

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI

**PSİKOJENİK NÖBET TİPİNDE KONVERSİYON BOZUKLUĞU OLAN  
ERGENLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, BAĞLANMA VE  
ALEKSİTİMİ**

Dr. Özlem Uzun

UZMANLIK TEZİ  
Olarak Hazırlanmıştır.

ANKARA

2013

T.C.  
HACETTEPE ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ  
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI  
ANABİLİM DALI

**PSİKOJENİK NÖBET TİPİNDE KONVERSİYON BOZUKLUĞU OLAN  
ERGENLERDE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI, BAĞLANMA VE  
ALEKSİTİMİ**

Dr. Özlem UZUN

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI  
Yrd. Doç. Dr. Devrim AKDEMİR

ANKARA

2013

## TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim boyunca bana her konuda hoşgörü ve sabırla yaklaşarak destek olan, tezimin tüm aşamalarında bilgi ve tecrübesini benden esirgemeyen, yanında çalışmaktan mutluluk duyduğum, her konuda örnek aldığım değerli hocam, tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Devrim Akdemir'e en içten teşekkürlerimi sunarım.

Araştırmanın oluşum aşamasından yazım aşamasına kadar değerli görüşlerini ve desteğini esirgemeyen değerli hocam Prof. Dr. Berna Özsungur'a, uzmanlık eğitimim boyunca gerek deneyimleri, gerek hoşgörü ve güleryüzleriyle mesleki kimliğimin oluşmasında katkı sağlayan değerli hocalarım Prof. Dr. Fusun Çuhadaroğlu Çetin, Prof. Dr. Fatih Ünal, Prof. Dr. Psk. Ferhunde Öktem, Prof. Dr. Bahar Gökler, Doç. Dr. Sadriye Ebru Çengel Kültür, Yrd. Doç. Dr. Dilşad Foto Özdemir'e teşekkür ederim.

Araştırmanın oluşum, örneklem toplama ve değerlendirme aşamalarında katkılarını içtenlik ve güleryüzle paylaşan ve yardımlarını esirgemeyen Hacettepe Üniversitesi Çocuk Nöroloji Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Meral Topçu'ya, Çocuk Nörolojisi ve Psikiyatri rotasyonlarım sırasında mesleki eğitimime katkı sağlayan değerli hocalarıma teşekkür ederim.

Çalışma ortamını keyifli ve sıcak hale getiren asistan arkadaşlarıma, çalışmaya katılan tüm hastalara teşekkür ederim.

Yaşamımın her aşamasında desteklerini hissettiğim ve bana her zaman umut aşılayan aileme; bu yorucu süreçte bana sabır, anlayış, sevgi ve sonsuz fedakarlık gösteren sevgili eşime ve son olarak varlığıyla hayatıma anlam katan sevgili kızıma teşekkür borçluyum.

## ÖZET

**Uzun, Ö. Psikojenik Nöbet Tipinde Konversiyon Bozukluğu Olan Ergenlerde Çocukluk Çağı Travmaları, Bağlanma ve Aleksitimi, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Tezi, Ankara, 2013.**

Bu çalışma psikojenik nöbet (PN) tipinde konversiyon bozukluğu (KB) olan ergenler ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlerin hem yarı yapılandırılmış klinik görüşme hem de öz bildirim ölçekleri aracılığıyla PN tipinde KB ile ilişkili olabileceği düşünülen değişkenler açısından karşılaştırıldığı kesitsel bir çalışmadır. Bu bağlamda PN ile ilişkili olabileceği düşünülen değişkenler olarak çocukluk çağı travmaları, bağlanma güvenliği, aleksitimi, benlik imajı ve benlik saygısı araştırılmıştır. Aynı zamanda PN tipinde KB olan ergenlerde eşlik eden psikopatolojiler değerlendirilmiştir. Çalışmaya 12-18 yaş arasında PN tipinde KB olan 42 ergen ve araştırma grubu ile yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik-sosyokültürel düzey açısından eşleştirilmiş 38 sağlıklı kontrol alınmıştır. Ergenlerdeki psikiyatrik hastalıkları taramak amacıyla, araştırmaya katılan ergenler ve anne/babaları ile Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS-PL) aracılığıyla klinik görüşme yapılmıştır. Çocuk ve Gençler için Klinisyen Tarafından Uygulanan Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ölçeği (CAPS-CA) kullanılarak ergenler ile yarı yapılandırılmış görüşme yapılmış ve travma sonrası stres bozukluğu belirtileri ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir. Ergenlere Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28), Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu (IPPA), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20), Offer Benlik İmajı Ölçeği (OBİÖ) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) uygulanmıştır. Araştırma grubunda belirti şiddetini değerlendirmek için Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI) kullanılmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda PN'nin kızlarda ve orta ve alt-orta sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyli ailelerde daha sık görüldüğü, araştırma grubunda ailede psikiyatrik hastalık öyküsünün daha yüksek oranda bulunduğu, hastalık belirtilerinin başlangıcında sıklıkla bir stres etkeninin olduğu ve başta PN dışındaki somatoform bozukluklar olmak üzere PN'ye sıklıkla başka bir psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği gözlenmiştir.

Kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, PN tanısı olan ergenlerde özellikle duygusal ve cinsel olmak üzere travma yaşantısının daha sık görüldüğü, ergenlerin hem anneleri hem de babaları ile olan bağlanma ilişkisinde “iletişimi“ yüksek ancak “güven duygusunu” düşük olarak algıladığı, araştırma grubundaki ergenlerde aleksitiminin daha yüksek, benlik saygısının daha düşük olduğu saptanmıştır. Bu çalışma kapsamında travma yaşantısının ve aleksitimik özelliklerin, ergenlerde PN tipinde KB’yi yordayan risk etkenleri olabileceği belirlenmiştir. Travma yaşantısı ve aleksitiminin dışında hastalarda bağlanma güvenliği ve benlik saygısı da değerlendirilmelidir. Sonuçların ergenlerdeki KB’ye özgül olup olmadığının anlaşılması amacıyla farklı psikiyatrik hastalıkları olan ergenlerin kontrol grubu olarak alındığı çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

**Anahtar sözcükler:** Konversiyon bozukluğu, psikojenik nöbet, ergen, travma, bağlanma, aleksitimi.

## ABSTRACT

**Uzun, O. Childhood Traumas, Attachment and Alexithymia in Adolescents with Psychogenic Nonepileptic Seizure Type of Conversion Disorder, Hacettepe University Faculty of Medicine, Thesis in Child and Adolescent Psychiatry, Ankara, 2013.**

In this cross-sectional study, adolescents with psychogenic nonepileptic seizures (PNES) were compared with adolescents without any psychiatric disorder using both semi-structured clinical interviews and self-report scales for variables that are thought to be related to PNES. In this respect, childhood traumas, attachment security, alexithymia, self-image and self-esteem were examined. In addition, comorbid psychopathologies in adolescents with PNES were evaluated. Forty-two adolescents with PNES aged between 12-18 and 38 healthy adolescents who were matched with the study group in respect to age, gender and socioeconomic status were participated. All adolescents and their parents were interviewed using Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) in order to evaluate psychiatric disorders. Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (CAPS-CA) was used to examine the presence of symptoms of posttraumatic stress disorder. All adolescents completed the Childhood Trauma Questionnaire-28 (CTQ-28), Short Form of Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA), Toronto Alexithymia Scale, Offer Self Image Questionnaire and Rosenberg Self Esteem Scale. Clinical Global Impressions Scale was used to determine the severity of symptoms in adolescents with PNES. PNES was more common in females with middle and lower-middle socioeconomic status. In the PNES group, the family history of psychiatric disorder was higher than the control group and a stress factor usually accompanied the emergence of the symptoms. Somatoform disorders other than PNES were the most common comorbid psychiatric disorders in the PNES group. Adolescents with PNES had more emotional and sexual traumatic experiences compared to the control group. PNES group perceived higher “communication” but lower “trust” in attachment relationships with their mothers and fathers. More alexithymia and less self-esteem were determined in the PNES group. Childhood traumas and alexithymia were found

to be significant risk factors for PNES. The results of this study suggest that childhood traumas and alexithymia may have a role in the development of PNES type of conversion disorder in adolescents. In addition to traumatic experiences and alexithymia, attachment security and self-esteem need to be evaluated in these patients. In order to determine the specificity of these results, studies including adolescents with other psychiatric disorders as control groups are required.

**Key words:** Conversion disorder, psychogenic non epileptic seizure, adolescent, childhood trauma, attachment, alexithymia.

## İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	ii
İÇİNDEKİLER .....	vi
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	ix
TABLolar.....	x
1 . GİRİŞ .....	1
1.1 Konunun Önemi .....	1
2 . GENEL BİLGİLER .....	4
2.1 Tarihçe.....	4
2.2 Epidemiyoloji .....	5
2.3 Etiyoloji.....	7
2.3.1 Psikanalitik Kuram.....	7
2.3.2 Nörobiyolojik Hipotez .....	8
2.3.3 Genetik Özellikler .....	11
2.3.4 Öğrenme Kuramı.....	11
2.3.5 Aile Sistem Kuramı.....	12
2.3.6 Duyguların İfade Edilmesi ve İletişim .....	13
2.4 Klinik.....	13
2.5 Tanı .....	14
2.6 Ayırıcı Tanı .....	16
2.7 Eşlik Eden Psikopatoloji .....	20
2.8 Tedavi Yaklaşımları .....	21
2.8.1 Psikoterapi.....	22
2.8.2 Psikofarmakolojik Müdahaleler .....	23
2.9 Gidiş ve Sonlanım .....	24
2.10 Çocukluk Çağı Travmaları.....	25
2.10.1 Çocukluk Çağı Travmaları İle İlgili Genel Bilgiler .....	25
2.10.2 Çocukluk Çağı Travmalarının Psikopatoloji İle İlişkisi .....	29



2.10.3 Çocukluk Çağı Travmalarının KB ve PN İle İlişkisi .....	30
2.11 Aleksitimi .....	32
2.11.1 Aleksitimi İle İlgili Genel Bilgiler .....	32
2.11.2 Aleksitimi İle KB İlişkisi .....	33
2.12 Bağlanma.....	34
2.12.1 Bağlanma İle İlgili Genel Bilgiler.....	34
2.12.2 Bağlanmanın Psikopatolojiler ve KB İle İlişkisi.....	36
2.13 Benlik İmajı ve Benlik Saygısı .....	37
2.13.1 Benlik İmajı ve Benlik Saygısı İle İlgili Genel Bilgiler.....	37
2.13.2 Benlik İmajı ve Benlik Saygısının Psikopatolojiler ve KB İle İlişkisi ..	38
2.14 Amaç .....	39
2.14.1 Araştırmanın Amacı.....	39
2.14.2 Araştırmanın Soruları.....	40
3 . YÖNTEM VE GEREÇLER.....	42
3.1 Araştırmanın Örneklemi.....	42
3.2 Araştırmanın Deseni.....	42
3.3 Örneklem Seçimi.....	42
3.3.1 Psikojenik Nöbet Grubu.....	42
3.3.2 Kontrol Grubu .....	43
3.4 Araştırmada Kullanılan Gereçler .....	43
3.4.1 Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu.....	43
3.4.2 Hollingshead-Redich Ölçeği .....	44
3.4.3 Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGİ, Clinical Global Impressions Scale)	44
3.4.4 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme	
Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY, Schedule for Affective	
Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime	
Version, K-SADS-PL) .....	44
3.4.5 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire-28,	
CTQ-28).....	45
3.4.6 Çocuk ve Gençler İçin Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği	
(TSSB-ÖÇE, Clinician-Administered PTSD Scale for Children and	
Adolescents, CAPS-CA).....	46

3.4.7 Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu (EABE, Short Form of Inventory of Parent and Peer Attachment, IPPA) .....	47
3.4.8 Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20, Toronto Alexithymia Scale ) ..	48
3.4.9 Offer Benlik İmajı Ölçeği (OBİÖ, Offer Self Image Qestionaire) .....	49
3.4.10 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ, Rosenberg Self Esteem Scale) .....	52
3.4.11 Klinik Olarak Epilepsi/PN Ayırıcı Tanı Formu .....	52
3.5 Uygulama .....	53
3.6 Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistik .....	53
4 . BULGULAR .....	55
4.1 Sosyodemografik Özellikler .....	55
4.2 PN Grubuna Özgü Klinik Özellikler .....	59
4.3 PN ve Kontrol Gruplarında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması .....	63
4.4 PN Grubunda Ölçek Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Verilerle İlişkisi .....	67
4.5 PN Tipinde Konversiyon Bozukluğunu Yordayıcı Değişkenler .....	73
5 . TARTIŞMA .....	75
6. SONUÇ VE ÖNERİLER .....	91
KAYNAKLAR .....	94
6 . EKLER .....	120
EK 1: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu .....	120
EK 2: Hollingshead-Redich Ölçeği .....	122
EK 3: Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI) .....	123
EK 4: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) .....	124
EK 5: Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği (CAPS-CA) .....	127
EK 6: Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu (IPPA) .....	130
EK 7: Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) .....	133
EK 8: Offer Benlik İmajı Ölçeği (OBİÖ) .....	135
EK 9: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) .....	142
EK 10: Klinik Olarak Epilepsi/PN Ayırıcı Tanı Formu .....	143

## SİMGELER VE KISALTMALAR

CAPS-CA	Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents (Çocuk ve Gençler İçin Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği)
CTQ-28	The Childhood Trauma Questionnaire (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği)
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı)
DSÖ	Dünya Sağlık Örgütü
EEG	Elektroensefalografi
fMRG	Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
HR	Hollingshead Redich Ölçeği
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10 <sup>th</sup> Revision (Hastalıkların ve Sağlık Sorunlarının Uluslararası Sınıflaması)
IPPA	Short Form of Inventory of Parent and Peer Attachment (Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu)
KB	Konversiyon Bozukluğu
KGİ	Klinik Global İzlenim Ölçeği
KOKGB	Karşı Olma Karşı Gelme Bozukluğu
K-SADS-PL	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli)
OBİÖ	Offer Benlik İmajı Ölçeği
PN	Psikojenik Nöbet
RBSÖ	Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği
SPSS	Statistical Program for Social Sciences (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı)
TAÖ-20	Toronto Aleksitimi Ölçeği
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu

## TABLOLAR

<b>Tablo 2-1:</b> KB'nin DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri.....	15
<b>Tablo 2-2:</b> Epileptik Nöbet ve PN Ayrımı .....	17
<b>Tablo 3-1:</b> CTQ-28'in Alt Ölçeklerindeki Sorular ve Kodlama .....	46
<b>Tablo 3-2:</b> TAÖ-20'nin Alt Ölçeklerindeki Sorular ve Kodlama.....	49
<b>Tablo 3-3:</b> OBİÖ'nün Alt Ölçeklerindeki Sorular ve Kodlama.....	51
<b>Tablo 4-1:</b> PN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Yaş Ortalamaları .....	55
<b>Tablo 4-2:</b> PN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Cinsiyet Dağılımı.....	55
<b>Tablo 4-3:</b> PN ve Kontrol Gruplarında Eğitim Süresi Ortalamaları .....	56
<b>Tablo 4-4:</b> PN ve Kontrol Gruplarında Aile Yapısı .....	56
<b>Tablo 4-5:</b> PN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babalarının Yaş Ortalamaları.....	57
<b>Tablo 4-6:</b> PN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babaların Eğitim Süresi Ortalamaları.....	57
<b>Tablo 4-7:</b> PN ve Kontrol Gruplarının Aylık Gelir Ortalamaları.....	58
<b>Tablo 4-8:</b> PN ve Kontrol Gruplarında Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzey Dağılımı .....	58
<b>Tablo 4-9:</b> PN ve Kontrol Gruplarının Birinci ve İkinci Derece Akrabalarında Psikiyatrik Hastalık Dağılımı.....	59
<b>Tablo 4-10:</b> Araştırma Grubunda PN Sıklığı ve Şiddeti .....	60
<b>Tablo 4-11:</b> PN Grubunda Hastalık Belirtilerinin Başlangıç Yaşı, İlk Başvuru İçin Geçen Süre ve Belirti Süresi .....	61
<b>Tablo 4-12:</b> Araştırma Grubunda PN'ye Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalık Dağılımı. 62	
<b>Tablo 4-13:</b> PN ve Kontrol Gruplarında CTQ-28 Puanları.....	63
<b>Tablo 4-14:</b> PN ve Kontrol Gruplarında IPPA (Anne) Puanları .....	64
<b>Tablo 4-15:</b> PN ve Kontrol Gruplarında IPPA (Baba) Puanları.....	64
<b>Tablo 4-16:</b> PN ve Kontrol Gruplarında TAÖ-20 Puan Ortalamaları ve Dağılımı... 65	
<b>Tablo 4-17:</b> PN ve Kontrol Gruplarında OBİÖ Puan Ortalamaları .....	66
<b>Tablo 4-18:</b> PN ve Kontrol Gruplarında RBSÖ Puan Ortalamaları.....	66
<b>Tablo 4-19:</b> PN Grubunda Ölçeklerin Toplam Puanları Arasındaki İlişkiler .....	67
<b>Tablo 4-20:</b> PN Grubunda Cinsiyete Göre Ölçeklerin Toplam Puanları .....	68

<b>Tablo 4-21:</b> PN Grubunda Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklara Göre Ölçeklerin Toplam Puanları.....	70
<b>Tablo 4-22:</b> PN Grubunda Hastalık Öncesindeki Stres Etkenleri İle Ölçeklerin Toplam Puanları Arasındaki İlişki .....	72
<b>Tablo 4-23:</b> PN Tipinde KB'yi Yordayan Değişkenlere İlişkin İstatistik Veriler ....	74

## 1 . GİRİŞ

### 1.1 Konunun Önemi

Konversiyon bozukluğu (KB), gelişmekte olan ülkelerde en sık karşılaşılan psikiyatrik bozukluklardan birisidir. Ülkemizde erişkinlerde olduğu gibi ergenlerde de KB'nin azımsanmayacak sıklıkta olduğu düşünülmektedir. Kırsal kesimde yaşama, alt sosyoekonomik düzeyde olma, düşük eğitim düzeyi, kronik hastalık öyküsü ile KB sıklığının arttığı bilinmektedir. Üst sosyoekonomik düzeyde ve eğitilmiş kişilerde belirtilerin bilinen tıbbi hastalıklara daha çok benzediği bildirilmektedir (Aklın ve Tunca 1997, Gülseren ve ark. 2008, Jans ve ark. 2008, Özenli ve ark. 2009).

Konversiyonun sözlük anlamı 'döndürme' demektir. Benliğin savunma düzeneği olarak bilinçaltında yaşanan çatışmanın neden olduğu anksiyetenin organ işlev yitimi ya da bozukluğuna döndürülmesi anlamını taşımaktadır. Diğer yandan KB, psikolojik çatışma ya da gereksinim sonucu ortaya çıkan istemli motor ya da duysal işlevleri etkileyen bir veya birden fazla belirtinin olması ile seyreden psikiyatrik bir bozukluk olarak da tanımlanmaktadır. KB belirtilerinin çoğunluğu sensorimotor işlevselliği etkiler ve nörolojik bozuklukları taklit eder. KB, DSM-IV'te "somatoform bozukluklar" içinde sınıflandırılmaktadır. ICD-10'da ise "nevrotik, stresle ilgili ve somatoform bozukluklar" ana başlığı ve "disosiyatif bozukluklar" alt başlığı altında ele alınmıştır. KB'de önde gelen belirti kasılmalar ya da epilepsi benzeri nöbetler ise; 'psikojenik nöbet', 'nonepileptik psikojenik nöbet' ya da 'pseudonöbet' terimleri daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu çalışmada bu tür nöbetleri tanımlamak için psikojenik nöbet (PN) terimi kullanılacaktır.

PN; davranış olarak epileptik nöbetlere benzeyen ancak nöronal deşarjlarla birlikte olmayan, dil ısırma, idrar kaçırma ve ciddi yaralanmanın çoğunlukla eşlik etmediği, bilinç kaybının olmadığı ve psikojenik süreçlerle ilgili ataklardır (Dworetzky ve ark. 2010).

KB'nin toplumdaki yaygınlığının 100.000'de 11-300 arasında değiştiği, psikiyatri polikliniklerinde görülme oranının batı ülkelerinde %1-3, gelişmekte olan ülkelerde %10 civarında olduğu bildirilmektedir. Kadın/erkek oranı 2/1-10/1 arasında değişen oranlarda verilmiştir (Hollifield 2008, Sadock ve Sadock 2007) Batı ülkelerinde çocuk ve ergenlerde KB'ye nadiren rastlanmaktadır ancak Hindistan, Umman ve ülkemizde KB'nin %3-4 sıklığında görüldüğü, PN tipinde KB'nin diğer belirtilere oranla en sık görülen KB tipi olduğu ve bu toplumlarda önemli bir sağlık sorunu olduğu belirtilmektedir (Jans ve ark. 2008, Martinez-Toboas ve ark. 2010). Ülkemizde çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniklerinde KB görülme oranı %2-4'tür (Akdemir ve Çuhadaroğlu 2008, Aras ve ark. 2007, Gülseren ve ark. 1993, Kerimoğlu ve Yalın 1992). Yapılan çalışmalarda metadolojik farklılıklar, tanımlamalardaki ayrılıklar nedeniyle çocuk ve ergenlerde PN yaygınlığı ve sıklığı üzerine kesin bir veri bulunmamaktadır.

Erişkin hastalarda KB gelişimine katkıda bulunabilecek etkenleri araştırmayı amaçlayan birçok çalışma yapılmıştır. PN tipinde KB olan erişkin hastalar ile yapılan çalışmalarda çocukluk çağı travmalarına odaklanılmış ve özellikle cinsel istismar öyküsü olanlarda KB belirtilerinin sık olduğu gözlenmiştir (McDonald 2007). Erişkin KB tanısı olan hastalarla yapılan çalışmalarda, cinsel ve fiziksel istismar sıklığının %9-77 arasında değiştiği belirtilmektedir (Duncan ve ark. 2008). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, KB olan ergenlerde stresli yaşam olaylarının %57.7-90 oranında görüldüğü bildirilmekle birlikte (Ercan ve ark. 2003, Pehlivan Türk 2000) çocukluk çağı travmalarını araştıran çalışma bulunmamaktadır.

KB gelişiminde, KB'nin travma ve bağlanma ile ilişkisi de vurgulanmaktadır (Liotti 2004). Çeşitli yazarlar çocuklukta özellikle dezorganize olmak üzere güvensiz bağlanma biçimlerinin ergenlikte KB gelişimi ile ilişkili olabileceğini öne sürmüşlerdir. Bu araştırmacılara göre korkutucu davranış sergileyen anne babaların çocuklarında dezorganize bağlanma biçimlerine yatkınlık ve daha sonraki dönemlerde yüksek oranda KB belirtisi gösterme eğilimi bulunmaktadır. Dolayısıyla travmatik çocukluk deneyimleri ile KB belirtisi ve

güvensiz bağlanma biçimleri arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Bosmans ve ark. 2010).

KB olan bireylerde aleksitimi özelliğinin normal popülasyona göre daha sık gözlemlendiği bildirilmekte (Ebeling ve ark. 2001), KB ile aleksitimi arasındaki ilişkiye dikkat çekilmektedir. Yapılan bir çalışmada 12-17 yaşında KB olan ergenlerin %59'unun aleksitimik olduğu, akran ilişkilerinde sorun yaşadığı ve aile içi şiddete daha fazla uğradığı belirtilmiştir (Burba ve ark. 2006).

Ergenlik dönemindeki değişimlerle ilgili olarak sık araştırılan konulardan biri de benlik algısının gelişmesi ve benlik algısının psikopatolojiyle ilişkisidir (Paterson ve ark. 1997). KB'de diğer psikopatolojiler ile karşılaştırıldığında benlik imajı ile ilgili fiziksel belirtiler daha yoğun, zararlı ve rahatsız edici düzeyde hissedilmektedir. Bu konuyu açıklamaya yönelik geliştirilen teorilerden biri de toplumsal damgalama teorisidir. Bu teori toplumda duygusal stres etkenlerinin bedensel dışı vurumunun "psikiyatrik sorunlar nedeni ile hasta" damgası almaya göre daha kabul edilebilir olması görüşüne dayanmaktadır (Kirmayer ve Looper 2006). Ancak KB ile benlik algısı arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar kısıtlıdır.

Yazında KB ve PN ile ilgili pek çok çalışma olmasıyla birlikte çalışmaların daha çok erişkin hastalar ile yapıldığı ve ergenlik döneminde KB'ye neden olan ve/veya eşlik eden etkenlerle ilgili yeterli çalışma olmadığı dikkat çekmektedir. PN belirtilerinin diğer KB belirtilerine oranla daha sık gözlenmesi ve özellikle ergenlik döneminde belirtilerin hastaların yaşamında belirgin bozulmalara neden olması bizi ergenlik döneminde PN gelişimi ile ilişkili olabilecek etkenleri araştırmaya yönlendirmiştir. Bu çalışmanın PN tipinde KB olan ergenlerde eşlik eden psikopatolojilerin, çocukluk çağı travmalarının, bağlanma güvenliğinin, aleksitiminin, benlik imajının, benlik saygısının ve bu değişkenlerin birbirleri ile ilişkisinin karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesine olanak sağlayarak yazına katkıda bulunacağı düşünülmektedir. KB olan ergenlerde bu hastalığın gelişiminde rolü olabileceği düşünülen etkenlerin iyi anlaşılması, hastaların tedavilerinin daha etkin şekilde sürdürülmesini sağlayacaktır.



## 2 . GENEL BİLGİLER

### 2.1 Tarihçe

KB'nin klinik olarak tanımlanması M.Ö. 1900 yıllarına kadar uzanmaktadır. Konversiyon terimi yakın zamana kadar histeri olarak adlandırılmaktaydı. Histeri sözcüğü Latince uterus anlamına gelen 'hystera'dan köken almış ve yazında çok farklı anlamlarda kullanılmıştır. O yıllarda Mısırlı hekimler KB'deki çoğul belirtileri uterusun bedende dolaşmasına bağlamışlardır.

Hipokrat (M.Ö. 480-375) bu hastalığın kadınlara özgü bir hastalık olduğunu düşünmüş ve birçok hastasında kutsal hastalığın 'epilepsi' değil 'histeri' olduğunu, fakat konvulsif histeriyi epilepsiden ayırmanın güç olduğunu saptamıştır. Ortaçağda konversiyon belirtileri daha çok doğa üstü ve dini yorumlarla açıklanmakta, bu tablonun şeytana veya kötü ruhlara bağlı olarak geliştiğine inanılmaktaydı (Ford ve Folks 1985). 17. yüzyılda histerinin uterusla ilişkili bir bozukluk olmadığı düşünülmeye başlamıştır. Willis (1621-1675), histerinin beyinden kaynaklanan bir bozukluk olduğunu öne sürmüştür. Sydenham (1624-1689) ise histerinin emosyonel kökenini tanımış, psikolojik bir hastalık olarak modern histeri kavramını geliştirmiş ve histeriyi kadınlarda görülen, ruhsal ve fiziksel belirtilerle giden bir hastalık olarak tanımlamıştır (Mackay ve Pirrell 1995).

İlk defa Briquet histeriyi bir sendrom olarak tanımlamış ve hastalığın çoğul belirtileri ve kronik gidişi üzerinde durmuştur. Briquet hastalığının yapısal yatkınlık zemininde beyin aşırı strese maruz kalması nedeniyle oluştuğunu savunmuş ve bugünkü konversiyon kavramının kökenini oluşturmuştur. Jean-Martin Charcot (1825-1893) ve arkadaşları histeriyeye yatkın kişilerde histeri belirtilerini üreten güçlü emosyonların olduğunu savunmuştur. Jean-Martin Charcot'un bu inancı kolay etkilenen kişilerde, histeriyeye benzer belirtiler ortaya çıkarabildiği gözlemine dayanmaktaydı. Charcot, telkinle belirtilerin oluşabileceğini göstermiş, ancak histeriyi herediter dejeneratif bir hastalık olarak görmüştür. Charcot 'histerik nöbet' veya 'histero epilepsi' terimlerini kullanmış, histeriyi konvulsif olan ve konvulsif olmayan şeklinde iki tipe ayırmıştır (Sağduyu ve ark. 1997). Charcot'un öğrencisi

Pierre Janet ise hastalığın psikolojik sentez işlevinde bir zayıflama ile bilinçaltında oluşan daralma sonucunda kişilikte bir çözülme (disosiasyon) ile oluştuğunu ve böylece kişiyi rahatsız eden duyguların disosiasyon aracılığıyla bilinçten izole edildiğini bildirmiştir (Işık 1996).

Breuer histerili kadın bir hastanın hipnotik trans halindeyken eski travmatik yaşantılarına ilişkin anılarını canlandırmış ve bu anıların histerik belirtilerle doğrudan veya nedensel olarak bağlantılı olduğunu savunmuştur. Bu anıların ve taşıdıkları duyguların ifade edilmesinin belirtilerin kaybolmasına neden olduğunu belirtmiştir (Avcı ve Aslan 1995). Sigmund Freud ilk kez konversiyon terimini bastırılmış düşüncelerin yerini alan bedensel belirtiler için kullanmıştır. Bu görüşe göre bilinç dışı bir güdülenme ile kişi, çatışmasının yarattığı kaygıdan kurtulmak için intrapsişik çatışmayı fiziksel bir belirtiye dönüştürür (Freud 1955).

19. yüzyılda Avrupa’da oldukça sık görülen ve dramatik belirtilerle ortaya çıkan ‘büyük histeri’ nöbetleri bugün Avrupa’da ve Amerika’da seyrek görülmektedir. Toplumumuzda daha sık karşılaşıldığı bir gerçektir. Kaldı ki, halk arasında dua, muska, bir yatırı ziyaretle geçti diye bilinen rahatsızlıkların çoğu histeridir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

Çocukluk dönemi somatoform bozuklukların tanısız sınıflandırılması erişkin somatoform bozuklukların tanısız sınıflandırılması ile aynı uzantıda değerlendirilmektedir. Başka bir deyişle çocuklarda somatoform bozukluk tanısı erişkin tanı ölçütleri ile konulmaktadır. Somatizasyon çeşitli sınıflandırma sistemlerinde farklı şekillerde sınıflandırılabilir. Somatoform bozukluklar tanı grubu DSM ve ICD gibi psikiyatrik bozukluk sınıflandırmalarında yer almaktadır ancak bu hastalıkların tanımları ve sınıflandırılmalarına ilişkin sorunlar devam etmektedir.

## **2.2 Epidemiyoloji**

KB erken çocukluktan doksanlı yaşlara kadar her yaşta bildirilmesine karşın en sık 15-35 yaş arasında görülmektedir. Tüm yaş grupları göz önüne alındığında

KB'nin görülme sıklığı, genellikle az gelişmiş ülkelerde %1-3, gelişmekte olan ülkelerde %10 oranında olmaktadır (Hollifield 2007, Jans ve ark. 2008, Sadock ve Sadock 2007). Erişkinlerle yapılan araştırmalarda KB'nin genel toplumda görülme sıklığı 11-300/100.000 arasında değişmektedir (Shahid ve ark. 2011). PN'nin toplumda görülme sıklığının 2-33/100.000 arasında olduğu bildirilmiştir (Fiszman ve ark. 2004). Klinik örneklerde ise yaygınlığı %0.5-0.9 arasında değişmektedir (Ghosh ve ark. 2007).

Batı ülkelerinde çocuk ve ergenlerde KB'ye nadiren rastlanmaktadır ancak Hindistan, Umman ve ülkemizde KB'nin %3-4 sıklığında görüldüğü, PN tipinde KB'nin diğer belirtilere oranla en sık görülen KB tipi olduğu ve bu toplumlarda önemli bir sağlık sorunu yarattığı belirtilmektedir (Jans ve ark. 2008, Martinez-Toboas ve ark. 2010).

Ülkemizde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğinde KB oranı %2-3 (Kerimoğlu ve Yalın 1992), Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğinde %3.3 (Gülseren ve ark. 1993), Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğinde ise %2.3 (Aras ve ark. 2007) olarak bildirilmiştir. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğinde somatoform bozukluk tanısı kızlarda %8.7, erkeklerde %3.9 olarak saptanmıştır (Akdemir ve Çuhadaroğlu 2008).

KB'nin çocuk ve ergenlerde en sık görülen belirtisinin PN olduğu ve sıklığının %15-50 arasında değiştiği bildirilmektedir (Fritz ve Campo 2002). PN ergenlik döneminden önce her iki cinsiyette eşit oranlarda görülürken, ergenlik dönemi ve sonrasında kızlarda 2-19 kat daha sık görülmeye başlamaktadır (Bhatia ve Vaid 2000, Gupta ve ark. 2011, Jans ve ark. 2008). Çocuk ve ergenlerde KB başlangıç yaşının ortalama 10.3-15.1 arasında, tanı alma yaşının ise ortalama 12.0-12.6 arasında olduğu belirtilmektedir (Ercan 2003, Jans ve ark. 2008, Pehlivan Türk ve Ünal 2002).

## 2.3 Etyoloji

### 2.3.1 Psikanalitik Kuram

S. Freud, kendisine bilinç dışı kavramının kapısını açan ve psikanalizi geliştirmesine neden olan konversiyonu, bastırılan ve yer değiştiren bilinç dışı arzuların simgesel biçimde ifade edilmesi olarak ele almıştır (Gabbard 2005). Psikanalitik kurama göre, KB’de bir dürtü ile dürtünün dışa vurumuyla ilgili yasaklar arasında bir çatışma doğduğunda, bilinç dışı çatışmanın doğurduğu anksiyete fiziksel belirtilere dönüştürülür. Bu yolla belirtiler yasak dürtünün kısmen ifade edilmesini sağlarken, bir yandan da yasak dürtüyü yeterince gizlemiş olur. Bu belirtiler hastayı kabul edilebilir olmayan dürtüleriyle bilinç düzeyinde karşı karşıya gelmekten korur (Bowman ve Markand 1996). Bir yandan belirti aracılığıyla dürtü kısmen dışa vurulmuş, diğer yandan da bilinçli farkındalık alanından uzak tutulmuştur. Böylece bilinç dışındaki dürtünün yaratacağı anksiyetenin yaşanması engellenmiş olmaktadır. Bu şekilde belirtinin bireyi anksiyeteden korumasına ‘birincil kazanç’ denir. Hastalar içsel çatışmalarını, kendi farkındalıklarının dışında tutarak birincil kazançta ulaşırlar. Birincil kazanç az ya da çok hastaların büyük bir bölümünde (%86) açığa çıkarılmaktadır (Stone ve ark. 2006). Belirtinin yol açtığı yeti yitimi hastanın görev ve sorumluluklarından kurtulmasını sağlar, çevrenin hastaya olan ilgi ve desteği artar. Böylece belirtinin sürdürülmesinde ve yinelenmesinde etken olan ‘ikincil kazançlar’ elde edilmiş olur (Işık 1996). KB belirtisi psikodinamik açıklamaya göre bilinç dışı çatışmaya çözüm sağlayan bir belirtidir. Çatışma, süperego tarafından yasaklanan öfke ya da cinsellik gibi içgüdüsel dürtüler nedeniyle ortaya çıkar. Belirtinin, çatışmanın sembolü olduğu düşünülür. Konversiyon belirtileri, psikodinamik olarak kaybedilen nesne ile özdeşleşme olarak yorumlanabilir (Ford ve Folks 1985).

Kernberg, Freud’un KB’yi açıklarken oedipus karmaşası, kastrasyon anksiyetesi ve penis kıskançlığı üzerine odaklandığını, daha sonra Marmor’un KB’de oral sapmaların önemini belirterek hem oral dönem özellikleri hem de kadını özellikler olan bağımlılık ve edilgenliğin konversiyonun psikodinamiğindeki önemini vurguladığını belirtmiştir (Kernberg 1990).

Fenickel konversiyondaki biçim değiştirme düzeneklerinin sembolizm, plastik anlatım, yoğunlaştırma, yer değiştirme ya da ters temsil etme, olayların sırasının tersine çevrilmesi ya da olayları temsil eden ayrıntıların abartılması gibi işlevlere olanak sağladığını ifade etmiştir (Işık 1996).

### 2.3.2 Nörobiyolojik Hipotez

Yapılan çalışmalar KB belirtilerinin gelişiminde biyolojik ve nöropsikolojik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. “Histerik” belirtilerin varlığı ile birlikte zihin-beden ve beyin ilişkisi eskiden beri sorgulanmaktadır. Özellikle motor belirtiler gösteren KB hastalarında daha çok sol beden yarısında yakınmaların görülmesi olası sağ hemisfer tutulumunu akla getirmiştir (Stern ve Baldinger 1983).

Birkaç öncü çalışma dışında konversiyon belirtilerine eşlik eden özgül beyin bulguları tanımlanmamıştır. Marshall ve arkadaşları (1997), sol taraflı paralizisi olan ve herhangi bir yapısal ya da metabolik nöral lezyonu olmayan bir hastada fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRG) yardımıyla etkilenen tarafta istemli bir hareket ile sağ anterior singulat ve orbitofrontal korteks aktivitesinde artma gözlemişlerdir. Araştırmacılar ilgili anatomik bölgelerin aktivitesinin özgül beyin yollarında aşırı inhibisyona yol açarak KB’de ortaya çıkan motor belirtileri açıklayabileceği yorumunu yapmışlardır. Spence ve arkadaşları (2000), hareket bozuklukları gösteren histeri ve yapay bozukluğu olan hastalarda eşlik eden ayırt edici prefrontal korteks bulguları bildirmişlerdir.

Bazal ganglionlar, bilişsel ve duygusal işlevler, dil, dikkat, işleyen bellek ve motivasyonla ilişkilidir ve motor işlevlerin kontrolünde temel rol oynayan yapılardır. Bazal ganglionlar hem talamusla hem de motor korteksle yoğun bağlantı içerisindedirler. Diğer taraftan bazal ganglionlardaki pek çok çekirdek, hareketlerin kontrolü, düzenlenmesi ve devam edecek hareketlerin belirlenmesinde anahtar rol oynamaktadır. Tüm bu gerçekler, KB’de özellikle subkortikal yapılardan talamus ve bazal ganglionlar üzerine odaklanılmasına neden olmuştur. Kaji 2001).

Vuilleumier ve arkadaşları (2001), KB olan yedi hastada Technicium-99 ile gerçekleştirdikleri tek foton emisyon bilgisayarlı tomografi çalışmasında, belirtinin olduğu tarafın tersindeki talamus ve bazal ganglionlarda bölgesel beyin akımında azalma belirlemiş ve konversiyon belirtilerinin duysal ve motor işlevleri ve istemli motor davranışı kontrol eden striatotalamik döngülerin işlevsel bozukluğuna bağlı olabileceği sonucuna varmışlardır. Von Giesen ve arkadaşları (1994), bedenin bir tarafını motor anlamda ihmal etmenin, bir harekete hazırlık yapma ve sürdürme niyetini düzenleyen striatotalamik yollarda bir bozulmanın yansıması olduğunu bildirmişlerdir. Striatotalamik premotor düzenekler, bir hareketi başlatma ve bunun için çaba sarfetme iradesine katkıda bulunmaktadır; bu açıdan da KB ile çok yakından ilişkili gibi durmaktadır (Gandevia 1987). Bu döngülerdeki nörolojik bir işlev bozukluğu, parkinsonizm, kore, tik gibi bazal ganglionlarla talamik sistemin anormal kortikal kontrolüne işaret eden pek çok motor ve nöropsikiyatrik bozukluğa yol açabilir (Brown ve Pluck 2000, Rauch ve Savage 1997).

