

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Ergenlerin Stresle Başa Çıkma Stratejilerinin Değerlendirilmesi: Vaka-Kontrol Çalışması

Evaluation of Stress Coping Strategies in Adolescents with Attention Deficiency Hyperactivity Disorder: Case-Control Study

^{ID} Yasemin TAŞ TORUN^a, ^{ID} Hesna GÜL^b, ^{ID} Mustafa ŞAHİN^b, ^{ID} Ahmet GÜL^c,
^{ID} Mehmet Ayhan CÖNGÖLOĞLU^b

^aGazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ankara, TÜRKİYE

^bSağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ankara, TÜRKİYE

^cUfuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ankara, TÜRKİYE

ÖZET Amaç: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), akademik alan, akran ilişkileri ve aile yaşamında zorluklarla karakterize, çocukluk çağının en sık rastlanan psikiyatrik bozukluklarından biridir. Bu araştırmanın amacı, DEHB tanılı gençlerde stresle başa çıkma stratejilerinin belirlenmesi ve kullanılan başa çıkma yöntemlerinin günlük yaşamda karşılaştıkları sorunlarla ilişkisinin değerlendirilmesidir. **Gereç ve Yöntemler:** Araştırmanın örneklemini 12-17 yaş aralığındaki DEHB tanılı olgular (n=40) ve sağlıklı kontrol grubundan (n=26) oluşmaktadır. Veri toplama araçları olarak; sosyodemografik veri formu, Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği uzun formu ve başa çıkma stratejileri kısa formu kullanılmıştır. **Bulgular:** DEHB grubunda işlevsel olmayan başa çıkma toplam puanlarının kontrol grubundan yüksek olduğu belirlendi. Alt ölçeklere bakıldığında yadsıma ve davranışsal olarak ilgiyi kesme alt ölçek puanlarının DEHB grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi. Planlamanın ise DEHB grubunda daha düşük olduğu saptandı. Duygulara odaklanma/duyguları ortaya koyma yöntemi ile aile problemleri, DEHB indeksi, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-4. Baskı [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)] hiperaktivite/dürtüsellik ve DSM-IV toplam puanları arasında pozitif, orta şiddetli duygusal problemler arasında ise pozitif, yüksek şiddetli ilişki saptandı. **Sonuç:** DEHB tanılı gençlerin kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha fazla duygusal odaklı ve işlevsel olmayan başa çıkma stratejileri kullandıkları, kullanılan başa çıkma yöntemlerinin dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarıyla ilişkisinin birbirinden farklı olduğu sonucuna varılmıştır.

ABSTRACT Objective: Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is one of the most common psychiatric disorders of childhood, characterized by difficulties in academic field, peer relationships and family life. The aim of this study is to determine the strategies for coping with stress in adolescents diagnosed with ADHD and to evaluate the relationship between the coping strategies they used and the problems they encounter in daily life. **Material and Methods:** The sample of the study consists of patients with ADHD (n=40) between the ages of 12-17 and a healthy control group (n=26). As data collection tools; sociodemographic data form, Conners-Wells adolescent self-report scale long form and coping strategies short form were used. **Results:** It was determined that dysfunctional coping total scores were higher in the ADHD group than the control group. When the subscales were examined, it was determined that the denial and behavioral disengagement subscale scores were significantly higher in the ADHD group. Planning was found to be lower in the ADHD group. With the emotionally centered coping score/revealing emotions method, the total scores of family problems, ADHD Index, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) Hyperactivity/Impulsivity and DSM-IV were positive and moderate; A positive, high-intensity relationship was found between emotional problems. **Conclusion:** It was concluded that adolescents diagnosed with ADHD used more emotionally focused and dysfunctional coping strategies compared to the control group, and the relationship between the coping methods used and symptoms of inattention, hyperactivity and impulsivity was different from each other.

Anahtar Kelimeler: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; başa çıkma

Keywords: Attention deficit hyperactivity disorder; coping

Correspondence: Yasemin TAŞ TORUN

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ankara, TÜRKİYE/TURKEY

E-mail: ysmn.ts@gmail.com



Peer review under responsibility of Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics.

Received: 14 Sep 2020

Received in revised form: 08 Apr 2021

Accepted: 21 Apr 2021

Available online: 03 May 2021

2146-8990 / Copyright © 2021 by Türkiye Klinikleri. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Baş çıkma; kişinin stres yaratan durum veya etkenlere karşı direnmesi ve bu koşullara katlanabilme amacıyla geliştirdiği bilişsel, emosyonel ve davranışsal tepkilerin tümüdür. Olaylar ve durumlara karşı bireylerin kullandığı baş çıkma stratejileri yaş, cinsiyet, kültür gibi pek çok öğeden etkilenir.¹ Alanyazında, baş çıkma stratejileri; sorun çözmeye yönelik stratejiler, emosyon odaklı stratejiler ve işlevsel olmayanlar (uyuma yönelik olmayan) şeklinde 3'e ayrılmaktadır. Sorun çözmeye yönelik stratejiler; sorunun esas kaynağına ilişkin baş çıkma tutumlarını başka bir ifadeyle sorunla aktif olarak baş çıkma, stresörü değiştirmeye ya da yok etmeye yönelik tutumları, emosyon odaklı stratejiler ise strese sebep olan durumun yol açtığı duygusal etkinin ortadan kaldırılmasını hedefleyen psikolojik/davranışsal yanıtları içerir.² İşlevsel olmayan baş çıkma (İOBÇ) stratejileri ise uyum sağlamaya yönelik ya da aktif baş çıkma stratejilerinden farklı olarak, emosyonel gerilimi azaltmaya yönelik inkâr, duygusal basıncı, kaçınma gibi yöntemleri içerir ki bu yöntemlerin özellikle çocukluk ve ergenlik döneminde kullanılmasının psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkması, var olanların patolojilerinin kötüleşmesi ve kronikleşmesinde etkili olduğu kanıtlanmıştır.³

