü ayrıntıdan kaçınmaktadırlar.
- Ezberlemek ve ezbere iş yapmaktan kaçınmaktadırlar.
- Kendilerine yöneltilen sorulara akıllıca ve ukalaca cevap vermektedirler.
- Kendi kararları dışında her türlü kararı reddetmektedirler.
- Kendi fikirleri dışında her türlü fikri reddetmektedirler.
- Herhangi bir konuda risk almaktan geri durmamaktadırlar.

- **Lider Olabilme Özelliği:**

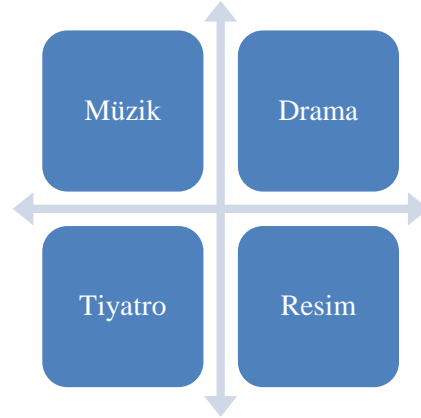
Lider olma özelliği üstün zekalı bireylerin toplum içerisinde gösterdikleri en belirgin özelliklerinden birisidir. Bu durumda üstün zekalı birey kendisini çok rahat bir şekilde hissettirebilmektedir. Lider olma özelliği bulunan üstün zekalı bireyde aşağıdaki özellikler kendisini göstermektedir (Avcı, 2004; Maker, 1982).

- Herhangi bir grubu rahat bir şekilde yönlendirebilmektedirler.

- Karşılaştıkları zorlukları çok rahat aşabilmektedirler.
- Diğer insanlarla ilişki kurma noktasında çok zorlanmamaktadırlar.
- İlişki kurma potansiyelleri oldukça yüksektir.
- Empati kurarak grup üyelerinin ne hissettiklerini anlama noktasında oldukça başarılıdırlar.
- Görev ve sorumluluklarını yerine getirme noktasında oldukça başarılıdırlar.
- Yaşlıları ve kendinden yaşça büyük bireyler arasında aranan kişi konularında başarılıdırlar.
- Verilen kararlarda kendinden emindirler.
- Herhangi bir olay karşısında objektif davranabilmektedirler.
- Herhangi bir konu ve materyal üretme konusunda diğer insanları organize edebilmektedirler.

Görsel ve Gösteri Alanlarında Yetenek:

Görsel alandaki yetenek üstün zekalı bireylerin pratik alanda kendilerini gösterdikleri bir yetenek durumudur. Bu yeteneğe sahip olan bireyler bir ürün üretme konusunda oldukça başarılıdırlar. Görsel alandaki başarılı bir üstün zekalı birey aşağıdaki özellikleri göstermektedir (Avcı, 2004).



Şekil 2.3: Görsel ve Gösteri Alanları

Kaynak:(Avcı, 2004).

- Yukarıda sayılan alanların herhangi birinde ya da bir kaçında üstün başarı göstermektedirler.
- Üstün zekalı bireyler ilgi duydukları yukarıdaki alanlardan herhangi biri ya da bir kaçıyla oldukça fazla vakit geçirmektedirler.

- Melodi ile ilgili herhangi bir şeye oldukça duyarlıdırlar ve dikkat kesilmektedirler.
- Bu alanlarda başarılı olan birey vücut dilini oldukça iyi kullanmaktadır.
- Herhangi bir tecrübesini, duygusunu ve deneyimini sanatsal bir ürünler ortaya koyabilmektedirler.
- İlgi duyduğu alanlarla ilgili farklı türden materyal kullanma isteği oluşmaktadır.
- İlgi duydukları alanlarla ilgili iyi birer gözlemci pozisyonundadırlar.
- Dinleme ve dinlediklerini uygulama noktasında kapasiteleri oldukça yüksektir.

Psikomotor Yetenek:

Psikomotor yetenek üstün zekalı bireyin fiziksel durumuna bağlı olarak gelişmektedir. Bu durumda vücudun tamamında ya da kasların belirli bir bölümünde gelişmişlik düzeyi diğer insanlara göre daha ileri seviyededir. Üstün yenekli çocuklar bu alanları yalnızca birisinde değil bir kaçında birden yetenek gösterebilir (Sisk, 1987).

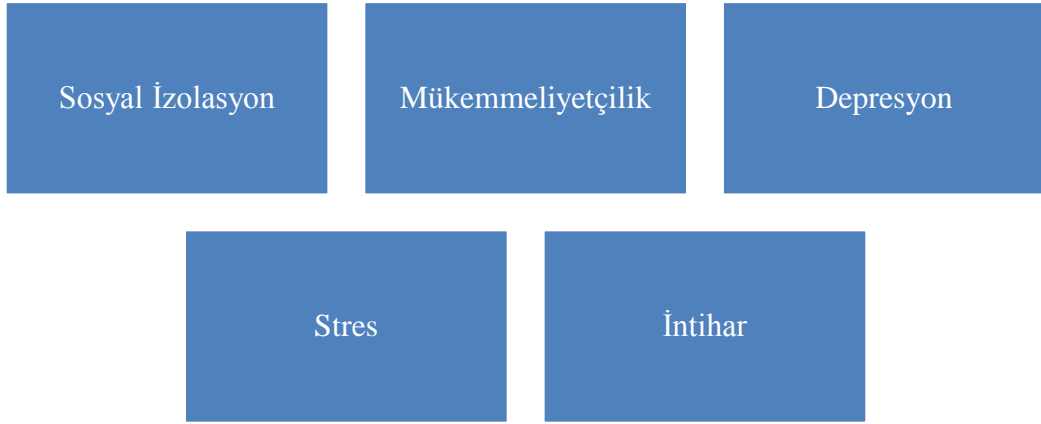
Gibi çeşitli alanlarda başarılı olmasına bağlı olarak psikomotor beceriler kategorize edilmektedir. Bu alandaki başarı belli başlı özelliklere bağlıdır. Aşağıda bu özellikler sıralanmıştır.

- Atletik olmaktadırlar.
- Ritmi hissedebilmektedirler.
- Enerjik bir yapıya sahiptirler.
- Vücutları geliştirmeye elverişlidir.
- Fiziklerini kullanacakları etkinliklerde dengeli ve güçlü olmaktadırlar.

2.1.2.Yaşadıkları genel sorunlar

Üstün zekalı çocuklar toplum içerisinde ve aile içerisinde normal davranışlar geliştirmedikleri için bir takım sorunlar yaşamaktadırlar. Sürekli olarak kendilerinin anlaşılmadıklarından şikayet etmektedirler ve toplum tarafından dışlandıklarını düşünmektedirler. Gelişim düzeylerindeki farklılık onların toplum içerisinde farklı konumlanmasına neden olmaktadır ve bunun farkına varmayan bireylerde ciddi

sorunlar oluşturmaktadır. Aşağıda meydana gelebilecek sorunlar tablo halinde verilmiştir.



Şekil 2.4. Üstün Zekâlı Bireylerde Meydana Gelecek Sorunlar

Kaynak: (Levent, 2011; Koçal vd., 2009).

2.1.2.1.Sosyal izolasyon

Üstün zekalı bireylerin toplumsal ve sosyal ilişkileri yaşıtlarına göre farklılık arz etmektedir. Genellikler bu tür çocuklar kendi zeka düzeylerine yakın çocuklarla arkadaşlık etmektedirler. Genel olarak bu tür çocuklar toplum içerisinde çok soru sormaktadırlar, diğer çocuklardan daha fazla bilgiye sahiptirler ve bildiklerini anlatmak istemektedirler. Bu özelliklerinden dolayı arkadaş çevrelerince ve öğretmenlerince çok fazla sevilmemektedirler (Levent, 2011; Koçal vd., 2009).

Üstün zekalı bireyler kendi zeka durumlarından dolayı kıskançlıkla karşı karşıya kalmaktadırlar ve genellikle yalnız bırakılmaktadırlar. Bu durumda öğrenci sosyal anlamda baskılanmaktadır veya sosyal alandan ayrı tutulmaktadır ve sosyal izolasyona maruz kalmaktadır. Bu anlamda yapılan bir çalışmada üstün zekalı bireylerin sosyal alanda işlevsellikleri daha düşük olduğu ortaya çıkmıştır (Yıldırım, 2012; Bilgen, 2016).

Üstün zekalı bireyler kendilerine yüklenen üstünlük etiketinden dolayı da sosyal yaşamda sorunlar yaşamaktadırlar. Kendilerine yüklenen bu etiket onların diğer insanlarla olan ilişkilerinde belirleyici bir faktör olarak görülmektedir. Hemen her toplumsal ilişkisinde kendisini diğer insanlardan daha üstün görme anlayışı geliştirebileceği gibi diğer insanların onunla ilişkisinde de kompleks yapma eğiliminde olduğu göz ardı edilmemesi gerekmektedir (Yoo, 2006).

2.1.2.2.Mükemmeliyetçilik

Üstün zekalı bireylerin diğer bireylerden ayrıldığı en önemli farklardan birisi onların mükemmeliyetçi tavırlarıdır. Yapılan bir çok araştırmaya göre üstün zekalı bireylerin mükemmeliyet vurgusu diğer akranlarına göre daha ön plandadır. Mükemmeliyetçilik duygusunun daha ön planda olduğu üstün zekalı bireyler yapacakları hemen her işi en ince ayrıntısına kadar düzgün ve mükemmel bir şekilde yapmak isterler (Kurtulmuş, 2010; Mısırlı, 2003; Enns vd., 2002).

Üstün zekalı çocukların mükemmeliyet beklentisi zaman içerisinde onlara zarar vermektedir. Mükemmeliyet vurgusu iki şekilde algılanmaktadır (Adelson, 2007; Dixon vd., 2004).

- **Olumlu mükemmeliyetçilik** (adaptive, normal, uyumlu)
- **Olumsuz mükemmeliyetçilik** (maladaptive, nevrotik, uyumsuz)

Olumlu mükemmeliyetçilik genel olarak değerlendirildiğinde bireyin ulaşılabilir hedefler belirlemesi olarak algılanmaktadır. Bu durumda birey ulaşabileceği standartları hesaplamalı buna göre hedefler belirlemelidir. Bu tür bireylerin motivasyonları yüksektir ve başarı oranları daha üst düzeydir. Benlik algıları genel olarak daha olumlu bir yapıdadır. Bu tür bireyler kendilerine olumlu telkinlerde bulunmaktadır ve problemleri her zaman daha doğru bir şekilde çözmektedirler. Bireyler bu durumda genellikle başarı için gayret etmektedirler ve olumlu sonuçlar almaktadırlar (Bencik, 2006; Adelson, 2007).

Olumsuz mükemmeliyetçilik genel olarak değerlendirildiğinde ulaşılması zor olan bir takım hedefler belirlemekte olduğu ve bu hedefler ve standartlara ulaşamadığı durumda benlik algısının da olumsuz bir şekilde geliştiği görülmektedir (Enns vd., 2002). Kendi gösterdiği performanstan oldukça memnuniyetsiz bir durumda olduğu görülen olumsuz mükemmeliyetçi tavır gösteren bireyde grupta çalışma isteği azalmaktadır ve işleri ertleme duygusu gelişmektedir. Bu durumda birey küçük karşılanabilecek bir takım hataları inanılmaz sert bir şekilde eleştirmektedir. Bu durumda bireyin akademik başarısında çok gerileme olacaktır (Bencik, 2006; Adelson, 2007).

Olumsuz mükemmeliyetçi bireylerin sıklıkla yaşadığı sorunları şunlardır (Akarsu ve Mutlu, 2017):

- Benlik saygısında azalmaya neden olmaktadır.

- Anksiyete ve stres düzeyinin artmasına neden olmaktadır. Sınav öncesi kaygının artmasına neden olmaktadır.
- Enerji kaybına neden olmaktadır. Özellikle; uyku, iştah sorunları, güç menuniyet duyma gibi depresif belirtilere neden olmaktadır.
- Olumsuz sosyal davranışlara neden olmaktadır.

2.1.2.3. Depresyon

Çok yaygın bir hastalık olan depresyon bir duygudurum bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (Karamustafalıoğlu ve Yumrukçal, 2011). Bazı belirtiler depresyon habercisi olabilir. Aşırı bağımlılık, çekilme, umutsuzluk, çaresizlik, tedaviye uyumsuzluk gibi belirtiler depresyon habercisi olabilecek belirtilerdir (Mete, 2008). DSM 5' e göre aşağıdaki kriterlerden en az 5 tanesinin en az 15 gün süre ile gün boyu bulunması depresyon belirtisidir (Özen, 2015):

- Depresif duygudurum
- Anhedoni (ilgi-istek azalması)
- İştah azalması ya da artması
- Uyku azalması ya da artması
- Psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon
- Enerji azalması, yorgunluk
- Suçluluk, değersizlik hissi
- Konsantrasyon güçlüğü
- İntihar eğilimi

Üstün zekalı bireylerde meydana gelen sorunların en temel noktası olumsuz mükemmeliyetçi tavırlarıdır. Bu durum da yaşanan sorunlara kaynaklık etmektedir. Üstün zekalı bireylerde ulaşamayacakları hedef belirleme, kişide olumsuz sosyal ve duygusal bir durumlar oluşturmaktadır (Christopher vd., 2010; Enns vd., 2002).