Daha önce tedavi almamış 12 KB olan ve 12 sağlıklı kontrol ile yapılan bir çalışmada kaudat çekirdek, talamus ve lentiform çekirdek hacimleri değerlendirilmiş, kafa içi hacim, total beyin, beyaz madde ve gri madde hacimlerinde hasta ve kontrol grupları arasında anlamlı bir farklılık belirlenmemiştir. Bununla birlikte, KB olan hastalarda bilateral kaudat ve lentiform çekirdeğin sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak daha küçük olduğu gözlenmiştir. KB hastalarında sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında talamus ve bazal ganglionlarda anlamlı nöroanatomik değişiklikler belirlenmiştir (Atmaca ve ark. 2006).

Bir olgu bildirisinde kronik KB'nin düzelmesinden yola çıkılarak bozukluğun nöral döngüsü tanımlanmaya çalışılmıştır. Dört yıldır histerik mutizmi olan hasta, konuşma çabası içerisindeyken fMRG incelemesinden geçirilmiş ve daha sonra mutizminin sürmesine neden olan motivasyonel faktörler için psikoterapi programı uygulanmıştır. Konuşma tamamen normale döndükten sonra fMRG'de inferior frontal girus, orta frontal ve süplementer alan ile temporal ve paryetal kortekslerde aktivite artışı belirlenmiş; inferior frontal girus aktivitesinde artış anterior singulat aktivitesiyle pozitif, amigdala aktivitesiyle ters ilişki içerisinde

bulunmuştur. Araştırmacılar bu sonuçtan yola çıkarak konuşma ağları ile anksiyeteyi düzenleyen ağlar arasındaki bozulmuş bağlantı paterninin mutizmden sorumlu olabileceği yorumunu yapmışlardır (Bryant ve Das 2012).

Bazı hastalarda nörolojik bir bozukluğa bağlı olarak PN'nin gelişmesine yatkınlık olabileceği ileri sürülmektedir. Araştırmacılar PN'si olan hastalarda nörolojik sorunların ve kafa travması öyküsünün sık olduğunu, nörofizyolojik ve bilişsel işlevleri araştıran testlerde yeti yitimi saptandığını ve bu hastaların daha çok sol ellerini kullandığını bildirmekte, biyolojik etkenlerin PN etyopatogenezinde önemli rolünün olduğunu düşünmektedir (Sackellares ve Sackellares 2002).

Labate ve arkadaşları (2012) PN'si olan 20 hasta ve 40 sağlıklı kontrolün karşılaştırmalı tüm beyin voksel temelli morfometrileri ile kortikal kalınlık analizleri sonucunda, sağ hemisferde motor ve premotor alanlarda ve iki taraflı serebellumda yaygın kortikal atrofi belirlemişlerdir. Araştırmacılar atrofiyle eşlik eden depresyon arasında anlamlı korelasyon bildirmişler ve böylece sağ hemisfer motor ve premotor alanlarının ve serebellumun depresyonla ve KB patogeneziyle ilişkili olabileceği yorumunu yapmışlardır. Voon ve arkadaşlarının (2011), KB olan 11 hasta ve hastalar ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 11 sağlıklı kontrol ile gerçekleştirdikleri bir fMRG çalışmasında, KB olan hastalarda sol suplementer motor alanda (motor hareketi başlattığı bilinen bölge) aktivite azalması; sağ amigdala, sol ön insula ve iki taraflı posteriyor singulatta aktivite artışı bildirilmiştir. Sonuçta, hareketi başlatmaya niyetlenmenin olumsuz etkilenmiş olmasının KB'deki işlev bozukluğundan sorumlu olabileceği ileri sürülmektedir.

KB olan hastaların nöropsikolojik değerlendirmelerinde ise edilgenlik ve bağımlılığın arttığı, sözlü iletişim, yakın bellek ve dikkatin bozulduğu görülmektedir (Cragar ve ark. 2005). PN'si olan erişkin hastaların Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri-2 (MMPI-2) değerlendirmeleri ile hastalık şiddeti arasındaki ilişki araştırılmış ve emosyonel problemleri olan hastaların belirtilerinin daha şiddetli olduğu belirtilmiştir (Cragar ve ark. 2005).

### 2.3.3 Genetik Özellikler

KB'nin ailesel olduğu ve KB olan çocuk ve ergenlerin ailelerinde sıklıkla çeşitli bedensel belirtiler olduğu çeşitli çalışmalarda ileri sürülmüştür (Robinson ve ark. 1990). Az sayıdaki ikiz çalışmasında genellikle eş hastalanım oranları düşük bulunmaktadır. 21 dizigotik ve 14 monozigotik ikiz ile yapılan bir çalışmada eş hastalanım oranı monozigotik ikizlerde %29 ve dizigotik ikizlerde %10 olarak bulunmuştur (Torgersen 1986).

Hastalığın ortaya çıkışı ve belirtilerin süregenliğinde ailesel etkenlerin önemli olduğu vurgulanmaktadır (Wilmshurst 2005). Ljunberg (1957), yaptığı bir çalışmada KB olan kişilerin yakın akrabalarında bozukluğun görülme sıklığını genel popülasyonla karşılaştırmış ve kadın akrabalarda 12-14 kat, erkeklerde 4-6 kat daha fazla KB belirlemiştir. Steinhausen ve arkadaşları (1989) altı yılda polikliniğe başvuran hastalar içinde KB tanısı alan 26 çocuk ve ergenin anne babalarının sağlık durumlarını değerlendirmiş ve psikiyatrik bozukluğu olan ve sağlıklı çocuklar ile karşılaştırmıştır. Bu çalışmada KB grubundaki çocukların babalarında psikiyatrik ya da tıbbi hastalık oranı (%71) kontrol gruplarına göre anlamlı olarak yüksek bulunurken, annelerinde bu oran (%31) kontrol gruplarına göre yüksek olmasına karşın bu yükseklik istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Yapılan bir başka çalışmada histeri, A kan grubundan olanlarda kontrol grubuna göre daha yüksek oranlarda belirlenmiştir. Bundan yola çıkarak KB'nin ortaya çıkışında genetik faktörlerin rol oynayabileceği ortaya atılmıştır. Ayrıca bu kişilerin birinci derece akrabalarında antisosyal kişilik özellikleri ve alkolizm normal popülasyondan daha yüksek oranlarda bildirilmiştir (Bodde ve ark. 2009).

### 2.3.4 Öğrenme Kuramı

Klasik koşullanma paradigmaları, KB için olası bir açıklama öne sürmektedir. Buna göre ergenlikte bazı durumlarda baş etme aracı olarak kullanılan hastalığın belirtileri çocuklukta öğrenilmektedir (Torgersen 1986). Hastalıkla karşılaşan ergen hızlı bir şekilde hasta rolünün getirdiği yararları öğrenebilir ve düzelmeye isteksiz olabilir ya da belirtiler tekrarlayabilir. Hasta davranışı ve hasta



rolü kavramları bu belirtilere sahip bireylerin başkaları tarafından nasıl algılandığı ve değerlendirildiğini anlamamızı sağlar. Özellikle anne babanın hastalık ile ilgili endişeleri fazla ve ikincil kazançlar belirgin ise belirtiler sürebilir ya da tekrarlayabilir. Sağlıklı durumda iken çocukların çevreleri tarafından anlaşılmadıklarını hissetmeleri, yetersiz ilgi ya da yakın çevrelerindeki uygun olmayan davranışlar, çocuğu sağlıklı olmaktan çok hasta olmanın yararlarını öğrenmeye yönlendirebilir (Roelofs ve ark. 2005). Uygun tepki vermeyen anne babaların çocuklarının duygusal gelişiminde öğrenilmiş tepkilerin geliştiği ve olumsuz duyguların bastırıldığı görülmektedir. Bu duygusal yapılanma bedensel belirtiler ve konversif davranışlar şeklinde ortaya çıkabilir (Kozłowska 2007). Ayrıca aile üyelerinde hastalık modelinin olması somatoform bozuklukların gelişimi ile yüksek düzeyde birliktelik göstermektedir (Ercan ve ark. 2003).

Çocuk ve ergenlerde KB, anne babalarda kronik fiziksel hastalık ile de birliktelik göstermektedir. Organik olarak açıklanamayan ağrıları olan çocukların ailelerinde migren ya da peptik ülser gibi bozuklukların yaygın olarak görüldüğü bildirilmektedir (Hotopf ve ark. 2002).

### **2.3.5 Aile Sistem Kuramı**

İlk kez 1978 yılında Minuchin tarafından önerilen aile sistem kuramına göre belirli aile işlev biçimleri çocuklarda bedensel belirtileri başlatabilir. Bedensel belirtinin aile sistemi içinde ailenin işlevselliğini koruyan, devam ettiren, belki de çatışmayı önleyen özel bir işlevi vardır (Minuchin ve ark. 1978). Somatizasyonun bir iletişim şekli olduğu, bedensel belirtinin sembolik bir değerinin ve aile sistemi içerisinde dengeleyici işlevinin olduğu ileri sürülmektedir (Yalom ve Steiner 2008).

KB olan ergenlerin ailelerinde çeşitli psikiyatrik bozukluklar ve özellikle anksiyete bozukluğu ve depresyon sık görülmektedir. Bedensel yakınmaları olan ergenlerin anne babalarının normalden daha fazla koruyucu oldukları ve bu hastalarda ayrılık anksiyetesinin gözlemlendiği belirtilmektedir (Aamir 2009).

Çocukluk dönemindeki KB çalışmalarının bir bölümünde ailede ya da çocukta belirgin psikopatoloji bulunmamaktadır. Grattan-Smith ve arkadaşlarının çalışmasında KB olan çocukların sadece %21'inin ailesinde ağır sorun ve çatışma olduğu belirtilirken, üçte ikisinde ölüm ve fiziksel hastalıkla ilgili kaygıların olduğu gözlenmiştir (Grattan-Smith 1988).

### **2.3.6 Duyguların İfade Edilmesi ve İletişim**

Duygularını kolay ifade edemeyen kişilerde fiziksel belirtiler kişinin beden dili olabilmektedir. Bu belirtiler bir iletişim aracı ya da yardım çağrısıdır. Benzer şekilde aile içinde duyguların ifade edilmesi engellenen veya istenmeyen bir davranış ise, bu tutum, duygularını ifade edemeyen çocukların fiziksel belirti geliştirmesine neden olacaktır (Kozłowska ve ark. 2007).

## **2.4 Klinik**

PN sıklıkla ataklar şeklinde ortaya çıkar. PN öncesinde hasta anksiyete, solunum sıkıntısı, baş dönmesi, güçsüzlük, parestezi gibi yakınmalar gösterebilir. Hastalar sıklıkla yavaşça düşerler ve yaralanma meydana gelmez. Genellikle ritmik tonik klonik hareketler görülmez. Kol ve bacaklarda kasılmalar, titremeler, elleri ve dişleri sıkma görülür. Dili ısırma, idrar kaçırma, ağızdan köpük gelmesi, tortikoliz, opistotonus, pelvik atmalar, bilinç değişiklikleri nadir de olsa bulunabilir. Kimi zaman ajite davranışlar, çevresindekilere anlamsız gelen konuşmalar gözlenebilir. Ancak ağırlı uyaranlara yanıt verilir. Kornea, pupil, öğürme refleksi korunmuştur; patolojik refleks ve deride renk değişikliği yoktur. Nöbet sırasında EEG normaldir (Alper ve ark. 1995, Cragar ve ark. 2002, Lesser 1996). Belirtiler herhangi bir anatomik ya da fizyolojik mekanizma ile açıklanamaz.

Pediyatristler bu belirtileri açıklayacak herhangi bir organik hastalık bulamadıklarında, fiziksel hastalık olup da belirtilerin abartılı olduğunu düşündüklerinde ya da belirtiler fiziksel tedaviye yanıt vermediğinde hastaları çocuk ve ergen psikiyatristlerine yönlendirmektedirler (Goodyer ve Taylor 1985).

PN'si olan hastaların başvurusu sırasında belirtilere sıklıkla duygu durum bozuklukları ve/veya diğer psikiyatrik tanılarının eşlik ettiği gözlenmektedir. Bu nedenle hastaların kliniğe başvurularında bütüncül olarak değerlendirilmeleri gerekmektedir (Campo ve ark. 2002, Larsson ve Sund 2007).

## 2.5 Tanı

Hastalığın klinik görünümü ve etyolojisi üzerine olan bilimsel çalışmalar yüz yılı aşkın bir geçmişe sahiptir. Ancak KB'nin tanımlanması ve sınıflandırılması ile ilgili sorunlar halen aşılabılmış değildir. KB Amerikan Psikiyatri Birliğinin yayınladığı Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, First edition (DSM-I)'de 'konversiyon reaksiyonu' olarak isimlendirilmiş ve anksiyete yaratan durumların ardından organlarda veya bedenin bir bölümünde ortaya çıkan istem dışı işlevsel bozukluklar olarak tanımlanmıştır (Işık 1996). 1968 yılında yayınlanan DSM-II'de ise terminoloji 'histerik nevroz, konversiyon tipi' olarak belirtilmiş ve psikojenik işlev kaybı ya da bozukluğu olarak tanımlanmıştır. Sembolizm, güzel aldırılmazlık ve ikincil kazanç tanı koymada önemli ipuçları olarak kabul edilmiştir (Ford ve Folks 1985). DSM-III'ün yayınlanmasıyla tanım bir kez daha düzenlenmiş ve üç ana kategoriye ayrılmıştır. Bunlar; pseudonörolojik belirtilerle giden KB, psikojenik ağrı bozukluğu ve çoklu bedensel yakınmalarla giden somatizasyon bozukluğudur. KB, DSM-III'te fiziksel işlevlerde bilinen bir tıbbi bozukluk ya da fizyopatolojik mekanizmalarla açıklanamayan kayıp ya da değişiklik olarak tanımlanmıştır. Bu tabloyu ortaya çıkaran belirgin bir stres etkeninin olması ve tablonun istem dışı ortaya çıkması gerektiği de belirtilmiştir. DSM-III-R'de hastalık KB (ya da histerik nevroz, konversiyon tipi) olarak isimlendirilmiştir. Belirtilerin psikososyal bir stres kaynağı ile başlaması ya da alevlenmesi nedeniyle, psikolojik etkenlerin KB belirtileriyle etyolojik olarak ilişkili olduğu yargısına varılmıştır. Kişi belirtinin belirli bir amacının olduğunun bilincinde değildir. Belirti kültürel bir tepkime biçimi olarak görülemez ve uygun bir inceleme sonrasında bilinen fiziksel bir bozukluk ile açıklanamaz denilmiştir (Ford ve Folks 1985). 1994 yılında yayınlanan DSM-IV-TR'de KB somatoform bozukluklar grubu içinde bir alt başlık olarak tanımlanmıştır. KB'nin DSM-IV tanı ölçütleri Tablo 2-1'de ayrıntılı olarak gösterilmiştir.

**Tablo 2-1:** KB'nin DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri (DSM-IV-TR, American Psychiatric Association 2000)

1	İstemli motor ya da duyu işlevlerini etkileyen, nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumu düşündüren belirti veya yeti yitimi olması
2	Bu belirti ya da yeti yitimine psikolojik etkenlerin eşlik ettiği yargısına varılır, söz konusu belirti ya da diğer stres etkenlerinin olduğunun gözlenmesiyle böyle bir yargıya ulaşılır.
3	Yapay bozuklukta ya da simülasyonda olduğu gibi bu belirtiler amaçlı olarak ortaya çıkartılmamakta ya da bu tür belirtileri varmış gibi davranılmamaktadır.
4	Bu belirti veya yeti yitimi nörolojik ya da diğer bir genel tıbbi durumla ya da bir maddenin doğrudan etkisiyle ya da kültürel olarak uygun bulunan bir davranış ya da yaşantı olarak tam açıklanabiliyorsa KB tanısı konmaz.
5	Bu sorun, belirgin bir sıkıntı doğurmasıyla; toplumsal, mesleki alanlarda işlevsellikte bozulmaya neden olmasıyla ve tıbbi değerlendirmeyi gerektirmesiyle klinik açıdan önemli olmaktadır.
6	Belirtiler ağrı ya da cinsel işlev bozukluğuyla sınırlıysa, yalnızca somatizasyon bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkıyorsa ya da başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanabiliyorsa KB tanısı konmaz.

Belirti ya da yeti yitiminin tipini belirtiniz:

1. **Motor belirti ya da yeti yitimi gösteren:** Bu alt tip koordinasyon ya da denge bozukluğu, paralizi ya da lokalize güçsüzlük, yutma güçlüğü ya da boğazda yumru hissi, afoni ve üriner retansiyon gibi belirtileri kapsar.
2. **Duyu belirtileri veya yeti yitimi gösteren:** Bu alt tip dokunma ya da ağrı duyusu kaybı, çift görme, körlük, sağırılık ve varsanı gibi belirtileri kapsar.
3. **Katılmalar ya da konvülsiyonlar gösteren:** Bu alt tip istemli motor ya da duyu bileşenleri olan katılmalar ya da konvülsiyonları kapsar.
4. **Karışık görünüm sergileyen:** Birden fazla kategorinin belirtileri varsa bu alt tip kullanılır.

Mayıs 2013'te yayınlanan DSM-V'te ise KB; "somatik belirtiler ve ilişkili hastalıklar" başlığı altında toplanmış olup, nörolojik muayenenin hayati önemini vurgulamak için tanı ölçütleri modifiye edilmiş ve KB ile ilişkili psikolojik etkenlerin tanı aşamasında açığa çıkamayabileceği belirtilmiştir (APA 2013).

Disosiasyonun KB'nin temelinde yer aldığı ileri sürülmektedir. KB, Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) sınıflaması olan ICD-10'da disosiasyon ile pek çok ortak özelliği paylaşması ve bu iki durumda benzer ruhsal süreçlerin bulunması varsayımı göz önüne alınarak 'disosiatif' terimi altında hareket ve duyguların disosiatif bozukluğu, disosiatif motor bozukluk olarak isimlendirilmiştir (WHO 1992).

## 2.6 Ayırıcı Tanı

KB için tanı koydurucu özgül bir belirti, bulgu ya da laboratuvar testi yoktur. KB tanısı, olası tüm nörolojik ya da tıbbi durumları dışlayacak kapsamlı bir tıbbi incelemeden sonra konmalıdır. PN'nin epilepsiden ayırımında klasik olarak hastaların nöbetler sırasında yaralanma, dilini ısırma, bilinç kaybı gibi belirtilerinin olmaması ya da güzel aldırılmazlık (la belle indifference) içinde olmaları gibi ölçütler ileri sürülmüşse de bunların hiçbiri kesin tanı koydurucu değildir.

Bir çalışmada PN tanısı alan hastaların %10'u dört yıl sonraki değerlendirmede epilepsi tanısı almıştır (Widdess-Walsh 2010). Atlanması en olası epileptik nöbet türü; ani emosyonel değişiklikler, kişilik değişiklikleri, anlamsız hareketler yapma gibi ruhsal belirtileri de içeren frontal tip nöbetlerdir. Dirençli epileptik nöbetlerde psikiyatri konsültasyonu istenmelidir. Dirençli epilepsi olarak kabul edilip cerrahi girişim yapılan olgularda KB olabilmektedir. Epilepsi ve PN birlikteliği %5-20 arasındadır ve ayırıcı tanıda sorunlar doğurmaktadır. PN'si olan hastaların %10'una epilepsi eşlik etmektedir (Widdess-Walsh 2010). KB ve nörolojik hastalıkların birlikte görülme sıklığının yüksek oluşu, epilepsi-PN birlikteliğinde olduğu gibi hastalığı model alma ya da bozulmuş serebral işlevlerin KB'ye yatkınlık oluşturmasıyla açıklanmaktadır. Ancak nörolojik bir hastalığın varlığı KB tanısı konmasını engellemez. Belirti ya da kayıplar belirlenen bir nörolojik ya da tıbbi durumla tam olarak açıklanamıyorsa ek olarak KB tanısı

konabilir (Hovarka ve ark. 2007). Epilepsi ve PN'nin birlikteliği düşünüldüğünde iki tanıdan birini destekleyen kesin kanıt varsa, diğer tanı kesin kanıt olmadıkça konulmamalıdır.

Bazı yazarlar PN'yi atonik ve tonik-klonik olarak iki gruba ayırmışlar ve atonik tipte olan nöbetlerin daha fazla gözlemlendiğini belirtmişlerdir (Chen ve Izadyar 2010). Tablo 2-2'de PN ve epileptik nöbetin klinik olarak farklılıkları karşılaştırmalı olarak belirtilmiştir.

**Tablo 2-2:** Epileptik Nöbet ve PN Ayrımı

Epileptik Nöbet	PN
Genellikle nedensizdir ya da travma, madde yoksunluğu gibi tıbbi bir neden bulunabilir.	Psikososyal zorlanmaların varlığı dikkat çeker. Emosyonel ve çevresel faktörler epilepsiye göre daha sıktır.
1-2 dakika sürer (Avbersek ve Sisodiya 2010, Azar ve ark. 2008).	Saatlerce devam edebilir.
Aniden ve beklenmedik bir şekilde gelişir. Düşme ve çarpmaya bağlı yaralanmalar ortaya çıkabilir.	Genellikle başkalarının gözü önünde gerçekleşir ve yaralanma nadirdir. Çoğunlukla kademeli olarak başlar.
Miksiyon/defekasyon görülebilir (Baksis ve ark. 2009, Varlı 1999).	Genellikle görülmez.
Uyku da dahil olmak üzere günün herhangi bir saatinde görülebilir (Syed ve ark. 2008).	Genellikle bir stresten sonra gündüz saatlerinde ortaya çıkar.
Ani bilinç kaybı olur.	Hastaların bilinç düzeyinde belirgin bir azalma vardır ancak bilinç kaybı söz konusu değildir.
Hasta olup bitenin farkında değildir.	Hasta konuşulanları duyduğunu ancak cevap veremediğini belirtebilir.
Nöbet sırasında ağrılı uyaranlara yanıt yoktur (Sadock ve Sadock 2007).	Genellikle ağrılı uyaranlara yanıt vardır.

Kornea ve cilt refleksleri alınamaz (King ve ark. 1992).	Kornea ve cilt refleksleri normaldir.
Patolojik refleks görülebilir.	Patolojik refleks görülmez.
Nöbet ardından uyku ve konfüzyon olur.	Nöbet ağrılar ve sıkıntılı görünümle sonlanır ve genellikle sonrasında rahatlama vardır.
EEG genellikle bozuktur (Hovarka ve ark. 2007).	EEG genellikle normaldir.
Nöbetin başlangıcında epileptik ağlama görülebilir (Oliva ve ark. 2008).	İnilti, hırıltı, çığlık atma, zorlu soluma seslerinin yanında anlaşılır kelimeler şeklinde ses çıkarma da olabilir ve epilepsiye göre daha uzun sürer.
Klinik deşarjın başlama ve yayılma yerine göre her nöbet birbirinin aynıdır veya çok az farklılık gösterir (Azar ve ark. 2005).	Genellikle farklı tiplerde nöbetler gözlenir.
Epigastrik öznel duyular, davranışsal değişiklikler, unilateral duysal ve motor belirtiler olabilir.	Başlangıçta davranışsal değişiklikler olabilir (hiperventilasyon, sersemlik hissi, dispne, çarpıntı, baş ağrısı gibi).
Göz hareketleri gözlerde dalma, kayma, göz kapaklarında tek taraflı klonik hareketler şeklinde olur (Chung ve ark. 2006).	Gözler kapalıdır ve göz hareketi olmaz. Olduğunda göz kapaklarında hızlı titreşim şeklinde olur. Hasta, hekimin gözü açma girişimine direnç gösterir.
Üst ekstremitelerde klonik hareketler çoğunlukla olur.	Daha nadir gözlenir ancak olduğunda çoğunlukla düzensiz, asenkronize ve asimetric olur.
Alt ekstremitelerde nadiren klonik hareketler gözlenir.	Çok daha nadir gözlenir.

Detaylı öykü almak ve dikkatli bir fizik ve nörolojik muayene ayırıcı tanıda çok önemlidir. PN tanısında klinik gözleme ek olarak nöbet sırasında EEG kaydı yapılması ve iktal EEG değişikliğinin olmaması kesin tanı koyduracak bir yöntemdir.

Buna dayanarak son yıllarda ayırıcı tanıda uzun süreli video-EEG monitorizasyonu altın standart olarak kabul edilmektedir (Sadock ve Sadock 2007). Nöbet sırasında epileptik deşarj kaydının yapılmasının yanında video ile nöbet anının kaydedilmesi, epilepsi/PN ayırımında klinik gözlemlerin zenginleşmesine yol açmıştır. Bu kayıtlardan elde edilen bilgilerle video kaydı dışında iyi bir nöbet gözlemi ile deneyimli bir klinisyen bu ayrımı kolayca yapabilir. Karmaşık ve acayip davranışların sergilenebildiği frontal lob nöbetlerinde ayırıcı tanı yapmak zordur. Bazı frontal lob nöbetlerinde ve parsiyel nöbetlerde skalpten kaydedilen EEG'lerde değişiklik olmayabileceği akılda tutulmalıdır (Bodde ve ark. 2009). Epileptik hastaların ancak %20-40'ında ilk EEG'de epileptiform anormallikler görülebilir (Seneviratne ve ark. 2011).

Ayırıcı tanıda çok tartışılan laboratuvar bulgularından biri serum prolaktin düzeyi ölçümleridir. Epilepsisi ya da PN'si olan hastalar ile yapılan çalışmalarda postiktal serum prolaktin düzeyi epileptik hastalarda daha yüksek bulunmuş fakat bu bulgunun prolaktin düzeyindeki artış oranına göre yorumlanması gerektiği belirtilmiştir (Mülayim ve Yıldırım 2008).

PN'si olan hastalar sıklıkla tedaviye dirençli epilepsi tanısı aldığından yüksek doz antiepileptik kullanabilir ve istenmeyen yan etkilere maruz kalabilirler. Sıklıkla acil servis polikliniğine başvururlar, gereksiz tetkikler tekrarlanır. Dolayısı ile hastaların yaşam kalitesinde bozulmanın yanı sıra hastalık ekonomik olarak da yük haline gelir. Bazı hastalar status epileptikus tanısı alırlar ve bu hastalarda intravenöz antiepileptikler kullanılabilir (Mellers ve ark. 2004). Multipl skleroz, optik nevrit, periyodik paralizi, beyin tümörleri, myastenia gravis, Gullian-Barre hastalığı, polimiyozit, idiyomatik ya da ilaca bağlı distoniler, hipoglisemi ve ilaç intoksikasyonları da ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

PN ile epileptik nöbetin ayırıcı tanısı yapıldığında, organik nedenler dışlanmışsa PN kliniğine neden olabilecek diğer psikiyatrik hastalıklar da ayrıntılı değerlendirilmelidir. PN şeklinde klinik belirtisi olan bir hastanın belirtileri bilinçli olarak oluşturup oluşturmadığını değerlendirmek gerekir. Simulasyon, belirgin bir



çıkar sağlamak için hastalık belirtilerinin bilinçli olarak ortaya çıkarılmasıdır. Simulasyonun KB'den ayrımı detaylı bir klinik değerlendirme ile yapılabilir (Baslet ve ark. 2010). Yapay bozuklukta ise hastayı motive eden güdü bilinç dışı bir "hasta olma" arzusudur; ancak ikincil kazançlar da belirgin olarak saptanabilir. Yapay bozuklukta konversiyon belirtileri içerisinde en sık PN'nin saptandığı bildirilmiştir. KB belirtilerinin psikolojik çatışmalarla ilişkili olması yapay bozukluk tanısını dışlama nedenleri arasındadır (Sadock ve Sadock 2007).

## 2.7 Eşlik Eden Psikopatoloji

PN'si olan erişkin hastalar ile yapılan çalışmalar hastaların büyük çoğunluğunda en az bir psikiyatrik tanının PN'ye eşlik ettiğini, eşlik eden tanıların sıklıkla diğer somatoform bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve duygu durum bozuklukları olduğunu göstermektedir (Dworetzky ve ark. 2005, Larsson ve Sund 2007, Rask ve ark. 2009).

Herhangi bir duygu durum bozukluğunun PN tipindeki KB ile birliktelik oranı %45-85 arasında değişmektedir (Bohman ve ark. 2010, Haavisto ve ark. 2004). Duygu durum bozukluğunun KB'ye geç çocukluk ve ergenlik döneminde daha sık eşlik ettiği ve hastaların işlevselliğinde önemli bozulmalara neden olduğu gösterilmiştir. Ülkemizde KB tanısı alan 51 çocuk ve ergen ile yapılan bir araştırmada, olguların %15.7'sinde depresif bozukluk, %37.2'sinde anksiyete bozukluğu saptanmış ve depresif bozukluk görülme sıklığının yaşla birlikte arttığı bildirilmiştir (Pehlivan Türk ve Ünal 2000). Benzer bir çalışmada olgularda en sık major depresif bozukluğun eş tanı olarak saptandığı gözlenmiştir (Özen ve ark. 2000).

PN'si olan hastalarda PN dışında açıklanamayan bedensel belirti görülme oranı %37-80'dir (De Wet ve ark. 2003, Pakalnis ve Paolicchi 2003). KB'ye eşlik eden bedensel yakınmalar içinde en sık baş ağrısı, ekstremitte ağrıları ve yorgunluk yakınmalarının olduğu gözlenmektedir (Pehlivan Türk 1997). Saps ve arkadaşlarının (2009) KB olan 237 ergen ile yaptığı çalışmada KB'ye en sık ağrı belirtisinin eşlik ettiği, duygu durum bozukluğu olan hastalarda çoklu bedensel belirtilerin daha sık

gözlendiği gösterilmiştir. Ayrıca birden fazla farklı belirtinin olduğu KB'nin, somatizasyon bozukluğunun erken bir klinik görünümü olabileceğini belirten çalışmalar da bulunmaktadır (Murase ve ark. 2000).

Disosiyatif bozukluk ile KB birlikteliği, çocukluk çağında duygusal, fiziksel ya da cinsel istismara maruz kalma öyküsü olan hastalarda daha fazla saptanmaktadır (Koroğlu 2004, Lesser 1996, Slater ve ark. 1995). Disosiyatif bozukluk tanısı olan hastalarda KB belirtilerinin daha şiddetli seyrettiği gözlenmiştir (Guz ve ark. 2004). KB belirtilerinin duygulanımda labilite, dramatik davranışlar ve kendine özgü bir bilişsel stil ile karakterize olan histrionik kişiliğe özgü olduğu da varsayılmıştır (Bowman ve Markand 1996). Ancak günümüzde histrionik kişilik bozukluğu ile KB arasındaki ilişkinin zorunlu bir koşul olmadığı kabul edilmektedir. Öztürk ve Uluşahin KB'si olan hastaların çoğunun çekingen, duyarlı, çevresindekilere boyun eğici, ağır yaşam koşullarına 'uysal uyum' yapabilen, duygu ve düşüncelerini dışa vuramayan ve çocukluktan beri aile içinde özel ve sorumluluk yüklenmiş kişiler olduğuna işaret etmektedir (Öztürk ve Uluşahin 2008).

## **2.8 Tedavi Yaklaşımları**

PN'nin tanısı video-EEG'nin geliştirilmesi sonrasında kolaylaşmış olsa da tedavisi hakkındaki bilgilerimiz sınırlıdır. Hastaya, sorunun psikolojik sıkıntılarla bağlantısı olmasının, hastanın bunları 'uydurduğu' anlamına gelmediği özellikle anlatılmalı ve aile bilgilendirilmelidir. Tedavide hastanın bilgilendirilmesi, nöbetlerin anlamı ve işlevi konusunda eğitilmesi ve terapötik işbirliğinin kurulması önemlidir. Hastalığın altında yatan psikodinamikleri anlayabilmek için hastayı izlemek, öyküyü derinleştirmek ve aile üyelerinden bilgi almak gerekir. Tedavinin başlangıcında psikoeğitim, ikincil kazançların önlenmesi, ruhsal süreçlerle nöbetlerin ilişkisi hakkında hastanın bilinçlendirilmesi ve iyi bir tedavi işbirliğinin geliştirilebilmesi önceliklidir. Aileye psikoeğitim verilmesi ve ailenin tedavi sürecine dahil edilmesi sürece olumlu katkıda bulunacaktır (Kanner ve ark. 2001). Hastanın ve ailesinin nöbetlerin epileptik olmadığına ikna edilmesi ve hastanın psikiyatrik tedaviye yönlendirilmesi önemlidir. Böylece hastanın acil servise başvurusu, gereksiz

tedaviler alması ve tedavilerin olası olumsuz etkileri önlenmiş olur (Rosebush ve Mazurek 2011).

Özellikle disosiyatif özellikte nöbetleri olan hastalar için nöbetler sırasında kendilerine kesinlikle bir zarar gelmeyeceğini söylemek mümkün değildir. Bu hastaların nöbetlerini kontrol edene kadar bazı aktiviteleri (örneğin araba kullanmak) kısıtlamalarının önerilmesi konusunda görüş birliğine varılamamıştır (Hantke ve ark. 2007).

Tedavi sürecinde hastaların sosyal işlevlerindeki bozulmalar detaylı değerlendirilmelidir. Yapılan çalışmalarda PN belirtileri nedeniyle hastaların sosyal işlevlerinde önemli bozulmalar olduğu ve okul başarılarının düştüğü gösterilmiştir (Campo ve Fritz 2007, Eminson 2007, Baslet ve ark. 2010). Ayrıca KB dışında eşlik eden psikiyatrik hastalık olup olmadığı da detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir.

### **2.8.1 Psikoterapi**

Aile ilişkilerindeki sorunlu alanların belirlenmesi ve ele alınmasında psikodinamik bakış açısı önemlidir (Diseth ve Christine 2005). PN tanısı alan hastalar heterojen bir grup oluştururlar ve bu hastalar içerisinde ruhsal travma öyküsü olan hastalarda psikodinamik psikoterapi iyi bir tedavi seçeneği olmaktadır. Bu hastalarda bireyin deneyiminin öyküsünün oluşturulması ve anlamının çalışılması gerekmektedir. Psikanalitik açıdan PN travmatik yaşantının hastayı ele geçirmesine karşı bir savunma ve bu yaşantı ile ilgili çatışmaları çözümleme çabasıdır. Aynı zamanda öfkenin kontrolüne de hizmet eden bir savunmadır. Bu görüşe göre kişi başkasına zarar vermektense kendisine zarar verir. Dolayısı ile özellikle geçmişinde travma ya da çözümlenmemiş yas öyküsü saptanan hastalarda tedavinin bu ilkeler doğrultusunda şekillendirilmesi uygun olur. Psikoterapi çoğu hastada yararlı olmaktadır ancak hem tüm hastalarda yeterli sonuç alınamayabilecek olması, hem de hastaların psikoterapi almak ve devam ettirmek konusundaki zorlukları tedavinin güçlüklerinden başlıcalarıdır (Özmen 2009).

Bilişsel davranışçı terapi çerçevesinde uygulanabilen etkin teknikler arasında bilişsel baş etme becerilerinin geliştirilmesi, bilişsel davranışçı aile müdahaleleri ve gevşeme egzersizleri gibi yöntemler sayılabilir. Çocuk ve ergenlik dönemindeki KB'de ilk hedef belirtilerin var olup olmamasına bakılmaksızın kişinin günlük aktivitelerine dönmesinin sağlanmasıdır. Sağlıklı davranışın olumlu pekiştirilmesi ve hasta rolü davranışının söndürülmesi gibi davranışçı terapi bileşenlerinin kullanılması önerilmektedir (Hopp ve LaFrance 2012). PN'si olan 66 erişkin hasta ile yapılan bir izlem çalışmasında, hastaların psikofarmakolojik tedaviye oranla bilişsel davranışçı terapiden daha fazla yarar gördükleri gözlenmiştir (Goldstein ve ark. 2012). Tekrarlayan karın ağrısı olan çocuklarda farmakolojik tedaviye bilişsel davranışçı terapi eklendiğinde kontrol grubuna göre belirtilerde daha fazla düzelme olduğu bildirilmektedir (Robins ve ark. 2005).

### **2.8.2 Psikofarmakolojik Müdahaleler**

KB'nin tedavisinde genel kabul gören yaklaşım, psikofarmakolojik müdahalelerin özellikle psikiyatrik ek tanı söz konusu olduğunda ya da psikoterapötik müdahaleler ile yeterince başarı sağlanamadığında tercih edilmesidir (Fritz ve Campo 2002). KB'de başta major depresif bozukluk ve anksiyete bozuklukları olmak üzere eş hastalanım oranları yüksektir. Eşlik eden psikiyatrik hastalığın tedavisi ile bazen KB de ortadan kalkmaktadır (Lesser 2003).

Karbamazepin ve valproik asit gibi antiepileptikler ağır istismar ya da travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan hastalarda yararlı olabilir. Bazen de duygu durumun düzenlenmesi amacıyla bu ilaçlara devam etmek uygun olmaktadır. Bu durumlar dışında tanıda kuşku yok ise, öncelikli olarak antiepileptiklerin kademeli olarak kesilmesi önerilmektedir. Karbamazepini haftada 200 mg, valproik asiti 250-500 mg, fenitoini 100 mg, gabapentini 600 mg, lamotrijini 100 mg, tiagabini 4-8 mg, okskarbamazepini 300-600 mg, primidon ve fenobarbitali her üç haftada bir 30 mg azaltarak kesmek gerekir (Gumnit 1993). Antiepileptik tedaviye devam edilmesi planlanıyorsa, kafa karışıklığına neden olmamak amacıyla antiepileptiklerin kullanım amacı hastaya ve ailesine net olarak açıklanmalıdır.

KB tanısı olan çocukların sitalopram tedavisinden yarar gördükleri belirtilmektedir (Campo 2005). İzlem çalışmalarında ilaç tedavisinin etkisinin yakınmalar remisyona girdikten sonra da kalıcı olduğu bildirilmiştir (Escobar ve ark. 2007).

## 2.9 Gidiş ve Sonlanım

KB'nin geç çocukluk ve erken erişkinlik dönemine denk gelen 10-35 yaşları arasında başlaması siktir. KB olgularının 1/5'inde belirtiler 20 yaş ve altında başlamaktadır.

Tanısal sorunların yaşanmadığı KB'de izlem çalışmaları hastaların %75-100'ünün iyileştiğini ortaya koymaktadır. KB belirtileri tipik olarak kısa sürelidir. Hastaneye yatırılan olguların çoğunda belirtiler iki hafta içinde yatışmaktadır. Hastanede yatarken düzelme prognoz açısından önemlidir. KB olan ve dört buçuk yıl izlenen bir hasta grubunda hastanede yakınmaları düzelenlerin %96'sının daha sonra iyi olduğu, yakınmaları tamamen düzelmeden hastaneden çıkanların %30'unun daha sonra iyi olduğu görülmüştür. Tam düzelme olmadan hastaneden çıkan hastalarda hastalığın tekrarlaması sık görülmekte ve hastaların %20-25'inde belirtiler ilk bir yıl içinde yinelemektedir (Durrant ve ark. 2011).