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çocukluk ve ergenlik döneminde çok sık görülen, düşük duygusal ve davranışsal kontrolün etkisiyle akademik başarısızlığa ve sosyal ilişkilerde zorlanmaya yol açan ve zaman içinde çocuk ve ergenleri kısır döngüye mahkûm eden önemli bir ruh sağlığı sorunudur.⁴ Takip ve tedavisi düzenli yapılmadığında erişkinlik döneminde de devam eden, meslek hayatında, evlilik ilişkisinde zorlanma, madde kullanımı ve problemlili sürücülük gibi riskli davranışları ortaya çıkaran ve anksiyete, depresyon, kişilik bozuklukları başta olmak üzere komorbid psikiyatrik sorunlara yol açan önemli bir bozukluktur.^{5,6} DEHB tanılı genç erişkin ve erişkinlerde yapılan çalışmalar, bu bireylerde uyuma yönelik baş çıkma yöntemleri, dikkat organizasyonunu sağlayan ek yöntemler, dışarıdan sosyal ve davranışsal destek alma ve kaçınma gibi baş çıkma yöntemlerinin kullanıldığını ortaya koysa da tedavi almayan DEHB tanılı gençlerin baş çıkma tutumları ve bu tutumların DEHB ilişkili sorunlarla bağlantısını doğrudan araştıran bir çalışma

bulunmamaktadır.^{7,8} Ancak alanyazında, DEHB'li çocuklarda sıklıkla yaşanan kişiler arası ve aile ilişkilerindeki zorlanmaların baş etme tutumlarıyla ilişkili olduğu görüşü yaygındır.⁴ DEHB'de baş etme stratejilerinin belirlenmesi, uygun olanların desteklenmesi, işlevsel olmayanların işlevsel olanlarla değiştirilmesi akademik ve sosyal başarının artırılması, eşlik eden psikiyatrik sorunların önlenmesi açısından önem arz etmektedir.

Bu çalışmanın amacı, DEHB tanılı gençlerdeki baş çıkma stratejilerinin sağlıklı kontrol grubuna göre farklılıklarının belirlenmesi ve bu yöntemlerin hem DEHB'nin temel semptomları hem de DEHB nedeniyle ortaya çıkan sorunlarla bağlantısının araştırılmasıdır.

Araştırmanın hipotezleri şunlardır:

- DEHB tanılı gençlerin stres karşısında, kontrol grubuna kıyasla daha fazla duygulara odaklanmakta ve sıklıkla İOBÇ stratejilerini kullanmaktadır.
- DEHB tanılı gençlerin kullandığı baş çıkma yöntemlerinin dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarıyla ilişkisi birbirinden farklıdır.

DEHB'nin neden olduğu sorunlar (aile problemleri, öfke kontrol sorunları, davranışsal problemler gibi), farklı baş çıkma yöntemlerinin kullanılmasıyla ilişkidir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Araştırma verilerini toplamak üzere, Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Psikiyatri veya Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine ayaktan başvuru yapan, çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından yapılan klinik değerlendirme sonucunda, Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5. Baskı [Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)] tanı kriterleri göz önünde tutularak ilk kez DEHB tanısı konan 12-17 yaş arasındaki gençler çalışma grubuna katılmak üzere davet edilmiş, kabul edenlerin kendilerinden ve ailelerinden yazılı-sözlü onam alınmıştır, araştırma Helsinki Deklarasyonu Prensipleri'ne uygun olarak, etik kurul onayı alınmasının ardından başlatılmıştır (Etik kurul tarih/sayı: 15.02.2018/5). Dâhil edilme kriteri olarak, bilinen ek

bir nörolojik problemi olmaması, klinik olarak normal zekâ düzeyinde olması belirlenmiştir. Çalışma grubundaki gençlerden Sosyodemografik Veri Formu (SVF), Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği-Uzun (CWEÖÖ-U) ve Başa Çıkma Stratejileri Kısa Formu'nu (BÇS-KF) doldurmaları talep edilmiştir. Kontrol grubu olarak ise çocuk psikiyatrisi polikliniğine danışmanlık için başvuru yapan, herhangi bir psikiyatrik tanı alacak veya medikal tedavi başlamasını gerektirecek derecede önemli bir psikiyatrik tanı konmayan gençler çalışmaya davet edilmiş, katılmayı kabul edenler ve ebeveynlerinden yazılı sözlü onam alınmış, ardından kendilerinden SVF ve BÇS-KF doldurmaları talep edilmiştir.

MATERYALLER

Sosyodemografik Veri Formu

Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özelliklerini belirlemek amacıyla bu çalışmaya özgü, araştırmanın amaçları doğrultusunda hazırlanan veri formu kullanıldı. Veri formunun içeriği; cinsiyet, yaş gibi temel sosyodemografik özellikler, mevcut tıbbi hastalık öyküsü, varsa kullanılan ilaçlara ilişkin soruları kapsamaktadır.

Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu

Başta DEHB olmak üzere çeşitli psikiyatrik sorunları değerlendirmeyi amaçlayan CWEÖÖ-U, 12-17 yaş aralığındaki gençlerin kendilerine ilişkin görüşlerini son 1 aya göre belirlemeyi amaçlayan, Likert tipi bir ölçektir.⁹ Her madde 0-3 arasında puanlanmaktadır. Yüksek puanlar o alanda daha çok sorun yaşandığını göstermektedir. Altı temel alt ölçeği vardır:

1. Aile problemleri (12 madde)
2. Duygusal problemler (12 madde)
3. Davranım problemleri (12 madde)
4. Bilişsel problemler/dikkatsizlik (12 madde)
5. Öfke kontrol problemleri (8 madde)
6. Hiperaktivite (8 madde). Buna ek olarak, DSM-IV kriterlerine uygun olarak düzenlenmiş olan dikkat eksikliği hiperaktivite indeksi (12 madde), DSM-IV semptomları alt ölçekleri de (18 madde) bulunmaktadır. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Kaner ve ark. tarafından yapılmıştır.¹⁰ Bu araştır-

mada, Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması sonucunda elde edilen alt test puanları kullanılmıştır.

Baş Çıkma Stratejileri Kısa Formu

BÇS-KF, Carver ve ark. tarafından geliştirilen ve insanların strese karşı gösterdikleri farklı davranışları ölçen Başa Çıkma Stratejileri (COPE) adlı ölçeğin Carver tarafından geliştirilen kısa formudur.^{2,11} Ölçeğin uzun formu, 60 madde ve 15 alt ölçekten oluşmaktadır. Bu faktörler, kuramsal olarak 3 boyutun içinde sınıflanmıştır:

1. Problem odaklı başa çıkma (POBÇ) (Aktif başa çıkma, planlama, diğer etkinlikleri bırakma, kendini sınırlandırma/uygun zamanı bekleme ve araşsal sosyal destek arama);
2. Duygusal odaklı başa çıkma (DOBÇ) (Duygusal sosyal destek arama, olumlu yeniden yorumlama, kabullenme, mizah ve dine yönelme);
3. İOBÇ (Duygulara odaklanma ve ortaya koyma, yadsıma, davranışsal ilgiyi kesme, zihinsel ilgiyi kesme ve ilaç/alkol kullanımı).