Üstün zekalı bireylerin toplumsal ve sosyal olaylara, aile ilişkilerinde yaşanan sorunlara duyarlı ve dikkatli bireyler olmalarından dolayı psikolojik sorun yaşamak noktasında riski oldukça arttırmaktadır. Üstün zekalı çocukların depresyona girmeleri konusunda yapılan çalışmalarda bu tür çocukların depresyona girme oranlarının normal bireylere göre çok daha fazla olduğu görülmektedir (Coşar, 2006).

Üstün zekalı bireylerin depresyona girme belirtileri aşağıdaki gibi sırlanmaktadır:

Sosyal iletişimlerinde ve arkadaşlarıyla olan ilişkilerinde sorunlar yaşamaktadırlar.

- Diğer insanlarla birlikte olduklarında bile yalnızlık duygusu hissetme,
- Sürekli endişe ve hüzün hissetme,
- Başkalarının söylem ve davranışlarından kolayca incinme,
- Uyku düzensizliği yaşama,
- Enerji seviyelerinde düşüklük,
- Yaşamlarına son verme düşüncesini taşıma,
- Hemen her konuya aşırı derecede hassas davranma,
- Hem intihar etmeyi düşünme hem de ölümden korkma.

2.1.2.4.Stres

Yapılan çalışmalara göre üstün zekalı bireylerin normal bireylere göre daha fazla anksiyete ve depresif duygu durum bozukluğu yaşadıkları ortaya çıkmıştır. Özellikle üstün zekalı bireylerin yaşadıkları yoğun stresli durumlarının nedenleri arasında anne ve babalarının kendisinden çok şey beklemesi, kendi hedeflerinin çok yüksek olması, arkadaş ilişkilerindeki sorunlar sıralanmaktadır (Yoo vd., 2006; Coşar, 2006; Mısırlı, 2003).

Üstün zekalı bireylerde meydana gelen aşırı stresin nedenleri arasında akademik başarısızlık en önemli noktalar arasında gösterilmektedir. Anne ve baba çocuklarının akademik anlamda iyi olmasını beklemekte ve onu yükledikleri etikete uygun sonuçlar almayı ummaktadırlar. Ancak birey bu durumda stres yaşamaktadır ve akademik anlamda başarı gösterememektedir (Dixon vd., 2004; Koçal vd., 2009; Hewitt vd., 2002).

2.1.2.5.İntihar

İntihar, bir kişinin, ruhsal ve toplumsal nedenlerden ötürü, yaşamına kendi eliyle son vermesi, kendisini öldürmesi olarak tanımlanmaktadır (TDK, 2019). Üstün zekalı bireylerde depresyonla birlikte görülen ve depresyonun bir üst basamağı olan intihar duygusu önemli bir durum olarak görülmektedir. Ancak konuya dair pek fazla araştırma bulunmamaktadır. Bu konuyla ilgili yapılan çalışmalara göre de normal gelişim gösteren çocuklarla üstün zekalı çocukların intihar eğilimleri konusunda pek fazla farklılık göstermediği ortaya çıkmıştır ancak olumsuz mükemmeliyetçi tavır geliştiren bireylerde intihara meyletme durumunun olduğu da göz ardı edilmemesi gerekmektedir. Üstün zekalı çocukların yaşamış oldukları stres durumuna bağlı

olarak gelişen intihar duygusu kişileri intihara sevk etmektedir (Cross vd., 2006; Baker, 1995; Bridge vd., 2006).

3.YÖNTEM

3.1.Örnekleme

Araştırmanın temsili örneklem büyüklüğünün belirlenmesinde, basit tesadüfi yöntemi kullanılacaktır. Basit tesadüfi örneklemede, evrendeki öğelerin her olası birleşiminin, örneklem içerisinde yer alması için eşit bir ihtimali bulunmaktadır. (Kerlinger & Lee, 1999). Bu yöntemin kullanılabilmesi için ele alınan problemlerle ilgili bilgilerin evrene göre benzeşik (homojen) olması gerekmektedir. DEHB tanısı almış üstün zekalı dört çocuğun ebeveynleri ile görüşmeler başlatılmıştır.

3.2.Verinin Toplanması ve Yöntem

Bu çalışmada nitel araştırma yöntemi benimsenmektedir. Bu kapsamda çalışmada hem veri toplama süreci açısından hem de verilerin analizi açısından nitel bir desen tasarlanmaktadır. Nitel araştırmalar genelleme kaygısından uzak mevcut veri toplama araçlarıyla elde edilen bulguların derinlemesine analizine dayanmaktadır (Yıldırım ve Şimşek, 2008).

Araştırma veri toplama aracı olarak da nitel (mülakat) veri toplama tekniklerinden yararlanılmıştır. Bu yöntemin tercih edilme nedeni ise ilk aşamada araştırma sorusuna yönelik bir durum tespitini yapmak ve ikinci aşamada bu durumun nedenlerine yönelik bilgileri ortaya çıkarmaktır. Mülakat, bireylerin bazı konularla ilgili düşünce, tutum ve davranışları ile bunların muhtemel sebeplerinin öğrenilmesi amacıyla bilimsel araştırma yöntemlerinde kullanılan etkili bir tekniktir. Bu noktada araştırmacı anında sorduğu sorularla karanlık noktaları aydınlatma imkânına sahiptir.

Mülakat soruları ilgili literatürden yararlanılarak geliştirilmiş ve geliştirilen yarı yapılandırılmış ölçek derinlemesine mülakat tekniği ile katılımcılara uygulanmıştır. Derinlemesine mülakat araştırılan konunun tüm boyutlarını kapsayan, genellikle açık uçlu soruların sorulduğu ve detaylı cevap alınmasına imkan tanıyan yüz yüze gerçekleştirilerek veri toplanmasına imkan veren bir tekniktir (Tekin, 2012). Ölçekteki

kapalı uçlu sorular araştırmacının spesifik bilgileri elde etmesine yönelik oluşturulmuştur.

Görüşmede katılımcının sorulara rahat, doğru ve dürüşt bir şekilde cevap vermesini sağlamak amacıyla görüşmeyi yürüten araştırmacı tarafından yapılan görüşme ve araştırma hakkında aydınlatıcı bilgiler verilerek elde edilen bilgilerin gizlilik ilkesi gözetilerek kullanılacağı, bunun dışında herhangi bir kişi ve kurumla paylaşılmayacağı ve güvenli bir yerde saklı tutulacağı belirtilip görüşmelere başlanmıştır. Katılımcıya çok boyutlu, açıklayıcı ve mantık örgüsü ile hazırlanmış sorular yöneltilerek görüş ve düşüncelerini ifade etmesi sağlanmıştır. Yarı yapılandırılmış mülakat yöntemi ile toplanan veriler nitel analizlerle tablolaştırılmıştır.

4.BULGULAR

4.1.Araştırmanın Bulguları

Çalışmanın bu bölümünde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün zekâlı çocukların ve ailelerinin yaşadıkları psikolojik sorunlar mülakat analizi yöntemi kullanılarak ortaya konmaya çalışılmaktadır. Araştırma bulgularının analizinde ilk olarak katılımcıların demografik özellikleri, İkinci olarak ise katılımcıların memnuniyetlerine ilişkin görüşlerinin mülakat analizi verileri yer almaktadır. Görüşme formundan elde edilen verilerde katılımcıların fikir ayrılıklarına ve fikir birliklerine dikkat edilmiştir. Bunun yanında katılımcıların tamamının ortak görüş belirttiği soru ve görüşler de vurgulanmaya çalışılmıştır.

4.1.1.Katılımcıların demografik bilgileri

Katılımcıların demografik özelliklerine ilişkin bilgiler Çizelge 7’de gösterilmektedir.

Çizelge 4.1: Katılımcıların Demografik Özellikleri

	Çocuk		Anne		Baba	
	Yaş	Cinsiyet	Yaş	Meslek	Yaş	Meslek
1. Katılımcı	7	K	43	Öğretmen	45	Mühendis
2. Katılımcı	8	E	40	Hemşire	44	Veteriner
3. Katılımcı	7	E	43	Öğretmen	43	Öğretmen
4. Katılımcı	10	E	44	Mühendis	44	Mühendis

Çizelge 1’den hareketle katılımcıların demografik özellikleri şu şekilde sıralanabilir

1.katılımcı: İlk okul 1. Sınıfa giden 7 yaşında kız çocuğudur. Annesi 43 yaşında resim öğretmeni babası ise 45 yaşında ziraat mühendisidir.

2.katılımcı: 8 yaşında erkek çocuğudur. Annesi 40 yaşında hemşire babası ise 44 yaşında veteriner hekimdir.

3.katılımcı: İlkokul 2. Sınıfa geçen 7 yaşında erkek çocuğudur. Annesi 43 yaşında eğitimci babası da 43 yaşında eğitimcidir.

4.katılımcı: İlkokul dördüncü sınıfa geçen 10 yaşında erkek çocuğudur. Annesi 44 yaşında gıda mühendisi babası da 44 yaşında gıda mühendisidir.

4.1.2.Katılımcıların DEHB tanısı almış üstün zekâlı çocukların psikolojik sorunlarına ilişkin görüşleri

Görüşme formundaki ilk 5 soru dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün zekâlı çocukların yaşadıkları psikolojik sorunları belirlemeye yöneliktir. Bu kapsamda katılımcılara şu sorular yöneltilmiştir.

- Çocuğunuzun yaşadığı psikolojik sorunlar nelerdir? Açıklar mısınız?
- Çocuğunuzun yaşadığı psikolojik sorunlar konusunda sizin tavrınız nasıl oldu? Açıklar mısınız?
- Çocuğunuzun yaşadığı psikolojik sorunlar ile ilgili destek aldınız mı? Aldıysanız ne gibi destek aldınız?
- Çocuğunuzun yaşadığı psikolojik sorunların hangi durumlarda ortaya çıktığını düşünüyorsunuz?
- Çocuğunuzun diğerlerinden farklı olduğu kanısına nereden vardınız?

Katılımcıların çocuklarının yaşadığı psikolojik sorunlar konusundaki görüşlerinde genel olarak çocukların kendisini kabul ettirme davranış içerisinde olduğunu düşündükleri görülmektedir. Katılımcılar çocuklarının sürekli hareket halinde olduğunu, bunun yanında içine kapanık halde yaşadıklarını sosyal hayatında yaşadıklarını kimseyle paylaşmadıklarını sürekli taktir görmek ve en iyisi olmak gayreti içinde olduklarını belirtmektedir. Bunun yanında taktir görmediği ve başarısız olduğu durumlarda ise kaygı düzeyinin yükseldiğini ve derhal o ortamı terk etme isteği duyduğunu belirtmektedir (Çizelge 2).

Çizelge 4.2: DEHB Tanısı Almış Üstün Zekalı Çocukların Psikolojik Sorunlarına İlişkin Ailelerinin Görüşleri

Kodlar	F	Alıntılar
DEHB tanısı almış üstün zekalı çocukların psikolojik sorunları	Kabul görme/Takdir Görme	2 Çocuğumun yaşadığı psikolojik sorunlar kabul görme (M1) Hep takdir görmek ve en iyi olmak istiyor Başarısız olduğunda kaygı düzeyi çok yükseliyor ve o ortamda bulunmak istemeyip gitmek istiyor (M2)
	Sosyal izolasyon	2 Çocuğumuz kapalı bir kutu gibi dışarıdakinin aksine okulda yaşadığı şeyleri anlatmıyor (M2) Potansiyelini ortaya koyamadığında hırçınlaşıyor. Ya da yalnızlığı tercih ediyor (M4)
	Kendini gizleme	1 Ne yapacağını bilemiyor ve çözümü kendisini gizlemeyi seçiyor (M1)

Not: M katılımcılara verilen koddur.

“Çocuğumun yaşadığı psikolojik sorunlar kabul görme. Çocuğum arkadaşlarından farklı olduğunun farkında, bunu da arkadaşlarını gözlemleyerek fark ediyor. O zaman da bu soruna dönüşüyor. Ne yapacağını bilemiyor ve çözümü de kendisini gizlemede seçiyor.” Hareket etmeden duramıyor. Aslında kendini durduramıyor. Bebekliğini düşündüğümde eller ve ayaklar havada” (M1, Kişisel Görüşme, 2019).