Hastalık öncesinde sağlık durumunun iyi olması, akut başlangıç, başlangıçta açıkça belirlenebilen stres etkeninin olması, erken tedavi girişimi, eşlik eden başka psikiyatrik ya da tıbbi hastalığın olmaması ve zihinsel gelişimin normal olması olumlu sonlanım göstergeleri olarak belirlenmiştir (Barach 1997, Sadock ve Sadock 2007). Paralizi, afoni ve körlük belirtilerinin sonlanımı daha iyi, buna karşılık tremor ve nöbetlerin sonlanımı daha kötüdür. PN öyküsünün uzun süreli olması ve eşlik eden psikopatoloji varlığı kötü sonlanım belirleyicileri olarak göze çarpmaktadır. Bazı çalışma verileri, PN'nin sonlanımının genellikle kontrol grubu olarak seçilen epilepsi hastalarına göre daha kötü olabileceğini göstermektedir (Chandrason ve ark. 1994).

PN'si olan 167 erişkin hasta ile yapılan on yıllık bir izlem çalışmasında, hastaların %71.2'sinde belirtilerin devam ettiği belirtilmiştir (Reuber ve ark. 2003). 187 PN hastası ile yapılan bir yıllık izlem çalışmasında ise hastaların 29'unda belirtilerin devam ettiği, geri kalanında belirtilerin tamamen kaybolduğu belirtilmiştir (McKenzie ve ark. 2010).

Çocuk ve ergenlerde prognozun daha olumlu olduğu bildirilmektedir (Hall-Patch 2010). Bir çalışmada üç yıl sonra çocuk ve ergen hastaların %81'inin, erişkin hastaların %40'ının remisyonda olduğu bildirilmiştir (Wyllie ve ark. 1991). Çocuk ve ergenlik döneminde prognozun iyi olması erken tedavi girişimlerinin önemini vurgulamaktadır. Ergen hastalar ile yapılan bir izlem çalışmasında, hastaların %70'inin iyileşmiş olduğu gözlenmiştir (Durrant ve ark. 2011). Ülkemizde KB tanısı olan 40 çocuk ve ergenin ortalama dört yıl sonraki izlemlerinde hastaların %85'inde tam düzelme saptanmıştır (Pehlivan Türk ve Ünal 2002). Disosiyatif bozukluk tanısı olan 27 çocuk ve ergen ile yapılan 12 yıllık bir izlem çalışmasında ise hastaların %26.1'inde belirtilerin devam ettiği, belirtilerin şiddetli olmasının ve tedaviye düzenli devam etmemiş olmanın hastalık gidişini olumsuz etkilediği ve erişkinlikte de belirtilerin daha düşük şiddette devam ettiği gösterilmiştir (Jans ve ark. 2008).

PN tanısı olan hastalar heterojen bir grup oluşturduklarından tedavi ile ilgili sonuçlar çelişmektedir. Bazı çalışmalarda hastaların yaklaşık 1/3'ünde tanı hastanın kendisine söylendikten sonra nöbetlerin durduğu, bazılarında psikoterapi alanlarla almayanlar karşılaştırıldığında psikoterapi uygulananların daha iyi tedavi edildiği, bazı çalışmalarda tedavi edilmese de hastaların %34-53'ünün iyileştiği bildirilmektedir (Berkhoff ve ark. 1998, Kozłowska ve ark. 2013, Meierkord ve ark. 1991, Storzbach ve ark. 2000).

## **2.10 Çocukluk Çağı Travmaları**

### **2.10.1 Çocukluk Çağı Travmaları İle İlgili Genel Bilgiler**

Çocukluk çağı travmaları çocuğun gelişimini olumsuz etkileyen eylem ve eylemsizlikler bütünü olarak giderek artan olgu sayılarıyla tüm toplumu etkileyen bir

halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Bu eylem ya da eylemsizliklerin sonucu olarak çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi söz konusudur. Çocuk istismarı türleri içinde anlaşılması en zor olanı cinsel istismardır. Özellikle ensest, çocuktaki etkileri bakımından istismar türlerinin en ağırı olmasına karşı aile içinde gerçekleşmesi nedeniyle en gizli kalan olgudur (Taner ve Gökler 2004).

DSÖ'nün tanımına göre çocuk ihmali ve istismarı çocuk ile güç ve güven ilişkisi içinde bulunan kişiler tarafından çocuğa yönelik her türlü kötü uygulamanın; çocuğun sağlığına, yaşamını sürdürmesine, gelişimine ya da insanlık onuruna fiili veya olası zararlar vermesi durumu olarak belirtilmiştir (Runyan ve ark. 2002). Bu tanımda dikkati çektiği üzere çocuk ihmal ve istismarının nedeni değil sonuçları işaret edilirken, erişkinin niyeti değil eylemin çocuğa etkisi üzerinde durulmaktadır. İhmal ve istismarı birbirinden ayıran en temel nokta istismarın aktif, ihmalin ise pasif bir olay olmasıdır (Turhan ve ark. 2006). DSÖ'ye göre çocukluk çağı travmaları ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar olarak dört farklı şekilde görülebilmektedir (Runyan ve ark. 2002).

İhmal; başta anne ve baba olmak üzere çocuğu bakmakla yükümlü kişilerin ve diğer erişkinlerin, çocuğun beslenme, giyinme, barınma, eğitim, sağlık ve sevgi gibi temel gereksinimlerini karşılamamaları sonucunda, çocuğun bedensel, duygusal, ahlaksal ya da sosyal gelişiminin engellenmesi olarak tanımlanmaktadır (Turhan ve ark. 2006). İhmal kavramı içerisinde fiziksel ihmal, duygusal ihmal, eğitim ihmali ve tıbbi ihmal olmak üzere dört temel alt kategori bulunmaktadır (Cheng ve Myers 2005).

Fiziksel istismar; çocuk ve ergene, bakımından sorumlu kişiler tarafından sağlığına zarar verecek ve bedeninde iz bırakacak şekilde davranılması olarak tanımlanmıştır (Williams ve Wilkins 2002). Bakım veren kişi tarafından çocuğu bilerek ve isteyerek zarar verilmesi ve kaza dışında çocuğun hasar görmesi söz konusudur. Bu zarar verme sarsma, dayak atma ya da incinmeye yol açan herhangi bir şiddet biçiminde olabilir. Fiziksel istismar sık karşılaşılan ve belirlenmesi en

kolay olan istismar türüdür. Fiziksel istismar ele alınırken, çocuğu kontrol etmekte kullanılan yöntemlerin istismar olup olmadığı kültürel etkenler bağlamında değerlendirilmelidir (Bernet ve ark. 1997).

Duygusal istismar; çocuk ve ergenin psikolojik olarak kötüye kullanılması ve psikolojik açıdan zarar verici oldukları saptanan davranışlardır. Çocuğa bağırma, aşağılama, küfür etme, yalnız bırakma, korkutma, tehdit etme, duygusal gereksinimlerini karşılamama, yaşının üzerinde sorumluluk verme, kardeş ayrımı yapma, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme, alaylı konuşma, çocuk üzerinde aşırı baskı ve otorite kurma, lakap takma, bağımlı kılma ve aşırı koruma duygusal istismar türlerindedir. Duygusal istismarda diğer istismar türlerinden farklı olarak fiziksel bulgular yoktur; ancak diğer istismar türlerinin varlığında, dikkatli araştırılacak olursa duygusal istismarın sıklıkla onlara eşlik ettiği belirlenir (Polat 2001). Duygusal istismara maruz kalan çocuklarda aileden uzaklaşma, gergin olma, bağımlı kişilik, değersizlik duyguları, uyumsuzluk ve saldırgan davranışlara sık rastlanmaktadır (Kara ve ark. 2004).

Cinsel istismar ise henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir erişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması olarak tanımlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda farklı tanımlar kullanılsa da son yıllarda cinsel içerikli tüm davranışların istismar kavramı kapsamına alınması gerektiği görüşü ağır basmaktadır. Cinsel istismardan söz edilirken bir çocuk ile bir erişkin arasındaki cinsel aktivite üzerinde durulmakla birlikte, iki çocuk arasındaki cinsel aktiviteler çocuklar arasındaki yaş farkı dört ve üstü olduğunda, küçük çocuğun zorlama ya da ikna yolu ile cinsel haz amacı güden aktivitelere maruz bırakılması durumunda da cinsel istismar olarak ele alınmaktadır. Teşhircilik ve sözel saldırı gibi davranışların yaş sınırına dikkat etmeden istismar olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünenler bulunmaktadır (Fassler ve ark. 2005). Cinsel istismar çocuk ya da ergen ile kan bağı olan ya da ona bakmakla yükümlü birisi tarafından yapılmışsa bu durum ensest olarak adlandırılır. Ensest ile ilgili yapılan tanımlamalarda bazı araştırmacılar sadece çekirdek aile içindeki aile bireylerini bu kapsama alırken, diğerleri kan bağına



bakmaksızın çocuğa bakmakla yükümlü olan tüm kişileri bu kapsamda değerlendirmektedir. Son yıllarda enstest sadece cinsel ilişkiyi değil daha geniş anlamda cinsel içerikli davranışları da içermesi gerektiği görüşü ağırlık kazanmaktadır (Akduman ve ark. 2005). Cinsel istismarın şekli ve şiddeti, çocuğun cinsiyeti ve yaşı, istismarcının cinsiyeti ve yaşı, fiziksel istismarın eşlik edip etmemesi, istismar ataklarının sayısı, sıklığı ve süresi gibi değişkenlerin cinsel istismarın sonuçlarını etkilediği düşünülmektedir (Nurcombe 2000).

Zoroğlu ve arkadaşları (2001) ihmalin en sık bildirilen (%16.5) ruhsal travma olduğunu, bunu sıklık açısından duygusal (%15.9), fiziksel (%13.5) ve enstest dahil cinsel (%10.7) istismarın izlediğini bildirmişlerdir. Yapılan bir diğer çalışmada 7-14 yaş grubundaki çocukların %40'ının anne ve/veya babası tarafından fiziksel istismara uğradığı belirtilmiştir (Turhan ve ark. 2006). Ülkemizde istismar olgularının sıklığı ve dağılımı ile ilgili yeterli ve kesin veri bulunmamaktadır. Çocukluk çağında istismar ve ihmal yaşantılarının yaygınlığına ilişkin toplumsal tarama çalışmalarının da sayısı azdır (Yalın ve ark. 1995). Olayın belirlenmesinin zorluğu ve rapor edilmesindeki yetersizlikler bu sonuçların gerçeğin çok altında olduğunu düşündürmektedir.

Çocuğun ihmal ve istismar edilmesine neden olan etkenleri iç ve dış stres etkenleri olarak gruplamak olasıdır. Dış stres etkenleri olarak ekonomik, sosyal, çevresel ve kültürel özellikler ailede sıkıntı yaratarak çocuğun ihmal ve istismarına yol açabilir. Ekonomik yetersizlik aile için en önemli stres kaynaklarından biri olup yoksulluk, işsizlik ve borçlanma şeklinde kendini gösterebilir. Aynı zamanda iyi beslenememe, yetersiz ev koşulları ve sağlığın kaybı gibi sorunları da beraberinde getirebilir. İç stres etkenleri ise anne babanın kişilik yapısı, çocuğun özellikleri ve çevreye bağlı olarak çocuktan gereğinden fazla istekte bulunulması şeklinde gruplandırılabilir (Armağan 2007, Ünal 2008). Anne baba yoksunluğu ise ayrı bir iç stres etkeni olarak ele alınabilir. Ölüm, boşanma veya ayrı yaşama nedeniyle parçalanmış aileler, çocuk istismarında önemli bir risk grubunu oluşturmaktadır. Anne baba tarafından ihmal ve istismar edilme, anne baba arasındaki şiddete tanık olma, parçalanmış aileden gelme veya çeşitli aile sorunlarının çocukta yarattığı

duygular çocuğun yaşam biçimini ve ilişkilerini önemli ölçüde etkileyerek bunları taklit etmesine ve istismarcı bir kişilik kazanmasına neden olabilir (Bulut 1996, Kara ve ark. 2004).

### **2.10.2 Çocukluk Çağı Travmalarının Psikopatoloji İle İlişkisi**

Çocukluk çağındaki travma öyküsünün gelişimsel bozukluklar, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, alkol ya da madde bağımlılığı, depresyon, anksiyete, panik bozukluğu, suç işleme ve şiddet davranışı, kendine zarar verme ve özkıyım davranışı gibi birçok psikiyatrik hastalık ile ilişkili olduğu bilinmektedir ve çocukluk çağı travmaları psikiyatrik hastalık oluşumu için risk etkeni olarak kabul edilmektedir (Diaz ve ark. 2002, Gershooof 2002). İhmal ve istismar edilmiş çocuklara uygun müdahale edilmediği takdirde bu çocuklar düşük benlik saygısı olan ve olumlu ilişkiler kurmakta zorluk yaşayan bireyler olabilmektedirler.

İstismara uğramış çocuklar sosyal işlevsellik alanında yetersizlik ve yakın ilişki kurma güçlüğü yaşamakta; duygusal yoğunluğu az olan, öfke ve istismar davranışı içeren ilişkiler deneyimlemektedirler (Tıraşçı ve Gören 2007). Özellikle fiziksel istismar ve ihmale uğramış çocuklarda bilişsel yetilerde bozukluk ve akademik başarısızlığa sık rastlanmaktadır. Bu çocuklarda nedeni tam olarak anlaşılacak şekilde birlikte yüksek oranda nörolojik bozukluk bildirilmektedir (Kaplan ve ark. 1999, Taner ve Gökler 2004). İstismara uğramış kişilerde özkıyım düşünceleri ve girişimleri daha yüksek oranda görülmektedir (Tackett 2002). Madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları, tehlikeli cinsel deneyimler yaşama gibi sorunların yanı sıra kaygı bozuklukları, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik hastalıklar da sık görülmektedir. Ağır istismara uğrayan kişilerde TSSB gelişmektedir (Tackett 2002, Taner ve Gökler 2004).

Cinsel istismara uğramış çocuklarda anksiyete bozuklukları kısa sürede ortaya çıkabilmekte, uyku bozuklukları, kabuslar, fobiler, bedensel yakınmalar ve korku tepkileri gözlenmektedir. Çocuğun cinsel istismarında, istismarla birlikte travmatik cinsellik, ihanete uğramışlık hissi, güçsüzlük ve damgalanma gibi travmatik dinamikler yer alır. Bu dinamikler travmatik olayın etkilerini

ağırlaştırmakta ve çocuğun dünyaya bilişsel ve duygusal yönelimine zarar vermektedir (Davis ve Petretic-Jackson 2000, Keskin ve Çam 2005). Travma sonrasında çocuğun benlik algısında değişme, duygulanım sürecinde bozulma yaşanmakta; kişiler arası ilişki kurma ve sosyal ilişkileri sürdürebilme becerisi olumsuz etkilenmektedir (Akduman ve ark. 2005, Tıraşçı ve Gören 2007).

### **2.10.3 Çocukluk Çağı Travmalarının KB ve PN İle İlişkisi**

Çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar ileriki yıllarda somatizasyon gelişimine katkıda bulunabilir. Bedensel belirtilerin travmatik deneyimlerin dışa vurumu olabileceği ilk olarak Freud tarafından ortaya atılmıştır (Freud 1955).

Özellikle erken çocuklukta travma öyküsü olan bireylerde simgeleştirme yetisi bozulur ve çocukluk döneminde deneyimlenen travmalar simgeleştirilemez. Kişi hangi yaşta olursa olsun travmatik yaşantılar ani, yoğun, acımasız şekilde ortaya çıkar, olan biteni kavramak ve simgeleştirmek bu süreçte çoğunlukla mümkün olmaz (Butchart ve ark. 2006, Saporta 2003). J. Saporta (2003) travmatik yaşantıların tekrar anımsanabileceğini, bu durumun bastırmanın ortadan kalkmasından çok yaşantıların simgesel düzeyde kodlanması ve düzenlenmesinde bir kapasite artışı ile ilişkili olduğunu vurgulamaktadır. Travmatik yaşantıların anımsanmasını unutulmuş bir şeyi hatırlamak olarak değil, bir şeyin ilk kez sözcüklere dökülebilmesi olarak tanımlamaktadır.

Çocukluğunda travmaya maruz kalmış olanların ya da hastalığı süresince anne baba bakımı alamayanların benlik saygısı zedelenebilir ve kendiliğın içsel çalışan modeli ‘bakımı hak etmeyen’ şeklinde kodlanabilir. Örneğın çocuğın bakım arayıcı ya da bağlanma davranışlarının anne baba tarafından fark edilmemesi, çocukta sadece fiziksel yakınma sonucunda bakım alabileceğı ile ilişkili içsel çalışan modeller gelişmesine neden olabilir. Bu tür bir çevrede büyüyen çocuklar duygusal zorluklarını bedensel belirtiler şeklinde dışa vurarak iletmeyi öğrenirler (Walker ve ark. 1992).

KB olan erişkin hastalarda, özellikle de PN'si olanlarda çocukluk çağı travma öyküsünün sık görüldüğü bildirilmektedir (Fizman ve ark. 2004). KB ile ilgili çalışmalarda çoğunlukla PN, disosiatif belirtiler ve çocukluk çağı travmalarına odaklanılmış, özellikle cinsel istismar öyküsü olanlarda disosiatif belirtilerin sık olduğu belirtilmiştir (Gast ve ark. 2001). Cinsel istismar öyküsü olan ve olmayan kişiler karşılaştırıldığında, cinsel istismara uğramış olanların disosiasyon geliştirmeye daha fazla yatkın oldukları gösterilmiştir (Kisiel ve Lyons 2001).

Alper ve arkadaşlarının çalışmasında, KB olan 85 erişkin hastanın çocukluk döneminde %24'ünde cinsel, %15.5'inde fiziksel istismar öyküsü olduğu saptanmıştır (Alper ve ark. 1993). PN tipinde KB olan 27 erişkin ile yapılan bir çalışmada hastaların %77'sinin çocukluk çağında travmaya uğradığı, %70'inin fiziksel istismara uğradığı saptanmıştır (Bowman 1993). Diğer bir çalışmada KB olan erişkin hastaların yalnızca %15'inde herhangi bir çocukluk çağı travma öyküsünün olmadığı, geri kalanında fiziksel, cinsel ya da her iki istismar öyküsünün birlikte bulunduğu, KB olan hastalarda, duygu durum bozukluğu olan hastalara göre çocukluk çağı travma öyküsünün daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (Roelofs ve ark. 2002). KB'ye benzer şekilde somatizasyon bozukluğuunda da cinsel istismar oranları yüksek saptanmaktadır (Nijenhuis ve ark. 2001, Mazza ve ark. 2009). Bir çalışmada cinsel istismar öyküsü olanların daha fazla bedensel belirti ve kronik pelvik ağrı bildirdikleri ortaya konmuştur (Proença ve ark. 2011).

şar ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada, çocukluk çağında cinsel, fiziksel ya da duygusal istismara uğramanın erken erişkinlikte sınır kişilik bozukluğu ile, çocuklukta ihmale uğramanın ise ileri yaşlarda disosiatif bozukluk ile ilişkili olduğu gösterilmiştir (şar ve ark. 2006). PN'si olan erişkin hastalar ile yapılan bir çalışmada ise çocukluk çağında travmaya uğramış olanların %89'unda en az bir psikiyatrik tanının daha PN'ye eşlik ettiği gösterilmiştir (Hingray ve ark. 2011). Son yıllarda yapılan çalışmalarda yalnızca cinsel istismarın KB için yordayıcı olmadığı, fiziksel istismarın KB ile daha fazla ilişkili olabileceği, travma çeşitleri arasında fiziksel istismarın KB için en iyi yordayıcı olduğu vurgulanmaktadır (Hingray ve ark. 2011).

## 2.11 Aleksitimi

### 2.11.1 Aleksitimi İle İlgili Genel Bilgiler

Aleksitimi kavramı ilk olarak 1972 yılında Sifneos tarafından duygusal sorunlara ilişkin bir belirti grubunu tanımlamak amacıyla kullanılmıştır. Sözcük olarak Yunanca'dan gelmiş olup, a: yok, lexis: söz, thymos: duygu anlamına gelen sözcüklerin birleşmesiyle oluşmuş bir kavramdır (Beach 1994, Dereboy 1991, Sifneos 1996, Taylor ve ark. 1991). Bu kavram Dereboy (1990) tarafından “duygular için söz yokluğu”, Şahin (1991) tarafından duygulara karşı sağır olma boyutu da eklenerek “duygusal ahrazlık” ve Dökmen (2000) tarafından “düşünce köleliği” olarak ifade edilmiştir. Buradan hareketle aleksitimi genel olarak duyguları anlamlandırma, adlandırma ve ifade etme gücü olarak tanımlanmaktadır.

Aleksitiminin kavramsal gelişimine baktığımızda, Ruesch (1948) psikosomatik hastaların duygularını bedensel ifadelerle dönüştürdüğünü belirtmektedir ve bu durumu “çocuksu kişilik” olarak adlandırmıştır. Freedman (1954), psikosomatik hastaları “duygu cahilleri” olarak nitelendirmiştir. Nemiah ve Taylor (1984) ve Sifneos (1988)'a göre aleksitimi bir hastalık olmaktan öte kişilikle ilgili bir terimdir. Aleksitimi bir hastalık biçiminde var ya da yok şeklinde nitelendirmekten çok, aleksitimik özelliklerin şiddetinden söz etmenin daha uygun olduğu belirtilmiştir (Parker ve ark. 1993).

Aleksitimik kişiler, çevrelerine ‘yalancı normallik’ olarak adlandırılan aşırı bir uyum gösterirler. İnsanlar arası ilişkilerinde empati kapasiteleri zayıftır, yaratıcılıktan yoksundurlar ve genellikle bedensel yakınmaları vardır. Aleksitimik kişilerin çatışmalardan kaçındıkları, kendi ruhsal gerçekleriyle çok az ilişkide oldukları, çok az rüya hatırladıkları, katı bir postür ve duygularını belli etmeyen bir yüz ifadesi sergiledikleri görülür (Parker ve ark. 1993). Pennebaker (1989)'a göre aleksitimik özellikler kendini yansıtmaya becerisi eksikliği ve duygusal ketlenme ile ilişkilidir. Aleksitiminin temelinde ise aşırı stres, sosyal destek azlığı ya da travmatik bir olay olabilir.

Aleksitimi üzerinde çok sayıda araştırma yapılmış olması ve aleksitiminin kalıtsal bir kişilik özelliği olarak görülmesinin yanı sıra, travma ve bağlanma bozukluklarına eşlik eden ikincil bir yapı oluşturduğu da düşünülmektedir. Bazı araştırmacılar ise aleksitiminin bütün insanlarda az ya da çok derecede görülen evrensel bir özellik olduğuna işaret etmişlerdir (Lipschitz ve ark. 1999, Mattila ve ark. 2007).

### **2.11.2 Aleksitimi İle KB İlişkisi**

Aleksitimik özelliklerin ortaya çıkmasında sosyokültürel etkenler önemli rol oynamaktadır. Bu görüşe göre bazı toplumlar duyguların sözel olarak ifade edilmesini desteklerken, bizim ülkemizde de olduğu gibi özellikle doğu toplumlarında duyguların sözel olarak ifade edilmesi bastırılarak beden yoluyla ifade edilmesine yönelinmektedir (Evren ve ark. 2008).

Yapılan çalışmalarda, kliniğe başvurmayan normal örnekleme ve tüm psikiyatrik tanılarda aleksitimi bulgularına rastlandığı gözlenmektedir. Bununla birlikte aleksitimik özellikler psikosomatik hastalıklar ve duygu durum bozuklukları gibi temel sorunun duygu düzenleme olduğu durumlarda önemli risk etkenlerinden biri olarak dikkati çekmektedir (Ebeling ve ark. 2001, Honkalampi ve ark. 2001, Taylor 1999).

Çalışmalar aleksitimi ile somatizasyon ve KB arasında etyolojik bir ilişkiden çok bir benzerlikten söz etmenin daha uygun olacağını ortaya koymaktadır (Çelikel ve Saatçioğlu 2000, Rosik ve Soria 2012). Ruesch, psikosomatik ve TSSB belirtileri olan hastalar üzerinde yaptığı gözlemlerden, psikosomatik hastaların gerginliklerini sözel ya da simgesel yol ile boşaltmadığı, gerginlik içinde kaldığı ve bu gerginliği boşaltma yolu olarak da bedensel kanalları kullandığı çıkarımını yapmıştır (Ruesch 1948). MacLean (1949) psikosomatik hastalarda duyguları gösterme ve söze dökmeye özel bir yetisizlik saptamıştır. Nemiah ve arkadaşları (1970) psikosomatik hastaların duyguları tanıma ve sözel yolla ifade etme güçlüğü olduğunu, bu bireylerin içsel uyarıcılardan çok dışsal uyarıcılara odaklandığını bildirmiştir.

Ebeling ve arkadaşlarının 11-15 yaş aralığında bedensel yakınmaları olan ergenler ile yaptıkları çalışmada, bu kişilerde aleksitimik özelliklerin yanı sıra ek psikiyatrik hastalıkların da bulunduğu dikkat çekmektedir (Ebeling ve ark. 2001). Somatoform ağrı bozukluğu olan 12-17 yaş arasındaki ergenler ile yapılan bir başka çalışmada, hastaların %59'unda aleksitimik özelliklerin olduğu, aleksitimik olanların akran ilişkilerinde daha çok sorun yaşadığı ve daha yüksek oranda aile içi şiddete uğradığı belirlenmiştir (Burba ve ark. 2006).

Ülkemizde somatoform bozukluklar ile aleksitimi arasındaki ilişkiyi araştıran kontrollü bir çalışmada; somatoform bozukluklarda aleksitiminin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, yaş ilerledikçe aleksitimik özelliklerin arttığı, aleksitiminin kadınlarda daha sık görüldüğü, anne baba eğitim düzeyi ile aleksitimi arasında anlamlı bir ilişki olduğu, aleksitimik özelliklerin sosyoekonomik düzey düştükçe ve kardeş sayısı arttıkça arttığı bulunmuştur (Yemez 1991). Sayar ve arkadaşları Türkiye'nin doğusunda 66 genç erişkin ile yaptıkları çalışmada bedensel belirtiler ile aleksitimik özellikler arasındaki ilişkiyi araştırmışlar ve aleksitimik olanların, aleksitimik olmayan yaşlılarına göre daha fazla bedensel belirti gösterdiğini belirtmişlerdir (Sayar ve ark. 2005).

## **2.12 Bağlanma**

### **2.12.1 Bağlanma İle İlgili Genel Bilgiler**

Bağlanma, çocuğun ilgi ve bakım gereksinimlerini karşılayan kişilere, genellikle anne ve babasına karşı geliştirdiği güçlü duygusal bağıdır (Bowlby, 1988). Bu bağ, çocuğun bağlanma figürünün yanında kalarak onun sağladığı korumadan yararlanmasını sağlar. Bağlanma ilişkilerinin kalitesi doğrultusunda çocuk, kendisi ve başkalarına ilişkin duygu, algı ve beklentilerini içeren 'içsel çalışan modeller' geliştirir. Bu modeller, tüm yaşamı boyunca çocuğun kişiler arası ilişkilerini yönlendirir. Hem Bowlby (1988) hem de Ainsworth (1989), anne ve baba ile kurulan bağlanma ilişkisinin sadece çocukluk dönemiyle sınırlı olmadığını, gerek ergenlikte gerekse erişkinlikte bireyi ve kurduğu ilişkileri etkileyen bir süreç olduğunu

vurgulamışlardır. Çocuk ile onu yetiştirenler arasında kurulan duygusal bağlar çocuğun sosyal, duygusal ve bilişsel gelişimini yaşam boyu etkilemektedir (Bowlby 1969, 1973).

Çocukluktaki ve erişkinlikteki bağlanma davranışları arasında bir köprü kurulabilmesi için bağlanma güvenliğinin ergenlikteki gelişiminin anlaşılması gereklidir (Sümer 2009, Waters ve Cummings 2000). Ergenliğin bağlanma açısından önemi, içsel çalışan modellerin bu dönemde gelişim sürecini tamamlayarak kişiler arası ilişkileri etkileyen genel birer rehber konumuna gelmesinden kaynaklanmaktadır (Allen ve Land 1999, Sabuncuoğlu ve Berkem 2006). Bireyin anne babasına olan bağımlılığının giderek azaldığı ergenlik döneminde arkadaşlar ve romantik ilişki içinde olunan kişiler bağlanma güvenliği açısından önem kazanmaktadır (Hazan ve Zeifman 1994). Buna karşın, anne ve babayla kurulan duygusal bağların ve gerektiğinde onlardan alınan desteğin kimlik gelişiminin sağlıklı bir şekilde gerçekleşmesi için önemini koruduğu bilinmektedir (Allen ve ark. 1994). Dolayısı ile, ergenlerde bağlanma güvenliğinin nasıl geliştiğini ve duygusal, sosyal ve zihinsel süreçleri nasıl etkilediğini anlayabilmek için ergenlik döneminde anne ve baba ile kurulan bağlanma ilişkisinin iyi anlaşılması gerekmektedir.

Bağımsızlığın sınındığı bu dönemde ergen, aile ile güvenli bağlara daha çok gereksinim duymaktadır. Anne baba ile güvenli ilişkiler kuramamış ergenler kendilerini daha az sevmeye değer gördükleri için diğer insanlarla ilişki kurmakta zorlanırlar. Bundan dolayı yaşamın ilk dönemindeki bağlanma stilleri ergenlik dönemindeki ilişkilerin niteliğini belirlemektedir (Sümer 2009). Ailesi ile güvenli bağlanma süreci yaşayan çocuklar başkalarıyla olumlu ilişkiler geliştirmekte ve ergenlik dönemi krizlerini güvenle atlatabilmektedirler (Brenan ve Morris 1997, Lesser 1996). Güvensiz bağlanması olan ergenlerde suç işleme, antisosyal davranış, düşük benlik saygısı, yakın ilişki kurma güçlüğü, ilişkilerde sorun yaşama, yalnızlık hissi ve utanç gibi duygular daha yoğun olarak yaşanmaktadır (Cooper ve ark. 1999).

Araştırmalar anne babaların çocuklarına yönelik tutumlarının çocuklarının geliştireceği bağlanma stili ile yüksek düzeyde ilişkili olduğunu göstermektedir.



Güvenli bağlanma stiline sahip çocukların anne babalarının, çocuklarının gereksinimlerine daha fazla duyarlılık gösterdiği ve doyum sağladığı; kaçınan bağlanma stiline sahip çocukların anne babalarının bedensel temastan hoşlanmadığı, azarlayıcı ve reddedici olduğu ve özellikle çocuklarının onlara gereksinim duyduğu anlarda geri çekilme eğilimleri gösterdiği; kaygılı/kararsız bağlanma stiline sahip çocukların anne babalarının çocuklarının gereksinimlerinden çok kendi gereksinimleriyle ilgilendiği, kendi kaygılarına odaklandığı ve bakım sağlama konusunda çoğunlukla tutarsız olduğu görülmüştür (Aydın 2005, Levy ve ark. 1998).

### **2.12.2 Bağlanmanın Psikopatolojiler ve KB İle İlişkisi**

Çocuğun zihinsel temsilleri ile ilişkili olan bağlanma örüntüleri onun duygu ve düşüncelerini düzenleme stratejilerini belirlemektedir. Güvensiz bağlanma biçimlerinin artmış anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilişkisi birçok kez gösterilmiştir (Bifulco ve ark. 2004, Marazzati ve ark. 2007). Panik bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, TSSB ve obsesif kompulsif bozukluk gibi anksiyete bozukluklarının güvensiz bağlanma ile ilişkisi bilinmektedir (Eng ve ark. 2001, Myhr ve ark. 2004, Mikulincer ve Shaver 2012).

Araştırmacılar çocuklukta özellikle dezorganize olmak üzere güvensiz bağlanma biçimlerinin ergenlikteki KB'nin öncülü olabileceğini öne sürmektedir. Bu araştırmacılara göre korkutucu davranış sergileyen anne babaların çocuklarında dezorganize bağlanma biçimlerine yatkınlık ve sonraki dönemlerde yüksek oranda KB gösterme eğilimi bulunmaktadır. Böylece travmatik çocukluk deneyimleri ile güvensiz bağlanma biçimleri ve KB arasında ilişki olduğu belirtilmektedir (Bosmans ve ark. 2010). Bireyin çocukluk yıllarında maruz kaldığı ihmal ya da istismar yaşantıları ilerideki yıllarda olumsuz psikososyal etkiye, güven duygusunun zedelenmesine ve bağlanma bozukluklarına neden olmaktadır (Akbaş 2001). 410 kişilik örneklem ile yapılan bir çalışmada, daha az şiddete uğrayan ve daha düşük düzeyde depersonalizasyon ve derealizasyon yaşantıları olan bireylerde güvenli bağlanmanın; daha fazla şiddete uğrayan bireylerde güvensiz bağlanmanın daha çok bulunduğu görülmüştür (Coe ve ark. 1995). Tüm bu araştırmalar çocuklukta

travmatik yaşantılar, bağlanma ve KB belirtileri arasında ilişki olabileceğini göstermektedir.

Ayrıca yazında özellikle kaçınan ve kaygılı bağlanma olmak üzere güvensiz bağlanmanın aleksitimi ile de ilişkili olduğu bildirilmektedir (Erden 2005, Spitzer ve ark. 2005, Wearden ve ark. 2005).

## **2.13 Benlik İmajı ve Benlik Saygısı**

### **2.13.1 Benlik İmajı ve Benlik Saygısı İle İlgili Genel Bilgiler**

Benlik imajı, kişinin, diğer kişilerden gelen geri bildirimler, pekiştirmeler ve atıflar ile birlikte, deneyimleri ve çevreyi yorumlamasıyla şekillenen, kendisi hakkındaki görüşüdür (Shavelson ve ark. 1976). Benlik imajı, tek bir yapı olarak, birçok çevresel bağlam içindeki etkilere karşı, kişinin yaptıkları ve tepkileri ile elde edilen ve sürdürülen, düzenlenmiş ve öğrenilmiş tepki biçimi olarak da düşünülebilir (Crain ve ark. 1994). Davranışsal yaklaşımla oluşturulan bir model, benliğin akademik, sosyal, aile, yeterlilik, fiziksel ve duygulanım boyutlarından oluştuğunu ve birbirleriyle etkileşim içerisinde olan bu boyutların genel bir benlik imajını barındırdığını ortaya koymaktadır (Bracken ve Howell 1991). Benlik saygısı ise kişinin kendisini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur.

Yazında benlik imajının ve benlik saygısının, kişilerin akademik ve performans yönleri ile birlikte ele alındığı görülmektedir. Benlik imajının motivasyon, kariyer arzusu, eğitim başarısı, fiziksel performans, ruhsal ve fiziksel sağlık, sosyal yeterlilik, kişiler arası ilişkilerdeki başarı ve kendilik algısıyla ilişkisi bulunmaktadır (Brunner ve ark. 2008, Marsh ve ark. 2005, Marsh ve Craven 2006). Bireyin benlik saygısı düzeyinin, psikolojik ve fizyolojik hastalıklara karşı direncini ve yakın ilişkiler kurabilme yeteneğini etkilediği bildirilmiştir (MacGinley 2007). Genel olarak benlik imajı olumlu olan kişiler daha popüler, işbirliğine daha yakın, ısrarcı, konuşkan ve baskın iken; benlik imajı olumsuz olan kişiler daha sessiz ve içe

dönüktür. Bunun yanında düşük benlik saygısı depresyon ile, yüksek benlik saygısı olumlu duygular ve mutlulukla ilişkilendirilmektedir (Baumeister ve ark. 2003).

Olumlu benlik imajına sahip olan bireyler karşılaştıkları olumsuz koşullarla daha sağlıklı bir şekilde baş edebilmektedir. Bununla birlikte olumsuz benlik imajına sahip olan kişilerin kendilerine yönelik net bir bakışının olmadığı ve kendilik değerlerini yükseltmede zorluk yaşadığı görülmektedir (Josephs ve ark. 2003). Bu bağlamda kişinin kendisine biçtiği değer, kendisini nasıl algıladığı ruhsal iyilik durumunda önemli bir rol oynamakta ve sosyal etkileşimini biçimlendirmektedir. Tersine, kişinin benlik imajı gelişiminde de kişiler arası ilişkilerin katkısı bulunmaktadır (Safran ve Segal 1990). Kişilerin iletişim tarzları ve kendi iletişim tarzlarını nasıl algıladıkları kişiler arası etkileşim sürecine, benlik imajına ve benlik saygısına yansımaktadır (Van Buren ve Nowicki 1997).

### **2.13.2 Benlik İmajı ve Benlik Saygısının Psikopatolojiler ve KB İle İlişkisi**

Ergenlik dönemindeki değişimlerle ilgili olarak sık araştırılan konulardan biri de benlik imajı gelişimi ve benlik imajının psikopatolojilerle ilişkisidir (Paterson ve ark. 1997). Offer ve arkadaşları (1990), değişik sosyal ve ekonomik gruplardan gelen ve ruhsal açıdan sağlıklı olan ergenlerin dünyayı algılama biçimini, psikolojik, sosyal, cinsel, aile ve baş etme alanlarını araştırdıkları çalışmalarında, ergenlerin büyük çoğunluğunun (%80) ergenlik dönemini fırtına ve stres dönemi olarak yaşamadığını ve erişkinliğe yumuşak bir geçiş yaptığını bildirmiştir. Ergenlik dönemini “kriz” şeklinde yaşayanların, kendilerini ideal benliklerine göre daha olumsuz algıladığı ve daha fazla huzursuzluk yaşadığı belirtilmektedir (Evans ve ark. 1994).

Evans ve arkadaşları (1994), 12-16 yaş arasında sağlıklı 60 ergen ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olan 59 ergeni benlik imajı açısından karşılaştırmışlar ve sağlıklı ergenlerin kendilerini okul yeterliliği, iş yeterliliği, yakın arkadaşlık kurma ve kendilerine verdikleri genel değer alanlarında araştırma grubuna göre anlamlı biçimde daha iyi bulduklarını saptamışlardır. Yazında depresyon ile benlik

algısı arasındaki ilişkiye işaret eden çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Burwell ve Shirk 2006, Galambos ve ark. 2006, King ve ark. 1993).

KB’de diğer psikopatolojiler ile karşılaştırıldığında benlik imajı ile ilgili fiziksel belirtiler daha yoğun, zararlı ve rahatsız edici düzeyde hissedilmektedir. Bu konuyu açıklamaya yönelik geliştirilen teorilerden biri toplumsal damgalama teorisidir. Bu teori toplumda duygusal stres etkenlerinin bedensel dışa vurumunun “psikiyatrik sorunlar nedeni ile hasta” damgası almaya göre daha kabul edilebilir olması görüşüne dayanmaktadır (Kirmayer ve Looper 2006). Yazında KB ve PN’si olan ergenlerde benlik imajı ile ilgili yeterli veri bulunmamakla birlikte, bu hastaların kendi beden işlevleri ve görünüşleri ile ilgili hoşnutsuzlukları söz konusudur. Bu duruma özellikle kendine güven eksikliği ve eşlik eden depresif belirtiler katkıda bulunmaktadır (Lin ve ark. 2008, Löwe ve ark. 2008).