Orijinal BÇS-KF, 14 alt ölçekten oluşmaktadır. Her maddeye verilecek yanıtlar “bunu hiç yapmıyorum” dan “bunu çok yapıyorum” a kadar uzanan 1 ile 4 arasında Likert tipi puanlama ile puanlanmaktadır. Her bir alt ölçekten alınabilecek ham puan 2 ile 8 arasında değişmektedir. Orijinal BÇS-KF'nin alt ölçek özellikleri:

1. Aktif başa çıkma: Stresi ya da etkilerini ortadan kaldırmaya yönelik adım atma süreci;
2. Planlama: Stresle nasıl başa çıkılacağı hakkında düşünmek;
3. Amaca yönelik sosyal destek arama: Yönlendirme, yardım, bilgi aramak;
4. Duygusal sosyal destek arama, moral destek, sempati ve anlayış sağlamak;
5. Duyguları dışa vurma: Bireyin yaşadığı strese odaklanması ve duygularını dışa vurma eğilimi;
6. Davranışsal uzaklaşma: Kişinin stresle mücadele etme çabalarının azalması, hatta amaca ulaşmak için çaba göstermemesi;
7. Dikkatini başka yöne yöneltme: Bireyin dikkatini stres durumundan başka bir şeye yönlendirmesi;

8. Olumlu yönde yeniden yorumlama: Stres oluşturan durumu olumlu olarak yeniden oluşturma;

9. Reddetme: Stres oluşturan durumun var olduğuna inanmayı reddetme;

10. Kabullenme: Stresli durumun varlığını kabul etme,

11. Din: Dinî inanışlar sayesinde durumu olumlu yönde yeniden yorumlama yoluyla duygusal bir destek kaynağı oluşturmak;

12. Madde kullanımı: Baş edebilmek için alkol ve benzeri diğer maddelerin kullanımı;

13. Mizah: Stres yaratan durum ile ilgili şaka yapılması ya da dalga geçilmesi,

14. Kendini suçlama: Bireyin kendisini eleştirme eğilimidir.

Ülkemizdeki geçerlik güvenirlik çalışması Bacanlı ve ark. tarafından yapılan ölçeğin, Türkçe alt ölçekleri ve maddeleri şu şekilde belirlenmiştir: Araçsal sosyal destek kullanma (15, 26); Mizahi yaklaşım (7, 20); Duygulara odaklanma ve ortaya koyma (1, 13); Madde kullanımı (12, 19); Kabullenme (5, 25); Diğer etkinlikleri bırakma (11, 17); Dine yönelme (6, 27); Yadsıma (3, 23); Davranışsal olarak ilgiyi kesme (4, 10); Zihinsel olarak ilgiyi kesme (2, 24); Kendini sınırlandırma (28, 8); Olumlu yeniden yorumlama (14, 21); Duygusal sosyal destek kullanma (9, 18); Planlama (16, 22).¹² Bu çalışmada, geçerlilik ve güvenirlik çalışması sonucunda elde edilen alt ölçekler kullanılmış, ayrıca ölçeğin uzun formundaki problem odaklı, duygusal odaklı ve işlevsel olmayan sınıflamasına uygun şekilde sınıflanarak bu alanlardaki toplam puanlar da hesaplanmıştır.

İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler için SPSS 18.0 for Windows programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma veya minimum-maksimum değerler ile medyan) kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. İki grup arasında, normal dağılım gösteren ölçek ve alt ölçek puan karşılaştırmalarında Student t-testi, normal dağılım göstermeyen parametrelerin karşılaştırmalarında ise Mann-Whitney U testi kullanıldı. Tablolarda normal dağılım gösteren ölçek puanları ortalama ve

standart sapma; göstermeyenler ise minimum-maksimum ve medyan değerlerle gösterildi. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanıldı. Ölçek puanları arasındaki ilişki Spearman korelasyon analizleri ile değerlendirildi. Korelasyon analizi sonucunda elde edilen korelasyon katsayısı $r < 0,2$ ise çok zayıf; 0,2-0,4 arasında ise zayıf, 0,4-0,6 arasında ise orta, 0,6-0,8 arasında ise yüksek ve $> 0,8$ ise çok yüksek şiddette korelasyon olduğu şeklinde yorumlandı. Tüm analizler için anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışma grubu 30 kız, 10 erkekten (yaş minimum: 11, maksimum: 17, medyan: 14 yıl) oluşmaktadır. Kontrol grubu ise 16 kız, 10 erkekten (yaş minimum: 12, maksimum: 17, medyan: 14 yıl) oluşmaktadır. Çalışma ve kontrol grubu yaş ortalamaları ve cinsiyet dağılımları açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 1).

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KONTROL GRUBU KARŞILAŞTIRMALARI

DEHB ve kontrol grupları arasında BÇS-KF'nin 14 alt ölçek puanı ve ölçeğin uzun formundaki gruplamaya bağlı kalınarak alt ölçeklerin 3 ana kategori şeklinde sınıflaması ile elde edilen POBÇ, DOBÇ ve İOBÇ toplam puanları arasındaki fark incelendi. DEHB grubunda yalnızca İOBÇ puanları için istatistiksel olarak anlamlı yükseklik bulundu ($p=0,001$). DOBÇ toplam puanı ise DEHB grubunda kontrol grubundan daha düşük bulundu, ancak aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olmadığı saptandı. Alt ölçekler ayrı ayrı incelendiğinde, POBÇ yöntemlerinden biri olan *araçsal sosyal destek* kullanımı ile İOBÇ yöntemlerden olan *yadsıma* ve *davranışsal*

TABLO 1: Grupların karakteristik özellikleri.