“Yeni girdiği bir ortamda biz neler yaşadığını fark edemiyoruz. Çocuğumuz kapalı bir kutu gibi dışarıdakinin aksine okulda yaşadığı şeyleri anlatmıyor. Dışarıda çok sosyal başkalarına anlatıyor, bize anlatmıyor. Eğer bir ortamda kendisini göstermez ise ortamda kendini kapatıyor. Hep takdir görmek ve en iyi olmak istiyor. Başarısız olduğunda kaygı düzeyi çok yükseliyor ve o ortamda bulunmak istemeyip gitmek istiyor. Kendini çok net ifade etmese de davranışlarından biz onu anlıyoruz. Yaşadığı konu ile ilgili konuşmak istemiyor, olayları görmezden geliyor. Sonrasında gerekçe olarak zaten de gereksiz diye çıkarımda bulunuyor.” (M2, Kişisel Görüşme, 2019).

“Her yaptığı şeyi mükemmel yapmaya çalışıyor. Bazen yapabileceği bir şeyi, mükemmel yapamayacağını düşündüğü anda yapma girişiminde dahi bulunmuyor. (Ödev yapmayı dahi) Çok duygusal bir çocuk bu yoğun duyguları ile baş edemiyor. Birçok kez etkileneceğini düşündüğümüz olaylardan onu uzak tutmaya çalışıyoruz.

Değişik bir espri anlayışı var bu çevrede bazen yanlış anlaşılabilir. Arkadaşları tarafından dalga geçildiğini düşünüyor, böyle olunca okulda arkadaşları tarafından sevilmiyor ve tepki topluyor.” (M3, Kişisel Görüşme, 2019).

“Potansiyelini ortaya koyamadığında hırçınlaşıyor. Ya da yalnızlığı tercih ediyor, sürekli bir isyan halinde kuralları reddediyor.” (M4, Kişisel Görüşme, 2019).

Bu sonuçlardan hareketle katılımcıların çocuklarının mükemmeliyetçi bir yapıya sahip olduğu takdir görme ve başarılı olma çabası içerisinde olduğu bunu gerçekleştiremediği durumlarda ise hırçınlatığı konusunda hemfikir oldukları söylenebilir.

Çizelge 4.3: DEHB Tanısı Almış Üstün Zekâlı Çocukların Psikolojik Sorunları Karşısından Ailelerin Tutumlarına İlişkin Görüşleri

Kodlar	F	Alıntılar
Sakin/Sabırlı	2	Bu durumla baş etme yöntemi olarak olabildiğince çocuğumuza yansıtılmaya çalıştık ve ona çok sakin davrandık (M1)
Çocuğunuzun yaşadığı psikolojik sorunlar konusunda sizin tavrınız nasıl oldu?	1	Sakin ve sabırla sürekli aynı şeyleri söyleyip duruyoruz (M4)
		Yaptığı davranış sorunlarını görmezden gelmeye çalışıyoruz (M2)
		Katı sınırlar koymaya çalışıyorduk, bu şekilde onu disipline edeceğimizi sanıyorduk (M4)

Not: M katılımcılara verilen koddur.

Araştırma kapsamında katılımcıların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocuklarının yaşadığı psikolojik sorunlar konusundaki tavırlarına yönelik görüşleri incelendiğinde genellikle bu durumun çocuklara yansımamasına özen gösterdikleri, bu nedenle daha çok sakin ve sabırlı davrandıkları fakat kendi içlerinde panikledikleri görülmektedir. Fakat katılımcılar bu konuda her zaman başarılı olamadıklarını ifade etmektedirler (Çizelge 3). Ayrıca katılımcılar çocuklarına rehberlik edecek kuruluş sayısındaki yetersizlikten şikayet etmektedir

“Bu durumla baş etme yöntemi olarak olabildiğince çocuğumuza yansıtılmaya çalıştık ve ona çok sakin davrandık ancak kendi içimizde çok paniktik. Eşimle birlikte sabahlara kadar konuştuk. Ama çocuğumuza yansıtılmaya çalıştık. Ne yaptık çok yorulduğumuz zamanlarda annemle babam dört sene bizimle yaşadılar. Eşyalarını toplayıp bize geliyorlardı bakıcıya da bırakamazdık. Bu süreçte kendimizi araştırmaya verdik” (M1, Kişisel Görüşme, 2019).

“Ülkemizde üstün zekalı çocukların sorunlarını çözmeye yardım edecek, anne babalara rehberlik edecek kuruluşlar yok denecek kadar azdır. Bu yüzden ne yapacağımızı bilemiyoruz bazen. Tutarlı tavır sergilemekte zaman zaman yetersiz kalıyoruz. Yaptığı davranış sorunlarını görmezden gelmeye çalışıyoruz ama her zaman başarılı olamıyoruz.” (M2, Kişisel Görüşme, 2019).

“Psikoloğa gidene kadar onu çok iyi anlayamıyorduk hatta katı sınırlar koymaya çalışıyorduk, bu şekilde onu disipline edeceğimizi sanıyorduk. Oysa ki biz katı disiplinler koymaya çalıştıkça ters tepiyor ve içine kapanıyordu. Ona ne kadar zarar verdiğimiz sonrasında farkına vardık.” (M4, Kişisel Görüşme, 2019).

“Çok zorlanıyoruz. Onu anlamaya çalışıyoruz, sakin ve sabırla sürekli aynı şeyleri söyleyip duruyoruz. Bitmek bilmeyen sorularına sabırla cevap vermeye çalışıyoruz. Ancak işten bazen yorgun geldiğimizde tahammülsüz cevaplar veriyoruz. Sonra da eşimle pişmanlık duyuyoruz. Ona anlatıyoruz işten yorgun geldiğimiz için sana bu şekilde davranıyoruz, sen çok hareketlisin ve bizim enerjimiz bu duruma yetmiyor.” (M3, Kişisel Görüşme, 2019).

Diğer taraftan bazı katılımcılar ekonomik açıdan zorlansalar da çocukların enerjilerini atabilecekleri fiziksel aktiviteler düzenlediklerini böylece hem çocukların yeteneklerini geliştirebileceği hem de onların enerjilerini boşaltabilecekleri ve böylece dinlenebilecekleri faaliyetleri organize ettiklerini belirtmektedirler.

“Ekonomik anlamda da zorlandığımız durumlar oluyor. Örneğin müziğe yeteneği olduğu için kendisinin de talebi üzerine piyano dersine başlattık. İyi bir öğretmenin özel ders ücretleri bir hayli yüksek. Spora gitmek istiyordu futbola kaydettik. Sürekli kitap alıyoruz okumayı çok seviyor. Bunları karşılamakta güçlük çektiğimiz oluyor.” (M3, Kişisel Görüşme, 2019).

“Sürekli olarak lego alıyoruz, bu onu baya bir oyalıyor. Bu arada biz de dinleniyoruz. Yapmaktan büyük keyif alıyor. Hiçbir yardım almadan tek başına yapıyor.” (M3, Kişisel Görüşme, 2019).

Çizelge 4.4: DEHB Tanısı Almış Üstün Zekalı Çocukların Psikolojik Destek Alma Durumlarına İlişkin Ailelerin Görüşleri

Kodlar	F	Alıntılar
Psikolojik Destek alma	3	Psikoloğa götürdüğümüz çocuğumuzda acaba hiperaktivite ve dikkat eksikliği var mı diye sorduk (M1)
Çocuğunuzun yaşadığı psikolojik sorunlar ile destek aldınız mı?	1	Destek aldık halen de alıyoruz (M3)
		Ayda bir psikoloğa İstanbul’a gidiyoruz (M4)
Psikolojik Destek almama	1	Aslında profesyonel anlamda psikolojik destek almadık (M2)

Not: M katılımcılara verilen koddur.

Araştırma kapsamında katılımcıların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocuklarının yaşadığı psikolojik sorunlar konusunda profesyonel destek aldıkları ve çocuklarını psikologa götürdükleri görülmektedir (Çizelge 4).

“Psikoloğa götürdüğümüz çocuğumuzda acaba hiperaktivite ve dikkat eksikliği var mı diye sorduk. O da DEHB olduğunu sanmıyorum sadece çok meraklı bundan öyle düşünüyorsunuz dedi. Daha sonrasında da üstün zekalı çocukların genelinde hiperaktivite ve dikkat eksikliği eşlik eder dedi ve sizin çocuğunuz da eşlik ediyor dedi.” (M1, Kişisel Görüşme, 2019).

“Aslında profesyonel anlamda psikolojik destek almadık. Herhangi psikoloğa götürmedik, ancak gittiği okullarda rehber öğretmen ve psikolog bizi yönlendirdi. Onlardan destek aldık. İki buçuk, üç yaşlarında psikolojik destek aldık Hatta psikiyatriste götürdük. Kreşe alışma sürecimizde bir yıl sürdü. Kreş öğretmenimiz de deneyimli bir öğretmendi bu anlamda şanslıydık. Onlar bizi psikiyatriste yönlendirdi.” (M2, Kişisel Görüşme, 2019).

“Destek aldık halen de alıyoruz. Oğlumuz yedi yaşında, altı yaşından beri alıyoruz. Psikoloğumuz kaygı üzerinde çalıştığını söylüyor. Aynı zamanda ilaç tedavisi de

uyguluyor. İlaçları yaz döneminde vermiyoruz. Okulun açık olduğu dönemlerde düzenli veriyoruz.” (M3, Kişisel Görüşme, 2019).

“Çanakkale de olmanın dezavantajını yaşıyoruz. Bu şehirde imkanlar sınırlı. Psikolog da yok gibi bir şey, ayda bir psikoloğa İstanbul'a gidiyoruz. Ancak maddi olarak zorlanıyoruz. Zaman zaman faydası oluyor mu endişesine de kapılıyoruz.” (M4, Kişisel Görüşme, 2019).

Çizelge 4.5: DEHB Tanısı Almış Üstün Zekalı Çocukların Psikolojik Sorunlar Yaşadığı Ortamlara İlişkin Ailelerinin Görüşleri

Kodlar	F	Alıntılar	
Okul Ortamında	2	Gittiği devlet okulunda ilk başta çok sorun ve şikâyet alıyorduk (M2)	
Çocuğunuzun yaşadığı psikolojik sorunlar hangi durumlarda ortaya çıktığını düşünürsünüz?	Farklı bir sosyal ortamda	3	Çocuğumuz okul ortamında ve diğer sosyal ortamlarda maalesef gereğince anlayamıyor (M4)
			Aslında yeni bir ortama girdiğinde birtakım sorunlarla karşılaşılıyor (M2)
			Yeni bir ortama girdiğinde ya da yaşlılarıyla oyun oynadığında aralarında mutlaka sürtüşme çıkıyor (M3)
		Çocuğumuz okul ortamında ve diğer sosyal ortamlarda maalesef gereğince anlayamıyor (M4)	

Not: M katılımcılara verilen koddur.

Araştırma kapsamında katılımcıların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocuklarının yaşadıkları psikolojik sorunların hangi durumlarda ortaya çıktığına yönelik görüşleri incelendiğinde katılımcıların çocuklarının okul ortamında ve diğer sosyal ortamlarda gereğince anlayamadığını, yeni bir ortama girdiğinde ya da yaşlılarıyla oyun oynadığında aralarında mutlaka sürtüşme çıktığını, sürekli oyun kurmak istediğini ve isteğinin yerine getirilmemesi durumunda da sorun çıktığını, yaşça büyük olanlarla vakit geçirmek istediğini ve yoğun rekabet duygusu yaşadıklarını belirtmektedir (Çizelge 5).

“Aslında çocuğumun diğer arkadaşlarından farklı olduğunu ben fark ettim ama eşim beni hep durdurdu. Birtakım şeyleri diğer arkadaşlarının çok üstündeydi. Eşim ‘kargaya yavrusu şahan gözükür’ deyip beni durdururdu. Tüm anneler çocukları üzerinde böyle düşünür ya da benim de arkadaşımın çocuğu küçük yaşta İngilizce

konuşuyor deyip bu durumu normalleştirirdi. İngilizceyi iki yaş civarlarında kendi kendine öğrendi. Ama anadili gibi konuşuyordu. İzlediği hiçbir şeyi unutmuyor. Duyduğu herhangi bir sesi aynı şekilde taklit edebiliyor. Duyduğu herhangi bir hayvan sesini dahi taklit edebiliyor. Piyano dersine başlattık ve öğretmeni Absolit kulak dedi.

Bir gün apartman boşluğundaki kedinin çıkardığı sesleri aynı tonda çıkartıyordu. Bunları da fark ediyordum ama eşim hep benim abarttığımı düşünüyor.” (M1, Kişisel Görüşme, 2019).