## **2.14 Amaç**

### **2.14.1 Araştırmanın Amacı**

Yazında KB ile ilgili pek çok araştırma bulunmaktadır, ancak günümüze dek yapılan çalışmalar daha çok KB olan erişkin hastalara odaklanmıştır. Ülkemizde özellikle PN olmak üzere KB’nin ergenlik döneminde oldukça sık görülmesi, sosyal ve akademik alanlarda belirgin işlev kaybına yol açması, ancak ergenlerde KB ile ilişkili olabilecek psikososyal etkenlerin yeterince araştırılmamış olması bu çalışmayı PN tipinde KB olan ergen hastalar ile yapmayı planlama nedenlerimizin başında gelmektedir.

Çocukluk çağı travmalarının, özellikle de çocuklukta cinsel istismara uğramış olmanın KB’nin etyolojik nedenleri arasında olabileceği pek çok araştırma ile gösterilmiştir. Ancak güncel çalışmalarda cinsel istismar dışındaki travma türlerinin de KB ile ilişkili olabileceği üzerinde durulmaktadır. Bugüne dek olan araştırmaların KB olan erişkin hastalar ile yapılmış olması ve çocukluk çağındaki travma yaşantılarını geriye dönük olarak sorgulaması hatırlama ile ilgili sorunları gündeme getirmekte ve kısıtlılık yaratmaktadır. Bu çalışmada PN tipinde KB olan

ergenlerde çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların hem klinik görüşme hem de öz bildirim ölçeği ile detaylı olarak değerlendirilmesi ve çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile PN tipinde KB arasındaki ilişkinin saptanması amaçlanmıştır.

Çalışmalarda KB olan kişilerde çocukluk çağında deneyimlenen travmalar dışında bu hastalık ile ilişkili olabilecek diğer etkenler de araştırılmıştır. Çeşitli yazarlar çocuklukta özellikle dezorganize olmak üzere güvensiz bağlanma biçimlerinin daha sonraki yıllarda KB gelişimi ile ilişkili olabileceğini öne sürmüşlerdir. Ancak KB olan çocuk ve ergenlerde bağlanmayı değerlendiren araştırmalar ihmal edilmiştir. Çalışmamızda PN tipinde KB olan ergenlerin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılarak anne ve babaları ile olan bağlanma ilişkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. KB'nin duygu dışı vurumunda yetersizlik ile ilişkili olabileceği ve KB olan kişilerin aleksitimik özellikler gösterdiği bulunsada, bu alanda da ergenlik dönemindeki hastalar ile yapılan çalışmalar yetersizdir. Bu çalışmada PN tipinde KB olan ergenlerde aleksitimi değerlendirilerek güncel verilere katkıda bulunulacağı düşünülmektedir. Bu çalışmanın bir diğer amacı PN tipinde KB olan ergenlerde benlik imajı ve benlik saygısını değerlendirmektir. Ergenlik döneminde biyolojik, duygusal, sosyal ve psikolojik gelişim ve değişimlerle birlikte kişinin kendisine ilişkin görüşleri ve benlik imajı da yeniden şekillenmektedir. Ancak KB olan ergenlerin benlik algısını araştıran bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Sonuç olarak bu çalışmada PN tipinde KB olan ergenlerde çocukluk çağı travmaları, bağlanma güvenliği, aleksitimi ve benlik algısı gibi psikososyal değişkenlerin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırma yapılarak değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. KB olan ergenlerde bu hastalık ile ilişkili olabilecek etkenlerin anlaşılmasının, hastaların yeterince iyi değerlendirilmesine ve özellikle tedavide müdahale edilebilecek alanların belirlenmesine olumlu katkısının olacağı düşünülmektedir.

### **2.14.2 Araştırmanın Soruları**

1. PN tipinde KB olan ergenlerde çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve şiddeti nasıldır?

2. PN tipinde KB olan ergenlerde anne ve babaya bağlanma nasıldır?
3. PN tipinde KB olan ergenlerde aleksitimi sıklığı ve şiddeti nasıldır?
4. PN tipinde KB olan ergenlerde benlik imajı ve benlik saygısı nasıldır?
5. Sosyodemografik özelliklerin ve PN'ye ilişkin klinik özelliklerin çocukluk çağı travmaları, bağlanma güvenliği, aleksitimi, benlik imajı ve benlik saygısı ile ilişkisi nasıldır?
6. PN tipinde KB olan ergenlerde hastalığı yordayan etkenler nelerdir?

### 3 . YÖNTEM VE GEREÇLER

#### 3.1 Araştırmanın Örneklemi

Bu araştırmaya Temmuz 2012 ile Mart 2013 tarihleri arasında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına başvurarak PN tipinde KB tanısı alan, 12-18 yaş arasında ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 42 ergen (35 kız, 7 erkek) alınmıştır. Kontrol grubunu ise, araştırma ile ilgili duyuru yapılmasının ardından katılım ölçütlerini karşılayan ve araştırmaya katılmaya gönüllü olan 12-18 yaş aralığında, yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey açısından araştırma grubu ile eşleştirilmiş 38 ergen (30 kız, 8 erkek) oluşturmuştur.

Araştırma Hacettepe Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından 21.12.2012 tarihinde, LUT 12/34-06 karar numarası ile onaylanmıştır.

#### 3.2 Araştırmanın Deseni

Araştırma karşılaştırmalı ve kesitsel bir çalışma olarak planlanmıştır.

#### 3.3 Örneklemin Seçimi

##### 3.3.1 Psikojenik Nöbet Grubu

Araştırma grubuna aşağıdaki ölçütleri karşılayan hastalar alınmıştır:

- Çalışmanın amacı ve yapılacak işlemler açıklandıktan sonra ergenin ve anne babasının çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması,
- 12-18 yaş arasında olma,
- DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre başvuru sırasında PN tipinde KB tanısı almış olma,

Araştırma grubuna alınacak hastalar aşağıdaki ölçütlere göre dışlanmıştır:

- Herhangi bir nörolojik ve/veya kronik hastalığın bulunması,
- Epilepsi tanısının eşlik etmesi,
- Klinik olarak değerlendirilen zihinsel geriliğin bulunması,

- Yaygın gelişimsel bozukluk ya da psikotik bozukluk bulunması,
- Çalışmaya katılmayı kabul etmeme.

### 3.3.2 Kontrol Grubu

Kontrol grubu için çalışmaya alınma ölçütleri şunlardır:

- 12-18 yaş aralığında olma,
- Herhangi bir nörolojik, psikiyatrik ve/veya kronik hastalığın bulunmaması,
- Klinik olarak değerlendirilen zihinsel geriliğin bulunmaması,
- Çalışmanın amacı ve yapılacak işlemler açıklandıktan sonra ergenin ve anne babasının çalışmaya katılmayı kabul etmiş olması.

### 3.4 Araştırmada Kullanılan Gereçler

Araştırmaya katılan ergenlerin yaşı, cinsiyeti, eğitim süresi ile anne ve babalarının yaşı, mesleği, eğitim süresi ve aile yapısı gibi sosyodemografik ve PN'ye ilişkin klinik bilgilerin toplanması amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan sosyodemografik ve klinik bilgi formu kullanılmıştır. Ailenin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi Hollingshead-Redich ölçeği ile belirlenmiştir. Araştırma kapsamındaki ergenlerde psikiyatrik hastalıkları taramak amacıyla, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (K-SADS-PL) ile klinik görüşme yapılmıştır. Çocuk ve Gençler İçin Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği (CAPS-CA) aracılığıyla ergenler ile yarı yapılandırılmış görüşme yapıp TSSB belirtileri ayrıntılı olarak değerlendirilmiştir. Tüm ergenlere Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28), Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu (IPPA), Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ), Offer Benlik İmajı Ölçeği (OBİÖ) ve Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) uygulanmıştır.

#### 3.4.1 Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından geliştirilen bu form sosyodemografik bilgilere ek olarak özgeçmiş ve soygeçmiş bilgilerini ve ayrıntılı tıbbi öyküyü sorgulamaktadır. Tıbbi öyküde belirtinin oluş şekli, şiddeti, sıklığı, süresi, eşlik eden hastalıklar,



belirtinin başlamasına neden olan stres etkenleri, belirti nedeniyle okula gidilemeyen gün sayısı, ailede benzer belirti varlığı, kullanılan ilaç ve diğer tedavi yöntemleri ile ilgili sorular bulunmaktadır.

### **3.4.2 Hollingshead-Redlich Ölçeği**

Ailenin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyini belirlemek amacıyla Hollingshead-Redlich ölçeği kullanılmıştır. Ölçeğin Comprehensive Assessment of Symptoms and History (CASH, Andersen 1987)'den Türkçe'ye çevirisi Tiryaki (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçek anne ve babanın meslek ve eğitim durumlarını esas alarak, belirli bir süre için ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan genel bir ölçüm yapmaktadır. Ölçekte beş ayrı sosyoekonomik-sosyokültürel düzey tanımlanmıştır: “Varlıklı, eğitilmiş toplumsal katmanda aile” ‘1 = üst’, “üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne baba” ‘2 = üst orta’, “küçük iş adamı, memur ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne baba” ‘3 = orta’, “yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitilmiş anne baba” ‘4 = alt orta’, “yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilköğretim düzeyinde eğitilmiş anne baba” ‘5 = alt’ olarak kodlanır. Ailenin sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi belirlenirken anne ya da babadan en yüksek düzeyde olanın durumu esas alınmıştır.

### **3.4.3 Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI, Clinical Global Impressions Scale)**

Değerlendirmeyi yapanın klinik deneyimine dayanarak hastanın, aynı hastalığa sahip olan kişilerle karşılaştırıldığında ne kadar hasta olduğu derecelendirilmektedir. Hastalığın şiddetinin derecesi (1 = Normal, hasta değil; 7 = Çok ağır hasta) arasında puanlanmaktadır.

### **3.4.4 Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY, Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version, K-SADS-PL)**

Kaufman ve arkadaşları tarafından 1997’de geliştirilen K-SADS-PL, çocuk ve ergenlerde şimdi ve yaşam boyu olan psikopatolojileri saptamak amacıyla

kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur (Kaufman ve ark. 1997). Araştırma ve kontrol grubuna K-SADS-PL, DSM-IV (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) tanı ölçütleri göz önüne alınarak uygulanmıştır. Form üç bölümden oluşmaktadır. İlk bölümde çocuğun demografik özellikleri, genel sağlık durumu, varsa daha önceki psikiyatri başvurusu ve tedavisi, aile ve akran ilişkileri, okul bilgileri gibi genel bilgiler sorgulanır. İkinci bölüm özgül psikiyatrik belirtilerin sorgulandığı tarayıcı soruları ve değerlendirme ölçütlerini içermektedir. Tarama görüşmesinde çocuk ve ergenlerde görülen psikopatolojilerin temel belirtileri sorgulanmakta ve her bir belirti kendine özgü dereceleme yöntemiyle 0 ile 3 puan arasında değerlendirilmektedir. Her hangi bir belirtiden 3 puan alan kişiye o belirtinin ait olduğu psikopatolojiye ilişkin ek sorular sorulmaktadır. Belirtilerin varlığına ve şiddetine çocuk ya da ergenden ve anne babalarından aldığı bilgileri ve kendi görüşlerini birleştirilerek klinisyen karar vermektedir. K-SADS-PL ile duygu durum bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, dışa atım bozuklukları, yıkıcı davranım bozuklukları, alkol ve madde kötüye kullanımı, yeme bozuklukları ve tik bozuklukları değerlendirilmektedir. Üçüncü bölüm çocuğun değerlendirme yapıldığı zamandaki işlev düzeyini belirlemek amacıyla kullanılan genel değerlendirme ölçeğidir. Ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenirlik çalışması yapılmıştır (Gökler ve ark. 2004).

K-SADS-PL'ye somatoform bozukluklar dahil olmadığından araştırma ve kontrol grubunda PN dışındaki somatoform bozukluklar DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre taranmıştır.

### **3.4.5 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (Childhood Trauma Questionnaire-28, CTQ-28)**

1994 yılında Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilen, çocukluk ve ergenlik dönemindeki örselenme ve ihmal yaşantılarını taramaya yönelik olan bu ölçek, beşli Likert tipi bir öz bildirim ölçeğidir (Bernstein ve ark. 1994, Bakım ve ark. 2011). Daha sonra 1995'te 54 maddeye düşürülmüş ve sorular beş alt ölçeğe ayrılmıştır. Bernstein ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada ölçeğin Cronbach alpha katsayıları .79 - .94 arasında bulunmuş olup ölçeğin güvenirliği oldukça yüksektir

(Bernstein ve ark. 1994). Daha sonra bu ölçek geliştiricilerinden izin alınarak 1996 yılında Prof. Dr. Vedat şar tarafından 28 madde olarak Türkçeye uyarlanmıştır (şar 1996). Ölçeğin bu Türkçeye uyarlanmış şeklinde beş alt ölçek vardır. Bu alt ölçeklerde beş madde fiziksel istismarı, beş madde duygusal istismarı, beş madde cinsel istismarı, beş madde fiziksel ihmali ve beş madde duygusal ihmali ölçmektedir; ayrıca üç madde travmayı küçümsemeye yönelik sorulardan oluşmaktadır.

**Tablo 3-1:** CTQ-28'in Alt Ölçeklerindeki Sorular ve Kodlama

Alt Ölçek	İlgili Sorular ve Kodlama
Fiziksel istismar	1, 3, 5, 15, 28 (15. ve 18. sorular ters kodlanır)
Duygusal istismar	2, 7, 13, 17, 24
Cinsel istismar	19, 20, 22, 23, 26
Fiziksel ihmali	8, 9, 10, 14, 16
Duygusal ihmali	4, 6, 12, 18, 27 (hepsi ters kodlanır)
Travmayı küçümseme	11, 21, 25 (hepsi ters kodlanır)

Çocukluk ve ergenlikteki örselenme ve ihmali yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik bu ölçekte seçenekler (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) bazen, (4) sıklıkla ve (5) çok sık olarak verilmiştir. Elde edilecek yüksek puanlar çocukluk çağı travmalarının yaşantı sıklığına işaret eder. Türkiye'de şar (1998) tarafından geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmış olan ölçeğin güvenilirliği Cronbach alpha değerini ile test edilmiş ve .90 bulunmuştur. Alt ölçeklerin Cronbach alpha değerleri ise duygusal istismar için .90, duygusal ihmali için .85, fiziksel istismar için .90, fiziksel ihmali için .77 ve cinsel istismar için .73 olarak bulunmuştur (şar 1998).

### **3.4.6 Çocuk ve Gençler İçin Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği (TSSB-ÖÇE, Clinician-Administered PTSD Scale for Children and Adolescents, CAPS-CA)**

Bu ölçek Nader ve arkadaşları (1996) tarafından "Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği"nden (TSSB-Ö, CAPS) uyarlanmıştır ve 1998'de DSM-

IV'e göre (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994) yeniden gözden geçirilmiştir (Nader ve ark. 1998). Ölçekte toplam 36 soru bulunmaktadır. Bu soruların 17'si TSSB belirtilerini değerlendirirken, sekiz tanesi suçluluk, utanç, disosiasyon, bağlanma davranışında değişiklik ve travma ile ilişkili korkular gibi TSSB ile ilişkili olabilecek diğer belirtileri sorgulamaktadır. Bunların dışında ölçekte belirtilerin toplumsal ve mesleki işlevsellik üzerine olan etkisi, bir önceki değerlendirme ya da altı ay öncesine göre TSSB belirtilerinin durumu, değerlendirmenin tahmini geçerliliği ve TSSB şiddetinin bütünsel değerlendirilmesi ile ilgili sorular da yer almaktadır.

Her madde beşli likert tipi bir ölçekle değerlendirilir. Çocuklar için beşli sembolik yanıt anahtarları bulunmaktadır. Bu özellik, hastalığın belirti şiddetinin ve belirti sıklığının daha iyi derecelendirilebilmesini sağlar. Toplam ölçek puanı daha çok bozukluğun şiddeti ile ilgili bir fikir verip belirtilerin sıklık ve şiddet puanlarının toplanması ile elde edilir. Toplam puan 0 ile 136 arasında değişmektedir. Niceliksel değerlendirme dışında, CAPS-CA niteliksel bir değerlendirmeye de olanak sağlar ve şimdiki ve yaşam boyu TSSB tanısı koydurur. Her hangi bir TSSB belirtisinin sıklığının en az 1 puan, şiddetinin ise en az 2 puan olduğu durumda, yani o belirtiyeye ait sıklık ve şiddetin toplam puanının en az 3 olduğu durumda belirti "var" kabul edilir. En az bir tekrar yaşantılama belirtisi, üç kaçınma ya da küntleşme belirtisi ve iki tane de uyarılmışlık durumu belirtisinin varlığıyla TSSB tanısı konabilmektedir.

Ölçeğin ülkemizde geçerlik ve güvenilirlik çalışması Karakaya ve arkadaşları (2007) tarafından yapılmış ve iç tutarlılığı .83 bulunmuştur. Ölçek maddelerinin toplam puan ile korelasyonları .59 ile .92 arasında değişmiştir. Görüşmeciler arası güvenilirlik kappası değerleri ise .63 olarak hesaplanmış ve iki görüşmeci arasındaki uyum orta derecede bulunmuştur.

#### **3.4.7 Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu (EABE, Short Form of Inventory of Parent and Peer Attachment-IPPA)**

Ergenlik döneminde bağlanma ölçekleri arasında kullanılanlardan biri de IPPA'dır. Ölçeğin orijinali Armsden ve Greenberg (1987) tarafından geliştirilmiştir ve 28 maddeden oluşmaktadır. Kısa formu ise 1992 yılında Raja, McGee ve Stanton

tarafından geliştirilmiştir (Raja ve ark. 1992). 12 maddelik 7’li Likert tipindeki envanterin (1 = asla, 7 = daima) anne ve baba formu olmak üzere iki şekli bulunmaktadır. Ölçeğin soruları katılımcılar tarafından anne ve baba için ayrı ayrı yanıtlanmaktadır. Ölçeğin, her biri dörder madde ile değerlendirilen “güven” (“Annem/babam duygularıma saygı gösterir”), “iletişim” (“Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu anneme/babama anlatırım”) ve “yabancılaşma” (“Anneme/babama kızgınlık duyuyorum”) faktörlerinden oluşmaktadır. Anne ve baba için ayrı ayrı güven, iletişim ve ters kodlanan yabancılaşma alt ölçeklerinin toplanmasıyla “toplam bağlanma puanı” hesaplanabilmektedir. Toplamda ölçekten elde edilen puanın yüksekliği güvenli bağlanmaya işaret etmektedir.

IPPA’nın kısa formu Kumru (2002) tarafından Türk örnekleminde anne ve babaya bağlanmayı ölçmek için kullanılmıştır. IPPA’nın gerçek anlamda Türkçeye uyarlanması ve geçerlik güvenirlik çalışmasının yapılması Günaydın, Selçuk, Sümer ve Uysal (2005) tarafından gerçekleştirilmiştir. Uyarlama sonucunda anne formu için Cronbach alfa değeri .88, baba formu için Cronbach alfa değeri .90 saptanmıştır (Günaydın ve ark. 2005).

#### **3.4.8 Toronto Aleksitimi Ölçeği-20 (TAÖ-20, Toronto Alexithymia Scale)**

1970’li yılların başında yazına girmeye başlayan aleksitimi kavramını değerlendirmeye yönelik olarak 1985 yılında Kanada Toronto Üniversitesinde çalışan uzmanlar 26 maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği’ni geliştirmişlerdir (Taylor ve ark. 1988). Bu ölçeğin dört faktörü vardır. Bu faktörler kişinin duygularını ve bedensel duyularını ayırt edebilme ve tanıyabilmesiyle; kendi iç yaşantılarından çok dış olaylara yönelik düşünmesiyle; duygularını söze dökebilmesiyle ve hayal kurma yeteneğiyle ilişkilidir. Ölçek daha sonra Taylor ve arkadaşları (1988) tarafından 20 madde içerecek şekilde yeniden düzenlenmiştir. Ölçeğin bu şekli ilkinden farklı olarak üç faktörü içermektedir. Bu faktörler kişinin duygularını tanımadaki güçlüğü, kişinin duygularını ifade etmedeki güçlüğü ve kişideki dışa dönük düşünce yapısını içermektedir.

**Tablo 3-2:** TAÖ-20'nin Alt Ölçeklerindeki Sorular ve Kodlama

Alt Ölçek	İlgili Sorular ve Kodlama
Duyguları tanımada güçlük (TAÖ-1)	1, 3, 6,7, 9, 13, 14
Duyguları ifade etmede güçlük (TAÖ-2)	2, 4, 11, 12, 17 (4. soru ters kodlanır)
Dışa dönük düşünme (TAÖ-3)	5, 8, 10, 15, 16, 18, 19, 20 (5, 10, 18, 19. sorular ters kodlanır)

Likert tipindeki bu ölçekte her madde için "hiçbir zaman", "nadiren", "bazen", "sık sık" ve "her zaman" seçenekleri yer almakta ve 1-5 arasında puanlama yapılmaktadır. Toplamda 61 ve üzerindeki değerler aleksitimiye, 51-60 arasındaki değerler sınırda aleksitimiye göstermektedir. 50 ve altındaki değerler normal olarak kabul edilmektedir.

Ölçek günümüze gelene kadar birçok uyarlama çalışmasından geçmiştir. Ölçeğin dilimize ilk uyarlama çalışması Dereboy (1990) tarafından yapılmıştır. Toronto Aleksitimi Ölçeğinin 20 maddelik formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Beştepe (1997) tarafından yapılmış ve bu çalışmada Cronbach alpha güvenilirlik katsayısı .81 bulunmuştur. Sayar ve arkadaşları (2001) tarafından 20 maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışması sonucunda ise ölçeğin iç güvenilirlik katsayısı .76 olarak hesaplanmıştır.

### 3.4.9 Offer Benlik İmajı Ölçeği (OBİÖ, Offer Self Image Questionnaire)

Offer ve arkadaşları (1989) tarafından 1962 yılında lise öğrencilerinden oluşan geniş bir grupta normal ergenlik özelliklerini saptamak amacıyla geliştirilmiştir. İlk geliştirilen form 130 maddeden oluşmuş ve 11 alt alanda ergenin yaşantısını değerlendirmeyi amaçlamıştır. 1979 yılındaki çalışmada soru sayısı azaltılıp, yeniden düzenlenerek 12 alt ölçek araştırılmıştır. Offer ve arkadaşları 1988 yılında, bu ölçeğin ergenlere kültürler arası uygulanabilirliğini görmek ve değişik kültürlerde ortak geçerliği olan maddeleri saptamak amacıyla, aralarında Türkiye'nin de bulunduğu 10 ülkeden araştırmacılarla işbirliği yaparak, 130 maddeden 99'unun "evrensel ergenlik" özelliklerini ölçebildiği sonucuna varmıştır (Ordu 2005). 13-19 yaşları arasındaki kız ve erkek ergenlerin kendilerini algılamalarını ölçen bir ölçektir.

Bu çalışmada kullanılan güncel halinde ergenlerin psikolojisinde önemli yer tutan 11 alanda uyumlarını ölçmeyi amaçlamaktadır. 6'lı Likert tipindeki sorulara ergenler kendilerini tanımlama derecesine göre “çok iyi”den başlayarak “hiç”e kadar değişen altı seçenekten birini işaretleyerek yanıt verir.

Şahin (1993) tarafından Türkçeye uyarlanmış kısaltılmış formu ile yapılan çalışmada ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik düzeyinin tatmin edici olduğu bulunmuş, ölçeğin toplamı için Cronbach alfa değeri .92 olarak belirlenmiştir.

Ölçeğin alt boyutları aile ilişkileri, dürtü kontrolü, cinsel tutumlar, bireysel değerler, baş etme gücü, beden imgesi, duygusal düzey, çevre uyumu, mesleki amaçlar, sosyal ilişkiler ve ruh sağlığı başlıkları şeklindedir:

- Aile ilişkileri: Kişinin ailesine ilişkin duyguları ve yaşadığı evin duygusal atmosferi hakkında bilgi verir.
- Dürtü kontrolü: Bu gruptaki sorular bireyin iç ve dış çevredeki baskılara karşı direnmede, egosunun ne ölçüde güçlü olduğunu ortaya çıkarmayı amaçlamaktadır.
- Cinsel tutumlar: Bu alt ölçek kişinin cinsel konulardaki duygularını, tutumlarını ve davranışlarını ele almakta, karşı cinsle ilişkileri hakkında bilgi vermektedir.
- Bireysel değerler: Bu alt ölçekteki sorular, kişinin davranışlarında, kendisini mi yoksa başkalarını mı merkeze aldığı ile ilişkilidir.
- Baş etme gücü: Bu alt ölçekte, kişinin, çevreye ne kadar başarılı bir şekilde uyum sağladığı, kararlılığı ve özgüveni ele alınmaktadır.
- Beden imgesi: Kişinin kendi bedenine karşı olumlu ve olumsuz duyguları ele alınmaktadır.
- Duygusal düzey: Kişinin ruhsal yapısı içindeki duygusal uyumu ölçülmektedir.
- Çevre uyumu: Kişinin baş etme yeteneği hakkında ne hissettiği ile ilgilidir.

- Meslek ve eğitim hedefleri: Kişinin mesleğe hazırlığını, gelecekle ilgili planlarını ve genel olarak çalışma ve iş konusundaki tutumlarını ölçmektir.
- Sosyal ilişkiler: Kişinin arkadaşlıklarının niteliği ve yaşıt gruplarıyla ilişkileri hakkında bilgi vermektedir.
- Ruh sağlığı: Kişinin açık psikolojik belirtilerinin olup olmadığını gösterir.

Olumlu anlam içeren sorulara verilen yanıtın puanı değiştirilmeden puanlamaya dahil edilmektedir. Olumsuz soruların cevapları ters çevrilerek hesaplanmaktadır (Tablo 3-3). Olumsuz bir soruya verilen cevap yediden çıkarılarak bu sonuca ulaşılır. Toplam benlik algısı puanı 300 ve altı olan kişilerin olumlu benlik algısına, 300 ve üstü kişilerin olumsuz benlik algısına sahip oldukları kabul edilmektedir. Ölçek kendini değerlendirme türünde bir ölçektir.

**Tablo 3-3:** OBİÖ'nün Alt Ölçeklerindeki Sorular ve Kodlama

Alt Ölçek	İlgili Sorular ve Kodlama
Aile ilişkileri	2, 5, 12, 15, 33, 37, 42, 46, 53, 55, 65, 67, 74, 79, 82, 86, 91 (5, 9, 12, 15, 55, 65, 67, 74, 79, 82, 91. sorular ters kodlanır)
Dürtü kontrolü	4, 10, 22, 41, 51, 61, 96 (4, 10, 61. sorular ters kodlanır)
Cinsel tutumlar	6, 18, 58, 60, 71, 76, 90, 92, 95 (6, 60, 71, 76. sorular ters kodlanır)
Bireysel değerler	3, 27, 31, 49, 63, 93 (27, 31, 49. sorular ters kodlanır)
Başetme gücü	11, 57, 80, 81, 84 (80, 84. sorular ters kodlanır)
Beden imgesi	17, 28, 39, 54, 62, 70, 73, 77 (17, 54, 62, 70, 73. sorular ters kodlanır)
Duygusal düzey	7, 14, 21, 25, 36, 48, 50, 78, 99 (7, 14, 25, 36, 48, 99. sorular ters kodlanır)
Çevre uyumu	16, 26, 32, 35, 38, 64, 69, 83, 85, 88, 94 (16, 35, 38, 83, 85, 88. sorular ters kodlanır)



Meslek ve eğitim hedefleri	24, 30, 40, 45, 52, 59, 89 (30, 45, 89. sorular ters kodlanır)
Sosyal ilişkiler	8, 34, 44, 47, 56, 66, 68, 87, 97 (8, 34, 44, 56, 66. sorular ters kodlanır)
Ruh sağlığı	1, 13, 19, 20, 23, 29, 43, 72, 75, 98 (1, 13, 19, 23, 29, 43, 72. sorular ters kodlanır)

---

#### **3.4.10 Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ, Rosenberg Self Esteem Scale)**

Ölçek 1968 yılında Rosenberg tarafından geliştirilmiştir (Rosenberg 1965). Kolay uygulanması, puanlanması ve yorumlanması ile benlik saygısı ölçümlerinde sık kullanılan RBSÖ dörtlü Likert tipinde “çok doğru”, “doğru”, “yanlış” “çok yanlış” seçenekleri ile yanıtlanan on maddeden oluşmaktadır. Daha sonra Ölçeğin Türkçeye uyarlama ve geçerlik, güvenirlik çalışması Çuhadaroğlu (1986) tarafından yapılmıştır. Ölçeğin geçerliğini sınamak için psikiyatrik görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmelerle yapılan değerlendirmede öğrencilerin benlik saygısı, kendilerine ilişkin görüşlerine göre yüksek, orta ve düşük olarak gruplandırılmıştır. Görüşlerden ve benlik saygısı ölçeğinden elde edilen sonuçların arasındaki ilişkiler hesaplanmış ve ölçeğin geçerlik oranı .71 olarak hesaplanmıştır (Çuhadaroğlu 1986, Çeçen 2008).

Ergenden ölçekteki maddelerin kendisini ne kadar tanımladığını seçmesi beklenmektedir. Ölçekteki maddelerin yarısı “Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum” gibi olumlu düşünce yapısıyla, diğer yarısı ise “Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum” gibi olumsuz düşünce yapısıyla kurulmuştur. Ölçeğin kendi içindeki değerlendirme sistemine göre her katılımcı 0-6 arasında bir puan almaktadırlar. Elde edilen puanlar yüksek (0-1 puan), orta (2-4 puan) ve düşük (5-6 puan) benlik saygısını göstermektedir (Çuhadaroğlu 1986).

#### **3.4.11 Klinik Olarak Epilepsi/PN Ayırıcı Tanı Formu**

Hastaların belirtileriyle ilgili daha detaylı bilgi edinebilmek ve belirtileri tetikleyen etkenlerin, nöbetlerinin şeklinin ve süresinin, nöbet anında eşlik eden

sorunların, nöbet seyrinin, sonrasındaki hasta tepkilerinin değerlendirilebilmesi ve nöbetlerin epileptik nöbetlerden klinik ayrımının netleştirilmesi amacıyla araştırmacı tarafından yazın bilgileri gözden geçirilerek geliştirilen bir formdur.

### 3.5 Uygulama

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği ve Pediatrik Nöroloji Bölümü tarafından değerlendirilmeleri yapılarak Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine yönlendirilen ve polikliniğimizde PN tipinde KB tanısı alan hastalara ve anne ya da babalarına araştırmanın amacı, değerlendirme sürecinde yapılacak işlemler, çalışmanın yararlı olabilecek sonuçları anlatılmış ve bilgilendirilmiş onam alındıktan sonra randevu verilmiştir. Değerlendirme sırasında araştırmacı hazırladığı bir form aracılığı ile sosyodemografik bilgileri, gelişim öyküsünü, özgeçmiş bilgilerini ve hastalığa ilişkin klinik verileri sorgulamıştır. Hem ergen hem de aile ile yarı yapılandırılmış klinik görüşme yapılmıştır. Bir sonraki kontrolde ergenlerin doldurması istenen öz bildirim ölçekleri ayrıntılı olarak anlatılmış ve doldurmaları istenmiştir. Araştırmamıza katılan iki hastada eşlik eden epilepsi tanısının olması ve bir hastada klinik değerlendirme ile zihinsel gerilik olduğunun düşünülmesi sonucunda bu iki hasta çalışma dışında bırakılmıştır. Böylece değerlendirmeye alınan 45 hastanın 42'si araştırma grubuna dahil edilmiştir. Kontrol grubunda ise iki hasta, ölçekleri tam olarak doldurmadığından dolayı çalışma dışında bırakılmış ve değerlendirmeye alınan 40 ergenin 38'i kontrol grubuna dahil edilmiştir.

### 3.6 Verilerin Değerlendirilmesi ve İstatistik

Verilerin istatistiksel analizi için Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı (Statistical Program for Social Sciences, SPSS) 15.0 sürümü kullanılmıştır. Tüm puanların normal dağılım sayılıtısını karşılayıp karşılamadıkları Skewness Kurtaosis puanı hesabına gidilerek değerlendirilmiştir. Ölçümle belirtilen verilerin değerlendirilmesinde parametrik test varsayımları karşılandığında, t-testi (birden çok ortalama arasındaki farkın önemlilik testi) uygulanmıştır. Parametrik test varsayımları karşılanmadığında, iki grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann-

Whitney U-testi ve ikiden fazla grup arasındaki karşılaştırmalarda Kruskal Wallis testi kullanılmıştır. Sayımla belirtilen verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında ki-kare ( $\chi^2$ ) testi veya Fisher'in kesin ki-kare testi yapılmıştır. Gruplarda ölçümle belirtilen iki değer arasındaki ilişkiyi araştırmak amacıyla Pearson korelasyon testi kullanılmıştır. PN'yi yordayıcı etkenleri ortaya koymak için lojistik regresyon analizi uygulanmıştır. Tüm analizler iki uçlu yapılmıştır. Bütün istatistiksel testlerde en düşük anlamlılık düzeyi .05 alınmıştır.

## 4 . BULGULAR

### 4.1 Sosyodemografik Özellikler

#### 4.1.1 PN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Yaş Ortalamaları ve Cinsiyet Dağılımı

Çalışmamıza 12-18 yaş aralığında toplam 80 ergen katılmıştır. PN grubunun yaş ortalaması  $14.80 \pm 1.59$  yıl, kontrol grubunun yaş ortalaması  $14.31 \pm 1.8$  yıldır. PN ve kontrol gruplarında yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir (Tablo 4-1).

**Tablo 4-1:** PN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Yaş Ortalamaları

	PN Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik
	Ort	± ss	Ort	± ss	
Yaş (yıl)	14.80	± 1.59	14.80	± 1.59	$t = 1.29^{AD}$

Ort: Ortalama, ss: standart sapma, AD: Anlamlı Değil ( $p > .05$ )

PN grubunun 7 (%16.7)'si erkek, 35 (%83.3)'i kız, kontrol grubunun 8 (%21.1)'i erkek, 30 (%78.9)'u kızdır. Gruplar arasında cinsiyet açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlenmektedir (Tablo 4-2).

**Tablo 4-2:** PN ve Kontrol Gruplarındaki Ergenlerin Cinsiyet Dağılımı

Cinsiyet	PN Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik
	s	%	s	%	
Kız	35	83.3	30	78.9	$\chi^2 = 0.252^{AD}$
Erkek	7	16.7	8	21.1	

s: Sayı, AD: Anlamlı Değil ( $p > .05$ )

#### 4.1.2 PN ve Kontrol Gruplarında Eğitim Süresi Ortalamaları

Ortalama eğitim süresi PN grubunda  $8.8 \pm 1.9$  yıl iken, kontrol grubunda  $8.5 \pm 1.9$  yıldır ve her iki grubun eğitim süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır (Tablo 4-3).

**Tablo 4-3:** PN ve Kontrol Gruplarında Eğitim Süresi Ortalamaları

PN Grubu	Kontrol Grubu	İstatistik
Ort $\pm$ ss	Ort $\pm$ ss	
$8.8 \pm 1.9$	$8.5 \pm 1.9$	$t = 0.859^{AD}$

Ort: Ortalama, ss: standart sapma, AD: Anlamlı Değil ( $p > .05$ )

#### 4.1.3 PN ve Kontrol Gruplarında Aile Yapısı

PN grubundaki ergenlerin 31 (%73.8)'i çekirdek aile, 11 (%26.2)'i diğer (geniş aile, boşanma, anne baba ayrı, anne baba ölümü, evlat edinilmiş olma) aile yapısından gelmektedir. Kontrol grubunun 29 (%76.3)'ü çekirdek aile, 9 (%23.7)'u diğer aile yapısındadır. Aile yapısı açısından her iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 4-4).

**Tablo 4-4:** PN ve Kontrol Gruplarında Aile Yapısı

Aile Yapısı	PN Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik
	s	%	s	%	
Çekirdek	31	73.8	29	76.3	$\chi^2 = 0.06^{AD}$
Diğer	11	26.2	9	23.7	

s: Sayı,  $\chi^2$ : Ki-kare, AD: Anlamlı Değil ( $p > .05$ )

PN grubunda 15 (%35.7) ergenin ailede birinci çocuk, 15 (%35.7) ergenin ikinci çocuk olduğu ve geri kalan 12 (%28.6) ergenin üçüncü ve sonraki sıralarda geldiği görülmektedir. Kontrol grubunda 16 (%42.1) ergenin ailede birinci çocuk, 16 (%42.1) ergenin ikinci çocuk olduğu ve geri kalan 6 (%15.8) ergenin üçüncü ve sonraki sıralarda geldiği görülmektedir.

#### 4.1.4 PN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babalarının Yaş Ortalamaları

PN ve kontrol gruplarında anne ve babaların yaş ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4-5).

**Tablo 4-5:** PN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babalarının Yaş Ortalamaları

	PN Grubu Ort ± ss	Kontrol Grubu Ort ± ss	İstatistik
Annenin yaşı	41.45 ± 5.23	41.89 ± 5.91	t = -0.35 <sup>AD</sup>
Babanın yaşı	45.23 ± 5.74	45.34 ± 5.06	t = -0.86 <sup>AD</sup>

Ort: Ortalama, ss: standart sapma, AD: Anlamlı Değil (p>.05)

#### 4.1.5 PN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babalarının Eğitim Süresi Ortalamaları

PN ve kontrol gruplarında anne ve babaların eğitim süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4-6).

**Tablo 4-6:** PN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babaların Eğitim Süresi Ortalamaları

	PN Grubu Ort ± ss	Kontrol Grubu Ort ± ss	İstatistik
Baba eğitim süresi (yıl)	9.07 ± 4.53	9.07 ± 4.53	t = -0.702 <sup>AD</sup>
Anne eğitim süresi (yıl)	6.54 ± 3.67	7.68 ± 3.54	t = -1.40 <sup>AD</sup>

Ort: Ortalama, ss: Standart sapma, AD: Anlamlı Değil (p>.05)

#### 4.1.6 PN ve Kontrol Gruplarında Anne ve Babalarının İş Durumu

PN grubundaki annelerin 4 (%9.5)'ünün, kontrol grubundaki annelerin 8 (%21.1)'inin; PN grubundaki babaların 39 (%92.9)'unun, kontrol grubundaki babaların 36 (%94.7)'sının her hangi bir işte çalıştığı gözlenmektedir. Araştırma ve kontrol gruplarında anne ( $\chi^2 = 2.08$ , p>.05 ) ve babaların ( $\chi^2 = 0.47$ , p>.05) çalışma durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

#### 4.1.7 PN ve Kontrol Gruplarının Aylık Gelir Ortalamaları

Her iki grubun ortalama aylık gelir düzeylerine bakıldığında PN grubunun ortalama aylık gelir düzeyinin  $1595 \pm 1025$  lira, kontrol grubunun  $1778 \pm 650$  lira olduğu gözlenmektedir. Her iki grubun aylık gelirleri arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark olmadığı gözlenmektedir (Tablo 4-7).