	DEHB (n=40)	Kontrol (n=26)	İstatistik
Cinsiyet ^a			$p=0,245$
• Kız	30	16	
• Erkek	10	10	
Yaş ^b	Minimum: 11-Maksimum: 17, Medyan: 14	Minimum: 12-Maksimum: 17, Medyan: 14	$p=0,872$

^aPearson-chi-square testi; ^bMann-Whitney U testi; DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu.

olarak ilgiyi kesme alt ölçek puanlarının DEHB grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi (sırasıyla $p=0,027$, $0,010$, $0,006$). POBÇ yöntemlerinden biri olan *planlamanın* ise DEHB grubunda daha düşük olduğu saptandı ($p=0,036$) (Ölçek puanları arasındaki farkları ayrıntılı olarak incelemek için (Tablo 2'yi inceleyiniz).

DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU GRUBUNDA BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ İLE DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU SEMPTOMLARI VE DİĞER SORUNLAR ARASINDAKİ İLİŞKİ

DEHB grubunda gençlerin kullandığı baş etme yöntemlerinin DEHB ilişkili sorunlarla bağlantısını incelemek amacıyla BÇS-KF ve CWEÖÖ-U alt ölçek puanları arasında korelasyon analizi uygulandı. Ayrıntılı bilgi Tablo 3'te yer almaktadır. İstatistiksel olarak anlamlı sonuçlar başlıklar hâlinde şu şekilde özetlenebilir:

PROBLEM ODAKLI BAŞA ÇIKMA

Araçsal sosyal destek kullanımı ile DEHB-hiperaktivite/dürtüsellik ve toplam puanları arasında pozitif, orta şiddette bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,527$,

$p=0,002$; $r=0,443$, $p=0,013$). Bu ilişki, DEHB gençlerde özellikle hiperaktivite/dürtüsellik arttıkça sosyal destek kullanımının arttığı şeklinde yorumlandı.

Planlama ile DEHB indeksi arasında orta şiddette negatif bir ilişki saptandı ($r=-0,547$, $p=0,001$). DEHB indeksi alt ölçeği DEHB semptomlarından ziyade bu semptomların sonucunda gencin yaşadığı diğer zorluklarla ilgili maddeler içeren (örneğin ebeveynlerim yalnızca kötü davranışlarımı fark eder, iyi davranışlarımı fark etmez ya da ödüllendirmezler, derslerimde geriyim, alınganım, kolayca kızdırılırım, el yazım kötüdür, okurken okuduğum yeri kaybederim vb.) bir alt ölçektir. Bu ilişki planlama becerisi azaldıkça DEHB ilişkili sorunların arttığı şeklinde yorumlandı.

Son olarak, *diğer etkinlikleri bırakma* alt ölçeği ile DEHB ilişkili sorunlardan aile problemleri ve bilişsel problemler arasında pozitif, orta şiddetli bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,474$, $p=0,014$ ve $r=0,576$, $p<0,001$).

DUYGUSAL ODAKLI BAŞA ÇIKMA

Mizahi yaklaşım ile davranım problemleri arasında pozitif, orta bir ilişki saptandı ($r=0,405$, $p=0,017$).

TABLO 2: Başa çıkma ölçeği puanlarının gruplar arasında dağılımı.

	DEHB (n=40)		Kontrol (n=26)		İstatistik
	Ortalama±SS	Medyan (Minimum-maksimum)	Ortalama±SS	Medyan (Minimum-maksimum)	
Problem odaklı ^a		19 (12-28)		16 (14-32)	$p=0,123$
■ Araçsal sosyal destek kullanımı ^a		5 (3-8)		4 (2-8)	$p=0,027$
■ Planlama ^b	4,50±1,41	-	5,30±1,61	-	$p=0,036$
■ Diğer etkinlikleri bırakma ^a	-	5 (2-7)	-	4 (2-8)	$p=0,064$
■ Kendini sınırlandırma ^a	-	5 (2-8)	-	5 (3-8)	$p=0,334$
Duygusal odaklı ^b	23,90±5,22	-	24,53±5,05	-	$p=0,625$
■ Mizahi yaklaşım ^a	-	2 (2-8)	-	4 (2-8)	$p=0,186$
■ Duygusal sosyal destek kullanımı ^b	5,15±1,44	-	5,15±1,78	-	$p=0,992$
■ Olumlu yeniden yorumlama ^a	-	4 (2-7)	-	4 (2-8)	$p=0,979$
■ Kabullenme ^a	-	4 (2-8)	-	4 (2-8)	$p=0,703$
■ Dine yönelme ^a	-	7 (3-8)	-	6 (5-8)	$p=0,804$
İşlevsel olmayan ^a	-	19 (12-19)	-	17 (13-29)	$p=0,001$
■ Duygulara odaklanma/ortaya koyma ^b	5,65±1,92	-	5,38±1,29	-	$p=0,540$
■ Madde kullanımı ^b	2,50±1,37	-	2,00±0,0	-	$p=0,07$
■ Yadsıma ^a	-	3 (2-7)	-	3 (2-4)	$p=0,010$
■ Davranışsal olarak ilgiyi kesme ^a	-	4 (2-8)	-	2 (2-8)	$p=0,006$
■ Zihinsel olarak ilgiyi kesme ^a	-	4 (2-8)	-	4 (2-8)	$p=0,391$

^aMedyan (minimum-maksimum); ^bOrtalama±SS; DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; SS: Standart sapma.

TABLO 3: DEHB grubunda Başa Çıkma Ölçeği ve Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği puanları arasındaki korelasyonlar.