“Aslında yeni bir ortama girdiğinde birtakım sorunlarla karşılaşılıyor, zamanla bu sorunlarda azalma oluyor. Gittiği devlet okulunda ilk başta çok sorun ve şikâyet alıyorduk ama şuan oraya gitmekten çok memnun ve mutlu gidiyor. Tabi öğretmen farkını da görüyoruz. Devlet okulundaki öğretmenimiz çok anlayışlı ve alanında iyi bir öğretmen. Bilsen’de de aynı sorunları yaşadık ama halen oraya gitmekte direnç gösteriyor. Bilsen’de tüm çocuklar en iyi olmak istiyor, rekabet duygusu orada daha fazla bu yüzden oraya gitmekte direnç gösteriyor.” (M2, Kişisel Görüşme, 2019).

“Yeni bir ortama girdiğinde ya da yaşlılarıyla oyun oynadığında aralarında mutlaka sürtüşme çıkıyor. Yaşlılarından büyük çocuklar ile daha keyifli oyunlar oynuyor. Oyunları hep o kurmak istiyor onun dediği olmaz ise mutlaka sorun çıkıyor.” (M3, Kişisel Görüşme, 2019).

“Çocuğumuz okul ortamında ve diğer sosyal ortamlarda maalesef gereğince anlaşılamiyor. Bunun altında yatan en önemli sebeplerden bir tanesi bizce kendileri ile eş düzeyde gelişim gösteren çocuklar ile birlikte olamama dezavantajı. Bir de bizim gözlemlediğimiz kadarıyla diğer çocuklar için müfredatın uygun ancak bizim çoğumuz için hafif kalmakta bundan dolayı da ilgisini çekmeme durumu söz konusu. Yine gözlemlediğimiz kadarıyla çocuğumuzda zihinsel açlığa yol açmaktadır. Bu sebeple çocuğumuz ‘okul neden var?’, ‘her gün aynı şeyleri görüyoruz’ gibi serzeniş cümleleri ile okula gitmek istemiyor. Bu durumda okul ve müfredatın mutlaka zenginleştirilmesi gerekmektedir. Çocuğumuz bir anlamda şanslı ben ve eşim eğitimciyiz ona rağmen çok zorlanıyoruz, yetemediğimizi düşünüyoruz.” (M4, Kişisel Görüşme, 2019).

Görüldüğü üzere katılımcılar çocuklarının okul ortamında ve diğer sosyal ortamlarda psikolojik sorunlar yaşadığını belirtmektedir.

Çizelge 4.6: Ailelerin Çocuklarının Psikolojik Sorunları Olduğu Kanısına Nereden Vardıklarına İlişkin Görüşleri

Kodlar	F	Alıntılar
Erken Konuşma	3	15 aylıkken de çok net bir şekilde konuşmaya başladı (M2) Çok küçük yaştan konuşmaya başladı (M4) Konuştuğu kelimeler ve cümleler ağızından çok net çıktı(M2)
Hızlı Öğrenme	3	2000 sayfalık falan bir kitap bu kitabın Latince isimlerini tümünü ezberledi. (M1) Her şeyi çok erken öğreniyor(M2) Çocuğumuz son derece çabuk algılayan biri(M4)
Yalan Söyleme	1	Okulda sıkılıyordu sıkıldığı an da saracak şeyler arıyordu yalanlara başvuruyordu. (M1)
Mükemmeliyetçi olma	1	Çocuğumuz o kadar mükemmeliyetçi ki 'o' sesi ile saatlerce uğraşabilir (M1)

Not: M katılımcılara verilen koddur.

Diğer taraftan katılımcılar çocuklarında psikolojik sorunları olduğunu ne zaman farkettiler sorusuna ise iyi bir gözlemci oldukları için çocuklarında henüz çok küçük yaşlardan itibaren farklılık olduğunu fark ettiklerini belirtmektedir. Katılımcılar çocuklarının çok fazla duyarlı olduğunu, henüz çok küçük yaşlarda olmasına rağmen net şekilde cümle kurabildiğini, öğrenme sürecinin yaşlarına nazaran hızlı olduğunu belirtmektedirler (Çizelge 6).

“Çocuğumuzun yaşadığı sorunları belki de biz çok gözlemci ebeveynleriz. Belki de çocuğumuza karşı çok hassaslaştık bebekliğinden beri çok yorulduk ve ona bakmayı ve görmeyi öğrendik. Çocuğumuzu başka bir okula kaydettik (BBOM) Orada Rehber Öğretmenimize bir bir çocuğumuz ile ilgili anlattım. Ve beni dinlemediler onu düzeltmenin başka yollarını denediler ve olmadı. Bir gün Rehber öğretmen aradı ya sizin dediğiniz gibi her şey geliyor, ne kadar iyi gözlemcisiniz dedi.” (M1, Kişisel Görüşme, 2019).

“Daha sonra biz öğretmen değişikliği yapıp başka bir öğretmene geçtik. Bu sefer sınıfta daha zorlu şeyler vermeye başladı onun sevdiği gibi. Psikoloğumuz akademik yüklemeye yapın dedi. Ona ağaçlar kitabı aldık. 2000 sayfalık falan bir kitap bu kitabın latince isimlerini tümünü ezberledi. Sokakta yürürken tüm ağaçların latince isimleriyle tümünü tek tek sayıyordu. Bitkiler kitabı aldık daha sonra mantarlar kitabı aldık böyle böyle oyaladık. Hayvanlarla çok ilgisi olmadı çünkü onlara da deneyler yapıyordu. Eve kuş aldık onları zorluyor ve zarar veriyor. Bazen farkında değil gibi bazen de farkında çok da bilemiyorum. Böceklerden hiç korkmuyor hepsini eline alabiliyor. Denizi çok seviyor. Deniz maskesi aldık dalıp dalıp denizyıldızlarını avuçlayıp çıkartıyor. Mesela ben çok korkuyorum. Sonra eşim bu durumu köreltti. Hadi onu yerine bırakalım, hadi yuvasına bırakalım diye diye annesi var babası var diyerek babasını dinledi bu durumu bıraktı. Bu konuda beni çok kale almıyor. Çocuğumuzda söylenen sözler değil de ses tonu ve ifade daha önemli. Ben ne kadar kızdığımı söylesem de ya da rahatsızlığımı dile getirsem de bunu görev icabı yaptığının farkında bu yüzden beni çok kaile almıyor.” (M1, Kişisel Görüşme, 2019).

“Oğlumuz 10 aylıkken yürümeye, 15 aylıkken de çok net bir şekilde konuşmaya başladı. Konuştuğu kelimeler ve cümleler ağızından çok net çıktı. İki buçuk yaşında gittiği kreşin psikoloğu yaşlıtlarında daha farklı, her şeyi çok erken öğreniyor diye bizi bilgilendirdi. Onun üzerine biz fark ettik.” (M2, Kişisel Görüşme, 2019).

“Çok küçük yaştan konuşmaya başladı ve yaşlıtlarına kıyasla iyi bir dil yeteneği vardı. Hiç dur durak bilmeyen bir hareketi var eşimle enerjimiz yetmiyordu. Bir de iki yaşında yaptığımız şeyleri tek tek anlatabiliyor, hafızası bizi korkutuyor, tüm detaylarına kadar anlatıyor.” (M4, Kişisel Görüşme, 2019).

“Çocuğumuz son derece çabuk algılayan biri olduğu halde duygularıyla baş etmede problem yaşadığını gözlemliyoruz... Bunun sonucunda ise öğretmenleriyle bizimle ebeveynleri ve arkadaşları arasında bir sınır problemi oluşuyor. Duygularını da çok iyi ifade edemediğinde de, ya hırçınlaşıyor ya da içine kapanıyor. Diğer arkadaşlarını gözlemlediğimizde ebeveynleri böyle sorunlar ile karşılaşmıyor. Bundan dolayı bir takım psikolojik sorunları olduğu kanısına vardık.” (M4, Kişisel Görüşme, 2019).

Ayrıca katılımcılar çocuklarının bir süre sonra dışarı ile iletişim kurmayı reddettiği ve içine kapandığını ve okula gitmeyi reddettiğini, gittiğinde de okulda agresif tavırlar sergilediğini belirtmektedirler.

“Yalnız oynamaya başladı normalde çok dışa dönük olan çocuğumuz bir süre sonra dışarıya çıkmak istemedi. Okula gitmeyi reddetti, etrafında gelişen olaylara karşı son derece duyarlı çok etkileniyor. Ağlayan birini gördüğünde hemen ona sarılıyor ve çok üzülüyor.” (M3, Kişisel Görüşme, 2019).

“Geçmişe dönük düşünürsek çocuğumuzun yaşadığı psikolojik sıkıntılar Anaokuluna başladığında can sıkıntısından şiddet eğilimi gelişti. Biz bununla çok zor baş ettik. Tek çaresizliğimiz bu oldu. Psikoloğa başlamamızın en büyük sebebi bu oldu.” (M1, Kişisel Görüşme, 2019).

Katılımcılar çocuklarının sahip olduğu yetenekleri olumsuz şekilde kullandığını ve çevresine çok ustaca yalanlar söylediğini belirtmektedirler.

“Yine can sıkıntısından bir hayal dünyası başladı. Diyelim ki o gün canı sıkıldı o gün istediği bir şey olmadı O kişiye kızdı ya da kıskandı bu küçük sebeplerde olabilir. Öğretmeni ile ilgili çok sevdiği halde o kadar güzel ve detaylı yalanlar söyledi ki biz olaylara inandık. Halen de emin olamıyoruz. O öğretmenimiz çok narin birisiydi Bizim çocuğumuza narin öğretmen olmuyor.” (M1, Kişisel Görüşme, 2019).

“İnsanları çok güzel çözüyor ve parmağında oynatıyor. Velilerden şikayet alacağız diye telefonlara bakamıyorduk. Okulda sıkılıyordu sıkıldığı an da saracak şeyler arıyordu yalanlara başvuruyordu. Evde yalan mı gerçek oyunu oynamaya başladı. Uydurduğu şeylere karşın yalan mı gerçek mi? hayal mi gerçek mi? Psikoloğumuzun yönlendirmesiyle bu oyunu süreklileştirdik. Böyle böyle giderek bunu kırdık. Ama bu gerçek değil diyerek açıklamalarını yaptık bu problemi aştık. Sonrasında şiddet kısmı kaldı. Şiddet kısmı da deney yapıyordu. Bana gelip şey diyordu bilmem kimin boğazını sıkıp üzerine oturduğumda kafası terliyor ve kokmaya başlıyor ve bu koku çok hoşuma gidiyor. Tabi biz çok korktuk. Her seferinde o insanın dayanma noktasını görüyor ya dozu onu deniyor. Dayanma noktasının üzerine daha da gidiyor. Ama sonrasında anladık ki can sıkıntısından yapıyor.” (M1, Kişisel Görüşme, 2019).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocuklarının yaşadığı psikolojik durumlardan biri de mükemmelliyetçi olmadır. 2 numaralı

katılımcı bu konuda yaşadıklarını şu şekilde ifade etmektedir (M1, Kişisel Görüşme, 2019):

Birinci sınıfta öyle bir şey oldu. Sınıf da dört öğrencilerdi. Çocuğumuz çok bir kenarda kaldı bu bizim de hatamız oldu. Eşimle ben çok kibar davrandık diğer çocuklara haksızlık olmasın diye diğer öğrenciler okuma yazma bilmiyor. Onlar

harfleri sesleri öğreniyorlar. Bizim çocuğumuz okuma yazma biliyor. Bütün bir gün boyunca harf yazıyorlar. Çocuğumuz o kadar mükemmeliyetçi ki o harfle saatlerce uğraşabilir 'o' sesi diyelim onu yazarken en ufak bir esneme istediği gibi olmaz ise çıldırır. Zaten çok kusursuzu arayan bir çocuk bazen bir satır cümleyi saatler sürebilir yazması. Bir gün bana geldi dedi ki

-Biliyor musun öğretmenim beni yavaş yavaş öldürüyor. Ben duyunca şok oldum ne oldu dedim sana kötü mü davranıyor dedim.

-Hayır dedi ama ben yavaş yavaş ölüyorum. Bitiyorum yok oluyorum. Çünkü her gün ben bunları yazmak zorundayım biliyor musun? Dedi. Ama bunları öyle bir söyledi ki ben perişan oldum.

-Ben bazen defterime yanlış yazıyorum bilerek öğretmenim defterime bakmıyor bile aferin deyip yanlışımı görmüyor bana doğru diyor.

Peki sınıfta ne yapıyorsunuz diye soruyorum.

-Diğer arkadaşlarımın yanına tek tek oturuyor onlara doğruyu anlatıyor ama benim yanıma gelmiyor nasılsa sen yapmışsındır deyip beni geçiştiriyor.