**Tablo 4-7:** PN ve Kontrol Gruplarının Aylık Gelir Ortalamaları

	PN Grubu Ort $\pm$ ss	Kontrol Grubu Ort $\pm$ ss	İstatistik
Aylık ortalama gelir düzeyi (Lira)	1595 $\pm$ 1025	1778 $\pm$ 650	t = -0.966 <sup>AD</sup>

Ort: Ortalama, ss: standart sapma, AD: Anlamlı Değil ( $p > .05$ )

#### 4.1.8 PN ve Kontrol Gruplarında Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzey Dağılımı

Her iki grubun sosyoekonomik-sosyokültürel düzey dağılımları Tablo 4-8'de verilmiştir. PN ve kontrol grubunda ailelerin sosyoekonomik-sosyokültürel düzey dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır.

**Tablo 4-8:** PN ve Kontrol Gruplarında Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzey Dağılımı

Sosyoekonomik-sosyokültürel düzey	PN Grubu		Kontrol Grubu	
	s	%	s	%
Üst	2	4.8	0	0
Üst-orta	4	9.5	4	10.5
Orta	10	23.8	16	42.1
Alt-orta	10	23.8	6	15.8
Alt	16	38.1	12	31.6

s: Sayı

#### 4.1.9 PN ve Kontrol Gruplarının Birinci ve İkinci Derece Akrabalarında Psikiyatrik Hastalık Öyküsü

PN grubunda 25 (%59.5), kontrol grubunda 9 (%23.7) ergenin birinci ve ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü vardır. PN grubunun birinci ve ikinci derece akrabalarındaki psikiyatrik hastalık öyküsünün kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek olduğu görülmektedir (Tablo 4-9).

**Tablo 4-9:** PN ve Kontrol Gruplarının Birinci ve İkinci Derece Akrabalarında Psikiyatrik Hastalık Dağılımı

Birinci ve ikinci derece akrabalarda psikiyatrik hastalık	PN Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik
	s	%	s	%	
Yok	17	40.5	29	76.3	$\chi^2 = 10.48^*$
Var	25	59.5	9	23.7	
Konversiyon/ Somatizasyon bozukluğu	16	38.1	1	2.6	
Anksiyete bozukluğu	4	9.5	2	5.3	
Duygu durum bozukluğu	5	11.9	6	15.8	
Toplam	42	100.0	38	100.0	

s: Sayı,  $\chi^2$ : Ki-kare test, \*p<.05

#### 4.1.10 PN ve Kontrol Gruplarının Ailelerinde Tıbbi Hastalık Öyküsü

PN grubunda 18 (%42.9), kontrol grubunda 15 (%39.5) ergenin ailesinde tıbbi hastalık olduğu ve her iki grup arasında ailedeki tıbbi hastalık öyküsü açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark olmadığı gözlenmektedir ( $\chi^2 = 0.094$ , p>.05).

### 4.2 PN Grubuna Özgü Klinik Özellikler

#### 4.2.1 PN Grubunda Ailede Benzer Belirti Öyküsü

PN grubunda 19 (%45.2) hastanın ailesinde tekrarlayan bayılmaları olan (epilepsi nöbeti, PN, senkop) kişilerin olduğu, bu kişilerin 5 (%11.8)'inde belirtilerin halen devam ettiği gözlenmektedir.



#### 4.2.2 PN Grubunda Belirti Sıklığı ve Şiddeti

Araştırma grubunda hastaların son bir ay içerisinde ortalama  $13.0 \pm 18.5$  kez PN geçirdiği ve nöbet süresinin ortalama  $21.2 \pm 29.4$  dakika olduğu bulunmuştur. PN grubunda KGI'ye göre hastalık şiddeti ortalaması  $4.09 \pm 1.39$ 'dur. Hastalık nedeniyle okula devam edilemeyen gün sayısı ortalama  $10.1 \pm 12.8$ 'dir (Tablo 4-10).

**Tablo 4-10:** Araştırma Grubunda PN Sıklığı ve Şiddeti

KGI	s	%	Belirti Sıklığı	s	%
Hastalık sınırında	4	9.5	Günde birden fazla	8	19.0
Hafif düzeyde hasta	14	33.3	Günde bir kez	2	4.8
Orta düzeyde hasta	7	16.7	Haftada birden fazla	8	19.0
Belirgin düzeyde hasta	11	26.2	Haftada bir kez	1	2.4
Ağır hasta	3	7.1	Ayda birden fazla	9	21.4
Çok ağır hasta	3	7.1	Ayda bir kez	5	11.9
			Daha nadir	9	21.4

s: Sayı, KGI: Klinik Global İzlenim Ölçeği

#### 4.2.3 PN Grubunda Hastalık Belirtilerinin Başlangıç Yaşı, İlk Başvuru İçin Geçen Süre ve Belirti Süresi

PN grubunda hastalık belirtilerinin başlangıç yaşının ortalama  $13.6 \pm 2.0$  olduğu, belirtilerin başlaması ile ilk psikiyatri başvurusu arasında geçen sürenin ortalama  $55.3 \pm 181.2$  gün olduğu ve hastalık belirtilerinin ortalama  $452.5 \pm 543.2$  gündür sürdüğü görülmektedir (Tablo 4-11).

**Tablo 4-11:** PN Grubunda Hastalık Belirtilerinin Başlangıç Yaşı, İlk Başvuru İçin Geçen Süre ve Belirti Süresi

	PN Grubu	
	Ort ± ss	Min-Maks
Belirtilerin başlangıç yaşı (yıl)	13.76 ± 1.98	7-17
İlk başvuru için geçen süre (gün)	55.33 ± 181.25	1-1095
Belirti süresi (gün)	452.54 ± 543.27	15-2680

Ort: Ortalama, ss: standart sapma, Min: minimum, Maks: maksimum

#### 4.2.4 PN Grubunda Hastalık Öncesinde Stres Etkenleri

PN grubunda hastalık belirtilerinin öncesinde 17 (%40.5) ergende aile ve arkadaşlar ile, 12 ergende (%28.6) okul ile ve 4 (%9.5) ergende diğer (akraba, iş ile ilgili) stres etkenleri bildirilmiştir. 9 (%21.4) hastada hastalık öncesinde stres etkeni yoktur.

#### 4.2.5 PN Grubunda Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar

Araştırma grubundaki ergenlerin %64.3'ünde PN'ye en az bir psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği, bunların %26.2'sinde PN'ye birden fazla psikiyatrik hastalığın eşlik ettiği gözlenmiştir. Hastaların 18 (%42.8)'inde somatoform bozukluk, 13 (%31)'ünde anksiyete bozukluğu, 13 (%31)'ünde yıkıcı davranış bozukluğu, 11 (%26.2)'inde duygu durum bozukluğu ve birinde (%2.4) dışa atım bozukluğu saptanmıştır.

Somatoform bozukluğu olan hastaların 12 (%28.6)'sinde ağrı bozukluğu, 3 (%7.1)'ünde farklılaşmamış somatizasyon bozukluğu, 3 (%7.1)'ünde başka türlü adlandırılmayan somatizasyon bozukluğu; anksiyete bozukluğu olan hastaların 6 (%14.3)'sında yaygın anksiyete bozukluğu, 4 (%9.5)'ünde sosyal fobi-özgül fobi, 3 (%7.1)'ünde obsesif kompulsif bozukluk; duygu durum bozukluğu olan hastaların 11

(%26.2)'inde depresif bozukluk, yıkıcı davranış bozukluğu olan hastaların 10 (%23.8)'unda dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), 1 (%2.4)'inde karşı olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), 2 (%4.8)'sinde davranım bozukluğu bulunmaktadır. Araştırma grubunda PN'ye eşlik eden psikiyatrik hastalık dağılımı Tablo 4-12'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-12:** Araştırma Grubunda PN'ye Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalık Dağılımı

Psikiyatrik Hastalık	s	%
Anksiyete bozuklukları	13	31
Yıkıcı davranış bozuklukları	13	31
Ağrı bozukluğu	12	28.6
Duygu durum bozuklukları	11	26.2
Farklılaşmış somatizasyon bozukluğu	3	7.1
BTA somatoform bozukluk	3	7.1
Dışa atım bozuklukları	1	2.4

s: Sayı

#### 4.2.6 PN Grubunda Eşlik Eden Fiziksel Hastalık

Araştırma grubunda 36 (%85.7) ergende PN'ye herhangi bir fiziksel hastalığın eşlik etmediği, 6 (%14.3) ergende PN'ye eşlik eden fiziksel bir hastalığın olduğu görülmüştür.

#### 4.2.7 PN Grubunda Psikiyatrik Tedavi Almış Olma

PN grubunda 25 (%59.5) ergenin bu belirti nedeni ile daha önce psikiyatrik tedavi aldığı anlaşılmıştır. 17 (%40.5) ergen daha PN yakınması nedeniyle psikiyatrik bir tedavi almamıştır.

### 4.3 PN ve Kontrol Gruplarında Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

#### 4.3.1 PN ve Kontrol Gruplarında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28) Puanları

CTQ-28 ölçeği değerlendirildiğinde cinsel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal, travmayı küçümseme alt ölçeklerinde ve ölçek toplam puanları arasında iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu, fiziksel ihmal ve fiziksel istismar alt ölçeklerinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olmadığı gözlenmektedir. Her iki gruptaki ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4-13'de verilmiştir.

**Tablo 4-13:** PN ve Kontrol Gruplarında CTQ-28 Puanları

	PN Grubu	Kontrol Grubu	İstatistik
CTQ-28	Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)	
Cinsel istismar	1.0 (1-4.2)	1.0 (1-1.4)	U = 602**
Fiziksel istismar	1.0 (1-2.8)	1.0 (1-1.8)	U = 682 <sup>AD</sup>
Duygusal istismar	1.6 (1-5)	1.0 (1-2.6)	U = 460**
Duygusal ihmal	2.1 (1-4.2)	1.7 (1-3.8)	U = 465**
Fiziksel ihmal	1.8 (1-3.2)	1.8 (1.4-3.4)	U = 685 <sup>AD</sup>
Travmayı küçümseme	2.7 (1-5)	2.2 (1-3.3)	U = 421**
Toplam puan	1.69 (1-3.89)	1.41(1.14-2.29)	U = 415**

U: Mann Whitney U testi, Min: minimum, Maks: maksimum, AD: Anlamlı Değil (p>.05), \*\*p<.01

#### 4.3.2 PN ve Kontrol Gruplarında Çocuk ve Gençler İçin Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği (CAPS-CA) Puanları

Şimdiki CAPS-CA puanları değerlendirildiğinde PN ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmektedir (U = 684, p<.05). Şimdiki CAPS-CA puanları PN grubunda  $3.8 \pm 13.8$  (min = 0, maks = 67), kontrol grubunda 0 (min = 0, maks = 0)'dir. Yaşam boyu CAPS-CA puanlarında da PN ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmektedir (U =

622,  $p < .05$ ). Yaşam boyu CAPS-CA puanları PN grubunda  $18.7 \pm 31.3$  (min = 0, maks = 125), kontrol grubunda  $6.6 \pm 19.9$  (min = 0, maks = 81)'dir.

Ayrıca CAPS-CA'ya göre PN grubundaki 12 (%28.6) ergenin duygusal travmaya, 2 (%4.8) ergenin cinsel travmaya maruz kaldığı, kontrol grubundaki 4 (%10.5) ergenin duygusal travmaya maruz kaldığı belirlenmiştir.

#### 4.3.3 PN ve Kontrol Gruplarında Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu (IPPA) Puanları

IPPA (Anne) ölçeğinde; anne ile iletişim ve anneye güven alt ölçeklerinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu gözlenmektedir. Benzer şekilde IPPA (Baba) ölçeğinde; baba ile iletişim ve babaya güven alt ölçeklerinde iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır. IPPA Anne ve IPPA Baba ölçek puanlarının dağılımı Tablo 4-14 ve Tablo 4-15'de verilmiştir.

**Tablo 4-14:** PN ve Kontrol Gruplarında IPPA (Anne) Puanları

IPPA (Anne)	PN Grubu Ortanca (Min-Maks)	Kontrol Grubu Ortanca (Min-Maks)	İstatistik
Yabancılaşma	4.25 (2.5-6.75)	4 (3-5.75)	$U = 758^{AD}$
İletişim	3.25 (1-5.5)	2.5 (1-4)	$U = 525^{**}$
Güven	5.75 (1.75-7)	6.5 (3.25-7)	$U = 597^*$
Toplam puan	51 (35-68)	51 (36-59)	$U = 735^{AD}$

U: Mann Whitney U testi, Min: minimum, Maks: maksimum, AD: Anlamlı Değil ( $p > .05$ ),  $*p < .05$ ,  $**p < .01$

**Tablo 4-15:** PN ve Kontrol Gruplarında IPPA (Baba) Puanları

IPPA (Baba)	PN Grubu Ortanca (Min-Maks)	Kontrol Grubu Ortanca (Min-Maks)	İstatistik
Yabancılaşma	4.75 (3.25-6.25)	4.37 (2.5-6.25)	$U = 708^{AD}$
İletişim	4 (1-6.75)	2.37 (1-7)	$U = 479^{**}$
Güven	5.25 (1-7)	6 (1.25-7)	$U = 539^*$
Toplam Puan	54 (36-63)	51 (39-63)	$U = 652^{AD}$

U: Mann Whitney U testi, Min: minimum, Maks: maksimum, AD: Anlamli Değil (p>.05), \*p<.05, \*\*p<.01

#### 4.3.4 PN ve Kontrol Gruplarında Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ-20)

##### Puan Ortalamaları ve Dağılımı

PN grubundaki ergenlerin TAÖ-20'den aldıkları puan ortalaması 62.38, kontrol grubundaki ergenlerin 56.55'dir. PN grubundaki ergenlerin 25 (%59.5)'inin, kontrol grubundaki ergenlerin 12 (%31.6)'sinin aleksitimik oldukları gözlenmiştir. Her iki grubun TAÖ-20 puan ortalamaları ve dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark vardır (Tablo 4-16).

**Tablo 4-16:** PN ve Kontrol Gruplarında TAÖ-20 Puan Ortalamaları ve Dağılımı

PN Grubu		Kontrol Grubu		İstatistik	
Ort ± ss		Ort ± ss			
62.38 ± 8.78		56.55 ± 9.69		t= 2.8**	
Aleksitimik		Aleksitimik		Aleksitimik	
Sınırdaki		Aleksitimik		Aleksitimik	
Aleksitimik		Değil		Değil	
s	%	s	%	s	%
25	59.5	13	31	4	9.5
				12	31.6
				13	34.2
				13	34.2

Ort: ortalama, ss: standart sapma, \*\*p<.01

#### 4.3.5 PN ve Kontrol Gruplarında Offer Benlik İmajı Ölçeği (OBİÖ)

##### Puan Ortalamaları

PN ve kontrol grubunun OBİÖ alt ölçeklerinden yalnızca "Duygusal düzey" alt ölçeği puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır, diğer alt ölçeklerde iki grup arasında anlamlı fark gözlenmemektedir (Tablo 4-17).

**Tablo 4-17:** PN ve Kontrol Gruplarında OBIÖ Puan Ortalamaları

OBİÖ	PN Grubu	Kontrol Grubu	İstatistik
	Ort ± ss	Ort ± ss	
Benlik algısı	3.83 ± .55	3.76 ± .56	t = .55 <sup>AD</sup>
Dürtü kontrol bozukluğu	3.63 ± .84	3.30 ± .89	t = 1.67 <sup>AD</sup>
Cinsel tutumlar	4.02 ± .70	3.90 ± .66	t = .83 <sup>AD</sup>
Bireysel değerler	3.17 ± .95	2.92 ± .95	t = 1.12 <sup>AD</sup>
Beden imgesi	3.70 ± .89	3.72 ± .60	t = -.10 <sup>AD</sup>
Duygusal düzey	3.77 ± .87	3.35 ± .77	t = 2.25*
Çevre uyumu	3.42 ± .74	3.44 ± .63	t = -.10 <sup>AD</sup>
Mesleki amaçlar	3.23 ± .85	3.24 ± .55	t = -.07 <sup>AD</sup>
Sosyal ilişkiler	3.68 ± .70	3.47 ± .75	t = 1.28 <sup>AD</sup>
Psikopatoloji	3.58 ± .70	3.48 ± .88	t = .58 <sup>AD</sup>
Baş etme gücü	2,92 ± .72	2.98 ± .87	t = .36 <sup>AD</sup>
Toplam puan	356.28 ± 47.29	345.07 ± 47.60	t = 1.05 <sup>AD</sup>

Ort: ortalama, ss: standart sapma, AD: Anlamlı Değil (p>.05), \*p<.05

#### 4.3.6 PN ve Kontrol Gruplarında Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) Puan Ortalamaları

PN grubundaki ergenlerin RBSÖ'den aldıkları puan ortalaması 2.61 iken kontrol grubundaki ergenlerin RBSÖ puan ortalamaları 1.43'tür. Her iki grubun RBSÖ puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (Tablo 4-18).

**Tablo 4-18:** PN ve Kontrol Gruplarında RBSÖ Puan Ortalamaları

PN Grubu	Kontrol Grubu	İstatistik
Ort ± ss	Ort ± ss	
2.61 ± 2.03	1.43 ± 1.21	t = 3.18**

Ort: Ortalama, ss: standart sapma, \*\*p<.01

Her iki grupta katılımcıların RBSÖ puanları kategorik olarak incelendiğinde, PN grubundaki ergenlerin 14 (%33.3)'ünün yüksek, 18 (%42.9)'ünün orta, 10 (%23.8)'unun düşük benlik saygısının olduğu; kontrol grubunda ergenlerin 22 (%57.9)'sinin yüksek, 14 (%36.8)'ünün orta, birinin (%2.6) düşük benlik saygısının olduğu saptanmıştır. Her iki grubun RBSÖ kategorik puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmektedir ( $\chi^2 = 9.36$ ,  $p < 0.05$ ).

#### 4.4 PN Grubunda Ölçek Puanlarının Sosyodemografik ve Klinik Verilerle İlişkisi

##### 4.4.1 PN Grubunda Ölçeklerin Toplam Puanlarının Birbirleri İle İlişkisi

PN grubunda ölçeklerden elde edilen toplam puanların birbirleri ile ilişkisine baktığımızda, CTQ-28 ile OBİÖ, şimdiki CAPS-CA ile yaşam boyu CAPS-CA, IPPA anne ile IPPA baba, TAÖ ile RBSÖ, IPPA baba ile CTQ-28, CTQ-28 ile RBSÖ ölçekleri toplam puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. Ölçeklerin toplam puanlarının birbirleri ile ilişkisi Tablo 4-19'de verilmiştir.

**Tablo 4-19:** PN Grubunda Ölçeklerin Toplam Puanları Arasındaki İlişkiler

	CAPS-CA							RBSÖ
	CTQ-28	CAPS-CA Şimdi	Yaşam boyu	IPPA Anne	IPPA Baba	TAÖ-20	OBİÖ	
CTQ-28	1							
CAPS-CA Şimdi	-0.00	1						
CAPS-CA Yaşam boyu	-0.11	0.62**	1					
IPPA Anne	-0.02	0.00	0.01	1				
IPPA Baba	-0.37*	-0.28	-0.01	0.36*	1			



TAÖ	0.05	-0.07	0.09	0.11	-0.01	1		
OBIÖ	0.52**	-0.16	-0.24	-0.19	-0.19	0.00	1	
RBSÖ	0.34*	-0.02	-0.07	0.29	0.06	0.36*	0.11	1

\*p<.05, \*\*p<.01, CTQ-28: Çocukluk çağı travmaları ölçeği, CAPS-CA: Çocuk ve gençler için klinisyen tarafından uygulanan TSSB ölçeği, IPPA-Anne: Anne için ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu, IPPA-Baba: Baba için ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu, TAÖ-20: Toronto aleksitimi ölçeği-20, OBIÖ: Offer benlik imajı ölçeği, RBSÖ: Rosenberg benlik saygısı ölçeği

#### 4.4.2 PN Grubunda Ölçeklerin Toplam Puanlarının Cinsiyet İle İlişkisi

PN grubunda ölçek toplam puanları cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark göstermemektedir. Cinsiyete göre ölçeklerin toplam puanları Tablo 4-20'da verilmiştir.

**Tablo 4-20:** PN Grubunda Cinsiyete Göre Ölçeklerin Toplam Puanları

	Kız Ortanca (Min-Maks)	Erkek Ortanca (Min-Maks)	İstatistik
CTQ-28	49 (29-109)	43 (28-55)	U = 72.5 <sup>AD</sup>
CAPS-CA Şimdi	0 (0-67)	0 (0-0)	U = 101.5 <sup>AD</sup>
CAPS-CA Yaşam boyu	0 (0-125)	0 (0-71)	U = 97 <sup>AD</sup>
IPPA Anne	51.5 (35-68)	51 (45-64)	U = 113 <sup>AD</sup>
IPPA Baba	53.5 (36-63)	54 (44-57)	U = 114 <sup>AD</sup>
TAÖ-20	64 (45-81)	58 (54-69)	U = 96.5 <sup>AD</sup>
OBIÖ	364.5 (265-486)	312 (275-403)	U = 76 <sup>AD</sup>
RBSÖ	2 (0-6)	2 (0-4)	U = 113 <sup>AD</sup>

U: Mann Whitney U testi, Min: minimum, Maks: maksimum, AD: Anlamlı Değil (p>.05), CTQ-28: Çocukluk çağı travmaları ölçeği, CAPS-CA: Çocuk ve gençler için klinisyen tarafından uygulanan TSSB ölçeği, IPPA-Anne: Anne için ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu, IPPA-Baba: Baba için ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu, TAÖ-20: Toronto aleksitimi ölçeği-20, OBIÖ: Offer benlik imajı ölçeği, RBSÖ: Rosenberg benlik saygısı ölçeği

#### **4.4.3 PN Grubunda Ölçeklerin Toplam Puanlarının Yaş İle İlişkisi**

PN grubundaki ergenlerin yaşı ile ölçeklerden aldıkları toplam puanlar arasındaki ilişkiyi değerlendirdiğimizde, yaş ile TAÖ-20 toplam puanları ( $r = .393$ ,  $p < .01$ ) ve CTQ-28 toplam puanları ( $r = .377$ ,  $p < .01$ ) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki olduğu ortaya çıkmıştır. Buna göre yaş arttıkça aleksitimik özelliklerin ve travma yaşantısının arttığı görülmektedir.

#### **4.4.4 PN Grubunda Ölçeklerin Toplam Puanlarının Aile Yapısı İle İlişkisi**

Aile yapısına göre PN grubundaki ergenlerin CTQ-28 ölçeğinden aldıkları toplam puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark olduğu bulunmuştur. Buna göre çekirdek ailede yaşayanların, çekirdek olmayan ailede yaşayanlara göre CTQ-28 ölçeğinden aldıkları toplam puanların daha düşük olduğu belirlenmiştir ( $U = 95.5$ ,  $p < 0.05$ ). Diğer ölçeklerin toplam puanları aile yapısına göre farklılık göstermemektedir.

#### **4.4.5 PN Grubunda Ölçeklerin Toplam Puanlarının Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklar İle İlişkisi**

Araştırma grubunda PN'ye herhangi bir anksiyete bozukluğu ya da somatoform bozukluk eşlik eden ergenlerin CTQ-28 ölçeğinden aldığı toplam puanlar, bu hastalıkların eşlik etmediği ergenler ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde düşük bulunmuştur. Ayrıca PN'ye herhangi bir yıkıcı davranış bozukluğu eşlik eden ergenlerin OBIÖ ölçeğinden aldığı toplam puanlar, bu hastalıkların eşlik etmediği ergenler ile karşılaştırıldığında, istatistiksel olarak anlamlı olacak şekilde yüksektir. PN grubunda diğer ölçeklerin toplam puanları eşlik eden psikiyatrik hastalığa göre farklılık göstermemektedir. Ölçeklerin toplam puanları ile PN'ye eşlik eden psikiyatrik hastalıklar arasındaki ilişki Tablo 4-21'de gösterilmiştir.

**Tablo 4-21:** PN Grubunda Eşlik Eden Psikiyatrik Hastalıklara Göre Ölçeklerin Toplam Puanları

		Var	Yok	İstatistik
		Ortanca (Min-Maks)	Ortanca (Min-Maks)	
Anksiyete bozukluğu	CTQ-28	43 (28-60)	50.5 (39-109)	U=105*
	CAPS-CA	0 (0-61)	0 (0-67)	U=183.5 <sup>AD</sup>
	Şimdi			
	CAPS-CA	0 (0-125)	0 (0-88)	U=151 <sup>AD</sup>
	Yaşamboyu			
	IPPA Anne	51 (45-58)	51.5 (35-68)	U=178 <sup>AD</sup>
	IPPA Baba	54 (44-63)	53 (36-61)	U=169.5 <sup>AD</sup>
	TAÖ-20	65 (51-81)	61.5 (45-74)	U=147.5 <sup>AD</sup>
	OBİÖ	351 (277-398)	365 (265-486)	U=153.5 <sup>AD</sup>
	RBSÖ	2 (0-6)	2.5 (0-6)	U=150 <sup>AD</sup>
Duygu durum bozukluğu	CTQ-28	56 (39-109)	45 (28-84)	U=101 <sup>AD</sup>
	CAPS-CA	0 (0-67)	0 (0-10)	U=130 <sup>AD</sup>
	Şimdi			
	CAPS-CA	14.5 (0-125)	0 (0-75)	U=125 <sup>AD</sup>
	Yaşamboyu			
	IPPA Anne	51 (39-59)	52 (35-68)	U=141.5 <sup>AD</sup>
	IPPA Baba	52.5 (36-63)	54 (44-60)	U=165.5 <sup>AD</sup>
	TAÖ-20	62.5 (45-74)	63 (45-81)	U=155 <sup>AD</sup>
	OBİÖ	365.5 (290-486)	360 (265-449)	U=176 <sup>AD</sup>
	RBSÖ	2 (0-6)	2 (0-6)	U=168.5 <sup>AD</sup>
Yıkıcı davranış bozukluğu	CTQ-28	52 (29-109)	45 (28-84)	U=142 <sup>AD</sup>
	CAPS-CA	0 (0-10)	0 (0-67)	U=159 <sup>AD</sup>
	Şimdi			
	CAPS-CA	0 (0-72)	0 (0-125)	U=148 <sup>AD</sup>
	Yaşamboyu			

	IPPA Anne	53 (39-64)	51 (35-68)	U=162.5 <sup>AD</sup>
	IPPA Baba	53 (36-61)	54 (38-63)	U=168.5 <sup>AD</sup>
	TAÖ-20	67 (45-76)	62.5 (45-81)	U=139.5 <sup>AD</sup>
	OBİÖ	371 (307-486)	344.5 (265-449)	U=99.5*
	RBSÖ	3 (0-6)	2 (0-6)	U=141.5 <sup>AD</sup>
Somatoform bozukluklar	CTQ-28	43 (28-73)	54 (29-109)	U=135*
	CAPS-CA	0 (0-67)	0 (0-61)	U=217.5 <sup>AD</sup>
	Şimdi			
	CAPS-CA	0 (0-75)	0 (0-135)	U=197 <sup>AD</sup>
	Yaşamboyu			
	IPPA Anne	53.5 (39-64)	51 (35-68)	U=170 <sup>AD</sup>
	IPPA Baba	54 (38-60)	53 (36-63)	U=210 <sup>AD</sup>
	TAÖ-20	63.5 (45-81)	62 (48-75)	U=215.5 <sup>AD</sup>
	OBİÖ	361.5 (277-434)	365 (265-486)	U=210.5 <sup>AD</sup>
	RBSÖ	2 (0-6)	2 (0-6)	U=204 <sup>AD</sup>

U: Mann Whitney U testi, Min: minimum, Maks: maksimum, AD: Anlamli Değil (p>.05), \*p<.05, CTQ-28: Çocukluk çağı travmaları ölçeği, CAPS-CA: Çocuk ve gençler için klinisyen tarafından uygulanan TSSB ölçeği, IPPA-Anne: Anne için ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu, IPPA-Baba: Baba için ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu, TAÖ-20: Toronto aleksitimi ölçeği-20, OBİÖ: Offer benlik imajı ölçeği, RBSÖ: Rosenberg benlik saygısı ölçeği

#### 4.4.6 PN Grubunda Ölçeklerin Toplam Puanlarının Hastalık Öncesindeki Stres Etkenleri İle İlişkisi

Ölçek toplam puanlarının hastalık öncesindeki stres etkeni varlığı ile ilişkisine baktığımızda, stres etkeni ile CTQ-28 toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu gözlenmiştir. Ölçek toplam puanlarının stres etkeni varlığı ile ilişkisi Tablo 4-22’de verilmiştir.

**Tablo 4-22:** PN Grubunda Hastalık Öncesindeki Stres Etkenleri İle Ölçeklerin Toplam Puanları Arasındaki İlişki

	Stres Etkeni Yok Ortanca (Min-Maks)	Stres Etkeni Var Ortanca (Min-Maks)	İstatistik
CTQ-28	39 (28-73)	50.5 (36-109)	U = 51*
CAPS-CA Şimdi	0 (0-10)	0 (0-67)	U = 121 <sup>AD</sup>
CAPS-CA Yaşam boyu	0 (0-75)	0 (0-125)	U = 144 <sup>AD</sup>
IPPA Anne	54 (45-58)	51 (35-68)	U = 120 <sup>AD</sup>
IPPA Baba	55 (46-60)	53.5 (36-63)	U = 144 <sup>AD</sup>
TAÖ-20	69 (45-81)	61 (45-76)	U = 101 <sup>AD</sup>
OBIÖ	352 (265-398)	365 (275-486)	U = 113 <sup>AD</sup>
RBSÖ	2 (0-6)	2 (0-6)	U = 111 <sup>AD</sup>

U: Mann Whitney U testi, Min: minimum, Maks: maksimum, AD: Anlamlı Değil ( $p > .05$ ), \* $p < .05$ , CTQ-28: Çocukluk çağı travmaları ölçeği, CAPS-CA: Çocuk ve gençler için klinisyen tarafından uygulanan TSSB ölçeği, IPPA-Anne: Anne için ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu, IPPA-Baba: Baba için ebeveyn ve arkadaşlara bağlanma envanteri kısa formu, TAÖ-20: Toronto aleksitimi ölçeği-20, OBIÖ: Offer benlik imajı ölçeği, RBSÖ: Rosenberg benlik saygısı ölçeği

#### 4.4.7 PN Grubunda Ölçeklerin Toplam Puanlarının Hastalık Belirtilerinin Başlangıç Yaşı ve Belirti Süresi İle İlişkisi

Ölçek toplam puanları ile belirtinin süresi arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki gözlenmemiştir. Ölçek toplam puanlarının hastalığın başlangıç yaşı ile ilişkisi incelendiğinde, TAÖ-20 toplam puanı ile belirtinin başlangıç yaşı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu, belirtinin başlangıç yaşı arttıkça TAÖ-20 toplam puanının arttığı gözlenmiştir ( $r = .414$ ,  $p < .01$ ). Ayrıca, RBSÖ toplam puanı ile belirtinin başlangıç yaşı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu ve belirtinin başlangıç yaşı arttıkça RBSÖ toplam puanının arttığı, dolayısı ile benlik saygısının düştüğü gözlenmiştir ( $r = .321$ ,  $p < .05$ ).

#### **4.4.8 PN Grubunda Ölçeklerin Toplam Puanlarının Belirti Sıklığı ve Hastalık Şiddeti İle İlişkisi**

PN grubundaki ergenlerin ölçeklerden aldığı toplam puanlar ile belirti sıklığı (son bir ay içerisindeki nöbet sayısı) ve KGI aracılığıyla değerlendirilen hastalık şiddeti arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır.

#### **4.4.9 PN Grubunda Ölçeklerin Toplam Puanlarının Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Alma Durumu İle İlişkisi**

PN grubundaki ergenlerin ölçeklerden aldıkları toplam puanlar ile daha önce psikiyatrik tedavi alma durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.

#### **4.5 PN Tipinde Konversiyon Bozukluğunu Yordayıcı Değişkenler**

Çalışmada araştırılan değişkenlerin PN tipinde KB için yordayıcı etkilerinin incelenmesi amacıyla lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Lojistik regresyon analizine dahil edilen değişkenler, araştırma ve kontrol gruplarında eşleştirilenler dışında, yazında KB ile ilişkili olabileceği belirtilen değişkenler ile bu çalışmada araştırma ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gösteren ölçeklerin toplam puanlarından oluşmaktadır. Bu bağlamda birinci derecede akrabalarda psikiyatrik hastalık olup olmaması, CTQ-28 toplam puanı, yaşam boyu CAPS puanı, IPPA (Anne) ve IPPA (Baba) toplam puanları, TAÖ toplam puanı, OBİÖ toplam puanı, RBSÖ toplam puanı yordayıcı değişken olarak alınmıştır. Bu model ile lojistik regresyon analizinin tüm varsayımları karşılanmış, model PN tipinde KB'deki varyansın %36.1'ini açıklamıştır (Nagelkerke R Square = .361). Modelin PN tipinde KB ile kontrol grubunu doğru ayırt etme oranı %68.4 bulunmuştur. Lojistik regresyon analizi sonucunda CTQ-28 toplam puanı, yaşam boyu CAPS puanı ve TAÖ toplam puanının PN tipinde KB için istatistiksel olarak önemli risk etkenleri olduğu görülmüştür (Tablo 4-23).

**Tablo 4-23:** PN Tipinde KB'yi Yordayan Değişkenlere İlişkin İstatistik Veriler

Yordayıcı Değişken	$\beta$	Odds Ratio	%95 Güven Aralığı
CTQ-28 toplam puanı	.101	1.106**	1.038-1.180
Yaşamboyu CAPS puanı	.024	1.024*	1.001-1.048
TAÖ toplam puanı	.070	1.073*	1.012-1.137

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , CTQ-28: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, CAPS: Çocuk ve Gençler İçin Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği, TAÖ: Toronto Aleksitimi Ölçeği

## 5 . TARTIŞMA

Bu çalışma PN tipinde KB olan ergenler ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlerin hem yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler hem de öz bildirim ölçekleri aracılığıyla PN tipinde KB ile ilişkili olabileceği düşünülen değişkenler açısından karşılaştırıldığı ve aynı zamanda PN tipinde KB olan ergenlerde eşlik eden psikopatolojilerin değerlendirildiği kesitsel bir çalışmadır. Bu bağlamda PN tipinde KB ile ilişkili olabileceği düşünülen değişkenler olarak çocukluk çağı travmaları, bağlanma güvenliği, aleksitimi, benlik imajı ve benlik saygısı değerlendirilmiştir.

PN tipinde KB olan ve kontrol grubundaki ergenlerin yaşı, cinsiyeti ve sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyi araştırılan değişkenler üzerindeki etkilerinin kontrol edilmesi amacıyla eşleştirilmiştir. Her iki grupta ergenlerin aile yapıları, anne babalarının yaş ve eğitim süresi ortalamaları, anne babaların çalışma oranları istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir.

Bu çalışmada bir üniversite hastanesinin çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvurarak PN tipinde KB tanısı alan ergenlerde kız/erkek oranı 5/1 bulunmuştur. Bu oran KB olan hastalar ile yapılan diğer araştırmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Bhatia ve Vaid 2000, Gupta ve ark. 2011, Jans ve ark. 2008). Kızlarda KB'nin erkeklerden daha fazla görülmesini, kızların sosyoekonomik ve sosyokültürel kalıpların daha yoğun baskısı altında olmaları, erkek ve kız davranışlarında kültürel etkenlere göre farklılıkların olması ile açıklamak olasıdır (Pehlivantürk 2008). KB ergenlerde çocuklara göre daha sık görülmektedir ve dokuz yaş altında görülme olasılığı düşüktür (Akdemir ve Ünal 2006). Araştırmaların çoğunda KB görülme sıklığı yaşla birlikte artmaktadır. Çocuk ve ergenlerde hastalığın başlangıç yaşının ortalama 10.3-15.1 arasında, tanı alma yaşının ortalama 12.0-12.6 arasında olduğu belirtilmiştir (Ercan ve ark. 2003, Jans ve ark. 2008, Jayant ve ark. 2007, Kozłowska 2007, Pehlivantürk ve Ünal 2002). Çalışmamızdaki hastalarda belirtilerin başlangıç yaşı ortalama 13.5, tanı alma yaşı ortalama 14.8'dir. Bu çalışmada hastalığın başlama ve tanı alma yaş ortalamalarının diğer çalışmalara göre yüksek olması yalnızca 12-18 yaş arasında başvuran ergenlerin çalışmaya dahil edilmesi ile ilişkili olabilir.



Ülkemizde ve pek çok ülkede yapılan çalışmalarda görüldüğü gibi (Ercan ve ark. 2003, Jans ve ark. 2008, Jayant ve ark. 2007, Martinez-Toboas ve ark. 2010, Pehlivantürk ve Ünal 2002) bu çalışmada da PN tipinde KB tanısı alan ergenlerin çoğu orta ve ortanın altı sosyoekonomik-sosyokültürel düzeydeki ailelerden gelmektedir. KB'nin görülme sıklığı kişilerin sosyal gelişim düzeyindeki artışla ters orantılı olmaktadır. Bu görüşe göre modern yaşam ile birlikte kişilerin gelişim düzeyi arttıkça ve kişisel özerkliğe önem verildikçe bedensel anlatım yerini psikolojik ve sözel anlatıma bırakmaktadır (Deveci ve ark. 2002). Bu durum KB belirtilerinin geri kalmış ya da gelişmekte olan toplumlarda daha yaygın olmasını açıklamaktadır. KB'nin geleneksel tarım toplumlarına özgü bir psikopatoloji olduğunun vurgulanmasına karşın, psikiyatrik bozukluğu olanların onay görmediği ya da damgalandığı her kültürde kişilerin psikiyatrik hasta olmaksızın bedensel hasta olmayı yeğledikleri bilinmektedir (Kirmayer ve Looper 2006).

Psikiyatrik hastalıkların büyük çoğunluğunda olduğu gibi KB'de de ailede psikiyatrik hastalık varlığı risk etkenlerinin başında gelmektedir. Ayrıca aile üyelerinde benzer hastalık modelinin olması KB gelişimi ile yüksek düzeyde birliktelik göstermektedir (Ercan ve ark. 2003, Kozłowska 2007). Bu ailelerde stres karşısında uygun tepki vermeyen anne babaların çocuklarının duygusal gelişimlerinde öğrenilmiş tepkilerin ortaya çıktığı ve bu çocuklarda olumsuz duyguların bastırıldığı görülmektedir (Kozłowska 2007). Çalışmamızda PN tipinde KB olan ergenlerin %59.5'inin birinci ve ikinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü bulunmaktadır. Akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü bulunan ergenlerin %64'ünde bu psikiyatrik hastalık konversiyon/somatizasyon bozukluğudur. PN tipinde KB olan ergenlerin tümü göz önüne alındığında ailelerinde %38.1 konversiyon/somatizasyon bozukluğu, %11.9 duygu durum bozukluğu, %9.5 anksiyete bozukluğu öyküsü vardır. Bulgular bu konuyu ele alan diğer çalışmaların sonuçları ile benzerlik göstermektedir (Bhatia ve Sapro 2005, Campo ve ark. 1999, Ercan ve ark. 2003, Pehlivantürk ve Ünal 2000, Uğuz ve Toros 2003). Hem Türkiye'de hem de diğer ülkelerde KB tanısı alan çocuk ve ergenler ile yapılan kontrollü birçok çalışmada, anne başta olmak üzere aile içinde ya da yakın çevrede

benzer hastalık öyküsü bulunma oranlarının yüksek olması hastalığın etyolojisinde model alma ve öğrenmenin önemli olabileceğini düşündürmektedir. Çalışmamızda aile üyelerinde benzer hastalık oranı %45.2'dir ve bu oran önceki çalışmaların sonuçlarını destekler niteliktedir (Ercan ve ark. 2003, Kerimoğlu ve Yalın 1992, Pehlivantürk ve Ünal 2000).