	Alite problemleri	Duyusal problemler	Davranım problemleri	Bilişsel problemler	Örke kontroleri	Hiperaktivite	DEHB indeksi	DSM-IV dikkatsizlik	DSM-IV hiperaktivite- dürtüsellik	DSM-IV toplam
Problem odaklı										
Araçsal sosyal destek kullanımı	0,178 p=0,383	0,257 p=0,187	-0,001 p=0,997	0,148 p=0,402	-0,083 p=0,641	0,192 p=0,327	0,065 p=0,733	0,079 p=0,664	0,527 p=0,002	0,443 p=0,013
Planlama	-0,392 p=0,057	-0,302 p=0,119	-0,186 p=0,292	-0,151 p=0,380	0,185 p=0,281	-0,101 p=0,594	-0,547 p=0,001	0,045 p=0,796	0,009 p=0,958	-0,064 p=0,723
Diğer etkinlikleri bırakma	0,474 p=0,014	0,337 p=0,080	0,157 p=0,374	0,576 p<0,001	-0,267 p=0,115	-0,276 p=0,140	0,305 p=0,089	-0,264 p=0,126	0,170 p=0,335	-0,138 p=0,445
Kendini sınırlandırma	0,039 p=0,849	0,145 p=0,463	-0,037 p=0,837	0,109 p=0,526	-0,260 p=0,126	-0,131 p=0,491	-0,047 p=0,800	0,024 p=0,892	-0,080 p=0,653	-0,303 p=0,086
Duyusal odaklı										
Mizahi yaklaşım	-0,091 p=0,658	0,190 p=0,333	0,405 p=0,017	-0,334 p=0,047	0,089 p=0,605	0,545 p=0,002	-0,048 p=0,796	-0,438 p=0,009	0,546 p=0,001	0,075 p=0,677
Duyusal sosyal destek kullanımı	0,461 p=0,018	0,587 p=0,001	0,174 p=0,324	0,414 p=0,012	-0,103 p=0,549	0,213 p=0,259	0,461 p=0,008	0,202 p=0,245	0,363 p=0,035	0,422 p=0,014
Olumlu yeniden yorumlama	0,111 p=0,589	0,419 p=0,027	0,145 p=0,414	-0,123 p=0,476	0,295 p=0,081	0,446 p=0,014	-0,059 p=0,747	0,024 p=0,892	0,246 p=0,162	0,047 p=0,797
Kabullenme	-0,317 p=0,114	-0,230 p=0,238	0,383 p=0,025	-0,104 p=0,547	0,038 p=0,828	-0,058 p=0,760	-0,167 p=0,360	-0,396 p=0,019	-0,094 p=0,598	-0,586 p<0,010
Dine yönelme	-0,176 p=0,389	0,088 p=0,731	0,093 p=0,599	0,051 p=0,769	0,103 p=0,549	0,119 p=0,531	-0,094 p=0,610	-0,251 p=0,146	0,086 p=0,631	-0,333 p=0,058
İşlevsel olmayan										
Duyulara odaklanılmıyorkaya koyma	0,656 p<0,001	0,883 p<0,001	0,231 p=0,188	0,341 p=0,042	0,314 p=0,062	0,231 p=0,219	0,593 p<0,001	0,156 p=0,371	0,551 p<0,001	0,543 p<0,001
Maddede kullanımı	0,084 p=0,684	0,158 p=0,423	0,604 p<0,001	0,524 p=0,002	0,156 p=0,363	-0,028 p=0,884	0,471 p=0,007	0,435 p=0,009	-0,116 p=0,513	0,275 p=0,122
Yadsıma	0,003 p=0,989	-0,079 p=0,650	0,453 p=0,007	-0,045 p=0,793	0,019 p=0,912	0,130 p=0,493	-0,149 p=0,416	-0,489 p=0,003	0,082 p=0,646	-0,335 p=0,057
Davranışsal olarak ilgili kesme	0,350 p=0,080	0,182 p=0,355	0,180 p=0,309	0,728 p<0,001	-0,111 p=0,520	-0,390 p=0,003	0,564 p=0,001	0,215 p=0,214	-0,287 p=0,100	-0,025 p=0,881
Zihinsel olarak ilgili kesme	-0,118 p=0,565	0,084 p=0,671	0,134 p=0,451	-0,010 p=0,956	-0,145 p=0,400	0,570 p=0,001	0,115 p=0,529	0,099 p=0,571	0,188 p=0,288	-0,008 p=0,965

Spearman sıra korelasyon katsayısı kullanılmıştır; DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu; DSM-IV: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı-5. Baskı.

Mizahi yaklaşım ile hiperaktivite ve DSM-IV hiperaktivite/dürtüsellik puanları arasında ise pozitif, orta şiddette bir ilişki saptandı ($r=0,545$, $p=0,002$ ve $r=0,546$, $p=0,001$). Bu sonuçlar, DEHB gençlerin hiperaktivite/dürtüsellik belirtileri arttıkça mizah yoluyla başa çıkmalarının arttığı, davranım sorunlarının da mizahi yaklaşımla ilişkili olduğu ancak görece daha zayıf ilişkili olduğu da şeklinde yorumlandı. Ek olarak, mizahi yaklaşım ile bilişsel problemler ve DSM-IV dikkatsizlik puanları arasında negatif bir ilişki saptandı ($r=-0,334$, $p=0,047$ ve $r=-0,438$, $p=0,009$).

Duygusal sosyal destek kullanımı ile duygusal problemler, DEHB indeksi, hiperaktivite/dürtüsellik ve DEHB toplam puanları arasında pozitif-orta şiddetli bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,587$, $p=0,001$; $r=0,461$, $p=0,008$; $r=0,363$, $p=0,035$; $r=0,422$, $p=0,014$).

Olumlu yeniden yorumlama ile duygusal problemler ve DEHB belirtilerinden yalnızca hiperaktivite arasında pozitif orta şiddetli bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,419$, $p=0,027$, $r=0,446$, $p=0,014$).

Kabullenme ile davranım problemleri arasında pozitif-orta şiddetli bir ilişki saptandı ($r=0,383$, $p=0,025$). *Kabullenme* ile dikkatsizlik ve DEHB-toplam puanları arasında negatif orta şiddetli bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=-0,396$, $p=0,019$; $r=-0,586$, $p<0,001$).