Hatta bana yanlış yaptığı sayfayı da gösterdi

-Ve bana ne dedi biliyor musun? Doğru dedi.

Meğerse o dönem çok yıpranmış, bir kenarda kalmış. Sınıftan kaçmalar başlamış anasınıfındaki öğretmenin yanına. Daha sonra ben okuyamıyorum yazamıyorum demeye başladı. Yamuk yumuk yazmalara başladı. İngilizce bilmiyorum demeye başladı. Bir dönem hiç İngilizce konuşmamaya başladı. Yeni Zelanda'dan bir arkadaşı oldu. Bütün bir yaz onunla arkadaşlık kurdu. Onlarla arkadaşlık kurarak da gelişti aslında. Bir dönem okula İngilizce öğretmeni geldi ama onunla hiç konuşmamış neden konuşmuyorsun dediğimizde:

-Ama o İngilizce konuşmayı bilmiyor ki dedi bize. Öğretmeninin taklidini yapıp o İngilizce bilmiyor dedi. Sonra bana birtakım kitaplar önerdiler o kitapları aldım. Hakikatten o dönem çok dehşetti. Çocuğumuz o kadar aç kalmış ki kalın kalın kitaplara iki günde bitirdi hepsini. Çocuğumuz çıldırması gibi hepsini bitirdi bir üst yaş gurubunu da aldık. Daha alabileceğimiz kitap da kalmadı. Öğretmeniyle konuştuk ona ayrıcalık tanıyıp başka şeyler de vermedi sonra çocuğumuz ona çok öfke duydu. Bu sefer bireylerin acısını ondan çıkardı. Hiç yapmadığı sıkıntı yaratan şeyler yapmaya başladı. Onunla dalga geçmeye başladı. Kendi içine kapandı bu dönem. Kimseyle konuşmadı dışarıya çıkartamadık. Kimseyle oynamıyordu.

4.1.3. Katılımcıların DEHB tanısı almış üstün zekâlı çocukların ailelerinin psikolojik sorunlarına ilişkin görüşleri

Görüşme formundaki ikinci bölümündeki 3 soru dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün zekâlı çocukların ailelerinin yaşadıkları psikolojik sorunları belirlemeye yöneliktir. Bu kapsamda katılımcılara şu sorular yöneltilmiştir.

- Çocuğunuzun DEHB’li ve üstün zekalı olmasından dolayı yaşadığınız psikolojik sorunlar nelerdir? Açıklar mısınız?
- Yaşadığınız psikolojik sorunlarla ilgili destek aldınız mı? Aldıysanız ne gibi destek aldınız?
- Akrabalarda benzer davranış özelliği gösteren kişiler var mı?

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocukların davranışları anne ve babalarını açıkça etkilemekte ve bu çocukların olumsuz davranışları anne ve babaların sıkıntılarını artırmaktadır (Whalen ve Henker, 1999). Çocuklar ile anne ve babaların etkileşimlerinin çift yönlü olduğu düşünüldüğünde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocukların yaşadığı psikolojik sorunların anne ve babaların gidişatını olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Durukan ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan araştırmada anne ve babaların yaşadıkları stres ile çocukların agresyonu arasında dinamik bir döngü olduğunu göstermektedir. Özellikle dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocukların annelerinin böyle bir döngüye daha yatkın oldukları tespit edilmiştir.

Çizelge 4.7: DEHB Tanısı Almış Üstün Zekâlı Çocukların Ailelerinin Yaşadıkları Psikolojik Sorunlara İlişkin Görüşleri

Kodlar	F	Alıntılar
Kişisel Zaman Ayıramama	2	Eşimle hiçbir şekilde kendimize zaman ayıramıyoruz (M1) Hayattan keyif almayı unutuyoruz. Kendimizi yaşayamıyoruz (M3)
Çocuğunuzun DEHB'li ve üstün zekalı olmasından dolayı yaşadığınız psikolojik sorunlar nelerdir?	2	Çaresizlik Olaylara karşı vereceğimiz tepkilerde çaresiz kaldığımız oluyor (M3) Çocuğumuzun gelişimini desteklemekte yetersiz kalıyoruz (1)
Depresyon/Kaygı	2	Depresyona giriyorsak bile kendimizi öteliyoruz (M1) Zaman geçtikçe kaygılarımız başladı (M4)

Not: M katılımcılara verilen koddur.

Araştırma kapsamında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocukların anne ve babalarının kendilerine ve diğer çocuklarına zaman ayıramama, çocuğu düşünmekten dolayı günlerce uykusu kalma, kendilerini çaresiz hissetme, tükenme ve depresyon boyutunda sorunlar yaşadıklarını belirtmektedirler (Çizelge 7).

“Eşimle hiçbir şekilde kendimize zaman ayıramıyoruz. Aslında kendimizi unuttuk, çocuğumuzun psikolojisini düşündüğümüz için sürekli onun istekleri ve ihtiyaçlarına cevap vermeye çalışıyoruz. Ona daha nasıl yardımcı oluruz diye cevaplar arıyoruz. Zaman zaman abisini de ihmal ediyoruz. Abi de çok başarılı. Ancak abi büyürken bu tarz sorunlar hiç yaşamadık bizi hiç üzmedi. Abi benim ilk eşimden çocuğum.” (M1, Kişisel Görüşme, 2019).

“İkimiz de zaman zaman çok çaresiz kalıyoruz. Eşimle sabahlara kadar konuşmaktan uykusuz kaldığımızı biliyoruz. Depresyona giriyorsak bile kendimizi öteliyoruz.” (M1, Kişisel Görüşme, 2019).

“Olaylara karşı vereceğimiz tepkilerde çaresiz kaldığımız oluyor. Eşimle birlikte çözümsüz kalıyoruz. Ben daha kuralcı ama eşim daha esnek bir baba kural koyma

konusunda sıkıntılar yaşıyoruz. Bazen ikimiz de o kadar yoruluyoruz ki sorularına ve davranışlarına cevap verme konusunda”(M2, Kişisel Görüşme, 2019).

“Hayattan keyif almayı unutuyoruz. Kendimizi yaşayamıyoruz, sadece onun isteklerine cevap vermeye enerjimiz yetiyor.” (M2, Kişisel Görüşme, 2019).

“Çocuğumuzun gelişimini desteklemekte yetersiz kalıyoruz. Bazı ihtiyaçları yaşatlarından farklı olduğu için uygun olanakları sağlamakta zorluk yaşıyoruz. Boş kalan zamanımızın çoğunun ihtiyaçlarına cevap verebilmek için uygun okul arayışı, etkinlikler, gezi planları yapmak ile geçiriyoruz. Anlayacağınız, kendimize zaman ayıramıyoruz.” (M3, Kişisel Görüşme, 2019).

“Eşimle sık sık çatışmalar yaşıyoruz. Çocuğumuza verilecek kararlarda kararsız kalıyoruz. Çoğu kez birbirimizin zıttı davranışlarda bulunuyoruz. Bir dönem boşanmanın eşiğine gelmiştik. Ama artık biz de süreci nasıl yöneteceğimizi öğrendik daha tutarlı davranışlar göstermeye çalışıyoruz.” (M3, Kişisel Görüşme, 2019).

“Çocuğumuza ilk başta zekâ testi yaptırdığımızda çıkan sonuca mutlu olduk ama zaman geçtikçe kaygılarımız başladı. Nasıl bu durumla baş edeceğiz. Hangi okula kaydedeceğiz, ona nasıl yeteceğiz kaygısı başladı. Bu kaygıyı her ne kadar dikkat etsek de çocuğumuza da yansıtık sanırım o da çok kaygılı bir çocuk oldu.” (M4, Kişisel Görüşme, 2019).

Çizelge 4.8: Ailelerin Psikolojik Destek Almalarına İlişkin Görüşleri

Kodlar	F	Alıntılar	
Psikolojik Destek Alma	2	Aile Danışmanından bir süre destek aldık (M3)	
Yaşadığımız psikolojik sorunlarla ilgili destek aldınız mı? Aldıysanız ne gibi destek aldınız?		Yakın bir arkadaşımız psikolog ondan fikir alışverişinde bulunduk (M4)	
	Psikolojik Destek Almama	3	Hiç destek almadık (M1)
			Biz hiç destek almadık (M2)
			Profesyonel anlamda kendimiz bir psikoloğa gitmedik (M4)

Not: M katılımcılara verilen koddur.

Araştırma kapsamında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocukların ailelerinin yaşadıkları psikolojik sorunlara ilişkin profesyonel destek alıp almadıklarına yönelik görüşleri incelendiğinde katılımcıların genellikle

psikolojik destek almadıkları alanların ise aile danışmanlarından ya da yakın arkadaşlarından bir müddet destek aldığı görülmektedir. Ayrıca katılımcılar bu desteğin çocuklarına yaklaşımlarını etkilediğini sorunların böylece kısmen çözülmeye başladığını ifade etmektedirler (Çizelge 8).

“Çocuğumuz ile ilgilenmekten kendimizi unuttuk hiç destek almadık ama çocuğumuzun psikoloğu bizi yönlendiriyordu bize de tavsiyelerde bulunuyordu.” (M1, Kişisel Görüşme, 2019).

“Biz hiç destek almadık. Almalı mıyız onu da bilmiyoruz. Hayatın koşuşturmasına kapılıp gidiyoruz.” (M2, Kişisel Görüşme, 2019).

“Aile Danışmanından bir süre destek aldık. Bize faydası oldu. Çocuğumuzla karşı daha sevgi dolu onu kabullenici, ona karşı daha aktif, daha araştırmacı olmaya başladık. Sorunlarımızın büyük kısmı çözülmeye başladı.” (M3, Kişisel Görüşme, 2019).

“Yakın bir arkadaşımız psikolog ondan fikir alışverişinde bulduk. Profesyonel anlamda kendimiz bir psikoloğa gitmedik. Çok çaresiz kaldığımız eşimle çatışmaya girdiğimiz durumlar oldu. Sonrasında fırsat buldukça tatil günlerimizde yeni yerler keşfetmeye başladık bu durum onu mutlu ediyor. Evde üçümüz birlikte ‘bil bakalım’ diye oyunlar bulduk zamanımız dolu dolu geçirmeye çalışıyoruz. Kendimiz için ne yapıyorsunuz dediğinizde kendimizi ekarte etmiş durumdayız. Çocuğumuz yaşamdan keyif aldığı sürece sorunlar biraz azalıyor. Bu da bize nefes aldırıyor.” (M4, Kişisel Görüşme, 2019).

Çizelge 4.9: Katılımcıların Akrabalarında Benzer Davranış Özelliği Gösteren Kişiler Olup Olmadığına İlişkin Görüşleri

Kodlar	F	Alıntılar
Akrabada var	2	Amcamın oğlu var (M1) Benzer davranış özelliği gösteren anneannemin olduğu söyleniyor (M2)
Akrabalarda benzer davranış özelliği gösteren kişiler var mı?	2	Bildiğimiz yok. Ama annemin annesi köyde sözü geçen bir kadınımış (M3) Aslına bu durumu çok araştırdık ama akrabalarda benzer davranış özelliği gösteren kimseyi bulamadık (M4)

Not: M katılımcılara verilen koddur.

“Eskiden bu şekilde tanı koyan kimse yokmuş. Ama amcamın oğlu var. Bir de benim dedem var. Hatırladığım kadarıyla acayip bir dil yeteneği vardı dedemin Farsça ve Osmanlıca merakı vardı. Okuyup yazabiliyordu.” (M1, Kişisel Görüşme, 2019).

“Benzer davranış özelliği gösteren anneannemin olduğu söyleniyor. Çocukluğu anneannemin çocukluğu gibiymiş. Anneannem çok zeki olduğu için hafız olmuş. O dönemde kız çocuklarının okutulmasına sıcak bakılmadığı için okumasına izin verilmemiş. Halen 87 yaşında ve dimağı çok açık, zihinden hesaplamaları falan çok iyi yapar. Yine eşimin dedesi çok zeki olduğu söyleniyor. O dönemde Çanakkale’de iki kişi öğretmen okulunu kazanmış iki kişiden birisi eşimin dedesiymiş.” (M2, Kişisel Görüşme, 2019).

“Bildiğimiz yok. Ama annemin annesi köyde sözü geçen bir kadınmiş. Hitabı çok güçlü olduğu söyleniyor. Lider ruhluymuş. İnsanlar bir şey danışmak için ona gidermiş.” (M3, Kişisel Görüşme, 2019).

“Aslına bu durumu çok araştırdık ama akrabalarda benzer davranış özelliği gösteren kimseyi bulamadık. Hatta büyükler bu çocuk kime çekti bizde böyle çocukluğu olan yok dediler...” (M3, Kişisel Görüşme, 2019).