KB'de tanı alma için geçen süre değişken olup haftalar ile yıllar arasında değişebilmektedir (Fritz ve Campo 2002). Türkiye'de KB olan çocuk ve ergenler ile yapılan iki çalışmada KB belirtilerinin ortaya çıkışı ile psikiyatri polikliniğine başvuru arasında geçen süre 6-12 ay olarak bulunmuştur (Hesapçioğlu ve ark. 2010, Pehlivantürk ve Ünal 2000). Çalışmamızda belirtilerin başlamasıyla polikliniğimize başvuru arasında geçen süre ortalama 55 gündür. Bu çalışmada başvuru süresinin görece kısa olması, yalnızca PN tipinde KB olan ergenlerin alınması sonucunda ortaya çıkan belirtinin dikkat çekici, işlevselliği bozan ve epileptik nöbeti çağrıştıran nitelikte olmasıyla ilişkili olabilir. Pediatristlerin belirtilerin olası fiziksel nedenlerini araştırmak için ne kadar tetkik yapılması gerektiği konusunda yaşadığı belirsizlik hastaların psikiyatri bölümüne ulaşmasını güçleştirebilmektedir (Pehlivantürk 2008). Tanı alma aşamasına kadar geçen süre hastalığın gidişini belirlemekte, hastalığın tedavisinde erken psikiyatrik tanı ve müdahale kritik önem taşımaktadır (Brunquell 1995, Dale ve ark. 2010, Kozłowska ve ark. 2012). Çocuk ve ergenlerde erişkinlere göre tanı görece daha kısa sürede konulabildiğinden, tanı için geçen ortalama süre çocuk ve ergenlerde 5.5 ay, erişkinlerde 5.5 yıldır (Lempert ve Schmidt 1990). Bu nedenle çocuk ve ergenlerde KB'nin gidişinin daha iyi olduğu kabul edilmektedir (Buchanan ve Snars 1993, Jans ve ark. 2008, Kozłowska 2007).

Çalışmamızda hastaların son bir ayda ortalama 13 kez nöbet geçirdiği, bir nöbetin ortalama 21 dakika sürdüğü, hastaların %45.2'sinin en az haftada bir kez nöbet geçirdiği görülmüştür. Bu çalışmada PN tipinde KB olan ergenlerde hastalığın şiddetinin belirtilerin sıklığı ve süresi göz önüne alındığında yüksek olarak nitelendirilebilmesine karşın, KGİ ile değerlendirildiğinde orta düzeyde olduğu gözlenmektedir. Bu durum klinisyenin hastalığın şiddetini değerlendirirken belirtinin sıklığı ve süresi gibi belirtiyeye özgü değişkenlerin yanı sıra, o belirtinin kişinin

işlevselliğini ve yaşam kalitesini ne derecede etkilediğini değerlendirmesi ve işlevselliğin hastalığa özgü belirtiler dışındaki etkenlere bağlı olarak değişebilmesi ile ilişkili olabilir. Buna göre bu çalışmada hastalar görece sık nöbet geçirmelerine karşın işlevsellikleri orta düzeyde etkilenmektedir. Bu bulgu KB tanısı olan çocuk ve ergenlerde erken tanı ve tedavinin hastalığın şiddetini azalttığı ve işlevselliği arttırdığı yönündeki diğer çalışmaların bulgularını desteklemektedir (Jans ve ark. 2008, Kozłowska 2007, Pehlivan Türk ve Ünal 2002).

KB belirtilerinin hastaların okula devamlılığında aksamaya ve okul başarısında düşmeye neden olduğu pek çok çalışma ile gösterilmiştir (Bhatia ve Sapra 2005, Campo ve Fritsch 1994, Hesapçıoğlu ve ark. 2010, Pehlivan Türk ve Ünal 2002). Çalışmamızda hastalık belirtileri nedeni ile okula devam edilemeyen gün sayısı ortalama 10'dur ve devamsızlık nedeniyle hastaların okul işlevselliğinin düştüğü gözlenmiştir. KB olan çocuk ve ergenlerde okul işlevselliği hastalık belirtileri nedeniyle okula devam edememe sonucunda düşebildiği gibi, okul ve akademik beceri ile ilişkili zorlukların KB belirtilerine neden olabileceği, KB belirtilerinin başlamasıyla birlikte okul işlevselliğinin daha fazla düştüğü bilinmektedir. Okulda yaşanan zorluklar dışında KB belirtileri öncesinde pek çok stres etkeni olabilmektedir. Bu çalışmada PN tipinde KB olan ergenlerin %78.6'sında hastalık belirtileri öncesinde bir stres etkeninin olduğu, stres etkenleri arasında en sık (%40.5) aile ve arkadaşlar ile ilgili nedenlerin, ikinci sırada okul ile ilgili nedenlerin (%28.6) geldiği saptanmıştır. KB belirtilerinin temelinde acı veren düşünceleri ya da anıları bastırma ve çözülme (disosiasyon) aracılığıyla bu sorunlarla yüzleşmekten kaçınma yatmaktadır (Wyllie ve ark. 1999). Çalışmamızdaki olguların büyük bir bölümünde hastalık öncesinde psikolojik gerginlik yaratan yaşam olaylarının saptanması bu görüşü destekler niteliktedir. KB tanısı alan çocuk ve ergenler ile yapılan bir çalışmada hastalığı başlatan nedenler arasında ilişki sorunları (%52.9), ailede ya da yakın çevrede hastalık olması (%25.5) ve akademik sorunlar (%13.7) önemli rol oynamaktadır (Pehlivan Türk ve Ünal 2000). KB olan çocuk ve ergenler ile yapılan bir diğer çalışmada KB belirtileri öncesinde %82.2 oranında stres etkeninin olduğu ve bu çalışmanın sonuçlarına benzer şekilde stres etkenleri arasında aile ile ilişki sorunlarının ve okul ile ilgili problemlerin ön planda yer aldığı

gösterilmiştir (Hesapçioğlu ve ark. 2010). Ailelerin çocuklarından yüksek akademik başarı beklentisi, aile içindeki çatışma ve şiddet çocuk ve ergenleri olumsuz etkileyerek onların baş etme mekanizmalarını zorluyor olabilir. Aile içindeki çatışmanın stres etkeni olarak yüksek oranda görülmesi KB olan çocuk ve ergenlerin tedavisinde aile değerlendirmesinin ön planda tutulması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda hastaların %59'unun PN belirtisine yönelik olarak daha önce psikiyatrik tedavi aldığı belirlenmiştir. Daha önce psikiyatrik tedavi almış olma oranı, çalışmaya katılan ergenlerde belirtinin ortalama 15 aydır sürüyor olması ile ve çalışmanın üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir kurumda yapılmış olması ile ilişkili olarak yüksek olmuş olabilir. Türkiye'de birinci basamak sağlık hizmeti veren hekimler ile yapılan bir çalışmada, KB olan hastaya müdahale etmeyi en fazla hekimlerin konu hakkındaki bilgilerinin etkilediği bulunmuştur (Bediz ve ark. 2004). Bu veri, hekimlerin KB konusunda eğitim almasının hastalara yaklaşımın kalitesini yükseltebileceğini vurgulamaktadır. Ülkemizde KB olan hastaların tedavi olabilmek için hekimlerden çok dini hocalara başvurduğu (Kuloğlu ve ark. 2003) göz önüne alındığında, özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren kurumlarda çalışan hekimlerin KB ve tedavisi konusunda eğitilmesinin önemi ortaya çıkmaktadır.

Yazında KB olan hastalar ile yapılan çalışmalarda hastaların büyük çoğunluğunda KB'ye en az bir psikiyatrik tanının eşlik ettiği, eşlik eden tanıların sıklıkla diğer somatoform bozukluklar, anksiyete bozuklukları ya da duygu durum bozuklukları olduğu bildirilmektedir (Dworetzky ve ark. 2005, Larsson ve Sund 2007, Rask ve ark. 2009). Çalışmamızda PN tipinde KB olan ergenlerin %64.3'ünde PN dışında en az bir psikiyatrik hastalık bulunmaktadır ve %26.2'sinde birden fazla psikiyatrik tanı PN'ye eşlik etmektedir. PN'ye eşlik eden tanıların hastaların %42.8'inde PN dışında bir somatoform bozukluk, %31'inde anksiyete bozukluğu, %31'inde yıkıcı davranış bozukluğu, %26.2'sinde duygu durum bozukluğu ve %2.4'ünde dışa atım bozukluğudur.

PN tipinde KB olan ergen hastalarda, PN dışında KB belirtisi görülme oranı %37 ile 80 arasında değişmektedir (Pakalnis ve Paolicchi 2003, Saps ve ark. 2009).

Saps ve arkadaşlarının (2009) KB olan 237 ergen ile yaptığı bir çalışmada KB'ye en sık ağrı bozukluğunun eşlik ettiği belirtilmiştir. Bedensel yakınmaları olan 124 çocuk ve ergen ile yapılan bir çalışmada KB'ye en sık somatizasyon bozukluğunun eşlik ettiği, özellikle ağrı bozukluğunun yüksek oranda (%52.8) görüldüğü bildirilmektedir (Bisht ve ark. 2008). Bir diğer çalışmada ise PN'ye en az bir bedensel belirtinin eşlik ettiği, eşlik eden tanının sıklıkla somatoform bozukluk tanı grubundan ağrı bozukluğu olduğu belirtilmiştir (Malhi ve Singhi 2002). Bu çalışmada da PN tipinde KB olan ergen hastaların %47.6'sında PN dışında başka bir somatoform bozukluğun PN'ye eşlik ettiği, somatoform bozukluklar arasında sıklık sırası ile %28.6 ağrı bozukluğu, %7.1 farklılaşmamış somatizasyon bozukluğu, %7.1 başka türlü adlandırılmayan somatizasyon bozukluğu saptanmıştır.

PN tipinde KB olan hastalarda bu tanıya diğer somatoform bozukluklardan sonra en sık duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozuklukları eşlik etmektedir. Çalışmalarda çocuk ve ergenlerde major depresyon tanısının özellikle geç çocukluk ve ergenlik döneminde KB'ye daha sık eşlik ettiği görülmektedir (Bohman ve ark. 2010, Haavisto ve ark. 2004, Özen ve ark. 2000, Pehlivantürk 1997, Pehlivantürk ve Ünal 2002). Çalışmamızda ergenlerdeki PN'ye anksiyete bozukluklarının duygu durum bozukluklarından daha sık eşlik ettiği, duygu durum bozukluğu tanı grubundan yalnızca major depresif bozukluğun görüldüğü (%26.2) saptanmıştır. PN'si olan ergen ve erişkinlerde eşlik eden tanıların karşılaştırıldığı bir çalışmada, anksiyete bozukluğunun ergenlik döneminde daha sık eşlik ettiği gösterilmiştir (Witgert ve ark. 2005). Bu çalışmada da PN dışındaki somatoform bozukluklardan sonra PN'ye en sık eşlik eden tanı grubu anksiyete bozukluklarıdır ve hastaların %14.3'ünde yaygın anksiyete bozukluğu, %9.5'inde sosyal fobi ve özgül fobi, %7.1'inde obsesif kompulsif bozukluk bulunmaktadır. KB olan hastalar ile yapılan diğer çalışmalarda anksiyete bozuklukları tanı grubundan en sık yaygın anksiyete bozukluğunun KB'ye eşlik ettiği belirtilmektedir (Kai-Lin Huang ve ark. 2009, Mökleby ve ark. 2001). Bu çalışmanın sonuçları da dahil olmak üzere tüm bu çalışmaların sonuçları, çocuk ve ergenlerde somatoform bozuklukların ve KB belirtilerinin altta yatan ya da eşlik eden bir anksiyete ya da duygu durum bozukluğunun dışı vurumu olabileceğini düşündürmektedir.

Yazında yıkıcı davranış bozukluklarının duygu durum bozuklukları ve anksiyete bozukluklarından daha düşük oranda olmak üzere KB'ye eşlik ettiği belirtilmektedir (Binder ve Salinsky 2007, Mökleby ve ark. 2001). Kai-Lin Huang ve arkadaşlarının (2009) KB olan 42 ergen ile yaptığı bir çalışmada, hastaların %13'ünde DEHB'nin, %8.3'ünde davranım bozukluğunun KB'ye eşlik ettiği belirtilmiştir. Bu çalışmada araştırma grubundaki ergenlerin %23.8'inde DEHB, %4.8'inde davranım bozukluğu, %2.4'ünde KOKGB'nin PN'ye eşlik ettiği, özellikle DEHB'nin diğer çalışmalara göre daha sık olduğu görülmektedir. Çalışmamızın örnekleminde hastalık belirtilerini başlatan stres etkenleri arasında okul ile ilişkili olanların ikinci sırada görülmesi DEHB'nin de daha sık görülmesi ile ilişkili olabilir. Bu sonuçlar KB belirtileri olan ergenlerde okul başarısının ve uyumunun detaylı olarak değerlendirilmesi gerektiğini göstermekte ve öğretmenlerin hastalığa ilişkin bilgi düzeyinin belirtilerin okulda ele alınmasında önemli olabileceğini akla getirmektedir.

KB'de çocukluk çağında maruz kalınan travma öyküsü en az diğer bozukluklardaki kadar araştırılmış bir konudur ve özellikle PN tipinde KB olan hastalarda çocukluk çağı travmalarının sık görüldüğü bildirilmektedir (Bowman ve Markand 1996, Bowman 2000, Kristensen ve Alving 1992, Lesser 1996). Yazında sıklıkla çocukluk çağı travmalarının erişkin döneme yansımaları araştırılmış ve cinsel istismarın KB'nin etyolojik nedenlerinden biri olduğu vurgulanmıştır (Gast ve ark. 2001, Fiszman ve ark. 2004, Kisiel ve Lyons 2001, Mc Donald 2007). Lieb ve arkadaşlarının (2002) somatoform bozukluğu olan ergenler ve genç erişkinler ile yaptıkları çalışmada özellikle cinsel istismar olmak üzere çocukluk çağı travmalarının anlamlı düzeyde yüksek oranda görüldüğü belirtilmektedir. Wyllie ve arkadaşlarının (1999) PN tipinde KB olan 34 çocuk ve ergen ile yaptığı bir çalışmada, hastaların %32'sinin cinsel istismara maruz kaldığı gösterilmiştir. Ancak yazında KB olan çocuk ve ergenlerde travmatik yaşantıları araştıran yeterli çalışma bulunmamaktadır.

Çalışmamızda çocukluk çağı travmaları iki farklı araçla değerlendirilmiştir. Bunlardan biri çocukluk çağı travmalarını sorgulayan bir öz bildirim ölçeği olan CTQ-28, diğeri ise yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme aracı olan CAPS-CA'dır. CTQ-28 ölçeğinin verileri dikkate alındığında, PN tipinde KB olan ergenlerde sağlıklı kontrol grubundaki ergenler ile karşılaştırıldığında, cinsel istismar, duygusal ihmal ve duygusal istismar yaşantısının daha sık görüldüğü, fiziksel ihmal ve fiziksel istismara maruz kalma açısından her iki grup arasında fark olmadığı bulunmuştur. Çalışmaya katılan tüm ergenlerde CAPS-CA yarı yapılandırılmış klinik görüşme yöntemi ile hem travma yaşantısı hem de şimdiki ve yaşam boyu TSSB belirtileri detaylı olarak değerlendirilmiştir. PN grubunda TSSB belirtilerinin kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu, sağlıklı ergenlerden oluşan kontrol grubunda ise TSSB belirtilerine neden olabilecek düzeyde travma yaşantılayan birinin olmadığı saptanmıştır. Yazında da PN'si olan hastalardaki TSSB sıklığına bakıldığında PN'si olanlarda TSSB'nin genel topluma göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirtilmiştir (Binzer ve ark. 2004, Mökleby 2002, Rosenberg ve ark. 2000). Çalışmamızda PN tipinde KB olan ergenlerin %28.6'sının duygusal travmaya, %4.8'inin cinsel travmaya maruz kaldığı gözlenmiştir. Bu sonuçlar, özellikle son yıllarda yapılan çalışmaların vurguladığı gibi, KB ile ilişkili olabilecek nedenler arasında, çocukluk çağı travmalarından yalnızca cinsel istismarın üzerinde durulmaması gerektiğini, hastalarda duygusal ihmal ve duygusal istismarın da sık görüldüğünü (Hingray ve ark. 2011) doğrulamaktadır. Benzer şekilde, Proença ve arkadaşlarının (2011) PN'si olan 20 hasta ile yaptığı bir çalışmada, bu hastalarda duygusal travmanın diğer travmalara göre daha yüksek oranda görüldüğü bildirilmiştir. Bakvis ve arkadaşlarının (2009) PN tipinde KB olan erişkin hastalar ile yaptığı çalışmada ise, cinsel istismar ve duygusal travma benzer sıklıkta görülmüştür. Bizim çalışmamızda da çocukluk çağı travmaları toplam puanının ergenlerde PN tipinde KB gelişimi için risk etkeni olduğu bulunmuştur.

PN tipinde KB olan ergenlerde CAPS-CA ile yapılan değerlendirmede, CTQ-28 verilerine göre cinsel istismarın daha düşük oranda bulunması, ergenlerin travmayı algılama ve travmadan etkilenme süreçlerinin klinisyen tarafından yapılan klinik görüşmeler aracılığı ile daha sağlıklı değerlendirilebileceğini, yalnızca öz

bildirim ölçekleri ile travmanın boyutunu ve travmadan etkilenme derecesini belirlemenin uygun olmayacağını düşündürmektedir. Travmaya uğramış olanların %38-60'ının yaşadığı travmaya amnezik olduğu (Williams 1994) ve öz bildirim ölçekleri ile kişilerin travma yaşantılarını ifade etmede güçlük yaşadığı bildirilmektedir. Ancak yazında travma ile ilgili araştırmaların daha çok erişkinler ile ve öz bildirim ölçekleri aracılığıyla yapıldığı görülmektedir. Ergenlik döneminde travmatik yaşantıların hem öz bildirim ölçeği hem de klinik görüşme ile değerlendirilmiş olması bu çalışmanın güçlü yönlerinden biridir.

Çalışmada PN tipinde KB olan ergenlerin kontrol grubuna göre CTQ-28'deki 'travmayı küçümseme' alt ölçeği puanlarının anlamlı düzeyde yüksek olduğu, yani daha fazla travmaya maruz kalmalarına karşın travmayı küçümsedikleri ve travmanın etkilerini inkar ettikleri belirlenmiştir. İnkâr, bir olayın tüm ya da bazı yönlerini reddeden bir savunma düzeneğidir. Tehdit edici ve kabul edilemeyen durumu orada değilmiş gibi algılamaktır. Bu şekilde benlik gerçeğinin acı verici yönlerinin farkındalığını ortadan kaldırmakta ve kaygı ve acı verici duyguları azaltmaktadır. Bir dereceye kadar normal sayılabilecek bir savunma olan inkâr travma ve kayıp durumlarında sık kullanılmaktadır (Erten 2007, Grinberg 1961).

Daha önce yapılan çalışmaların sonuçlarına benzer olarak bu çalışmada da araştırma grubunda yaş arttıkça çocukluk çağı travmalarına maruz kalmanın arttığı görülmektedir. Bu durum yaş arttıkça istismara maruz kalma olasılığının artması ile açıklanabilir. Çocukluk çağı travmalarına maruz kalma anne babanın özellikleri, toplumsal sorunlar, aile içi sağlıklı etkileşim ve çocuğun gelişimsel sorunları ile ilişkili olabilmektedir (Kara ve ark. 2004). Düşük sosyoekonomik düzey, dar yaşam alanı, geniş aile yapısı, düşük eğitim düzeyi, tek ebeveynli aile, düşük evlilik kalitesi, zayıf anne baba çocuk ilişkisi, anne babada madde kötüye kullanım öyküsünün varlığı çocuğa yönelik ihmal ve istismarın ortaya çıkmasında zemin hazırlayıcı etkenler olarak bildirilmektedir (Armağan 2007, Kara ve ark. 2004). Çalışmamızda araştırma grubunda çekirdek ailede yaşamayan ve daha fazla stres etkenine maruz kalan ergenlerin travmaya daha fazla uğradığı belirlenmiştir. Bu sonuçlar ile sağlıklı



aile ilişkisinin travmaya maruz kalmayı önleyici olabileceği sonucuna varılabilmektedir.

PN tipinde KB tanısı alan ve çocukluk çağında travmaya maruz kalmış olan erişkin hastalarda, travma yaşantılamamış olanlar ile karşılaştırıldığında, duygu durum bozukluğu, anksiyete bozukluğu ve somatizasyon bozukluğu başta olmak üzere eşlik eden psikiyatrik hastalıkların daha sık görüldüğü bildirilmektedir (Bowman ve Markand 1996, Reuber 2003, Rosenberg 2000, Selkirk ve ark. 2008). Çalışmamızda ise anksiyete bozukluklarının ve somatoform bozuklukların PN'ye eşlik ettiği ergenlerde, bu hastalıkların eşlik etmediği ergenler ile karşılaştırıldığında, travmatik yaşantıların daha düşük olduğu gösterilmiştir. Bu bulgu, KB olan ergenlerde eşlik eden psikiyatrik hastalıkların travmayı hatırlama ve ifade etmedeki güçlükler ile ilişkili olabileceğini gösterebilir. Ancak bu sonucun daha iyi anlaşılabilmesi için KB olan ergenlerde eşlik eden psikiyatrik hastalıkların travmatik yaşantılar ile olan ilişkisini değerlendiren başka çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

KB olan erişkin hastaların bağlanma örüntülerini değerlendiren ve KB ile güvenli olmayan bağlanma arasında ilişki olduğunu gösteren araştırmaların bulunması, bu çalışmada PN tipinde KB olan ergenlerde bağlanma güvenliğini değerlendirmek istememize yol açmıştır. Daha önce yapılan çalışmalar KB olan erişkinlerde bağlanma bozukluklarının daha sık görüldüğünü göstermektedir. Ciechanowski ve arkadaşlarının (2002) yaptığı çalışmada bağlanma ile bedensel belirtiler arasında ilişki olduğu, kaygılı kaçınan bağlanması olan erişkinlerin daha fazla bedensel belirti gösterdiği bulunmuştur. Waller ve arkadaşlarının (2004) yaptığı çalışmada ise güvensiz bağlanmanın, bedensel belirtileri olan erişkinlerde sağlıklı bireylere göre çok daha sık görüldüğü, sağlıklı bireylerde %50-60 oranında görülen güvenli bağlanmanın somatizasyon bozukluğu olanlarda %25.7 oranında bulunduğu bildirilmektedir.

Bu çalışmaya katılan tüm ergenlerin anne ve babaları ile olan bağlanma ilişkisi IPPA ölçeği ile her iki ebeveyn için ayrı ayrı olmak üzere “güven”, “iletişim”

ve “yabancılaşma” alt boyutlarını içerecek şekilde değerlendirilmiştir. Çalışma sonucunda PN tipinde KB olan ergenlerin hem anne hem de babaları ile olan genel bağlanma güvenliği sağlıklı kontrol grubu ile farklılık göstermemiştir. Ancak bağlanmanın alt boyutları karşılaştırıldığında, PN tipinde KB olan ergenlerin hem anne hem de babaları ile olan bağlanma ilişkisinde iletişimi yüksek ancak güven duygusunu düşük algıladığı bulunmuştur. Bu sonuçlar, PN tipinde KB olan ergenlerin kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, anne babaları ile olan ilişkilerinde daha az güven duygusu hissetmelerine karşın onlarla daha fazla iletişim kurduğunu göstermektedir. Sağlıklı gelişim süreci içerisinde ergenlik döneminde bağlanmanın anne babadan arkadaşlara ve romantik ilişkilere kaydığını göz önüne alırsak, anne baba ile bağlanma ilişkisinde yeterince güven duygusu yaşayamayan PN tipinde KB olan ergenlerin akranları ile güvenli bir bağlanma ilişkisi kurmak yerine anne ve babaları ile iletişimi daha fazla tercih edebileceği sonucuna varılabilir. Kathleen ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında ergenlerin anne babaları ile güvenli bağlanmasının akranları ile olan bağlanma ilişkisi için en önemli yordayıcı etken olduğu gösterilmiştir. Ancak bu çalışmada ergenlerin arkadaşları ile olan bağlanma ilişkisi değerlendirilmemiştir. Gelecekteki çalışmalarda KB olan ergenlerde anne babaya bağlanmanın yanı sıra arkadaşlara bağlanmanın da incelenmesi bu konuda aydınlatıcı olacaktır.

Kültürümüzde anne babaların çocuk ve ergenlerin davranışlarını denetlemesi ve yaptıklarından haberdar olması, anne babaların çocuklarına ilgi ve sevgi gösterme davranış örüntüsünün bir parçası olarak algılanabilmektedir (Ercan ve ark. 2003, Pehlivan Türk ve Ünal 2002). Çalışmalarda KB olan çocuk ve ergenlerin anne babalarının çocuklarından beklentisi yüksek olan, kaygılı ve aşırı koruyucu yapıda oldukları gösterilmiştir (Bhatia ve Sapro 2005). Bu durumda çalışmamızda PN tipinde KB olan ergenlerin ölçekteki anne baba ile iletişimi değerlendiren soruları (örneğin “Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu anneme/babama anlatırım”) anne babalarının kontrol edici ya da koruyucu tutumlarını algılayarak yanıtlamaları da olasıdır. Bu görüşü değerlendirebilmek için KB olan ergenlerde anne babaya bağlanma ile anne baba tutumları arasındaki ilişkiyi kültürel bağlamda değerlendiren çalışmalara gereksinim bulunmaktadır.

Bu çalışmada PN tipinde KB olan ergenlerin çocukluk çağındaki travmatik yaşantıları arttıkça babalarına olan bağlanma güvenliğinin azaldığı bulunmuştur. Bireyin sosyal ilişkilerinde büyük öneme sahip olan güvenli bağlanmanın temelini atıldığı çocukluk yıllarında deneyimlenen travmaların, bağlanma bozukluklarına neden olduğu pek çok çalışmada gösterilmiştir (Akbaş 2001, Bosmans ve ark 2010, Coe ve ark. 1995, Fraley ve ark. 2007, Mikulincer ve Shaver 2007, Perry ve ark. 1998, Stuart ve Noyes 1999, Waters ve Waters 2006). Bakım verenler tarafından fiziksel ya da duygusal olarak ihmal edilmiş olan kişiler, yaşamın ileriki yıllarında beden işlevleri ve beden bütünlüğü ile ilgili konularda daha kırılgan olmakta ve güvensiz bağlanma örüntüleri travma mağdurlarının daha yüksek düzeyde belirti göstermesine neden olmaktadır (DePaulo 2010, Stuart ve Noyes 1999). Bu çalışmada PN tanısı alan ergenlerde çocukluk çağındaki travmatik yaşantıların artması ile babaya olan bağlanma güvenliğinin azalması, kültürel olarak baba figürünün anneye göre daha otoriter ve koruyucu olarak algılanması nedeniyle, travma yaşantısı sonrasında babayı suçlama ve babaya olan güven duygusunun azalması ile ilişkili olabilir. Tersine anne babası ile güvenli bağlanma ilişkisi olmayan çocuk ve ergenler de travmatik yaşantılara daha açık hale gelebilmektedir. Wark ve arkadaşlarının (2003) 134 üniversite öğrencisi ile yaptığı bir çalışmada, bağlanma problemleri olan çocuklarda travmatik yaşantıların anlamlı derecede yüksek olduğu gösterilmiştir.

Aleksitimi, duyguları anlamlandırma, adlandırma ve ifade etme güçlüğü olarak tanımlanmaktadır. KB belirtilerinin, duygularını sözel olarak ifade etme güçlüğü yaşayan kişilerde beden dili olduğu düşünüldüğünde, KB olan kişilerde aleksitiminin yüksek düzeyde olması beklenebilecek bir sonuçtur. Çalışmamızda PN tipinde KB olan ergenlerde sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, aleksitimik özelliklerin daha yüksek düzeyde bulunduğu ve araştırma grubundaki ergenlerin %59.5'inin, kontrol grubundaki ergenlerin %31.6'sının aleksitimik olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmanın sonucuna benzer şekilde KB ile aleksitimi arasındaki ilişki erişkinler ile yapılan pek çok çalışmada vurgulanmaktadır (Çelikel ve Saatçioğlu 2000, Ebeling ve ark. 2001, Honkalampi ve ark. 2001, Nemiah 2010, Rosik ve Soria 2012, Taylor 2000). Aleksitimik özelliklerin ortaya çıkmasında

sosyo-kültürel etkenler önemli rol oynamaktadır. Ülkemizde olduğu gibi duyguların sözel olarak ifade edilmesinin desteklenmediği toplumlarda, bastırılan duyguların beden yoluyla ifade edildiği, bedensel belirtilerin bir tür iletişim aracı ya da yardım çağrısı görevi üstlendiği ve böylece aleksitimik özelliklerin KB gelişimi için risk etkeni olduğu düşünülmektedir (Evren ve ark. 2008, Sayar ve ark. 2003, Tylee ve Gandhi 2005). Bu çalışmada da aleksitiminin ergenlerde PN tipinde KB gelişimi için risk etkeni olduğu bulunmuştur.

Çalışmamızda daha önce yapılan birçok çalışmanın sonucuna benzer şekilde PN tipinde KB olan ergenlerde yaş ile birlikte aleksitimik özelliklerin arttığı gösterilmiştir. Daha önceki çalışmalarda da aleksitiminin yaş ile ilişkili olduğu, yaş arttıkça aleksitimik özelliklerin arttığı ve duyguları ifade etmenin zorlaştığı belirtilmektedir (Berger ve ark. 2005, Bewley ve ark. 2005, Feiguine ve ark. 2010, Mattila ve ark. 2006). Duygularını ve bedensel duyularını tanıma yeteneğinde yetersizlik yaşayan aleksitimik kişilerde, umutsuzlukla ilişkili olarak benlik saygısının düşük olduğu ve özkıyım girişiminin daha sık görüldüğü belirtilmektedir (Hintikka 2004, Saarijarv ve ark. 2001). Bu çalışmada da PN tipinde KB olan ergenlerde aleksitimik özellikler arttıkça benlik saygısının düştüğü ya da benlik saygısı düşük olan kişilerde aleksitiminin daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bu durum aleksitimik özelliklerin PN gelişimi için risk etkeni olmasının yanında düşük benlik saygısı ile etkileşerek hastalık sürecini olumsuz etkileyebileceğini göstermektedir.

Benlik imajı ya da benlik algısı kişinin, diğer kişilerden gelen geri bildirimler, pekiştiriciler ve atıflar ile birlikte, deneyimleri ve çevreyi yorumlamasıyla şekillenen, kendisini algılama biçimidir (Shavelson ve ark. 1976). Benlik saygısı ise kişinin kendisini değerlendirmesi sonucunda ulaştığı benlik kavramını onaylamasından doğan beğeni durumudur. Bu çalışmada benlik algısını değerlendirmek için kullanılan OBİÖ’de kişinin duygusal uyumunu değerlendiren “duygusal düzey” alt ölçeği dışında araştırma ve kontrol grupları arasında fark olmadığı saptanmıştır. RBSÖ ile yapılan değerlendirme sonucunda ise PN tipinde KB olan ergenlerin benlik saygısının kontrol grubundakilere göre daha düşük olduğu

görülmüş ve araştırma grubundaki ergenlerin %23.8'inde, kontrol grubundaki ergenlerin %2.6'sında düşük benlik saygısı bulunmuştur. Bu sonuçlara göre PN tipinde KB olan ergenler sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, duygusal uyumlarını daha olumsuz algılamaktadır ve bu ergenlerin benlik saygısı daha düşüktür. Duygusal uyum; olumsuz durumlara karşı dayanıklılık, baş edebilme becerisi ve kendini ifade edebilme becerisi kavramlarını içerir. KB olan kişilerin aleksitimik özelliklerinin yüksek olması ve bununla bağlantılı olarak kendini ifade etmede zorlanmaları, stres karşısında uygun baş etme yöntemleri kullanmakta zorluk yaşamaları, bedensel yakınmaların çevreleriyle ilişkilerini olumsuz yönde etkilemesi bu kişilerde duygusal uyumun olumsuz olma nedenlerinin başında gelmektedir. PN tipinde KB olan ergenlerde belirtilerin akademik ve sosyal işlevselliği bozması, belirtinin doğası gereği toplumsal etiketlenmenin olması ve eşlik eden psikiyatrik hastalıkların sık görülmesi benlik saygısının düşük olmasına neden olabilir. Bu çalışmada araştırma grubunda belirtinin başlangıç yaşı arttıkça benlik saygısı düşmekte, dolayısı ile belirtinin ergenlikte başlamasının benlik saygısı üzerine daha olumsuz etkisi olmaktadır. Çalışmamızda ayrıca PN tipinde KB olan ergenlerde çocukluk çağındaki travmatik yaşantılar ile benlik algısı ve benlik saygısı arasında da ilişki gösterilmiştir. Buna göre çocukluk çağında travmatik yaşantı deneyimi arttıkça ergenlerin benlik algısı bozulmakta ve benlik saygısı düşmektedir. Travmatik yaşantıların erişkin döneme etkisini değerlendiren bir çalışmada, travma yaşantısı sonrasında kişilerde mutsuzluk, öz güvende azalma, öfke kontrolünde güçlükler, suçluluk duyguları ve bunların sonucunda benlik algısında bozulmalar olduğu gösterilmiştir (Davis ve Petretic-Jackson 2000). Çocukluk çağındaki travmaların kişinin benlik saygısını da olumsuz yönde etkilediği gösterilmektedir (Hovens ve ark. 2009, Walter ve ark. 2010). Tebbutt ve arkadaşları (1997), cinsel istismara uğramış çocukların %43'ünün travmadan beş yıl sonra düşük benlik saygısına sahip olduğunu, ileri yaş ve aile işlevlerindeki bozukluğun çocukların benlik saygısını etkilediğini saptamıştır.

Çalışmamızın sonuçlarına göre yıkıcı davranış bozukluklarının eşlik ettiği PN tipinde KB olan ergenlerin, bu bozuklukların eşlik etmediği ergenlere göre, benlik algıları daha olumsuzdur. Yazında yıkıcı davranış bozukluğu tanısı olan çocuk

ve ergenlerde benlik saygısının düşük olduğunu gösteren pek çok çalışma bulunmaktadır (Ashley ve ark. 2011, Barber ve ark. 2005, Houck ve ark. 2011). Coleman (2008), DEHB tanısı olan ergenlerde akran ilişkilerinde yaşanan sorunların ve anne babaların olumsuz geribildirimlerinin olumsuz benlik algısına ve düşük benlik saygısına yol açtığını belirtmektedir. Bu sonuçlar KB olan ergenlerde eşlik eden yıkıcı davranış bozukluğu olması durumunda benlik algısı ve benlik saygısını değerlendirmeye daha fazla dikkat etmek gerektiğine işaret etmektedir.

Bu çalışmanın çeşitli güçlü yanları vardır. Çalışma PN tipinde KB olan ergenlerde çocukluk çağı travmaları, bağlanma güvenliği, aleksitimik özellikler, benlik imajı ve benlik saygısı gibi KB ile ilişkili olabilecek değişkenleri birlikte değerlendirmiş olması nedeniyle önemlidir. Bugüne kadar yapılan çalışmalarda KB olan erişkinlerde çocukluk çağı travmaları, bağlanma güvenliği ve aleksitimik özellikler araştırılmış olsa da, ergenler ile yapılan çalışmalar oldukça kısıtlıdır. Çalışmaya yalnızca PN tipinde KB olan ergenlerin alınması araştırma grubunun klinik belirti çeşidi ve yaş grubu açısından homojen bir grup olmasını sağlamıştır. Araştırma grubundaki PN'si olan ergenlerin tümü pediatrik nöroloji bölümünde değerlendirilerek nörolojik muayene ve gerekli görülen tetkikleri yapılmış olan hastalardır. Böylece PN tanısı alan ergenlerde PN'nin epilepsiden ayırımı detaylı bir nörolojik ve psikiyatrik değerlendirme sonucunda olmuştur. Araştırma ve kontrol grubundaki ergenler yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik düzey gibi değişkenler açısından eşleştirilmiş ve anne babalarının yaş ve eğitim süresi ortalaması, çalışma durumu ve ailenin yapısı her iki grupta istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Bu değişkenler araştırılan değişkenler üzerindeki etkilerinin kontrol edilmesi amacıyla eşleştirilmiştir. Çocukluk çağı travmalarının öz bildirim ölçeğine ek olarak yarı yapılandırılmış klinik bir görüşme aracı olan CAPS-CA ile ayrıca değerlendirilmiş olması çalışmanın diğer bir güçlü yanıdır. KB olan çocuk ve ergenler ile daha önce yapılan çalışmalarda eşlik eden psikiyatrik hastalıkların yapılandırılmış klinik görüşme ile değerlendirilmesi ihmal edilmiştir. Bu çalışmada ergenlerin tümündeki psikiyatrik hastalıklar yarı yapılandırılmış bir klinik görüşme aracı olan K-SADS-PL ile taranmıştır.

Bu çalışmada PN tipinde KB olan ergenler araştırılan değişkenler açısından sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırılmıştır. Bu değerlendirme, araştırılan değişkenlerin KB olan ergenlerde normale göre nasıl bir farklılık gösterdiğine ilişkin bilgi vericidir; ancak bulguların ergenlerdeki KB'ye özgül olup olmadığını anlamamıza katkısı sınırlıdır. Gelecekteki araştırmalarda KB olan ergenler araştırılan değişkenler açısından psikiyatrik hastalıkları olan ergenler ile karşılaştırılabilir. Çalışmamızda ergenlerin anne ve babaları ile olan bağlanma ilişkileri değerlendirilmiştir. Ergenlik döneminde bağlanmanın anne babadan arkadaşlara ve romantik ilişkilere kaydığı göz önüne alınırsa, KB olan ergenlerde anne ve babaya bağlanmanın yanı sıra arkadaşlara bağlanmanın da incelenmesi bağlanma örüntüsünün daha iyi anlaşılmasını sağlayacaktır.

Çalışmanın kesitsel nitelikte olması ve örneklemin yalnızca üçüncü basamak sağlık hizmeti veren bir psikiyatri polikliniğine başvuran hastalardan oluşması, elde edilen bulguların KB olan tüm ergenlere genellenmesini güçleştirebilir. İleride daha geniş örneklem grubu ile yapılacak izlem çalışmalarına gereksinim bulunmaktadır.