İŞLEVSEL OLMAYAN BAŞA ÇIKMA

Duygulara odaklanma/duyguları ortaya koyma yöntemi ile DEHB indeksi, DSM-IV hiperaktivite/dürtüsellik ve DSM-IV toplam puanları arasında pozitif, orta şiddetli (sırasıyla $r=0,593$, $p<0,001$, $r=0,551$, $p<0,001$; $r=0,543$, $p=0,001$); aile problemleri ve duygusal problemler arasında ise pozitif, yüksek şiddetli (sırasıyla $r=0,656$, $p<0,001$; $r=0,853$, $p<0,001$) ilişki saptandı. İOBÇ yöntemlerden bir diğeri olan *madde kullanımı* ile davranım problemleri, bilişsel problemler, DEHB indeksi ve dikkatsizlik puanları arasında pozitif, orta şiddette bir ilişki saptandı (sırasıyla $r=0,604$, $p<0,001$; $r=0,524$, $p=0,002$, $r=0,471$, $p=0,007$, $r=0,435$, $p=0,009$). DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek kullanılan *yadsıma* ile davranışsal problemler arasında pozitif ve orta şiddetli ($r=0,453$, $p=0,007$); DSM-IV-dikkatsizlik ile negatif ve orta şiddetli ($r=-0,489$, $p=0,003$)

bir ilişki saptandı. Yine DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek kullanılan *davranışsal olarak ilgiyi kesme* yöntemi ile bilişsel problemler ve DEHB indeksi arasında pozitif-yüksek/orta şiddetli ($r=0,728$, $p<0,001$; $r=0,564$, $p=0,001$); hiperaktivite ile negatif-orta şiddetli ($r=-0,390$, $p=0,003$) bir ilişki saptandı. *Zihinsel olarak ilgiyi kesme* ise yalnızca hiperaktivite ile pozitif-orta şiddetli ilişkili bulunmuştur ($r=0,570$, $p=0,001$).

TARTIŞMA

DEHB tanılı gençlerin başa çıkma stratejilerini benzer yaş ve cinsiyetteki akranları ile karşılaştıran bu çalışma verileri değerlendirildiğinde, stresli durumlara karşılaştıklarında DEHB tanılı gençlerin daha çok İOBÇ stratejilerini kullandıkları belirlenmiştir.⁴ DEHB'li olgularda, bu İOBÇ stratejilerinin seçiminde, uyarılmışlık düzeyleri, inhibisyon becerisi, dikkat işlevleri, bilişsel esneklik gibi bilişsel ve emosyonel regülasyon sistemlerindeki mevcut zorlukların rol oynadığı düşünülmektedir.¹³ Literatürde DEHB'li gençlerde stresle başa çıkma stratejilerini doğrudan değerlendiren bir çalışma olmasa da bu gençlerin baş etme becerilerinde sorun yaşadıkları pek çok araştırmada vurgulanmıştır.^{4,14} Stresle başa çıkmada yaşanan bu zorlukların DEHB'de temel olarak etkilendiği kabul edilen yönetici işlevlerle (bellek, çalışma belleği, dikkat, dürtü, empati, ketleme, öz düzenleme, iletişim, problem çözme, bilişsel esneklik, engelleme, soyutlama, karar verme, erteleme, planlama) ilişkili olduğu düşünülmektedir.¹⁵

DEHB tanılı gençlerin stresle baş etme tutumlarına ilişkin yeterli veri olmasa da Hampel ve ark.nın, DEHB tanılı ergenlerin kişiler arası ilişkilerde yaşanan zorluklar karşısında baş etme becerilerini değerlendirdikleri bir çalışmada, DEHB grubunun çoğunlukla işlevsel olmayan yöntemleri kullandıkları, olumsuz duyguları kontrol etmek de zorlandıkları sonucuna varılmıştır, ek olarak bu çalışmada, DEHB grubunda gözlenen İOBÇ yöntemleri özellikle davranım bozukluğu eş tanısı ile ilişkilendirilmiştir.¹⁶ Ayrıca 21-40 yaş aralığında DEHB tanılı erişkinlerle yapılan bir başka çalışmada da benzer şekilde erişkin DEHB tanılı hastalarda İOBÇ stratejilerinin kullanıldığı belirlenmiştir.⁸ Literatürde, DEHB'li çocuk ve gençlerde gözlenen bu İOBÇ stratejilerinin, DEHB'

de sık rastlanan emosyonel regülasyon sorunları ve davranış kontrolünde zorluklarla ilişkili olduğu görüşü hâkimdir.⁸ Araştırmamızda; POBÇ yöntemlerinden biri olan araçsal sosyal destek kullanımı ile İOBÇ yöntemlerden olan yadsıma ve davranışsal olarak ilgiyi kesme alt ölçek puanlarının DEHB grubunda anlamlı olarak daha yüksek olduğu belirlendi, benzer şekilde DEHB tanılı çocukların annelerinin stresle baş etme tutumlarının değerlendirildiği bir çalışmada, tıpkı DEHB tanılı gençlerde olduğu gibi stresle baş etmede yadsıma yönteminin sıklıkla kullanıldığı gözlenmiştir.^{17,18} Çalışma sonuçlarındaki bu benzerlik, DEHB'nin genetik aktarım özelliğinin yanı sıra stresle başa çıkma stratejilerinin ebeveynlerden öğrenilmiş bir davranış paterni olabileceğini düşündürmektedir.¹⁹ POBÇ yöntemlerinden biri olan planlamanın ise araştırmaya katılan DEHB grubunda daha az kullanılması ve planlama becerisi azaldıkça DEHB ilişkili sorunların da arttığı gözlenmiştir. Bu sonucun, DEHB'de etkilendiği bilinen, aynı zamanda da bir yürütücü işlev olan planlama becerisindeki zorluklarla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.²⁰

Baş çıkma yöntemleri ile DEHB semptomları ve diğer sorunlar arasındaki ilişki değerlendirildiğinde, DEHB gençlerde özellikle hiperaktivite/dürtüsellik arttıkça araçsal ve duygusal problemlerle de doğrudan ilişkili olan duygusal sosyal destek kullanımı ve mizah yoluyla başa çıkmalarının arttığı sonucuna varılmıştır. Ayrıca hiperaktivite ve dikkat eksikliği semptomlarına ilişkin bir başka dikkat çeken sonuç, DEHB tanılı olgularda hiperaktivite semptomları arttıkça gençlerin zihinsel olarak ilgiyi keserek, dikkatsizlik semptomları arttıkça ise davranışsal olarak ilgiyi keserek baş ediyor olmasıdır. Bu sonuçlar, terapötik yaklaşımlarda klinik alt tiplere özgü değerlendirmelerin yapılması gerekliliğine dikkat çekmektedir.²¹ Ek olarak diğer etkinlikleri bırakma alt ölçeği ile DEHB ilişkili sorunlardan aile problemleri ve bilişsel problemler arasında saptanan pozitif, orta şiddetli ilişki, DEHB tanılı gençlerde aile problemleri ve akademik başarı ile ilgili sorunların diğer etkinlikleri bırakarak ve probleme odaklanarak çözülmeye çalışıldığı şeklinde yorumlanmış ve bu ilişkinin DEHB'ye yönelik destekleyici yaklaşımlarda önemli olabileceği düşünülmektedir. Kabullenme ile davranım problemleri arasında saptanan

pozitif-orta şiddetli ilişki, davranım problemleri olan DEHB tanılı gençlerde kabullenme yönteminin daha sık kullanıldığı şeklinde yorumlanmış olup, bu durumun belki de sorunların çözümüne yönelik umudun kaybedilmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.²²