5.TARTIŞMA VE SONUÇ

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocuklar konusunda son dönemlerde büyük toplumsal ve akademik ilgi oluşmuş durumdadır. Bu çalışmada da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün zekâlı çocukların yaşadığı psikolojik sorunlar örnek olay çalışması ile incelenmiştir. Bu kapsamda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün zekâlı çocukların ve ailelerinin ne tür psikolojik sorunlar yaşadıkları, bu psikolojik sorunların hangi durumlarda ortaya çıktığı ebeveynlerin bu konudaki tutumları incelenmiştir. Araştırma sonucunda elde edilen bulgular literatürde bu kapsamda yapılmış araştırma sonuçları ile büyük oranda benzerlik göstermektedir. Çizelgeler tek tek incelendiğinde şu şekilde yorumlanmaktadır.

Çizelge 2 de ki bu davranışlar ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan üstün yetenekli çocukların bugüne kadar tespit edilmiş özelliklerinin örtüştüğü görülmektedir. Nitekim Kargı ve Akman (2003)'ın dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna sahip üstün yetenekli çocuklar hakkında yaptığı teorik çalışmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan üstün yetenekli çocuklarda gözlenen davranışların bazılarını şu şekilde sıralamaktadır: Mükemmeliyetçilik, lider olma, duygusallık, kırılganlık.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı konulmuş çocukların davranışlarında görülen problemler anne ve babanın tutumlarını da etkilemektedir. Bunun yanında anne ve babanın sergilediği bu tutumlar çocukların davranış problemlerinin derecesi üzerinde de etkilidir ve bu durum dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtisinin şiddetini arttırmaktadır. Çocukların davranışlarının anne-babayı açıkça etkilediği, olumsuz davranışların anne-babanın sıkıntısını artırdığı bilinmektedir. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı konulmuş çocukların olumsuz tutum ve davranışları anne-babaların psikiyatrik başvurularına neden olmaktadır. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı konulmuş çocuğu olan annelerin, bu tanı konmamış çocukların annelerine kıyasla hem genelde, hem de annelik rolünde psikolojik zorlukları daha fazla yaşadıkları,

yetersiz annelik duygularına sahip oldukları görülmüştür (Johnston, 1996; Mash ve Johnston, 1983). Yapılan araştırmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocuğa sahip olan anne babaların çocuklarını genellikle onaylamama davranışı gösterdikleri, daha çok stres altında oldukları, çocuklarına genellikle emir verdikleri, daha fazla fiziki ceza tekniklerini uyguladıkları ve bununla ilişkili olarak genellikle olumsuz anne baba tutumu gösterdikleri görülmektedir (Çakır, 2017).

Çizelge 3 de dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tedavisi mümkün olmayan bir durum değildir. Bu durum ancak istikrar ve sabır ile dönüştürülebilir bir durumdur. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli bir çocuğun kendisiyle barışık bir erişkine dönüşmesi için çocuğun, ailesinin ve öğretmenlerinin işbirliği içerisinde olması ve bu nedenle ailelerin bu durumda psikolojik destek almaları çocuğun gelişim seyri açısından son derece önemlidir. Akarsu ve Mutlu (2017) Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların eğitim süreci içerisinde sorun yaşamaması ve yaşadıkları sorunların çözülebilmesi için çocukların ve ailelerin mutlaka destek almaları gerektiğini belirtmektedirler. Yener (2017) ise Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların alacakları desteğin çocuklarda psikolojik rahatlık iklimi sağlayacağını belirtmektedir

Çizelge 4 de problem çözme, farklı düşünme, meraklı olma, hızlı öğrenme, kendinden büyüklerle arkadaşlık etme, bağımsız çalışma, soru sorma, farklı konulara ilgi duyma, kavrama ve soyut düşünme becerisi gibi özellikler dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocuk sahibi olan ailelerin çocuklarında bugüne değin tespit edilmiş bazı özellikleridir (Üneri, 2016).

Karamuk (2019) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunun günümüzde çocuklarda en sık karşılaşılan psikiyatrik bozuklukların başında geldiğini belirterek bu sürecin çocuklara zarar vermemesi adına herkese önemli görevler düştüğünü

çocuklardaki farklılığı gözlemleyen öğretmenlerin ya da anne ve babaların tedavi sürecine destek olmaları gerektiğini belirtmektedir.

Bunun yanında bu çocuklar matematik alanında olmak üzere sayıları bilme, kullanma ve hatırlamada daha iyidirler. Fakat okulda not almakta, fikirleri organize etmede zorluk yaşarlar. Akranlarına oranla öğrenmeleri daha hızlıdır. Çok hassastırlar. Oyunlarda ve kural koymada üstün fikirlere sahip oldukları gözlemlenmiştir. Bu

çocuklar diğer üstün yetenekli çocuklarla karşılaştırıldıklarında; bilişsel eksiklikler, daha az sistematik düşünme yeteneği, çalışan belleği yeterince kullanamama, parça-bütün ilişkisiyle problem çözme, çalışmalarını daha az tamamlama, acele etme, sıkça proje konularını değiştirme, basit alıştırmaları yapmak için bile çok uzun zaman harcama eğilimi göstermektedirler.

Çizelge 5 Taylor ve arkadaşları (2008) da bireylerin yaşlarının artmasıyla beraber öz kontrol ihtiyaçlarının da artmasından ötürü dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu rahatsızlığının belirtilerinin daha fazla hissedildiğini belirtmektedir. Aynı şekilde Yener (2017) de okul öncesi dönemlerde durmadan hareket eden dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların okul döneminde davranış ve duygularını kontrol etmede sorunlar yaşadıklarını belirtmektedir. Bu uyumsuzluk çocukların sessiz kalmalarının beklendiği ortamlarda ses çıkarma ya da grup uyumunun beklendiği durumlarda uyumsuz davranışlar sergileme şeklinde kendini göstermektedir.

Çizelge 6 dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sahip üstün yetenekli çocuklar dürüstlük ile ilgili genellikle önemli kaygılar taşırlar ancak bu tarz çocuklarda olgunlaşmamış duygusal gelişim, çocukların benzer ahlaki konulara göre hareket etmesini engellemektedir. Çocukların duyguları negatife dönüştüğünde normal bir çocukta yaşanamayacak endişeleri yaşarlar (Kargı ve Akman, 2003).

Görüldüğü gibi dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sahip üstün yetenekli çocuklar yaşlarına kıyasla daha özel ilgiye sahip çocuklardır ve benzer aktiviteleri karmaşık şekilde yerine getirmektedirler. Diğer üstün yetenekli çocuklar ile karşılaştırıldığında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocukların sistematik düşünme yeteneğinde azalma, bilişsel eksiklik, çalışan belleğini yeterli düzeyde kullanamama, acele etme, sık sık proje değiştirme, çabuk sıkılma ve bir işi değiştirmek isteme gibi özellikler göstermektedir (Kargı ve Akman, 2003).

Ercan (2019) dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocukların bir şeyleri elde etmek, çıkar sağlamak ve sorumluluklardan kurtulmak amacıyla yalan söyleyebileceklerini ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtilerine ek olarak, erken yaşlardan başlayarak hırsızlık, yalan söyleme, kavga-dövüş başlatma

gibi belirtiler gösteren çocuklarda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu davranım bozukluğunun birlikte ele alınarak tedaviye başlanması gerektiğini belirtmektedir.

Ataman (2004) ise üstün zekalı çocukların sahip oldukları becerilerini bir şeyleri elde etmek için kullandıklarını belirtmektedir. Bu nedenle bu çocukların katı kurallar konulduğu zamanlarda diğer çocuklardan farklı olarak hırçın ve öfkeli davranma ile birlikte yalan söylemeyi denediklerine ifade etmektedir. Bu sonuçların aksine Öğretici (2017) bir grup üstün zekalı çocuğun sosyal uyumlarını incelediği araştırmasında çocukların yalan söyleme davranışı ile grup arasında anlamlı bir ilişki olmadığı sonucuna ulaşmıştır.

Çizelge 7 Durukan ve arkadaşları (2008)'nin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocukların annelerinin depresif yakınmaları ve anksiyete durumları ile baş etme yöntemlerini incelediği araştırmasında çocukların annelerinin hem depresyon, hem de anksiyete ölçeği puanlarının sağlıklı kontrollere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Mc Cormick ve arkadaşları (1995) da dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocukların annelerindeki depresyonu araştırmış ve araştırma sonucunda katılımcıların %17.9'unda majör depresyon, %20.5'inde minör depresyon olduğu saptanmıştır.

Çizelge 8 Durukan ve arkadaşları (2008)'nin araştırmasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocukların olumsuz tutum ve davranışlarının anne ve babalarının psikiyatrik başvurularını artırdığı bu tarz çocuğu olan annelerin olmayan annelere kıyasla hem genel hem de annelik rolüne has psikolojik güçlükleri daha çok yaşadığı bunun yanında yetersiz annelik duygusunun buna eşlik ettiği yaşadığı görülmüştür.

Gau ve arkadaşları (2007) ise araştırmasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı çocukların annelerinde anksiyete, depresyon, bedensel yakınmalar ve uyku sorununun arttığını saptamıştır.

Araştırma kapsamında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocukların akrabalarında benzer davranış özelliği gösteren kişiler olup olmadığına yönelik görüşleri incelendiğinde bazı katılımcıların ailelerinde bu tür davranışlar gösteren kişilerin olduğu bazılarında ise olmadığı görülmektedir. Akrabalarında bu tarz davranışlar gösteren katılımcıların ise genellikle birinci derece

akrabalarında değil ikinci ve üçüncü derece akrabalarında bu tarz davranışlar görülmektedir (Çizelge 9).

Çizelge 9 Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocukların akrabalarında benzer davranış özelliği gösteren kişiler olup olmadığına yönelik görüşleri incelendiğinde ise kimi katılımcıların ailelerinde bu tür davranışlar gösteren kişilerin olduğu kimilerinde ise olmadığı görülmektedir.

Kayaalp (2008) araştırmasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı olguların yakın akrabalarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu görülme riskinin % 10-35 arasında değiştiğini, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olgularının kardeşlerinde bu riskin % 32 civarında olduğunu. Anne babasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan çocuklar da ise bu riskin % 57'lere çıktığını belirtmektedir.

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş çocukların birinci dereceden akrabalarında, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ile diğer psikolojik bozuklukların ailesel geçişi özellikle biyolojik risk faktörlerinin değerlendirildiği, çalışmalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı konmuş çocukların ebeveynlerinin hem geçmiş hem de mevcut dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerinin kontrol grubundakilere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek olduğu görülmüştür (Aydın vd., 2006).

Ayrıca araştırmalarda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanılı olguların yakın akrabalarında bozukluğun görülme riskinin %10 ile 35 arasında değiştiği; Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olgularının kardeşlerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu görülme riskinin ise %25-35 civarında olduğu saptanmıştır (Akgün vd., 2011).

Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu sık karşılaşılan bireyin, ailesinin, çevresinin ve hayat kalitesinin belirgin şekilde etkilendiği klinik bir durumdur. Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğuna sahip üstün yetenekli çocuklar, diğer üstün yetenekli çocuklar ile karşılaştırıldığında sınıflandırma, organize etme, hatırlama ve belleği kullanma gibi metabilişsel stratejileri etkili şekilde kullanmayı unutmaktadırlar. Bu tarz çocuklar duygusal, sosyal ve bilişsel olarak diğer üstün yetenekli çocuklardan ayrılmaktadır (Kargı ve Akman, 2003).

Katılımcıların çocuklarının yaşadığı psikolojik sorunlar konusundaki görüşlerinde genel olarak çocuklarının kendisini kabul ettirme davranış içerisinde olduğunu düşündüklerini çocuklarının sürekli hareket halinde olduğunu, bunun yanında içine kapanık halde yaşadığını sosyal hayatında yaşadıklarını kimseyle paylaşmadıklarını sürekli takdir görmek ve en iyisi olmak gayreti içinde olduklarını belirtmektedirler. Bu davranışlar ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan üstün yetenekli çocukların bugüne kadar tespit edilmiş özelliklerinin paralellik gösterdiği görülmektedir. Nitekim Kargı ve Akman (2003) yaptıkları araştırmada mükemmeliyetçilik, lider olma, duygusallık kırılganlık gibi davranışları dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olan üstün yetenekli çocuklarda gözlenen davranışlar olarak sıralanmaktadır.