## 6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma PN tipinde KB olan ergenler ile herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan ergenlerin yarı yapılandırılmış klinik görüşmeler ve öz bildirim ölçekleri aracılığıyla PN tipinde KB ile ilişkili olabileceği düşünülen değişkenler açısından karşılaştırıldığı ve PN tipinde KB olan ergenlerde eşlik eden psikopatolojilerin değerlendirildiği kesitsel bir çalışmadır. Bu bağlamda PN tipinde KB olan ergenlerde ve sağlıklı kontrol grubunda çocukluk çağı travmaları, bağlanma güvenliği, aleksitimi, benlik imajı ve benlik saygısı değerlendirilmiştir.

Çalışmada PN tipinde KB'nin kızlarda ve orta ve alt-orta sosyoekonomik-sosyokültürel düzeyli ailelerde daha sık olduğu görülmüştür. Bu sonuç toplumumuzda özellikle kırsal bölgede yaşayan ergen kızlarda KB'nin önemli bir sağlık sorunu olabileceğini göstermektedir. Daha önceki çalışmaların sonuçlarına benzer şekilde bu çalışmada da PN tipinde KB olan ergenlerin ailelerinde psikiyatrik hastalık öyküsü ve aile üyelerinde benzer hastalık modelinin bulunması sıklıkla. Bulgular KB olan ergenlerin ailelerinin psikiyatrik açıdan değerlendirilmesinin ve belirtilerin ailedeki anlamının anlaşılmasına çalışılmasının gerekliliğini ortaya koymaktadır.

PN tipinde KB olan ergenlerde PN belirtisinin başlamasından önce sıklıkla aile ve arkadaşlar ile yaşanan ilişki sorunları ve okul ile ilişkili stres etkenleri bildirilmiştir. Araştırma grubu ile yapılan klinik görüşmeler sonucunda hastaların belirtiler nedeniyle okula devam etmekte zorlandığı, okul yönetiminin ve öğretmenlerin hastalık ile ilgili bilgilerinin yetersiz olduğu ve durumu uygun ele alamadıkları görülmüştür. Aileler de belirtinin kaygı verici olması ve okul ile ilişkili zorluklar nedeniyle hastaları günlük yaşama ve okula devam etmeye yeterince teşvik edememektedir. Çocuk ve ergenlerde KB'ye ve belirtilerin aile ve okulda ele alınmasına yönelik toplumun ve eğitimcilerin bilinçlendirilmesinin hastalığın gidişini olumlu yönde etkileyeceği düşünülmektedir.



KB belirtilerinin ortaya çıkışı çoklu ve karmaşık biyopsikososyal etkenler ile ilişkilidir. Bu çalışmada PN tipinde KB olan ergenlerin, sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığında, özellikle duygusal travma olmak üzere çocukluk çağı travmalarına daha fazla maruz kaldığı, anne ve babaları ile olan bağlanma ilişkisinde daha az güven duygusu algıladıkları, duygularını anlamlandırma ve ifade etme becerilerinin yetersiz olduğu ve daha düşük benlik saygısına sahip oldukları saptanmıştır. Çocukluk çağı travmaları ve aleksitimi ergenlerde PN tipinde KB tanısını yordayan risk etkenleri olarak bulunmuştur. PN tipinde KB olan ergenlerde başta somatoform bozukluklar olmak üzere diğer psikiyatrik hastalıklar da yüksek oranda görülmüştür. Bu sonuçlar KB olan ergenlerin çok boyutlu bir bakış açısıyla değerlendirilmesi gerektiğini, KB olan ergenler ile çalışan klinisyenlerin yalnızca belirtilere odaklanmak yerine belirtilerle ilişkili olabilecek değişkenleri ele almasının tedavi sürecine ve hastalığın seyrine katkı sağlayabileceğini düşündürmektedir. Bu bağlamda çalışmanın sonuçları KB olan ergenlerde özellikle travma yaşantısının ve duyguları ifade etme becerisinin değerlendirilmesini ve gerektiğinde bu alanlarda tedavi edici müdahalelerde bulunulmasını desteklemektedir.

Bu çalışmanın sonucunda gelecekte yapılacak çalışmalar için bazı öneriler belirlenmiştir:

1. Ülkemizde çocuk ve ergenlerde de görece sık görülen KB'nin risk etkenlerini anlamaya yönelik çalışmaların yapılması toplum sağlığı açısından önemlidir.
2. Çocuk ve ergenlerde KB gelişiminde önemli olabilecek etkenlerin- özellikle travmatik çocukluk yaşantılarının ve bağlanmanın- araştırılması için daha geniş örneklem grubu ile yapılacak izlem çalışmalarına gereksinim duyulmaktadır.
3. Çocuk ve ergenlerde KB gelişimi için risk etkenlerini belirlemeye yönelik araştırmalar çocukluk çağı travmatik yaşantıları, duyguları ifade etme becerisi, anne babaya bağlanma gibi değişkenlerin yanında

arkadaşlara bağlanma ve arkadaş ilişkileri, sosyal ilişki kurma becerisi, stresle baş etme yöntemleri gibi değişkenleri de araştırmalıdır.

4. Gelecekteki çalışmalarda kontrol grubu olarak farklı psikiyatrik hastalıkları olan ergenlerin alınması bulguların KB için özgüllüğünü arttıracaktır.

**KAYNAKLAR**

1. Aamir S, Jahangir SF, Farooq S (2009), Family functioning among depressive and dissociative (conversion) patients. *J Coll Physicians Surg Pak* 19(5): 300-3.
2. Ainsworth MDS (1989), Attachments beyond infancy. *Am Psychol* 44: 709-716.
3. Akbaş T (2001), Kız ve Erkek Çocuklara Yönelik Cinsel Tacizler. *Çukurova Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 7(7): 58-75.
4. Akdemir D, Çuhadaroğlu FÇ (2008), Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümüne Başvuran Ergenlerin Klinik Özellikleri, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 15(1): 5-14.
5. Akdemir D, Ünal F (2006), Erken Başlangıçlı Konversiyon Bozukluğu: Bir Olgu Sunumu, *Türk Psikiyatri Dergisi* 17(1): 65-71.
6. Akduman GG, Ruban C, Akduman B, Korkusuz I (2005), Çocuk ve cinsel istismar. *Adli Psikiyatri Dergisi* 3: 9-14.
7. Alkın T, Tunca Z. (1997), Konversiyon bozukluğu. *Psikiyatri Temel Kitabı* içinde, C Güleç, E Köroğlu (ed). Ankara: Hekimler Yayın Birliği, s: 537-545.
8. Allen JP, Leadbeater BJ, Aber JL (1996), The development of problem behavior syndromes in at-risk adolescents. *Dev Psychopathol* 6: 323-342.
9. Allen JP, Land D (1999), Attachment in adolescence. *Handbook of Attachment Theory, Research and Clinical Applications*. New York: Guilford Press.
10. Alper K, Devinsky O, Perrine K, Vazquez B, Luciano D (1993), Nonpileptic seizures and childhood sexual and physical abuse. *Neurology* 43: 1950-1953.
11. Alper K, Devinsky O ve Perrine K (1995), Psychiatric classification of nonconversion nonpileptic seizures. *Arc Neurol* 52: 119-120.
12. American Psychiatric Association (2000), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th Ed.)*. Washington, DC: American Psychiatric Association.

13. American Psychiatric Association (2013), Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. 29.05.2013 tarihinde <http://www.psychiatry.org/File%20Library/Practice/DSM/DSM-5/Changes-from-DSM-IV-TR-to-DSM-5.pdf> adresinden indirildi.
14. Aras Ş, Ünlü G ve Varol TF (2007), Çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran hastalarda belirtiler, tanılar ve tanıya yönelik incelemeler. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 10: 28-37.
15. Armağan E (2007), Çocuk İhmali ve İstismarı: Psikoz Tablosu Sergileyen Bir İstismar Olgusu. *New Symposium Journal* 45: 170-73.
16. Armsden GC ve Greenberg M T (1987), The inventory of parent and peer attachment: Individual differences and their relationship to psychological well-being in adolescence. *J. Youth Adolesc*, 16: 427-51.
17. Ashley B E, Kristi C, Stephanie JR ve Beth K-C (2011), Academic self-concept in black adolescents: Do race and gender stereotypes matter? *Self Ident.* 10: 263-77.
18. Atmaca M, Aydın A, Tezcan E(2006), Volumetric investigation of brain regions in patients with conversion disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 30: 708-13.
19. Avbersek A ve Sisodiya S (2010), Does the primary literature provide support for clinical signs used to distinguish psychogenic nonepileptic seizures from epileptic seizures? *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 81(7): 719-25.
20. Avcı A ve Aslan H (1995), Çocuklarda obsesif kompulsif bozukluk ve konversiyon bozukluğu: Karşılaştırmalı bir klinik çalışma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 6(1): 49-53.
21. Aydın B (2005), *Child and Adolescence Psychology*. İstanbul: Atlas Publishing.
22. Azar NJ, Abou-Khalil BW (2008), Considerations in the choice of an antiepileptic drug in the treatment of epilepsy. *Semin Neurol* 28: 305-16.
23. Bakım B, Karamustafalıoğlu O, Akpınar A, Tankaya O, Özçelik B, Ceylan YC, Yavuz BG, Bozkurt S, Alpak G ve Gönenli S (2011), Panik bozukluk hastalarında çocukluk çağı travmatikyaşantılarının cinsel işlev

üzerine etkileri. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi*, 24: 182-8.

24. Baksis, P, Roelofs K, Kuyk J, Edelbroek PM, Swinkels WA ve Spinhoven P (2009), Trauma, stres, and preconscious threat processing in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 50(10): 1001-11.
25. Barach PM (1997), Personality disorder as an attachment disorder. *Diss: Prog Dissoc Dis* 4(3): 117-23.
26. Barber S, Grubbs L ve Cottrell B (2005), Self-perception in children with attention deficit/hyperactivity disorder. *J Pediatr Nurs* 20: 235-245.
27. Baumeister RF, Campbell JD, Krueger JI ve Vohs KD (2003), Does high self-esteem cause better performance, interpersonal success, or healthier lifestyles? *Psycho Sci Pub Int* 4 (1): 1-44.
28. Beach M (1994), Alexithymia and somatization: relationship to DSM III-R diagnoses. *J Psychom Res* 38 (6): 529-35.
29. Bediz U, Aydemir Ç ve Başterzi AD(2004), Hekimlerin konversiyon bozukluğuna yaklaşımını etkileyen faktörler. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 7: 73-79.
30. Berger JM, Levant R, McMillan KK, Kelleher W ve Sellers A (2005), Impact of gender role conflict, traditional masculinity ideology, alexithymia, and age on men's attitudes towards psychological help seeking. *Psychology of Men & Masculinity* 6(1): 73-78.
31. Berkhoff M, Briellmann RS, Radanov BP, Donati F ve Hess CW (1998), Developmental background and outcome in patients with nonepileptic versus epileptic seizures: a controlled study. *Epilepsia* 39: 463-69.
32. Bernet W, Ayres W ve Dunne JE (1997), Practice parameters for the forensic evaluation of children and adolescents who may have been physically or sexually abused. *J. Am Ac Child Adol Psychiatry* 36: 37-56.
33. Bernstein DP, Fink L ve Handelsman L(1994), Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. 151: 1132-36.

34. Bewley J, Murphy PN, Mallows J, Baker GA (2005), Does alexithymia differentiate between patients with nonepileptic seizures, patients with epilepsy and nonpatient controls? *Epilepsy and Behav* 7(3): 430-37.
35. Bhatia MS ve Sapra S (2005), Pseudoseizures in children: a profile of 50 cases. *Clin Pediatr (Phila)* 44(7): 617-21.
36. Bhatia MS ve Vaid L (2000), Hysterical aphonia-an analysis of 25 cases. *Indian J Med Sci* 54: 335-38.
37. Binder LM, Salinsky MC (2007), Psychogenic nonepileptic seizures. *Neuropsych Rev* 17(4): 405-12.
38. Binzer M, Stone J ve Sharpe M.(2004). Recent onset pseudoseizures: clues to etiology. *Seizure* 13:146-55.
39. Bifulco A, Figueiredo B ve Guedeney N (2004), Maternal attachment style and depression associated with childbirth: Preliminary results from a European and US crosscultural study. *Br J Psychiatry Suppl* 46: 31-37.
40. Bodde NMG, Janssen AMAJ, Theuns C, Vanhoutvin JFG, Boon PAJM ve Aldenkamp AP (2007), Factors involved in the long-term prognosis of psychogenic nonepileptic seizures. *J Psychosom Res* 62 (5): 545-51.
41. Bogutyn T, Palczynski J, Kokoszka A ve Holas P (1999), Defense mechanisms in alexithymia. *Psychol Rep* 84: 183-87.
42. Bohman H, Jonsson U, von Knorring A-L, von Knorring L, Päären A ve Olsson G (2010), Somatic symptoms as a marker for severity in adolescent depression. *Acta Paediatr* 99: 1724-30.
43. Bosmans G, Braet C, Van Vlierberghe L (2010), Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clin Psychol Psychother* 17: 374-85.
44. Bowlby J (1973), *Attachment and Loss: Cilt 2. Separation*. New York, Basic Books.
45. Bowlby J (1982), *Attachment and Loss: Cilt1. Attachment*. Hogarth Press, London.
46. Bowlby, J (1988), *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.

47. Bowman ES (1993), Etiology and clinical course of pseudoseizures. Relationship to trauma, depression, and dissociation. *Psychosom* 34: 333-42.
48. Bowman ES (2000), The differential diagnosis of epilepsy, pseudoseizures, dissociative identity disorder, and dissociative disorder not otherwise specified. *Bull Menninger Clin* 64: 164- 80.
49. Bowman ES (1996), Psychodynamics and psychiatric diagnosis of pseudoseizure subjects. *Am J Psychiatry*, 153(1): 57-62.
50. Bracken BA ve Howell KK (1991), Multidimensional self concept validation: A three-instrument investigation. *J Psychoeducational Assessment* 9: 319-28.
51. Brenan KA ve Morris KA (1997), Attachment styles, self esteem and patterns of seeking feedback from romantic partners. *Pers Soc Psychol Bull* 23(1): 23-32.
52. Brown RG ve Pluck G (2000), Negative symptoms: the ‘pathology’ of motivation and goal-directed behaviour. *Trends Neurosci.* 23: 412–17.
53. Brunner M, Lüdtke O ve Trautwein U (2008), The internal/external frame of reference model revisited: incorporating general cognitive ability and general academic self-concept. *Multiv Behav Res* 43: 137-172.
54. Bryant RA ve Das P (2012), The neural circuitry of conversion disorder and its recovery. *J Abnorm Psychol* 121(1): 289-96.
55. Buchanan N ve Snars J (1993), Pseudoseizures (non-epileptic attack disorders)-clinical management and outcome in 50 patients. *Seizure* 2: 141-146.
56. Bulut I (1998), *Psikiyatri Alanı ve Sosyal Hizmet Mesleği. Psikiyatri Temel Kitabı*, Güleç C, Koroğlu E (Ed.). Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
57. Burba B, Oswald R, Grigaliunen V, Neverauskiene S, Jankuviene O ve Chue P (2006), A controlled study of alexithymia in adolescent patients with persistent somatoform pain disorder. *Can J Psychiatry* 5(7): 468-471.

58. Buren A ve Nowicki S Jr (1997), Awareness of interpersonal style and self evaluation. *J Soc Psychol* 137: 23-34.
59. Burwell R ve Shirk S (2006), The role of self-worth contingencies in adolescent depression. *J Res Adoles* 16: 479 - 90.
60. Butchart A, Harvey AP ve Mian M (2006), Preventing child maltreatment: a guide taking action and generating evidence. WHO Press.
61. Campo P, Maestu F, Ortiz T, Capilla A, Fernandez S, Fernandez A. (2005). Is medial temporal lobe activation specific for encoding long-term memories? *Neuroimage* 25: 34-42.
62. Campo JV ve Fritsch SL (1994), Somatization in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33: 1223 -35.
63. Campo JV ve Fritz GK (2007), Somatoform disorders (). Martin, A., Volkmar, F., (Ed.). *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Baltimore: Lippincott, Williams & Wilkins s. 633-647.
64. Chandrasekaran R ve Goshami UV (1994), Hysterical Neurosis a follow up study, *Acta Psychiatry Scand* 89: 78-80.
65. Chen, DK ve Izadyar S (2010), Characteristics of psychogenic nonepileptic events among veterans with posttraumatic stress disorder: an association of semiology with the nature of trauma. *Epilepsy Behaviour*, 17(2), 188-92.
66. Cheng K ve Myers KM (2005), *Child and Adolescent Psychiatry The Essentials*. Cheng K ve Myers KM (Ed.), Philadelphia: Lippincott Williams& Wilkins, s.1208–23.
67. Chung SS, Gerber P ve Kirilin KA (2006), Ictal eye closure is a reliable indicator for psychogenic nonepileptic seizures. *Neurology* 66: 1730.
68. Ciechanowski PS, Walker EA, Katon WJ ve Russo JE (2002), Attachment theory: a model of health care utilization and somatization. *Psychosom Med* 64: 660-67.



69. Coe MT, Dalenberg CJ ve Aransky KM (1995), Adult Attachment Style, Reported Childhood Violence History and Types of Dissociative Experiences. *Dissociation* 8: 142-54.
70. Coleman WL (2008), Social competence and friendship formation in adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Adolesc Med State Art Rev* 19(2): 278-99.
71. Cooper WW, Park KS ve Pastor JT (1999), RAM: A range adjusted measure of inefficiency for use with additive models and relations to other models and measures in DEA. *Journal of. Product. Anal.* 11: 5-42.
72. Cragar DE, Berry DTR, Fakhoury TA, Cibula JE ve Schmitt FA (2002), A review of diagnostic techniques in the differential diagnosis of epileptic and nonepileptic seizures. *Neuropsychol Rev* 12: 31-64.
73. Cragar DE, Berry DT, Schmitt FA ve Fakhoury TA (2005), Cluster analysis of normal personality traits in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behaviour* 6: 593-600.
74. Crain M, Bracken R ve Bruce A (1994), Age, Race, and Gender Differences in Child and Adolescent Self-Concept: Evidence from A Behavioral Acquisition, Context-Dependent Model. *School Psychol Rev* 23(3): 496-511.
75. Çeçen AR (2008), Üniversite öğrencilerinde yaşam doyumunu yordamadabireysel bütünlük (tutarlılık ) duygusu, aile bütünlük duygusu ve benlik saygısı. *Eğitimde Kuram ve Uygulama* 4 (1): 19-30.
76. Çelikel, Ç ve Saatçioğlu Ö (2000), Konversiyon bozukluğunda aleksitiminin depresyon ve anksiyeteye etkisi. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 5: 229-234.
77. Çöpür M, Üneri ÖŞ, Aydın E (2012). İstanbul ili örnekleminde çocuk ve ergen cinsel istismarlarının karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 13: 46-50.
78. Çuhadaroğlu F(1986), Adölesanlarda Benlik Saygısı. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.

79. Dale RC, Singh H, Troedson C, Pillai S, Gaikiwari S ve Kozłowska K (2010), A prospective study of acute movement disorders in children. *Dev Med Child Neurol* 52 (8): 739-748.
80. Davis JL ve Petretic-Jackson PA (2000), The impact of child sexual abuse on adult interpersonal functioning: A review and synthesis of the empirical literature. *Aggression and Violent Behavior* 5: 291–328.
81. De Wet CJ, Mellers JDC ve Gardner WN (2003), Pseudoseizures and asthma. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 74:639: 641-44.
82. Dereboy İF (1990), Aleksitimi Özbildirim Ölçeklerinin Psikometrik Özellikleri Üzerine Bir Çalışma. (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi), Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ankara.
83. Dereboy İF (1991), Aleksitimi: Bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1(3): 157-165.
84. Deveci SE, Açık Y (2002), İlköğretim Öğrencilerinin Fiziksel Şiddete Maruziyetleri ve Yaklaşımları. Alıntı <http://www.dicle.edu.tr/~halks/m9.29.htm>
85. Diseth TH ve Christie HJ (2005), Trauma-related dissociative (conversion) disorders in children and adolescents - an overview of assessment tools and treatment principles. *Nord J Psychiatry* 59: 278-92.
86. Dökmen Ü (2000), Yarına Kim Kalacak? Evrenle Uyumlaşma Sürecinde Varolmak Gelismek Uzlaşmak. İstanbul: Sistem Yayıncılık.
87. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (1994), American Psychiatric Association, Washington, DC, s. 452-458.
88. Diaz A, Simantov E, Rickert VI (2002), Effect of Abuse on Health. *Arch Pediatr Adolesc Med* 156: 811-817.
89. Duncan SH, Lopley GE, Holtrop G, Ince J, Johnstone AM ve Louis P (2008), Human colonic microbiota associated with diet, obesity and weight loss. *Int J Obes (Lond)* 32: 1720–24.
90. Durrant J, Rickards H, Cavanna AE (2011), Prognosis and outcome predictors in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Curr* 3 (8): 198-200.

91. Dworetzky BA, Strahonja-Packard A, Shanahan CW, Paz J, Schauble B ve Bromfield EB (2005), Characteristics of male veterans with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 46(9): 1418-22.
92. Dworetzky BA, Bubrick EJ ve Szaflarski JP (2010), Nonepileptic psychogenic status: Markedly prolonged psychogenic nonepileptic seizure. *Epilepsy Behav* 19(1): 65-8.
93. Ebeling H, Moulanen I, Linna SL ve Rasanen E (2001), Somatically expressed psychological distress and alexithymia in adolescence-reflecting unbearable emotions? *Noordic Journal of Psychiatry* 55: 387-93.
94. Eminson DM (2007), Medically unexplained symptoms in children and adolescents. *Clin Psychol Rev* 27(7): 855-871.
95. Eng W, Heimberg RG ve Hart TA (2001), Attachment in individuals with social anxiety disorder: the relationship among adult attachment styles, social anxiety, and depression. *Emotion* 1(4): 365-80.
96. Ercan ES, Varan A ve Veznedaroğlu B (2003), Associated features of conversion disorder in Turkish adolescents. *Ped Int* 45: 150-5.
97. Erden D (2005), Farklı yetiştirme koşullarının aleksitimi, depresyon ve psikiyatrik belirtilerle ilişkisi. *Klinik Psikiyatri* 8: 60-6.
98. Erdoğan A, Tufan E, Karaman MG (2011), Türkiye'nin dört farklı bölgesinde çocuk ve ergenlere cinsel tacizde bulunan kişilerin karakteristik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 12: 55-61.
99. Erten Y (2007), Psikanalitik Teoriden, Psikanalitik Terapiye Eğitim Notları.
100. Escobar JI, Gara MA, Diaz-Martinez AM, Interian A, Warman M, Allen LA, Woolfolk RL, Jahn E ve Rodgers D (2007), Effectiveness of a time-limited cognitive behavior therapy type intervention among primary care patients with medically unexplained symptoms. *Annals of Family Medicine* 5(4): 328-35.
101. Evans, DW, Noam GG ve Wertlieb D(1994), Self perception and adolescent psychopathology: A clinicaldevelopmental perspective. *Am J Orthopsychiatry* 64: 293-300.

102. Evren C, Sar V ve Dalbudak E (2008), Temperament, character, and dissociation among detoxified male inpatients with alcohol dependency. *J Clin Psychol* 64: 717-27.
103. Fassler IR, Amodeo M, Griffin ML ve Clay CM (2005), Predicting long-term outcomes for women sexually abused in childhood: Contribution of abuse severity versus family environment. *Child Abuse Negl* 29: 269-84.
104. Fiszman A, Alves-Leon SV, Nunes RG, D'Andrea I ve Figueira I (2004), Traumatic events and posttraumatic stress disorder in patients with psychogenic nonepileptic seizures: a critical review. *Epilepsy Behav* 5: 818–25.
105. Ford CV ve Folks DG (1985), Conversion disorders: An overview, *Psychosomatic* 26 (5): 371-83.
106. Fraley RC, Fazzari DA ve Bonanno GA (2006), Attachment and psychological adaptation in high exposure survivors of the September 11th attack on the World Trade Center. *Pers Soc Psychol Bull* 32: 538–51.
107. Freud S (1955), *The Etiology of Hysteria*, Standard Ed. London: Hogarth Press.
108. Fritz GK ve Campo JV (2002), Somatoform Disorders. Lewis M (Ed.). *Child and Adolescent Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, s. 847-858
109. Gabbard GO (2005), *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. Washington DC, American Psychiatric Press.
110. Galambos NL, Barker ET ve Krahn HJ (2006), Depression, self- esteem, and anger in emerging adulthood: Seven-year trajectories. *Dev Psychol*, 42: 350–365.
111. Gandevia SC (1987), Assessment of hemidiaphragmatic “paralysis”. *The Am Rev Respirat Dis* 135: 1214-15.
112. Gast U, Rodewald F ve Nickel V (2001), Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *J Nerv Ment Dis* 89: 249-57.

113. Gershooft ET (2002), Corporal Punishment by Parents and Associated Child Behaviors and Experiences: A Meta Analytic and Theoretical Review, *Psychol Bull* 128: 539-79.
114. Ghosh JK, Majumder P, Pant P, Dutta R ve Bhatia BD (2007), Clinical profile and outcome of conversion disorder in a tertiary hospital of India. *J Trop Pediatr* 53: 213–214.
115. Goldstein LH, Mellers JD (2012), Recent developments in our understanding of the semiology and treatment of psychogenic nonepileptic seizures. *Curr Neurol Neurosci Rep* 12(4): 436-444.
116. Goodyer IM ve Taylor DC(1985), Hysteria. *Arch Dis Child* 60: 680-1.
117. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D ve Yasemen T (2004), Okul çağı çocukları için duygulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşam boyu şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 11: 109-116.
118. Grattan- Smith P, Fairley M ve Procopis AP (1988), Clinical features of conversion disorder. *Arch Dis Child* 63: 408-14.
119. Grinberg L (1961), Why we deny? *The Psychoanalytic Quarterly* 31: 118-38.
120. Gummit RJ (1993), Psychogenic seizures. The treatment of epilepsy; principles and practice. Philadelphia Lea & Febiger.
121. Gupta N, Bhaskar M ve Gupta DK (2011), Macroenvironmental influence on Hepatozoon lacertilis infectivity to lizard Hemidactylus flaviviridis. *J Environ Biol* 33: 127–32.
122. Gülseren Ş, Özmen E ve Önal C (1993), Konversiyon bozukluklu hastalarda belirti dağılımı ve sosyodemografik özellikler. *İzmir Devlet Hastanesi Tıp Dergisi* 31: 373-77.
123. Günaydın G, Selçuk E, Sümer N ve Uysal A (2005), Ebeveyn ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formunun psikometrik açıdan değerlendirilmesi. *Türk Psikoloji Yazıları* 8: 13-23.

124. Haavisto A, Sourander A, Multimaki P (2004), Factors associated with depressive symptoms among 18-year-old boys: A prospective 10-year follow-up study. *J Affect Disord* 83 (2-3): 143-54.
125. Hall-Patch L, Brown R, House A, Howlett S, Kemp S, Lawton G, Mayor R, Smith P, Reuber M (2010), Acceptability and effectiveness of a strategy for the communication of the diagnosis of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsia* 51(1): 70-8.
126. Hantke N, Doherty M ve Haltiner A (2007), Medication use profiles in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 10: 333-5.
127. Hazan C, Zeifman D (1994), Sex and the psychological tether. Perlman D ve Bartholomew K (Ed.), *Advances in personal relationships*, London, s.151-180
128. Hesapçioğlu ST, Aktepe E, Göker Z ve Tanrıöver S (2010), Konversiyon bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik, klinik özellikleri ve eş tanıları. *New Symposium Journal*, 48(3).
129. Hingray C, Maillard L, Hubsch C, Vignal JP, Bourgoignon F, Laprevote V, Lerond J, Vespignani H, Schwan R (2011), Psychogenic nonepileptic seizures: characterization of two distinct patient profiles on the basis of trauma history. *Epilepsy Behav* 22(3): 532-6.
130. Hintikka J, Honkalampi K, Honkanen H, Tanskanen A, Haatainen K (2004), Alexythymia and suicide ideation: A 12-month follow-up study in a general population. *Compr Psychiatry* 45: 340–3.
131. Hollifield M, Hewage C, Gunawardena C, Kodituwakku P, Bopagoda K ve Weerathnege K (2008), Symptoms and coping in Sri Lanka 20-21 months after the 2004 tsunami. *Br J Psychiatry* 192: 39-44.
132. Honkalampi K, Hintikka J, Laukkanen E, Lehtonen J, ve Viinamaki H (2001), Alexithymia and depression: a prospective study of patients with major depressive disorder. *Psychosomatics* 42: 229-34.
133. Hopp JL, LaFrance WC Jr (2012), Cognitive behavioral therapy for psychogenic neurological disorders. *The Neurologist* 18(6): 364-372.

134. Hotopf M, Chidgey J, Addington-Hall J, Ly KL(2002), Depression in advanced disease: a systematic review Part 1. Prevalence and case finding. *Palliat Med* 16(2): 81-97.
135. Houck G, Kendall J, Miller A ve Morrell P(2011), Self-concept in children and adolescents with attention deficit hyperactivity disorder. *J Pediatr Nurs* 26: 239-47.
136. Hovorka J, Nezada T ve Herman E (2007), Psychogenic nonepileptic seizures, prospective clinical experience: diagnosis, clinical features, risk factors, psychiatric comorbidity, treatment outcome. *Epileptic Disord* 9: 52-8.
137. Hovens J, Wiersma JE, Giltay EJ, Van Oppen P, Spinhoven P, Penninx B ve Zitman PG (2010), Childhood life events and childhood trauma in adult patients with depressive, anxiety and comorbid disorders vs. controls. *Acta Psychiatr Scand* 122(1): 66–74.
138. Huang KL, Su TP, Chen TJ, Chou YH, Bai YM (2009), Comorbidity of cardiovascular diseases with mood and anxiety disorder: a population based 4-year study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63(3): 401-409.
139. Işık E (1996), *Nevrozlar*, Kent Matbaası, Ankara.
140. Jans T, Schneck-Seif S Jans T, Schneck-Seif S, Weigand T, Schneider W, Ellgring H, Wewetzer C ve Warnke A (2008), Long-term outcome and prognosis of dissociative disorder with onset in childhood or adolescence. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* 2(1): 19.
141. Josephs RA, Bosson JK ve Jacobs CG (2003), Self-esteem maintenance processes: Why low self-esteem may be resistant to change. *Pers Soc Psychol Bull* 29: 920-933.
142. Kaji R (2001), Basal ganglia as a sensory gating devise for motor control. *J Med Inv*, 48: 142-6.
143. Kanner AM, Parra J, Frey M, Stebbins G, Pierree-Louis S ve Iriarte J (1999), Psychiatric and neurologic predictors of psychogenic pseudoseizure outcome. *Neurology* 53: 933-938.
144. Kaplan HI, Sadock BJ ve Grebb JA (1999), *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore, Williams and Wilkins, s: 617-632.

145. Kara B, Biçer Ü ve Gökalp AS (2004), Çocuk İstismarı. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 47: 140-51.
146. Karakaya I, Çolak B (2007), Çocuk ve Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Adli Tıbbi Değerlendirme. Adli Tıp Bülteni 12: 82-7.
147. Dwyer K, Fredstrom B, Rubin K, Booth-LaForce C., Rose-Krasnor L and Kim B (2010), Attachment, social information processing, and friendship quality of early adolescent girls and boys. J Soc Pers Relat 27(1): 91-116.
148. Kaufmann WE, Andreasson KI ve Isakson PC (1997), Cyclooxygenases and central nervous system. Prostaglandins 54: 601-24.
149. Kerimoğlu E ve Yalın A (1992), Obsessive-compulsive disorder and hysteria (conversion reaction) in children. Journal of Ankara Medical School 14: 11-8.
150. Kernberg OF(1990), Hysterical and hystriotic personality disorders psychiatry. Mitchels, R. (Ed.) Lippincott Company.
151. Keskin G ve Çam O (2005), Çocuk Cinsel İstismarına Psikodinamik Hemsirelik Yaklaşımı, Yeni Symposium 43(3): 118-25.
152. King DW, Gallagher BB, Murvin AJ, Smith DB, Marcus DFJ ve Hartlage LC (1992), Pseudoseizures: diagnostic evaluation. Neurology, 32: 18-23.
153. King KB, Reis HT, Porter LA ve Norsen LA (1993), Social support and long-term recovery from coronary artery surgery: Effects on patients and spouses. Health Psychol, 12: 56-63.
154. Kirmayer LJve Looper KJ (2006), Abnormal illness behaviour: physiological, psychological and social dimensions of coping with distress. Curr Opin Psychiatry 19(1): 54-60.
155. Kisiel CL ve Lyons JS (2001), Dissociation as a mediator of psychopathology among sexually abused children and adolescents. Am J Psychiatry 158: 1034-39.
156. Kozłowska K (2007), The developmental origins of conversion disorders. Clin Child Psycholo Psychi, 12: 487-511.



157. Kozłowska K, Brown KJ, Palmer DM, Williams LM (2013), Specific biases for identifying facial expression of emotion in children and adolescents with conversion disorders. *Psychosom Med* 75(3): 272-280.
158. Köroğlu E (2004), *Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.
159. Kristensen O, Alving J (1992), Pseudoseizures-risk factors and prognosis. A case-control study. *Acta Neurol Scand* 85: 177-180.
160. Tezcan E, Atmaca M, Kuloglu M, Gecici O, Buyukbayram A, Tutkun H (2003), Dissociative disorders in Turkish inpatients with conversion disorder. *Compr Psychiatry* 44: 324–330.
161. Kumru A (2002), Prosocial behavior within the family context and its correlates among Turkish early adolescents. Unpublished doctoral dissertation, Nebraska University, Nebraska.
162. Labate A, Cerasa A, Muala M (2012), Neuroanatomic correlates of psychogenic nonepileptic seizures: A cortical thickness and VBM study. *Epilepsia* 53: 377-385.
163. Larsson B, Sund AM (2007), Emotional/behavioural, social correlates and one-year predictors of frequent pains among early adolescents: influences of pain characteristics. *Eur J Pain* 11(1): 57-65.
164. Lempert T, Schmidt D (1990), Natural history and outcome of psychogenic seizures: a clinical study in 50 patients. *J Neur* 237(1): 35-8.
165. Lesser RP (1996), Psychogenic seizures, *Neurology* 46: 1499-1507.
166. Lesser RP (2003), Treatment and outcome of psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Curr* 3: 198-200.
167. Levy D, Kimhi R, Barak Y (1998), Antidepressant-associated mania: A study of anxiety disorders patients. *Psychopharmacology* 136: 243-246.
168. Lieb R, Zimmermann P, Friis R, Höfler M, Tholen S, Wittchen H-U (2002), The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: a prospective–longitudinal community study. *Eur Psychiatry* 17: 321–31.

169. Lin H C, Tang TC, Yen JY (2008), Depression and its association with self-esteem, family, peer and school factors in a population of 9586 adolescents in southern Taiwan. *Psychiatry Clin Neurosci* 62: 412–20.
170. Liotti G (2004), Trauma, dissociation, and disorganized attachment: three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, research, practice, training* 41: 472-486.
171. Lipschitz DS, Bernstein DP, Winegar RK ve Southwick SM (1999), Hospitalized adolescents' reports of sexual and physical abuse: a comparison of two self-report measures. *J Trauma Stress* 12: 641–54.
172. Ljungberg L (1957), Hysteria: a clinical, prognostic and genetic study. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 112: 1–62.
173. Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D ve Kroenke K (2008), Depression, anxiety and somatization in primary care: Syndrome overlap and functional impairment. *General Hospital Psychiatry*, 30: 191-9.
174. McDonald KC (2007), Child abuse: approach and management. *Am Fam Phy* 75(2): 221-8.
175. McGinley M, Carlo G (2007), Two sides of the same coin? The relations between prosocial and physically aggressive behaviors. *Journal of Youth and Adolescence* 36: 337-49.
176. Mackay S, Pircell SD (1995), Somatoform & Dissociative Disorders. *Rewiev General Psychiatry*, Goldman HH (Ed.), Appleton&Lange, New York, s. 282-301.
177. Malhi P, Singhi P (2002), Clinical characteristics and outcome of children and adolescents with conversion disorder. *Ind Ped* 39(8):747-52.
178. Marazzati D, Dell'osso B, Catena Del'Osso M(2007), Romantic attachment in patients with mood and anxiety disorders. *CNS Spectrum* 12: 751-756.
179. Marsh HW, Trautwein U, Lüdtke O(2005), Academic Self-Concept, Interest, Grades, and Standardized Test Scores: Reciprocal Effects Models of Causal Ordering. *Child Dev* 76(2): 397-416.

180. Marsh HW, Craven RG (2006), Reciprocal Effects of Self-Concept and Performance From a Multidimensional Perspective. *Perspectives on Psychological Science* 1(2): 133-163.
181. Marshall JC, Halligan PW, Fink GR(1997), The functional anatomy of a hysterical paralysis. *Cognition* 64.
182. Martinez-Taboas A, Shrout PE, Canino G, Chavez LM, Ramirez R, Bravo M, Bauermeister JJ, Ribera J ve Ribera J (2010), The psychometric properties of a shortened version of the Spanish Adolescent Dissociative Experiences Scale. *J Tra Dissoc* 5 (4): 33–54.
183. Mattila AK, Ahola K, Honkonen T, Salminen JK, Huhtala H, Joukamaa M (2007), Alexithymia and occupational burnout are strongly associated in working population. *J Psychosom Res* 62(6): 657-65.
184. Mazza M, Mazza O, Pomponi M (2009), What is the effect of selective serotonin reuptake inhibitors on temperament and character in patients with fibromyalgia? *Comp Psych*, 50: 240-244.
185. Mc Donald KC (2007), Child Abuse: aproach and management. *Am Fam Phy* 75: 221–8.
186. McKenzie P, Oto M, Russell A, Pelosi A ve Duncan R (2010), Early outcomes and predictors in 260 patients with psychogenic nonepileptic attacks. *Neurology* 74(1): 64–9.
187. MacLean PD (1949). Psychosomatic disease and the "visceral brain". *Psychosom Med* 11: 338-353.
188. Meierkord H, Will B, Fish D, Shorvon S (1991), The clinical features and prognosis of pseudoseizures diagnosed using video-EEG telemetry. *Neurology* 42: 1643-6.
189. Mellers JDC, Shaw P, Henderson M, Polkey C, David AS, Toone BK (2004), Schizophrenia-like psychosis arising de-novo following a temporal lobectomy: timing and risk factors. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 75: 1003-8.
190. Mikulincer M, Shaver P, Pereg D (2003), Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Mot Emot* 27: 77–102.