Duygulara odaklanma/duyguları ortaya koyma yöntemi ile aile problemleri, DEHB indeksi, DSM-IV hiperaktivite/dürtüsellik ve DSM-IV toplam puanları arasında saptanan pozitif, orta şiddetli ilişki; İO yöntemlerden biri olan duygulara odaklanma yönteminin DEHB tanılı gençlerde gözlenen pek çok sorunla yakından ilişkili olduğu, bu ilişkinin temelinde DEHB'de pek çok çalışmada gösterilen emosyonel disregülasyonunun olabileceği düşünülmüştür.^{4,23} Beklenenin aksine duygulara odaklanma/duyguları ortaya koyma stratejisi ile öfke kontrol problemleri arasında anlamlı ilişki saptanmaması bu yöntemin sık komorbid durumlar olan davranım bozukluğu, karşı olma karşıt gelmeden ziyade yine sık görülen depresyon-anksiyete ile ilişkili olabileceği şeklinde yorumlanabilir.^{4,24} İO yöntemlerden bir diğeri olan madde kullanımı ile davranım problemleri, bilişsel problemler, DEHB indeksi ve dikkatsizlik puanları arasında saptanan pozitif, orta şiddette ilişki özellikle madde kullanımının hiperaktivite/dürtüsellik yerine dikkat eksikliği ile ilişkisi şaşırtıcı bir sonuç olarak yorumlanmıştır.²⁵ DEHB'de madde kullanımı komorbiditesinin DEHB alt tipleri ile ilişkisini değerlendiren çalışma sonuçları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Dikkat eksikliği belirgin alt grubunda daha erken yaşta yasa dışı madde ve alkol kullanımı, daha yoğun sigara kullanımı olduğunu gösteren çalışmalar bulunmasına karşın; tam tersi hiperaktivite ve dürtüsellik belirgin olduğu alt grupta erken yaşta sigara ve madde kullanımının olduğunu gösteren araştırmalar mevcuttur.^{26,27} Araştırmalar arasındaki bu farklılığın farklı alt tiplerde madde kullanımına ilk başlamaya ve sürdürüme ilişkin farklı değişkenlerin rol oynamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.²⁸

Bu araştırma, ülkemizde doğrudan DEHB tanılı gençlerde baş etme stratejilerini değerlendiren ilk araştırmadır, ancak örneklem büyüklüğünün küçük olması ve kontrol grubunun toplum örnekleme yerine çocuk psikiyatrisi polikliniğine danışmanlık için başvuran olgulardan oluşması çalışmanın en önemli kısıtlılığıdır.

SONUÇ

Bu çalışmada; DEHB tanılı gençlerin kontrol grubuyla karşılaştırıldığında daha fazla duygusal odaklı ve İOBÇ stratejileri kullandıkları, kullanılan başa çıkma yöntemlerinin dikkatsizlik, hiperaktivite ve dürtüsellik semptomlarıyla ilişkisinin birbirinden farklı olduğu sonucuna varılmıştır. Ayrıca farklı başa çıkma yöntemlerinin kullanılması ile DEHB'nin yol açtığı sorunlar arasında ilişki olduğu saptanmıştır. Bu sonuçlar, DEHB'ye yönelik tedavi stratejilerinin belirlenmesinde önemli olacaktır.

Finansal Kaynak

Bu çalışma sırasında, yapılan araştırma konusu ile ilgili doğrudan bağlantısı bulunan herhangi bir ilaç firmasından, tıbbi alet, gereç ve malzeme sağlayan ve/veya üreten bir firma veya herhangi bir ticari firmadan, çalışmanın değerlendirme sürecinde, çalışma

ile ilgili verilecek kararı olumsuz etkileyebilecek maddi ve/veya manevi herhangi bir destek alınmamıştır.

Çıkar Çatışması

Bu çalışma ile ilgili olarak yazarların ve/veya aile bireylerinin çıkar çatışması potansiyeli olabilecek bilimsel ve tıbbi komite üyeliği veya üyeleri ile ilişkisi, danışmanlık, bilirkişilik, herhangi bir firmada çalışma durumu, hissedarlık ve benzer durumları yoktur.

Yazar Katkıları

Fikir/Kavram: Yasemin Taş Torun, Hesna Gül; **Tasarım:** Yasemin Taş Torun, Hesna Gül, Mehmet Ayhan Cöngöloğlu; **Denetleme/Danışmanlık:** Yasemin Taş Torun, Hesna Gül, Mehmet Ayhan Cöngöloğlu; **Veri Toplama ve/veya İşleme:** Hesna Gül, Mustafa Şahin, Ahmet Gül; **Analiz ve/veya Yorum:** Hesna Gül, Yasemin Taş Torun, Mehmet Ayhan Cöngöloğlu; **Kaynak Tara-ması:** Hesna Gül, Yasemin Taş Torun; **Makalenin Yazımı:** Yasemin Taş Torun, Hesna Gül, Ahmet Gül, Mehmet Ayhan Cöngöloğlu; **Eleştirel İnceleme:** Yasemin Taş Torun, Hesna Gül, Mehmet Ayhan Cöngöloğlu.