Ayrıca dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı konulmuş çocukların davranışlarında görülen problemler anne ve babanın tutumları üzerinde de etkili olmaktadır. Bunun yanında anne ve babanın sergilediği bu tutumlar çocukların davranış problemlerinin derecesi üzerinde de etkilidir ve bu durum dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtisinin şiddetini arttırmaktadır. Çakır (2017)'ın araştırmasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış çocuğa sahip olan anne ve babaların çocuklarını genellikle onaylamama davranışı gösterdikleri, daha çok stres altında oldukları, çocuklarına genellikle emir verdikleri, daha fazla fiziki ceza tekniklerini uyguladıkları ve bununla ilişkili olarak genellikle olumsuz anne baba tutumu gösterdikleri görülmektedir. Bu sonuçlar ile de mevcut araştırmada sonuçları kısmen örtüşmektedir. Araştırmada katılımcıların çocuklarına katı sınırlar koymaya çalıştıkları ve bu şekilde onları disipline edeceklerini düşündükleri görülmüştür. Diğer taraftan bazı katılımcıların genellikle bu durumun çocuklara yansımamasına özen gösterdikleri, bu nedenle daha çok sakin ve sabırlı davrandıkları fakat kendi içlerinde panikledikleri görülmektedir.

Bunun yanında katılımcıların dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocuklarının yaşadığı psikolojik sorunlar konusunda profesyonel destek aldıkları ve çocuklarını psikologa götürdükleri; çocuklarının okul ortamında ve diğer sosyal ortamlarda gereğince anlaşılamadığını, yeni bir ortama girdiğinde ya da yaşlılarıyla oyun oynadığında aralarında mutlaka sürtüşme çıktığını, sürekli oyun kurmak istediğini ve isteğinin yerine getirilmemesi durumunda da sorun çıktığını, yaşça büyük olanlarla vakit geçirmek istediğini ve yoğun rekabet duygusu

yaşadıkları görülmektedir. Bu sonuçlar ile Silverman ve arkadaşları (1986) tarafında yapılan araştırma sonuçları da örtüşmektedir. Silverman ve arkadaşları kendinden büyüklerle arkadaşlık etme ve bağımsız çalışma gibi özelliklerin dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocuk sahibi ailelerin çocuklarında bugüne değin tespit edilmiş bazı özellikler olduğunu belirtmektedirler. Aynı şekilde Fugate (2014) araştırmasında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocukların sosyal olarak dürtüsel olmalarının onları diğer çocuklara karşı agresif davranışlar sergilemeye yönelttiğini belirtmektedir. Ayrıca bu çocukların arkadaşlık ilişkisi geliştirmede güçlük yaşadığı görülmektedir.

Araştırma kapsamında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocukların anne ve babaların kendilerine ve diğer çocuklarına zaman ayıramama, çocuğu düşünmekten dolayı günlerce uykusu kalma, kendilerini çaresiz hissetme, tükenme ve depresyon boyutunda sorunlar yaşama durumunda kaldıkları belirtmektedirler. Bu durum çocukların davranışlarının anne ve babaların psikolojileri üzerinde etkili olduğunu göstermektedir. Bu sonuçlar ile Durukan ve arkadaşları (2008) tarafından yapılan araştırma sonuçları ile örtüşmektedir. Araştırmada dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocukların davranışlarının anne ve babalarını açıkça etkilemekte olduğu ve bu çocukların olumsuz davranışlarının anne ve babaların sıkıntılarını artırdığı belirtilmektedir.

Bu sonuçları destekler nitelikte başka bir araştırmada da Eren ve arkadaşları (2018) üstün yetenekli çocuklara sahip olan ailelerin çocuklarının kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilmek konusundaki kaygı düzeyinin yüksek olduğunu, bu ailelerin kendilerini yetersiz ve daha az donanımlı hissettiğini belirtmektedir.

Diğer taraftan araştırma kapsamında görüşülen ailelerin yaşadığı psikolojik durum karşısında genellikle psikolojik destek almadıkları alanların ise aile danışmanlarından ya da yakın arkadaşlarından bir müddet destek aldığı görülmektedir.

ÖNERİLER

Araştırma sonucunda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış üstün yetenekli çocukların ailelerine şu önerilerde bulunulabilir.

- Öncelikle çocuğun dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu olduğu kabul edilmelidir.
- Ev ortamında bazı aktiviteler ile kuralları olan ve takvime bağlanan işler oluşturulmalıdır.
- Çocuklara hayat boyu onları seveceğiniz ve ona bağlı olduğunuz düşüncesi verilmelidir.
- Üstün yetenekli çocukların topluma faydalı olabilmeleri için, standart okul programlarının yansıra farklılaştırılmış eğitim programlarına ihtiyaçları vardır. Bu noktada aileler okul ile iş birliği içinde olması gerekir. Aileler okulda ki etkinlikleri evde de devam ettirmelidir.
- Üstün yetenekli çocukların ilgi alanları çok yönlüdür. Ancak ilgisini her konuya uzun süre yoğunlaşmayabilir. Bu nedenle çocuğun ilgi alanları desteklenmelidir.
- Çocuğun ilgi ve üstünlük gösterdiği alanlarda, ebeveyn olarak yetersiz kaldığınızda, olanaklarınız el verdiğince etkinliklere yönlendirilmelidir.
- Sabırlı olunmalıdır.
- Çocuğun başarılı ve olumlu bir davranışı görüldüğünde onun hoşuna gidecek övücü sözler söylenmelidir.
- Çocuğa ondan mükemmel olmasının beklenmediği ve istenmediği söylenmelidir.
- Aileler çocuklarını iyi tanımalı, çocukların az ancak yakın arkadaşlık ilişkisi kurması desteklemeli ve arkadaşları ile sağlıklı ilişkiler geliştirmesine yardım etmelidir.
- Çocuğun davranışları onun akademik ve sosyal hayatını olumsuz şekilde etkiliyor ise bu durum medikal bir bakış açısıyla incelenmelidir.

- Çocuğunuz için evde uyması gereken kurallar ve ölçütleri onunla belirlenmeli aynı zamanda da anne, baba arasında tutarlılık olmasına özen gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

- Adelson JA.** (2007). Perfect case study: perfectionism in academically talented fourth graders. *Gifted Child Today*, 30(4): 14-20.
- Akarsu, Ö., ve Mutlu, B.** (2017). Üstün Yetenekli Çocukları Anlamak: Çocukların Sosyal ve Duygusal Sorunları. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, 7(2), 112-116.
- Akgün G.M, Tufan A. E, Yurteri N. Erdoğan A.** (2011). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun, genetik boyutu psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry*; 3(1):15-48.
- American Psychiatric Association.** (1968) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Second Edition. USA, Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association.** (1980). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Third Edition. USA, Washington: *American Psychiatric Association*, 1980.
- Amerikan Psikiyatri Birliği:** (2007). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı*, Dördüncü Baskı Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (DSM-IV-TR). Köroğlu E.(Çeviri Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
- Arnold LE, Jensen PS.** (1995). Attention-deficit disorder. In: HI Kaplan, BJ Sadock, editors. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 6nd ed. Baltimore, Williams and Wilkins; 2295-310.
- Avcı N.** (2004). Üstün Zekâlı ve Üstün Yetenekliler., Üstün Yetenekli Çocuklar Seçilmiş Makaleler Kitabı, Çocuk Vakfı Yayınları, İstanbul.
- Aydın, H., Diler, R. S., Yurdagül, E., Uğuz, Ş., ve Seydaoğlu, G.** (2006). DEHB tanılı çocukların ebeveynlerinde DEHB oranı. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 9(2), 70-74.
- Baker JA.** (1995) Depression and suicidal ideation among academically talented adolescents. *Gifted Child Quarterly*.; 39(4): 218-33.
- Barkley RA, Murphy KR, Fischer M.** (2008). *Attention deficit hyperactivity disorder in adults. What the science says. 1st ed. Newyork, London: The Guilford Press*, p.1-467.
- Baysal I, Ozturk M, Kılıç G.** (2017). 3.12 The Epidemiology of Childhood Psychopathology in Turkey: The Epicpat-T Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*.56(10S).
- Bekaroglu M, Aslan Y, Gedik Y, Deger O, Mocan H, Erduran E, Karahan C.** (1996). Relationships between serum free fatty acids and zinc, and attention deficit hyperactivity disorder: A research note. *J. Child Psychol. Psychiat*, 37(2): 225– 227.
- Bencik S.** (2006). Üstün yetenekli çocuklarda mükemmeliyetçilik ve benlik algısı arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Ankara: Hacettepe Üniversitesi.

- Biederman J, Mick E, Faraone SV.** (2002). Influence of gender on attention deficit hyperactivity disorder in children referred to a psychiatric clinic. *Am J Psychiatry*, 159: 36-42.
- Bilgen Sivri B, Yıldız S.** (2016) Toplumun az bilinen yüzü: üstün zekâlı-üstün yetenekli çocuklar ve hemşirelik. *Türkiye Klinikleri Hemşirelik Bilimleri Dergisi*. 8(3): 246-56.
- Bilici M, Yildirim F, Kandil S, Bekaroglu M, Yildirmis S.** (2004). Double-blind, placebo-controlled study of zinc sulfate in the treatment of attention deficit hyperactivity disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*.28: 181-90.
- Bridge J, Goldstein T, Brent D.** (2006). Adolescent suicide and suicidal behavior. *Journal of Child Psychol Psychiatry*. 47(3): 372-5.
- Byun H, Yang J, Lee M, Jang W, Yang JW, Kim JH et al.** (2006). *Psychiatric comorbidity in Korean Children and adolescent with ADHD: Psychopathology according to subtype*. *Yonsei Med J*, 47 (1): 113-121.
- Cabral P.** (2006). Attention deficit disorders: Are we barking up the wrong tree? *Eur J Paediatr Neurol.*, 10: 66–77
- Chronis AM, Lahey BB, Pelham WE, Kipp HL, Baumann BL, Lee SS.** (2003). Psychopathology and Substance Abuse in Parents of Young Children With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42(12): 1424–1432.
- Comings DE, Comings BE, Muhleman D, Dietz G, Shahbahrami B, Tast D et al.** (1991). The dopamine D2 receptor locus as a modifying gene in neuropsychiatric disorders. *JAMA*, 266: 1793-1800.
- Coşar Çiğerci Z.** (2006). Üstün yetenekli olan ve olmayan ergenlerde benlik saygısı, başkaları tarafından algılanma ve psikolojik belirtilerin karşılaştırılması [Yüksek lisans tezi]. Sakarya: Sakarya Üniversitesi.
- Cross TC, Cassady JC, Miller KA.** (2006). Suicide ideation and personality characteristics among gifted adolescents. *Gifted Child Quarterly*. 50(4): 295-306.
- Curran S, Taylor EA.** (2000). Attention deficit hyperactivity disorder: biological causes and treatment, review. *Current Opinion in Neurology*, 13: 397-40.
- Çakır, B.** (2017). *Dehb tanısı almış çocukların aile resmi çizimlerinin algılanan ebeveyn tutumları ve anksiyete düzeyleri ile ilişkisi*, Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Del’Homme M, Kim TS, Loo SK, Yang MH, Smalley SL,** (2007). Familial association and frequency of learnin disabilities in ADHD sibling pair families. *J Abnorm Child Psychol*, 35(1):55-62.
- Dikkat eksikliği/hiperaktivite bozukluğu. Köroğlu E Çeviri Editörü.** (2007). DSM-IV-TR Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal el kitabı Yeniden gözden geçirilmiş tam metin, 4. Baskı. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, s.116-29.
- Dixon FA, Lapsley DK, Hanchon TA.** (2004). An empirical typology of perfectionism in gifted adolescents. *Gifted Child Quarterly*. 48(2): 95-106.
- Doyle BB.** (2006). *Understanding and treating adults with attention deficit hyperactivity disorder. 1st ed.* Washington, London: American Psychiatric Publishing, p.1-313.
- Durukan, İ., Erdem, M., Tufan, A. E., Cöngöloğlu, A., Yorbık, Ö., ve Türkbay, T.** (2008). DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete

- düzeyleyileri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9, 217-223.
- Enns MW, Cox B, Clara I.** (2002). Adaptive and maladaptive perfectionism: Developmental origins and association with depression proneness. *Personality and Individual Differences*. 33(6): 921-35.
- Ercan ES, Kandulu R, Uslu E, Ardic UA, Yazici KU, Basay BK, et al.** (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.
- Ercan, E. S.** (2019). Kısacası, Kadir tipik DEHB + Davranım Bozukluğu örneğiydi. <http://www.eyupsabriercan.com/tr/icerik/50/kisacasi-kadir-tipik-dehb-davranim-bozuklugu-ornegiydi>, (10.10.2019)
- Eren, F., Ömerelli Çete, A., Avcil, S., ve Baykara, B.** (2018). Üstün Yetenekli Çocuklarda ve Ailelerinde Duygusal ve Davranışsal Özellikler. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 55(2).
- Fugate, C. M.** (2014). *Lifting the cloak of invisibility: A collective case study of girls with characteristics of giftedness and ADHD*(Doctoral dissertation, Purdue University).
- Gau SF.** (2007). Parental and family factors for attention deficit hyperactivity disorder in Taiwanese children. *Aust N J Z Psychiatry* 2007; 41:688-696.
- Gaub M, Carlson CL,** (1997). Gender differences in ADHD: a meta-analysis and critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 36(8); 1036-45.
- Goldstein S.** (2002). *Contunuity of ADHD in Adulthood: Hypothesis and Theory Meet Realty*. Ed: Goldstein S Ellison AT, Clinican"s to Adult ADHD Assesment and Intervention. Academic Pres, California, USA.
- Greenhill LL, Pliszka S, Dulcan MK, Bernet W, Arnold V, Beitchman J, et al.**(2001). summary of the practice parameter for the use of stimulant medications in the treatment of children, adolescents and adults. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*.40: 1352–5
- Hechtman L, McGough JJ.** (2007). *Dikkat eksikliği bozuklukları* (Çeviri: Öner Ö,Aysev A). Aydın H, Bozkurt A (Editörler). Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, 8. baskı. Ankara: GüneÇ Tıp Kitabevi; s.3183-205.
- Hewitt PL, Caelian CF, Flett GL, Sherry SB, Collins L, Flynn CA.** (2002). Perfectionism in children: associations with depression, anxiety and anger. *Personality and Individual Differences*. 32(6): 1052-61.
- Işık E. Taner YI.** (2009). *Çocuk Ergen ve Erişkinlerde Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu*, Ankara: Türkiye Klinikleri 1. Baskı, 28-34.
- Johnston C,** (2001). Mash EJ,Families of children with attention deficit/hyperactivity disorder: review and recommendations for future research. *Clin Child Fam Psychol Rev*, 4:183–207.
- Karamuk A.** (2019). Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, <https://moodisthastanesi.com/anasayfa/cocuk-ergen-ruh-sagligi/dikkat-eksikligi-ve-hiperaktivite-bozuklugu> (10.10.2019)
- Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna sahip üstün yetenekli çocuklar. *Hacettepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 24(24).
- Kayaalp, L.** (2008). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu. *Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi*, 62, 147-152.

- Koçal ZD, Kanar E, Ermis S, Pınar Kanar K.** (2009). Bilim Ve Sanat Merkezine Devam Eden Üstün Yetenekli Öğrencilerin Temel İhtiyaçları: Amasya Örneği. Ulusal Üstün Yetenekli Çocuklar Kongresi; Mart 25-27; Eskişehir.
- Kozielec T, Starobrat HB, Kotkowiak L.** (1994). Deficiency of certain trace elements in children with hiperactivity. *Psychiatry pol*, 28: 345-353
- Kurtulmuş Z.** (2010). Bilim ve sanat merkezine devam eden üstün yetenekli çocukların ailelerine verilen bilgisayar temelli eğitimin aile bireylerinin aile ilişkilerini algılamalarına ve çocukların mükemmeliyetçilik düzeylerine etkisinin incelenmesi [Doktora tezi]. Ankara: Gazi Üniversitesi.
- Leana-Taşçılar, M. Z.** (2014). İki kere farklı üstün zekalı ve yetenekli çocuklar. N. Baykoç (Editör), Üstün; Akıl, Zeka, Deha, Yetenek, DahilerSavantlar Gelişimleri ve Eğitimleri (ss. 189-214). Ankara: Vize Yayıncılık.
- Levent F, editör.** (2011). Üstün yetenekli çocukların hakları. İstanbul: Çocuk Vakfı Yayınları.
- Mc Cormick LH.** (1995). Depression in mothers of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Fam Med* 27:176-179.
- meb.gov.tr [İnternet]. Millî Eğitim Bakanlığı Bilim ve Sanat Merkezleri Yönergesi-2007. (Erişim tarihi: 3.4.2015). Erişim adresi: <http://Mevzuat.Meb.Gov.Tr/Html/>.
- Mete, H. E.** (2008). Kronik hastalık ve depresyon. *Klinik Psikiyatri*, 11(3), 3-18.
- Mısırlı Taşdemir Ö.** (2003). Üstün yetenekli çocuklarda mükemmeliyetçilik, sınav kaygısı, benlik saygısı, kontrol odağı, öz yeterlilik ve problem çözme becerileri arasındaki ilişkinin incelenmesi [Yüksek lisans tezi]. Trabzon: Karadeniz Teknik Üniversitesi.
- Mitchell EA, Aman MG, Turbott SH, Manku M,** (1987). Clinical Characteristics and Serum Essential Fatty Acids Levels Hyperactive Children. *Clinical Pediatrics*. 26(8):406-411.
- Morgan AE, Hynd GW, Ricco CA, Hall J.** (1996). Validity of DSM-IV ADHD predominantly inattentive and combined types: relationship to previous. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 35(3):325-33.
- Nakao T, Radua J, Rubia K, Mataix-Cols D. Gray** (2011). matter volume abnormalities in ADHD: Voxel-based meta-analysis exploring the effects of age and stimulant medication. *Am. J. Psychiatry*. 168(11):1154-63.
- Öncü B, Şenol S.** (2002). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Etiyolojisi: Bütüncül Yaklaşım*. Klinik Psikiyatri, 5:111-119.
- Özen E. A.** (2015). Depresyon, Ktü Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Abd, ders notu.
- Öztürk O, Uluşahin A.** (2015). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Kitabı*, Ankara, p581-585.
- Perlov E, Philipsen A, Hesslinger B, Buechert M, Ahrendts J, Feige B, Bubl E, Hennig J, Ebert D, Tebartz van Elst L.** (2007). *Reduced cingulated glutamate/glutamineto-creatine ratios in adult patients with attention deficit/hyperactivity disorder- A magnet resonance spectroscopy study*. J Psychiatr Res, 41: 934-941.
- Philipsen A, Heblinger B, van Elst LT.** (2008). Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adulthood Diagnosis, Etiology and Therapy. *Dtsch. Arztebl. Int.*, 105: 311- 317.
- Pliszka SR, Crismon ML, Hughes CW, Corners CK, Emslie GJ, Jensen PS.** (2006). The Texas children's medication algorithm project: revision of the algorithm for pharmacotherapy of attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 45: 642-57.

- Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA.** (2007). The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*, 164(6):942-8.
- Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA.** (2014). ADHD prevalence estimates across three decades: an updated systematic review and meta-regression analysis. *International journal of epidemiology*, 43(2):434-42.
- Rohde LA,** (2004). Halpern R. Recent advances on attention deficit/hyperactivity disorder. *Journal de Pediatria*, 80:61-70.
- Sabri Ercan E. ,** (2010). *Erişkinlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu.*
- Sayı, A. K.** (2018). Üstün Zekâlı Çocuklar ve Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu İlişkisi. *Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 14(1), 54-68.
- Schmidt S, Petermann F,** (2009). Developmental psychopathology: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) *BMC Psychiatry*.;17;9:58.
- Sciberras E, Mulraney M, Silva D, Coghill D.** (2017). Prenatal Risk Factors and the Etiology of ADHD—Review of Existing Evidence. *Curr. Psychiatry Rep.* 19(1):1.
- Silverman, L. K., Chitwood, D. G., ve Waters, J. L.** (1986). Young gifted children: Can parents identify giftedness? *Topics in Early Childhood Special Education*, 6 (1), 23-38.
- Stahl SM.** *Temel Psikofarmakoloji.* (2003). Çev eds.: Taneli B, Taneli Y. 2.baskı., Ankara, Yelkovan Yayıncılık. 59-467.
- Sucksdorff M, Lehtonen L, Chudal R, Suominen A, Joelsson P, Gissler, Sourander A. Preterm** (2015). *Birth and Poor Fetal Growth as Risk Factors of Attention- Deficit/Hyperactivity Disorder.* *Pediatrics*, 136:e599–e608.
- Şenol S, Şener Ş, Köroğlu E.** (1994). *Genellikle ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar.* E Köroğlu (Çev ed). *DSM-IV Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı*'nda, dördüncü baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.43-49.
- Tahiroğlu AY, Avcı A, Fırat S, Seydaoğlu G:** (2005). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Alt Tipleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6(1): 5-10.
- Taylor, E. ve Sonuga-Barke, E.** (2008). Disorders of attention and activity. In Rutter's *Child and Adolescent Psychiatry* (5th edn) (eds M. Rutter, E. Taylor, J. S. Stevenson, et al.). Lon-don: Blackwell.
- Tekin, H.** (2006). Nitel araştırma yönteminin bir veri toplama tekniği olarak derinlemesine görüşme. *İstanbul Üniversitesi Sosyoloji Dergisi*, 3(13), 101-116.
- Teo SK, San RH, Wagner VO, Gudi R, Stirling DI, Thomas SD,** (2003). Khetani VD. D-Methylphenidate is non-genotoxic in in vitro and in vivo assays. *Mutat Res*, 537: 67–79.
- Touzin M.** (2001). *Academic difficulties in hyperactive children.* *Rev Prat* 2002; 15;52:1998.
- Turgay A.** (2001). Diagnosing and Treating ADHD in Adults. *The Canadian J of CME* 182–190.
- Üneri, Ö.Ş.** (2016). Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Psikiyatrisi Kliniği, Ankara; Türkiye, Ders notu.
- Valera EM, Faraone SV, Murray KE, Seidman LJ.** (2007). *Meta-Analysis of Structural Imaging Findings in Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder.* *Biol. Psychiatry.* 61:1361–1369.

- Weiss M, Weiss G.** (2002). *Attention deficit hyperactivity disorder*. In: Lewis M, ed. *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook*. 3rd ed. Baltimore; Lippincott, Williams & Wilkins, 645-78.
- Wender, P, Wolf, L. ve Wassertein, J.** (2001). Adults with ADHD: An overview. In J.Wasserstein, L.Wolf,&F.F.LeFever (Eds.), *Adult attention deficit disorder: Brain mechanism and life outcomes*. *New York Academy of Science Annals* 931: 1–16.
- Whalen C. K ve Henker B.** (1999). *The child with attentiondeficit hyperactivity disorder in family contexts*. HC Quay, AE Hogan (Eds.), *Handbook of Disruptive Behavior Disorders*. New York, Kluwer, ss.139-155.
- Willcutt EG.** (2012). The prevalence of DSM-IV attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Neurotherapeutics*. 9(3):490-9.
- World Health Organization (WHO).** (1993). *The ICD – 10 classification of mental and behavioral disorder: clinical descriptions and diagnosis guidelines*. Geneva: World Health Organization(WHO), 248.
- World Health Organization.** (1978). *Mental disorders: glossary and guide to their classification in accordance with the ninth revision of the international classification of diseases*. Geneva: World Health Organization, p. 1-95.
- Yazgan, Y.** (2016). Anne Babalarla İletişim. Y. Yazgan içinde, *Hiperaktif Çocuk Okulda* (s. 148). İstanbul: Doğan Kitap.
- Yıldırım F.** (2012) Üstün yetenekli çocuklar ve ailelerinde duygusal ve davranışsal özellikler [Uzmanlık tezi]. İzmir: Dokuz Eylül Üniversitesi.
- Yıldırım, A. ve Şimşek, H.** (2008). *Sosyal Bilimlerde Nitel Araştırma Yöntemleri* (6. Baskı).Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Yoo JE, Moon SM.** (2006). Counseling needs of gifted students: an analysis of intake forms at a university based counseling center. *Gifted Child Quarterly*. 50(1): 52-61.
- Yüksel N.** (2010). *Temel Psikofarmakoloji*. Ankara: Tuna Matbaacılık 41-88.
- Zapitelli U, Pinto M, Grizenko N** (2001). *Pre-, peri- and postnatal trauma in subjects with attention deficit hyperactivity disorder*. *Can J Psychiatry*, 46 (6): 542-548.
- Zhou J.** (2004). *Norepinephrine transporter inhibitors and their therapeutic potential*. *Drugs Future*. 29: 1235-44.
- <https://npistanbul.com/cocuk-ergen/dikkat-eksikligi-hiperaktivite-bozuklugu>

ÖZGEÇMİŞ

Adı Soyadı : Perihan KESKİN DEMİR
Doğum Yeri : Merzifon/AMASYA
Doğum Tarihi : 21/08/1980
Kurum Bilgileri : Çember Aile Çocuk Rehberliği Derneği
Adres : Tekke Sok No 62 Kat 3 Daire 4 Çanakkale
e-mail : beriwankekindemir@gmail.com

EĞİTİM:

19 Mayıs Üniversitesi Eğitim Fakültesi Fr öğretmeni-Sınıf Öğretmeni
İstanbul Üniversitesi Çocuk Gelişimi Bölümü (öğretim devam ediyor)

İSDURUMU:

Milli Eğitim Bakanlığı Hüseyin Aycibin İlköğretim Okulu Sınıf öğretmeni (2014)

Çember Aile ve Çocuk Rehberliği Derneği (Sınıf öğretmeni)