191. Mikulincer M, Shaver P (2012), Adult Attachment Orientations and Relationship Processes. *J Fam Theo & Rev* 4(4): 259-74.
192. Minuchin S, Rosman BL ve Baker L (1978), *Psychosomatic families*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
193. Mökleby K, Blomhoff Fr., Malt U, Dahlström A, Tauböll E, Gjerstad L (2002), Psychiatric comorbidity and hostility in patients with psychogenic nonepileptic seizures compared with somatoform disorders and healthy controls. *Epilepsia* 43: 193-5.
194. Murase SST, Ishii T, Wakako R ve Ohta T (2000), Polysymptomatic conversion disorder in childhood and adolescence in Japan - Early manifestation or incomplete form of somatization disorder?, *Psychot and Psychosom* 69(3): 132-6.
195. Mülâyim S, Yıldırım G (2008), Epileptik Nöbet ve Psödonöbetlerden Sonra Serum Prolaktin Düzeyleri. *Epilepsi* 14(3): 176-80.
196. Myhr G, Sookman D, Pinar G (2004), Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: a comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta psych Scandina* 109: 447-456.
197. Nader KO, Newman E ve Weathers FW (1998), Clinician Administered PTSD scale for children and adolescents for DSM-IV, CAPS-CA. White River Junction, VT: National Center for PTSD and UCLA Trauma Psychiatry Program.
198. Nemiah JC (1977), Alexithymia: theoretical considerations. *Psychot and Psychosom* 28: 199-206.
199. Nijenhuis ERS, Van E, Kusters MA (2001), Peritraumatic somatoform and psychological dissociation in relation to recall of childhood sexual abuse. *J Trauma Dissociation* 2(3): 47-66.
200. Nurcombe B (2000), *Child sexual abuse: psychopathology*. Aust NZJ .
201. Offer D, Ostrow E, Howard KI ve Atkinson R (1988), *The teenage world: Adolescent self-image in ten countries*, Plenum Medical Book Co:New York.

- 202.** Oliva M, Pattison C, Carino J (2008), The diagnostic value of oral lacerations and incontinence during convulsive ‘seizures.’ *Epilepsia* 49: 962-7.
- 203.** Özen Ş, Özbulut Ö, Altındağ A(2000), Acil serviste konversiyon bozukluğu tanısı konan hastaların sosyodemografik özellikleri, stres faktörleri, I. ve II. eksen eştanılar. *Türkiye’de Psikiyatri* 2(1): 87-96.
- 204.** Özenli Y, Yoldaşcan E, Topal K, Özçürümez G (2009), Türkiye’de Bir Eğitim Fakültesinde Somatizasyon Bozukluğu Yaygınlığı ve İlişkili Risk Etkenlerinin Araştırılması, *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 10(2): 131-6.
- 205.** Özmen E (2009), Psikoterapötik Görüşme. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics* 2(2): 45-51.
- 206.** Öztürk MO, Uluşahin A (2008), *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları Cilt 1, Nobel Tıp Kitabevleri, Ankara.*
- 207.** Pakalnis A, Paolicchi J (2003), Frequency of secondary conversion symptoms in children with psychogenic nonepileptic seizures. *Epileps Behav* 4(6): 753-6.
- 208.** Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM ve Acklin MW (1993), Alexithymia in Panic Disorder and Simple Phobia: A Comparative Study. *Am J Psychi* 150: 1105–7.
- 209.** Paterson R, Bauer P, McDonald CA, McDermott D (1997), A profile of children and adolescents in a psychiatric unit: multidomain impairment and research implications. *Aust N Z J Psychiatry* 31: 682-90.
- 210.** Pehlivan Türk B (1997), *Çocuk ve Gençlerde Somatoform Bozukluklar: Klinik Değişkenler, Depresyon ve Anksiyete Birlikteliği, (Yayınlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). Hacettepe Üniversitesi. Ankara.*
- 211.** Pehlivan Türk B, Ünal F (2000), Conversion disorder in children and adolescents: clinical features and comorbidity with depressive and anxiety disorders. *Turk J Pediatr* 42: 132-7.
- 212.** Pehlivan Türk B (2008), *Somatoform Bozukluklar. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Çuhadaroglu F, Pehlivan Türk B ve ark. (Ed.), Hekimler Yayın Birliği, Ankara.*

213. Pehlivanrk B, nal F (2002), Conversion disorder in children and adolescents: a 4-year follow-up study, *J Psychosom Res* 52: 187-91.
214. Pennebaker JW (1989), Confession, inhibition, and disease. Berkowitz, L (Ed.), *Advances in experimental social psychology*. New-York: Academic Press.
215. Polat O (2001), *ocuk ve Sıddet*, Der Yayınevi, İstanbul.
216. Proença IG, Castro L, Jorge CL, Marchetti R (2011), Emotional trauma and abuse in patients with psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy Behav* 20: 331-3.
217. Raja SN, McGee R ve Stanton W R (1992), Perceived attachments to parents and peers and psychological well-being in adolescence. *J Youth and Adolescence* 21: 471-85.
218. Rask CU, Olsen E, Elberling H, Christensen M, rnbol E, Fink P, Thomsen PH, Skovgaard A (2009), Functional somatic symptoms and associated impairment in 5–7-year-old children: the Copenhagen Child Cohort 2000. *Eur J Epidemiol* 24(10): 625-34.
219. Rauch SL, Savage CR (1997), Neuroimaging and neuropsychology of the striatum. *Psychiatric Clinics of North America* 20: 741–68.
220. Reuber M, Pukrop R, Bauer J, Helmstaedter C, Tessendorf N, Elger CE (2003), Outcome in psychogenic nonepileptic seizures: 1 to 10-year follow-up in 164 patients. *Ann Neuro* 53(3): 305-11.
221. Robinson JO, Alvarez JH ve Dodge JA (1990), Life events and family history in children with recurrent abdominal pain. *J Psychosom Res*, 34(2): 171-81.
222. Roelofs K, Keijers G ve Hoogduin K (2002), Childhood abuse in patients with conversion disorder. *Am J Psychi*, 159: 1908-13.
223. Roelofs J, Verbaak M, Keijser S (2005), Psychometric properties of a such version of the maslach burnout inventory general survey. *Stress and Health*, 21: 17-25.
224. Rosebush PI, Mazurek MF (2011), Treatment of conversion disorder in the 21st century: have we moved beyond the couch? *Curr Treat Options Neurol* 13(3): 255-66.

225. Rosenberg M (1965), *Society and adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University.
226. Rosenberg HJ, Rosenberg SD, Williamson PD (2000), A comparative study of trauma and posttraumatic stress disorder prevalence in epilepsy patients and psychogenic nonepileptic seizure patients. *Epilepsia* 41: 447-52.
227. Rosik CH, Soria A (2012), Spiritual well-being, dissociation, and alexithymia: examining direct and moderating effects. *J Trauma Dissociation* 13(1): 69-87.
228. Ruesch J(1948), The infantile personality: The core problem of psychosomatic medicine. *Psychosomatic Medicine* 10: 134-44.
229. Runyan D, Corrine W, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L (2002), Child abuse and neglect by parents and other caregivers. Krug EG, Dahlberg LL, Mercy JA, Zwi AB, Lozano R (Ed.). *World Report on Violence and Health*. Geneva: World Health Organization, s. 57-86.
230. Saarijärvi S, Salminen JK, Toikka TB (2001), Alexithymia and depression a 1-year follow-up study in outpatients with major depression. *J Psychosom Res* 51: 729-33.
231. Sabuncuoğlu O, Berkem M (2006), Bağlanma biçemi ve doğum sonrası depresyon belirtileri arasındaki ilişki: Türkiye'den bulgular. *Türk Psikiyatri Dergisi* 17: 252-8.
232. Sackellares JC, Sackellares DK (2002), Psychobiology of psychogenic pseudoseizures. Trimble M, Schmitz B (Ed.), *The neuropsychiatry of epilepsy*. Cambridge University Press, s: 210-225.
233. Sadock BJ, Sadock VA (2007), *Synopsis of Psychiatry*. Lippincott Williams and Wilkins, U.S.A.
234. Safran JD, Segal ZV (1990), *Interpersonal Process in Cognitive Therapy*. New York: Basic Books, Inc.
235. Sağduyu A, Rezaki M, Kaplan I, Özgen B ve Rezaki BG (1997), Sağlık ocağına başvuran hastalarda disosiyatif belirtiler, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 8(3): 161-169.

- 236.** Saporta J (2003), Synthesizing psychoanalytic and biological approaches to trauma: some theoretical proposals. *Neuropsychanalysis* 5(1): 97-110.
- 237.** Saps M, Seshadri R, Schaffer G, Sztainberg M, Marshall B ve Di Lorenzo C (2009), A prospective school-based study of abdominal pain and other common somatic complaints in children. *J Pediatrics* 154: 322-6.
- 238.** Sayar K, Köse S, Grabe H ve Topbas M (2005), Alexithymia and dissociative tendencies in an adolescent sample from eastern Turkey. *Psychiatry Clin Neurosci* 59: 127-34.
- 239.** Sayar K, Güleç H ve Ak I (2001), Yirmi soruluk Toronto Aleksitimi Ölçeği'nin güvenilirliği ve geçerliği. *Otuzyedinci Ulusal Psikiyatri Kongresi Bilimsel Çalışmalar Özet Kitabı*, 130.
- 240.** Baslet G, Roiko A ve Prenskey E (2010), Heterogeneity in psychogenic nonepileptic seizures: Understanding the role of psychiatric and neurological factors. *Epilepsy Behavior* 17(2): 236-241.
- 241.** Selkirk M, Duncan R, Oto M, Pelosi A (2008), Clinical differences between patients with nonepileptic seizures who report antecedent sexual abuse and those who do not. *Epilepsia* 49: 1446-50.
- 242.** Seneviratna U, Briggs B, Lowenstein D, D'Souza W (2011), The spectrum of psychogenic non-epileptic seizures and comorbidities seen in an epilepsy monitoring unit. *J Clin Neurosci* 18(3): 361-3.
- 243.** Shahid A, Shagufta J, Amir A, Wassef T ve Ibrahim A (2011), How to use your clinical judgement to screen for and diagnose psychogenic nonepileptic seizures without video electroencephalogram. *Innov Clin Neurosci* 8: 29-35.
- 244.** Shavelson RJ, Hubner JJ, Stanton GC (1976), Self-Concept: Validation of construct interpretations. *Rev Ed Res* 46(3): 407-41.
- 245.** Sifneos P E (1988), Alexithymia and its Relationship to Hemispheric Specialization Affect and Creativity. *Psychiatr Clin North Am* 11(3): 287-93.
- 246.** Sifneos PE (1996), Alexithymia, Past and Present. *Am J Psychi* 153(7).



247. Slater JT, Braun NC, Jacobs RE (1995), Induction of Pseudoseizures with Placebo Intravenous Saline, *Epilepsia* 36(6): 580-5.
248. Spence S, Crimlisk H ve Cope H (2000), Discrete neuropsychological correlates in prefrontal cortex during hysterical and feigned disorder of movement. *Lancet* 355(9211): 1243-4.
249. Spitzer C, Siebel-Jürges U, Barnow S, Grabe H, Freyberger HJ (2005), Alexithymia and Interpersonal Problems. *Psychother Psychosom* 74: 240-6.
250. Steinhausen HC, Aster M, Pfeiffer E ve Göbel D(1989), Comparative studies of conversion disorders in childhood and adolescence. *J Child Psychol Psychiatry* 30(4): 615-21.
251. Stone J, Smyth R, Carson A, Warlow C, Sharpe M (2006), La belle indifférence in conversion symptoms and hysteria: systematic review. *Br J Psychiatry* 188: 204-9.
252. Stuart S, Noyes R (1999), Attachment and Interpersonal Communication in Somatization. *Psychosomatics* 40(1): 34-43.
253. Sar V, Ross C (2006), Dissociative disorders as a confounding factor in psychiatric research. *Psychiatr Clin North Am* 29(1): 129-44.
254. Sümer N, Şendağ MA (2009), Orta Çocukluk Döneminde Ebeveynlere Bağlanma, Benlik Algısı ve Kaygı. *Türk Psikoloji Dergisi* 24 (63): 86-101.
255. Syed TU, Arozullah AM ve Suciü GP (2008), Do observer and self-reports of ictal eye closure predict psychogenic nonepileptic seizures? *Epilepsia* 49: 898-904.
256. Şahin N (1993), Offer Benlik İmgesi Ölçeği El Kitabı Basılmamış monograf, ODTÜ Psikoloji Bölümü.
257. Şar V, KundakçıT, Kızıltan E, Bakım B ve Yargıç L (1997). Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeğinin (DES-II) Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Tam Metin Kitabı, 55-64.
258. Tackett KK (2002), The Health Effects of Child Abuse: Four Pathways by Which Abuse Can Influence Health, *Child Abuse Negl*, 26: 715-729.

- 259.** Taner Y, Gökler B (2004), Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. Hacettepe Tıp Dergisi, 35: 82-86.
- 260.** Taylor GJ, Bagby RM, Ryan DP, Parker JD, Doody KF ve Keefe P (1988), Criterion validity of the Toronto Alexithymia Scale. Psychosomatic Medicine, 50(5): 500-9.
- 261.** Taylor M (1999), Imaginary Companion and the children who create them. New York Oxford University press.
- 262.** Tebbutt J, Swanston H, Oates RK, O'Toole BI (1997), Five years after child sexual abuse: persisting dysfunction and problems of prediction. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36: 330-9.
- 263.** Tıraşçı Y, Gören S (2007), Çocuk İstismarı ve İhmali, Dicle Tıp Dergisi, 34 (1): 70-4.
- 264.** Torgersen S (1986), Genetics of somatoform disorders. Arch Gen Psychiatry 43: 502-5.
- 265.** Turhan E, Sangün Ö, İnandı T (2006), Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi, STED 15: 153-7.
- 266.** Tylee A, Gandhi P (2005), The importance of somatic symptoms in depression in primary care. Prim Care Companion J Clin Psychiatry 7: 167-76.
- 267.** Ünal, F. (2008). Ailede Çocuk İstismarı ve İhmali, TSA, 1: 9-18.
- 268.** Varlı K (1999), Yalancı Epileptik Nöbetler. Klinik Psikiyatri, 2(2): 101-104.
- 269.** Voon V, Brezing C, Gallea C, Hallett M(2011), Aberrant supplementary motor complex and limbic activity during motor preparation in motor conversion disorder. Movement Disorders 26(13): 2396-403.
- 270.** Vuilleumier P, Chicherio C, Assal F, Schwartz S, Slosman D, Landis T. (2001), Functional neuroanatomical correlates of hysterical sensorimotor loss. Brain: a journal of neurology 124(6): 1077-90.
- 271.** Yalom ID, Steiner H (2008), Ergen Terapisi. Çev: Y Özkardeşler Şallı, İstanbul, Prestij Yayınları.

- 272.** Yemez B (1991), Somatoform ve diğer bozukluklarda aleksitimi üzerine kontrollü bir çalışma. Uzmanlık Tezi. Ege Üniversitesi Sosyal Bilimler Entstitüsü, İzmir.
- 273.** Walker EA, Katon WJ, Neraas K (1992), Dissociation in women with chronic pelvic pain. *Am J Psychiatry* 149: 534-537.
- 274.** Waller E, Scheidt CE, Hartmann A (2004), Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. *J Nerv Ment Dis* 192(3): 200-9.
- 275.** Walter KH, Horsey KJ, Palmieri PA ve Hobfoll SE (2010), The role of protective self-cognitions in the relationship between childhood trauma and later resource loss. *J Trauma Stress* 23(2): 264-73.
- 276.** Wark MJ, Kruczek T, Boley A (2003), Emotional neglect and family structure: impact on student functioning. *Child Abuse Negl* 27(9):1033-43.
- 277.** Waters E ve Cummings EM (2000), A secure base from which to explore close relationships. *Child Development* 71: 164-172.
- 278.** Wearden AJ, Lamberton N, Crook N, Walsh V (2005). Adult attachment, alexithymia, and symptom reporting: an extension to the four category model of attachment. *J Psychosom Res* 58(3): 279-88.
- 279.** Widdess-Walsh P, Kellinghaus C, Geller E, Bösebeck F, Schuele S ve Loddenkemper T (2010), Efficacy of electrical brain stimulation in epilepsy. *Therapy* 7(5): 481-496.
- 280.** Williams LM (1994), Recall of childhood trauma: A prospective study of women's memories of childhood sexual abuse. *J Consult Clin Psycho* 62: 1167-76.
- 281.** Wilmshurst L (2005), *Essentials of Child Psychopathology*. Hoboken, NJ, USA: John Wiley&Sons, Inc.
- 282.** Wyllie E, Glazer JP, Benbadis S, Kotagal P, Wolgamuth B (1999), Psychiatric features of children and adolescents with pseudoseizures. *Arch Pediatr Adolesc Med* 153: 244-248.

- 283.** Witgerta M, Whelessb J, Breierd J, (2005). Frequency of panic symptoms in psychogenic nonepileptic seizures. *Epilepsy & Behavior*, 6(2): 174–178.
- 284.** Zoroğlu S, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Kora M, Alyanak B (2001), Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2):69-78.

**EKLER****EK 1: Sosyodemografik ve Klinik Bilgi Formu****1.SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ**

Başvuru Tarihi:

Adı-Soyadı:

Cinsiyeti: Kız Erkek

Dosya No:

Doğum Tarihi:../../...

Yaşadığı Yer:

Yaş:

Sınıfı:

Tel :

Bilgi kaynağı:

Aile yapısı:

Anne Yaşı/Eğitimi/Mesleği...../...../.....

Baba Yaşı/Eğitimi/Mesleği...../...../.....

Kardeşler (yaş, cinsiyet):

Ailenin ortalama aylık geliri:

**2. ÖZGEÇMİŞ/SOYGEÇMİŞ BİLGİLERİ**

Gelişim öyküsü:

Prenatal Sorun/Perinatal sorun...../.....

Tıbbi hastalık öyküsü:

Kullandığı psikiyatrik ilaçlar:

Ailede psikiyatrik öykü:

Ailede tıbbi hastalık öyküsü:

Organik tanı:

Geçmişteki psikiyatrik öykü:

Ailede benzer bedensel belirti öyküsü:

### 3. KLİNİK BİLGİ

Psikiyatri polikliniğine ilk başvuru yaşı:

Başvuru yakınmasının tanımı:

Belirtinin sıklığı:

Belirtinin süresi:

Hastaneye başvurma süresi:

Belirtileri başlatan nedenler:

Belirtiler başlamadan önce fiziksel hastalık varlığı:

Hastalık nedeniyle okul devamsızlığı:

Tedavi planı:

İlaç tedavisi:

## EK 2: Hollingshead-Redich Ölçeği

Ailenin (Ebeveynin) Sosyoekonomik-Sosyokültürel Düzeyi

Her iki ebeveynin de meslek ve eğitim durumlarını esas alan, standart Hollingshead-Redich Ölçeğini kullanarak sosyoekonomik sosyokültürel düzeyi özetleyin (belirleyin). Bu belirli bir süre için ulaşılmış en üst düzeyi yansıtan “genel ya da “gestalt” bir ölçüm olacaktır. Eğer beklenmedik durumlar meydana gelmişse bunu not ediniz (örneğin; baba uzun yıllar büyük bir şirketin yöneticisi iken ağır bir depresyon nedeni ile elli yaşından sonra işsiz kalmışsa. Bu örnek bir miktar şüphe ile kesinlik arz etmeden “1” şeklinde kodlanmalıdır).

-Varlıklı, eğitimli toplumsal katmanda aile	1
-Üniversite eğitimi almış, meslek sahibi ya da yüksek idari konumda anne-baba	2
-Küçük iş adamı, beyaz yakalı ya da vasıflı işçi, lise mezunu anne-baba	3
-Yarı vasıflı işçi, lise düzeyinin altında eğitimli anne-baba	4
-Yarı vasıflı işçi, eğitimsiz, ilkokul düzeyinde eğitimli anne-baba	5
-Bilinmeyen	9

**EK 3: Klinik Global İzlenim Ölçeği (KGI)**

Hastanın Adı-Soyadı:

Tarih:

Yaş-Cinsiyet:

Değerlendirici:

Hasta Şiddeti:

Bu hasta grubu ile olan klinik deneyimlerinize dayanarak, sizce bu kişi ne kadar hasta?

1. Normal, hasta değil
2. Hastalık sınırında
3. Hafif düzeyde hasta
4. Orta düzeyde hasta
5. Belirgin düzeyde hasta
6. Ağır hasta
7. Çok ağır hasta



**EK 4: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)**

<b>ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ</b>						
<b>Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde:</b>		<b>(1) Hiç bir zaman</b>	<b>(2) Nadiren</b>	<b>(3) Zaman zaman</b>	<b>(4) Sıklıkla</b>	<b>(5) Çok sık olarak</b>
1	Yeterli yemek bulamazdım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2	Ailemdelikler bana ‘salak’, ‘beceriksiz’ ya da ‘tipsiz’ gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3	Annem ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4	Ailemde önemli ve özel biri olduğu duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5	Kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6	Sevildiğimi hissediyordum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7	Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9	Ailemdelikler bana okadar şiddetle	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

	vuruyorlardı ki vücudumda morartı veya sıyrıklar oluşuyordu.					
10	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11	Ailemde başka türlü olmasını istediğim birşey yoktu.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12	Ailemdekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
13	Aşlemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14	Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15	Ailemdekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16	Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyorum ki, öğretmen, komşu ya da doktorun bunu fark ettiği oluyor.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17	Ailemden birisi benden nefret ederdi.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18	Ailemdekiler kendilerini birbirine yakın hissederlerdi.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19	Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20	Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
21	Çocukluğum mükemmeldi.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
22	Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
23	Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
24	Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
25	Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

26	Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
27	Ailem benim için bir güç ve destek kaynağıydı.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
28	Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

### EK 5: Klinisyen Tarafından Uygulanan TSSB Ölçeği (CAPS-CA)

<b>Travmatik Olay:</b>
------------------------

<i>Yeniden yaşama belirtileri</i>	<b>ŞİMDİKİ</b>			<b>HAYATBOYU</b>		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
Elde olmayan sıkıntı verici anılar						
Sıkıntı verici rüyalar						
Olay tekrarlanıyormuş gibi davranma veya hissetme						
Olayı anımsatan şeylerle karşılaşıldığında psikolojik sorunlar						
Olayı anımsatan şeylerle karşılaşıldığında fizyolojik tepkiler						
B alttoplamı						
B kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 1)						

<i>Kaçınma ve küntleşme belirtileri</i>	<b>ŞİMDİKİ</b>			<b>HAYATBOYU</b>		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
Düşünce, duygu veya konuşmalardan kaçınma						
Etkinlikler, yerler veya insanlardan kaçınma						
Travmanın önemli bölümlerini hatırlayamama						
Etkinliklere ilgi veya katılımında azalma						
Kopukluk veya yabancılaşma						
Kısıtlı duygulanım						
<b>2. Bir geleceği kalmadığı duygusu</b>						
C alttoplamı						
C kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 3)						

<i>Artmış uyarılmışlık belirtileri</i>	<b>ŞİMDİKİ</b>			<b>HAYATBOYU</b>		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş

Uykuya dalmada veya uykuyu sürdürmede güçlük						
İrritabilite veya öfke patlamaları						
Yoğunlaşmada güçlük						
Artmış tetikte olma hali						
Abartılı irkilme yanıtı						
<u>D alttoplama</u>						
<u>D kriteri belirtilerinin sayısı (istenen 2)</u>						

<i>Bozukluğun süresi</i>	<b>ŞİMDİKİ</b>		<b>HAYATBOYU</b>	
Bozukluğun süresi en az bir ay	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET

<i>Önemli derecede sıkıntı veya işlevsellikte bozulma</i>	<b>ŞİMDİKİ</b>		<b>HAYATBOYU</b>	
Öznel sıkıntı				
Sosyal işlevsellikte bozulma				
Mesleki işlevsellikte bozulma				
2 MADDEDEN EN AZ BİRİSİ	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET

<b>TSSB TANISI</b>	<b>ŞİMDİKİ</b>		<b>HAYATBOYU</b>	
TSSB MEVCUT – TÜM KRİTERLER ŞİLANIYOR MU?	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET
(6 ay sonra)?. Geç başlangıçlı	HAYIR	EVET	HAYIR	EVET
Akut (<3 ay)?3 ay) veya kronik	akut	kronik	akut	kronik

Genel geçerlilik		
Genel şiddet		
Genel düzelme		

. İlişkili özellikler	ŞİMDİKİ			HAYATBOYU		
	Sıklık	Şiddet	S+Ş	Sıklık	Şiddet	S+Ş
Yapılan veya yapılmayan şeyler hakkında suçluluk						
Hayatta kalmaktan / kurtulmaktan suçluluk duyma						
Çevrenin farkında olma durumunda azalma						
Derealizasyon						
Depersonalizasyon						

**EK 6: Ebeveyn Ve Arkadaşlara Bağlanma Envanteri Kısa Formu (EABE, Short Form Of Inventory Of Parent And Peer Attachment, IPPA)**

**IPPA-ANNE**

Aşağıda, anneniz ve babanızla olan ilişkileriniz hakkında cümleler verilmiştir. Her bir cümlede anlatılan durumu ne sıklıkla yaşadığınızı 7 aralıklı ölçek üzerinde, ilgili rakam üzerine çarpı (X) koyarak gösteriniz. Bunu anne ve babanız için ayrı ayrı yapmanızı istemekteyiz. Hiçbir maddenin doğru ya da yanlış cevabı yoktur. Önemli olan her cümle ile ilgili olarak kendi durumunuzu doğru bir şekilde yansıtmanızdır. Anne ve/veya babanızı kaybetmişseniz yetişmenizde en çok katkısı olan kişiyi göz önüne alınız.

**Aşağıdaki maddeleri annenizle ilişkinizi göz önünde bulundurarak doldurunuz.**

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Asla

Bazen

Daima

1. Annem duygularıma saygı gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
2. Annem başka biri olsun isterdim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Annem beni olduğum gibi kabul eder.	1	2	3	4	5	6	7
4. Sorunlarım hakkında annemle konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissedirim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Evde kolayca keyfim kaçır.	1	2	3	4	5	6	7
6. Annemin kendi problemleri olduğundan, onu bir de kendiminkilerle sıkıkmak istemem.	1	2	3	4	5	6	7
7. Kim olduğumu daha iyi anlamamda annem bana yol gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
8. Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu anneme anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
9. Anneme kızgınlık duyuyorum.	1	2	3	4	5	6	7

10. Annemden pek ilgi görmüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kızgın olduğumda annem anlayışlı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
12. Annem bir şeyin beni rahatsız ettiğini hissederse, bana nedenini sorar.	1	2	3	4	5	6	7



**IPPA-BABA**

Aşağıdaki maddeleri babanızla ilişkinizi göz önünde bulundurarak doldurunuz.

1-----2-----3-----4-----5-----6-----7

Asla

Bazen

Daima

1. Babam duygularıma saygı gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
2. Babam başka biri olsun isterdim.	1	2	3	4	5	6	7
3. Babam beni olduğum gibi kabul eder.	1	2	3	4	5	6	7
4. Sorunlarım hakkında babamla konuştuğumda kendimden utanırım ya da kendimi kötü hissederim.	1	2	3	4	5	6	7
5. Evde kolayca keyfim kaçar.	1	2	3	4	5	6	7
6. Babamın kendi problemleri olduğundan, onu bir de kendiminkilerle sıkmak istemem.	1	2	3	4	5	6	7
7. Kim olduğumu daha iyi anlamamda babam bana yol gösterir.	1	2	3	4	5	6	7
8. Bir sorunum olduğunda ya da başım sıkıştığında bunu babama anlatırım.	1	2	3	4	5	6	7
9. Babama kırgınlık duyuyorum.	1	2	3	4	5	6	7
10. Babamdan pek ilgi görmüyorum.	1	2	3	4	5	6	7
11. Kırgın olduğumda babam anlayışlı olmaya çalışır.	1	2	3	4	5	6	7
12. Babam bir şeyin beni rahatsız ettiğini hissederse, bana nedenini sorar.	1	2	3	4	5	6	7

**EK 7: Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)**

<b>TORONTO ALEKSİTİMİ ÖLÇEĞİ</b>		<b>(1) Kesinlikle katılmıyorum</b>	<b>(2) pek katılmıyorum</b>	<b>(3) kararsızım</b>	<b>(4) kısmen katılıyorum</b>	<b>(5) kesinlikle katılıyorum</b>
1	Çoğu zaman hissettiğim duygularımın ne olduğunu tam olarak bilemem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
2	Duygularımı tam olarak anlatacak sözcükleri bulmak benim için zordur.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
3	Bedenimde öyle şeyler hissediyorum ki, doktorlar bile ne olduğunu anlayamıyorlar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
4	Duygularımı kolayca anlatabilirim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
5	Sorunları sadece tanımlamaktan çok onları analiz de ederim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
6	Canım sıkkın olduğunda,üzüntülü mü, korkulu mu, yoksa kızgın mı olduğumu bilmem.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
7	İçimdeki hisler beni sık sık şaşkına çeviriyor.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
8	Olayların nedenine, niçinine kafa yormaktan çok, işleri olurluna bırakmayı tercih ederim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
9	Tam olarak tanıyamadığım duygularım var.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
10	Şnsanların duygularıyla ilişkide olması gereklidir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
11	İnsanlar hakkında neler hissettiğimi tanımlamak benim için zordur.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
12	İnsanlar, duygularımı daha fazla anlatmamı isterler.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

13	İçimde neler olup bittiğini bilmiyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
14	Çogu zaman nçin kızgın olduğumu bilmiyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
15	İnsanlarla, ne hissettiklerinden çok onların günlük faaliyetleri hakkında konuşmayı tercih ederim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
16	Psikolojik içerikli oyunlardan ziyade 'hafif' eğlendirici gösterileri izlemeyi tercih ederim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
17	İçimdeki duygularımı yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
18	Sessiz kaldığım anlarda bile, kendimi birisine yakın hissederim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
19	Kişisel sorunları çözmek için duygularımı gözden geçirmeyi faydalı bulurum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>
20	Filmlerdeki veya oyunlardaki gizli anlamları araştırmak bunlardan zevk almayı engeller.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

**EK 8: Offer Benlik İmajı Ölçeği (OBİÖ)**

<b>OFFER BENLİK İMAJI ÖLÇEĞİ</b>		<b>(1) Beni çok iyi tanımlıyor</b>	<b>(2) Beni iyi tanımlıyor</b>	<b>(3) Beni az çok iyi tanımlıyor</b>	<b>(4) Beni pek tanımlamıyor</b>	<b>(5) Beni bazen hiç</b>	<b>(6) Beni hiç tanımlamıyor</b>
1	İnsanlarla beraberken birinin benimle alay edeceğinden korkarım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
2	Gelecekte ana ve babamın benimle gurur duyacaklarını sanıyorum..	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
3	Sırf zevk olsun diye birine zarar vermeye kalkmam	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
4	Kolayca sinirlenirim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
5	Ana ve babam her zaman kardesimi veya bir baskasını kayırırlar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
6	Karsi cins beni sıkıcı bulur.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
7	Çoğu zaman kendimi gergin hissedirim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
8	Pikniklerde ve partilerle genellikle kendimi yalnız hissedirim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
9	Gelecekte ana ve babam benim hakkımda düs kırıklığına uğrayacaklar.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
10	Bazen kontrol edemeyecek gibi olduğum ağlama ve gülme krizlerim oluyor.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
11	Azmedersem hemen her şeyi yapabilirim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
12	Sık sık babamın bir işe yaramadığını düşünürüm.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

13	Çoğu zaman aklım karışıktır	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
14	Kendimi, tanıdığım pek çok insandan daha aşağı hissederim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
15	Ana ve babamı anlamak benim için çok zor.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
16	Karmasık seyleri bir düzene koyup onlardan anlam çıkarmaktan hoşlanmam	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
17	Geçen yıl sağlığım beni çok kaygılandırdı	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
18	Bazı sakalar bazen eğlenceli oluyor.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
19	Suçlu olmasam da çoğu kez kendimi suçlarım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
20	Fiziksel yapım normaldir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
21	Çoğu zaman mutluyum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
22	Elestirileri gücenmeden kaldırabilirim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
23	Bazen kendimden o derece utanırım ki bir köseye saklanıp ağlamak isterim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
24	Gelecekteki mesleğimden gurur duyacağımdan eminim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
25	Duygularım kolayca incinir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
26	Arkadaşlarımdan birine çok kötü bir şey olursa ben de üzülürüm	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
27	Kendimin de hatalı olduğumu bilsem bile suçu baskasına yüklerim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
28	Gelecekteki görüntüm bana doyum veriyor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
29	Duygusal bakımdan kendimi çoğu zaman bos hissederim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
30	Çalışmaktansa boş oturup aylakça vakit geçirmeyi yeğlerim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

31	Her zaman doğru söylemek hiç de gerekli değildir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
32	Toplumumuz bir rekabet toplumdur ve ben bundan korkmuyorum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
33	Ana ve baba çoğu zaman iyi geçinirler	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
34	Bazı insanların sebepsiz yere benden hoslanmadıklarını hissediyorum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
35	Yeni arkadaşlıklar kurmayı zor buluyorum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
36	Çok kaygılıyım	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
37	Ana ve babam sert oldukları zaman onlara kızsam bile haklı olduklarını hissedirim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
38	Bir baskısıyla yakından çalışmak bana zevk vermez	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
39	Vücudumdan gurur duyuyorum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
40	Bazen gelecekte ne gibi bir iş yapacağımı düşünürüm	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
41	Baskı altında dahi sakin olmaya çalışırım	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
42	Büyüyüp bir aileye sahip olduğumda ailem bazı yönlerden simdiki aileme Benzeyecek	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
43	Zaman zaman yasama sevincimi yitiriyorum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
44	Arkadas edinmek benim için çok zordur	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
45	Yasamımın geri kalan kısmını çalışmaktansa baskalarından destek olarak geçirmek isterim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
46	Ailedeki kararların alınmasında benim de rolün olduğunu hissedirim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

47	Elestirilerden bir seyler öğreneceğimi düşündüğüm için incinmem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
48	Kendimi çok yalnız hissederim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
49	Kendim için bir seyler elde ediyorsam davranışlarımın baskalarını nasıl etkileyeceği beni ilgilendirmez	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
50	Hayattan zevk alırım	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
51	Çoğu zaman sakin bir mizacım vardır	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
52	Đyi yapılmıs bir is bana zevk verir.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
53	Ana ve babam genellikle bana karşı sabırlıdır	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
54	Bana, sevdiğim kisileri taklit etmek zorundaymısım gibi geliyor	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
55	Kendileri mutsuz bir çocukluk geçirdiklerinden ana babalar genellikle insanları Anlamazlar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
56	Yasıtlarımla beraber olmaktansa yalnız olmayı tercih ederim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
57	Bir şeyi yapmaya karar verdiğimde onu yaparım	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
58	Kızların/erkeklerin beni çekici bulduğunu düşünürüm	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
59	Diğer insanlardan öğreneceğim pek çok şey olduğunu hissederim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
60	Đzlediğim filmler konusunda seçici davranırım	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
61	Sürekli olarak bir seylerden korkarım	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
62	Çoğu zaman, hiç de olmak istemediğim bir kisi olduğumu hissederim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
63	Elimden geldiği sürece arkadaşlarıma yardım etmeyi severim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

64	Yeni bir durumla karşılaşacağımı bilirsem, onun hakkında önceden mümkün olduğu kadar bilgi edinmeye çalışırım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
65	Çoğu zaman evde sorun olduğumu hissedirim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
66	Diğer insanlarla beni tasdik etmezlerse çok bozulurum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
67	Ana babamdan birini diğerinden daha çok severim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
68	Diğer insanlarla beraber olmak bana zevk verir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
69	Bir iste başarısızlığa uğradığımda, bir daha başarısız olmamak için ne yapabileceğimi bulmaya çalışırım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
70	Genellikle kendimi çirkin ve sevimsiz bulurum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
71	Cinsiyet ile ilgili konularda kendimi cahil ve tecrübesiz hissediyorum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
72	Sürekli hareket halinde olmama karşın işleri bitiremiyorum.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
73	Diğer insanlar bana baktıklarında iyi gelismemis olduğumu düşünüyor olmalıdır.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
74	Annem ve babam benden utanıyorlar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
75	Gerçeği düsten ayırt edebileceğime inanırım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
76	Cinsiyet ile ilgili konularda düşünmek ve konuşmak beni ürkütüyor.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
77	Kendimi güçlü ve sağlıklı hissedirim.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
78	Üzüntülü olsam da iyi bir espriden zevk alırım.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>



79	Çoğu zaman evden uzak kalmaya çalışırım	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
80	Hayatı, görünürde çözümü olmayan sonsuz sorunlar dizisi olarak görürüm.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
81	Kararlar verebilecek durumda olduğumu hissediyorum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
82	Yıllardır ana babama karşı kin beslemekteyim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
83	Gelecekte kendim için sorumluluklar alamayacağımdan eminim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
84	Hiçbir şekilde bir marifetim olmadığını düşünüyorum	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
85	Basıma gelecek bir olayın üstesinden nasıl gelebileceğimi önceden düşünmem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
86	Çoğunlukla ana ve babam benden hosnutturlar	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
87	Arkadaş edinmede belirli bir güçlükle karşılaşmam	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
88	Zor problemleri çözmekten hoşlanmam.	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
89	Okul ve dersler benim için çok az şey ifade eder	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
90	Cinsiyet ile ilgili konular bana zevk verir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
91	Sık sık annemin ise yaramadığını hissedirim	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
92	Bir kız/erkek arkadaşımın olması benim için çok önemlidir	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
93	Bana güven vermeyen kişilerle dost olmak istemem	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
94	Kisinin geleceği hakkında biraz kaygılanması, geleceğin daha iyiye	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>



### EK 9: Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ)

	Çok doğru	Doğru	Yanlış	Çok yanlış
1.Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.				
2.Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.				
3.Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.				
4.Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar birşeyler yapabilirim.				
5.Kendimle gurur duyacak fazla birşey bulamıyorum.				
6.Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.				
7.Genel olarak kendimden memnunum.				
8.Kendime karşı fazla saygı duyabilmeyi isterdim.				
9.Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığımı düşünüyorum.				
10. Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığını düşünüyorum.				

**EK 10: Klinik Olarak Epilepsi/PN Ayırıcı Tanı Formu**

Genellikle nedensizdir ya da travma, madde yoksunluğu gibi tıbbi bir neden bulunabilir.	Psikososyal zorlanmaların varlığı dikkat çeker.
1-2 dakika sürer.	Saatlerce devam edebilir.
Aniden ve beklenmedik bir şekilde gelişir. Düşme ve çarpmaya bağlı yaralanmalar ortaya çıkabilir.	Genellikle başkalarının gözü önünde gerçekleşir ve yaralanma nadirdir.
Miksiyon/defekasyon görülebilir.	Genellikle görülmez.
Uyku da dahil olmak üzere günün herhangi bir saatinde görülebilir.	Genellikle bir stresten sonra gündüz saatlerinde ortaya çıkar.
Ani bilinç yitimi olur.	Bilinç yitimi olabilir/olmayabilir.
Hasta olup bitenin farkında değildir.	Hasta konuşulanları duyduğunu ancak cevap veremediğini belirtebilir.
Nöbet sırasında ağrılı uyaranlara yanıt yoktur.	Genellikle ağrılı uyaranlara yanıt vardır.
Kornea ve cilt refleksleri alınmaz.	Kornea ve cilt refleksleri normaldir.
Patolojik reflex görülebilir.	Patolojik reflex görülmez.
Nöbet ardından uyku ve konfüzyon olur.	Nöbet ağrılar ve sıkıntılı görünümle sonlanır ve genellikle sonrasında rahatlama vardır.
EEG genellikle bozuktur.	EEG genellikle normaldir.