KAYNAKLAR

- Ostell A. Coping, problem solving and stress: a framework for intervention strategies. Br J Med Psychol. 1991;64 (Pt 1):11-24. Erratum in: Br J Med Psychol 1991;64(Pt 3):307. [Crossref] [PubMed]
- Carver CS, Scheier MF, Weintraub JK. Assessing coping strategies: a theoretically based approach. J Pers Soc Psychol. 1989; 56(2):267-83. [Crossref] [PubMed]
- Compas BE, Jaser SS, Bettis AH, Watson KH, Gruhn MA, Dunbar JP, et al. Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. Psychol Bull. 2017;143(9):939-91. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Wise ML, Wise BL, Jones SR. The maladaptive coping cycle: A model for understanding academic and social failure in children with ADHD. The ADHD Report. 2019;27(7):1-9. [Crossref]
- Hechtman L, Swanson JM, Sibley MH, Stehli A, Owens EB, Mitchell JT, et al; MTA Cooperative Group. Functional adult outcomes 16 years after childhood diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder: MTA results. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2016; 55(11):945-952.e2. Erratum in: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2017;56(7): 628. Erratum in: J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2018;57(3):225. [PubMed] [PMC]
- Riglin L, Collishaw S, Thapar AK, Dalsgaard S, Langley K, Smith GD, et al. Association of genetic risk variants with attention-deficit/hyperactivity disorder trajectories in the general population. JAMA Psychiatry. 2016;73(12): 1285-92. [Crossref] [PubMed] [PMC]
- Kysow K, Park J, Johnston C. The use of compensatory strategies in adults with ADHD symptoms. Atten Defic Hyperact Disord. 2017; 9(2):73-88. [Crossref] [PubMed]
- Al-Yagon M, Lachmi M, Shalev L. Coping strategies among adults with ADHD: The mediational role of attachment relationship patterns. Res Dev Disabil. 2020;102:103657. [Crossref] [PubMed]
- Conners CK, Wells KC, Parker JD, Sitarenios G, Diamond JM, Powell JW. A new self-report scale for assessment of adolescent psychopathology: factor structure, reliability, validity, and diagnostic sensitivity. J Abnorm Child Psychol. 1997;25(6):487-97. [Crossref] [PubMed]
- Kaner S, Büyüköztürk Ş, İşeri E, Ak A, Özyayın L. Conners-Wells Ergen Öz-Bildirim Ölçeği Uzun Formu: Türk ergenlerde psikometrik özelliklerinin değerlendirilmesi [Conners-Wells' Adolescent Self-Report Scale-Long Form: Evaluation psychometric properties for Turkish adolescents]. Klinik Psikiyatri Dergisi. 2011;14(2):71-84. [Link]
- Carver CS. You want to measure coping but your protocol's too long: consider the brief COPE. Int J Behav Med. 1997;4(1):92-100. [Crossref] [PubMed]
- Bacanlı H, Sürücü M, İlhan T. Başa çıkma stilleri ölçeği kısa formunun (BÇSÖ-KF) psikometrik özelliklerinin incelenmesi: Geçerlik ve güvenilirlik çalışması [An investigation of psychometric properties of coping styles scale brief form: A study of validity and reliability]. Kuram ve Uygulamada Eğitim Bilimler. 2013;13(1):81-96. [Link]
- Hirsch O, Chavanon M, Riechmann E, Christiansen H. Emotional dysregulation is a primary symptom in adult Attention- Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). J Affect Disord. 2018;232:41-7. [Crossref] [PubMed]
- Babb KA, Levine LJ, Arseneault JM. Shifting gears: Coping flexibility in children with and without ADHD. International Journal of Behavioral Development. 2010;34(1):10-23. [Crossref]
- Bettis AH, Coiro MJ, England J, Murphy LK, Zerkowit RL, Dejardins L, et al. Comparison of two approaches to prevention of mental health problems in college students: Enhancing coping and executive function skills. J Am Coll Health. 2017;65(5):313-22. [Crossref] [PubMed]
- Hampel P, Manhal S, Roos T, Desman C. Interpersonal coping among boys with ADHD. J Atten Disord. 2008;11(4):427-36. [Crossref] [PubMed]

17. Durukan İ, Erdem M, Tufan AE, Cöngöloğlu A, Yorbık Ö, Türkbat T. DEHB olan çocukların annelerinde depresyon ve anksiyete düzeyleri ile kullanılan başa çıkma yöntemleri: Bir ön çalışma [Depression and anxiety levels and coping strategies used by mothers of children with ADHD: A preliminary study]. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2008;9(4):217-23. [\[Link\]](#)
18. Craig F, Savino R, Fanizza I, Lucarelli E, Russo L, Trabacca A. A systematic review of coping strategies in parents of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). *Res Dev Disabil*. 2020;98:103571. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
19. Liga F, Inguglia C, Gugliandolo MC, Inguglia S, Costa S. The socialization of coping strategies in adolescence: the modeling role of parents. *Anxiety Stress Coping*. 2020;33(1):47-58. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
20. Boyer BE, Geurts HM, Prins PJ, Van der Oord S. Two novel CBTs for adolescents with ADHD: the value of planning skills. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2015;24(9):1075-90. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
21. Antshel KM, Faraone SV, Gordon M. Cognitive behavioral treatment outcomes in adolescent ADHD. *J Atten Disord*. 2014;18(6):483-95. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
22. Strohmeier CW, Rosenfield B, DiTomasso RA, Ramsay JR. Assessment of the relationship between self-reported cognitive distortions and adult ADHD, anxiety, depression, and hopelessness. *Psychiatry Res*. 2016;238:153-8. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
23. Faraone SV, Rostain AL, Blader J, Busch B, Childress AC, Connor DF, et al. Practitioner review: Emotional dysregulation in attention-deficit/hyperactivity disorder-implications for clinical recognition and intervention. *J Child Psychol Psychiatry*. 2019;60(2):133-50. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
24. Öster C, Ramklint M, Meyer J, Isaksson J. How do adolescents with ADHD perceive and experience stress? An interview study. *Nord J Psychiatry*. 2020;74(2):123-30. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
25. De Alwis D, Lynskey MT, Reiersen AM, Agrawal A. Attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes and substance use and use disorders in NESARC. *Addict Behav*. 2014; 39(8):1278-85. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)
26. Molina BS, Pelham WE Jr. Childhood predictors of adolescent substance use in a longitudinal study of children with ADHD. *J Abnorm Psychol*. 2003;112(3):497-507. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
27. Abrantes AM, Strong DR, Ramsey SE, Lewinsohn PM, Brown RA. Substance use disorder characteristics and externalizing problems among inpatient adolescent smokers. *J Psychoactive Drugs*. 2005;37(4):391-9. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#)
28. Tamm L, Adinoff B, Nakonezny PA, Winhusen T, Riggs P. Attention-deficit/hyperactivity disorder subtypes in adolescents with comorbid substance-use disorder. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2012;38(1):93-100. [\[Crossref\]](#) [\[PubMed\]](#) [\[PMC\]](#)