T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM ve ARAŞTIRMA MERKEZİ

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TANISI OLAN ERGENLERDE OTİSTİK BELİRTİLERİN SOSYAL BİLİŞ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Buket CANLAN ÖZAYDIN

İZMİR/2024





T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

İZMİR DR. BEHÇET UZ ÇOCUK HASTALIKLARI VE CERRAHİSİ EĞİTİM ve ARAŞTIRMA MERKEZİ

ÇOCUK ve ERGEN PSİKİYATRİSİ

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TANISI OLAN ERGENLERDE OTİSTİK BELİRTİLERİN SOSYAL BİLİŞ ÜZERİNE ETKİSİ

Dr. Buket CANLAN ÖZAYDIN

1.TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Fatma Sibel DURAK

2.TEZ DANIŞMANI

Doç. Dr. Börte GÜRBÜZ ÖZGÜR

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) birimi tarafından TPF-23011 Proje Kodu ile desteklenmiştir.

İZMİR/2024

TEŞEKKÜR

Asistanlık hayatımın son dönemlerinde bana destek olan, hem akademik hem de kişisel anlamda rehberlik eden, kliniğimizde güzel ve huzurlu bir çalışma ortamı sağlayan, içtenlikle zaman ayırıp bilgi ve deneyimlerini aktaran kendilerinden çok şey öğrendiğim sevgili hocalarım Doç. Dr. Nagihan Cevher Binici'ye ve sevgili tez danışmanım Doç. Dr. Fatma Sibel Durak'a,

Asistanlığım boyunca hekimliğimin hem akademik hem kişisel anlamda gelişmesine büyük katkıları olan, her zaman rehberlik eden ve desteğini esirgemeyen sevgili tez danışmanım Doç. Dr. Börte Gürbüz Özgür'e,

Asistanlık sürecimde mesleki kimliğimin gelişmesini sağlayan, iyi hekimlik konusunda yolumu aydınlatan saygıdeğer hocam Prof. Dr. Hatice Aksu'ya,

Kliniğimizde güzel bir çalışma ortamı olmasına katkıda bulunan tüm asistan arkadaşlarıma ve tüm klinik personeline,

Bana umut etmeyi, etik değerleri, meslek ahlakını ve şükran duymayı öğreten annem Ferhan CANLAN, babam Mehmet CANLAN ve ablam Demet CANLAN'a

Bana cesaret etmeyi ve adalet duygusunu öğreten, bana her zaman destek olan, benim değerli yol arkadaşım ve meslektaşım, sevgili eşim Yiğit ÖZAYDIN'a

Kendilerinden çok şey öğrendiğim hastalarıma ve yakınlarına sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER TABLOSU

Sayfa

TEŞEKKÜR.....i

İÇİNDEKİLER.....ii

TABLOLAR DİZİNİ.....vii

ŞEKİLLER DİZİNİ.....ix

GRAFİKLER DİZİNİ.....x

KISALTMALAR DİZİNİ.....xi

ÖZET.....xiii

ABSTRACT.....xv

1. GİRİŞ.....1

2. GENEL BİLGİLER.....4

2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu.....4

2.1.1. Tanımlar.....4

2.1.2. Tarihçe.....5

2.1.3. Epidemiyoloji.....7

2.1.4. Etiyoloji.....8

2.1.4.1. Bireysel Faktörler.....9

2.1.4.2. Psikolojik Teoriler.....9

2.1.4.2.1 Psikodinamik Teoriler.....10

2.1.4.2.2 Bilişsel Davranışçı Teoriler.....10

2.1.4.2.3 Biyolojik Teoriler.....12

2.1.5. Klinik Özellikler ve Tanı Ölçütleri.....15

2.1.5.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Klinik Özellikleri.....15

2.1.5.2. Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri.....17

2.1.5.3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu ICD-10 Tanı Ölçütleri.....19
2.1.5.4. Klinik Görünüm Ayırıcı Tanı ve Komorbidite.....19
2.1.5.5. Tedavi.....21
2.2. Sosyal Biliş.....22
2.2.1. Tanım.....22
2.2.2. Travmada Sosyal Biliş.....23
2.3. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Otistik Belirtiler.....24
2.3.1. Tanım.....24
2.3.2. Travmada Otistik Belirtiler.....25
3. AMAÇ VE HİPOTEZ.....27
3.1. Amaç.....27
3.2. Hipotezler.....27
4. GEREÇ VE YÖNTEM.....29
4.1. Çalışma Yöntemi.....29
4.1.1. Çalışmanın Yapıldığı Yer.....29
4.1.2. Çalışmanın Süresi.....29
4.1.3. Çalışmanın Etik Kurul Onayı.....29
4.1.4. Çalışmanın Bütçesi.....29
4.1.5. Çalışmanın Deseni.....29
4.1.6. Araştırmanın Örneklemi.....30
4.1.7. Olgu ve Kontrol Grupları.....32
4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçekler.....35
4.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu.....35
4.2.2. Sosyodemografik Veri Formu.....35
4.2.3. Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2) 35

4.2.4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T) Tanı Görüşme Çizelgesi.....36

4.2.5. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R; Wechsler İntelligence Scale for Children-Revised) 37

4.2.6. Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu.....37

4.2.7. Otizm Spektrum Anketi-Ergen Versiyonu (OSA-Ergen) [Autism Spectrum Quotient-Adolescent (AQ Adolescent)] 38

4.3. Sosyal Biliş Testleri.....39

4.3.1. Yüzler Testi (Faces Test) 39

4.3.2. Gözlerden Zihni Okuma Testi (Gözler Testi) (Reading The Mind in the Eyes Test) 39

4.3.3. Beklenmedik Sonuçlar Testi-BST (The Unexpected Outcomes Test) 40

4.3.4. Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi- AİKT (Comprehension Test) 40

4.3.5. Faux PAS (Gaf Testi) 40

4.4. İstatistiksel Analiz.....41

5. BULGULAR…….....42

5.1. Sosyodemografik Özellikler.....42

5.2. Klinik Özellikler.....45

5.3. Sosyal Biliş.....51

5.4. Otistik Belirtiler.....55

5.5. Sosyal Biliş Testleri ile TSSB Şiddet Ölçeği Korelasyon Analizi Sonuçları.59

5.6. Otizm Spektrum Anketi ile TSSB Şiddet Ölçeği Korelasyon Analizi Sonuçları 59

5.7. Sosyal Biliş Testleri ile TSSB Şiddet Ölçeği Puanlarının Lineer Regresyon

Analizi Sonuçları.....61

5.8. Mediasyon Analizi Sonuçları.....61

5.8.1 Direkt Etki.....61

5.8.2 Dolaylı (Aracı) Etki.....58

6. TARTIŞMA.....64

7. SONUÇ VE ÖNERİLER.....78

7.1. Çalışmamızın Kısıtlılıkları.....82

7.2. Çalışmamızın Güçlü Yanları.....82

KAYNAKLAR.....84

EKLER.....101

Ek 1. Etik Kurul Onayı.....101

Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu.....102

Ek 3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Şiddet Ölçeği Çocuk Formu.....104

Ek 4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T) Tanı Görüşme Çizelgesi.....105

Ek 5. Otizm Spektrum Anketi-Ergen Versiyonu (OSA-Ergen) [Autism Spectrum Quotient-Adolescent (AQ Adolescent)] 106

Ek 6. Yüzler Testi (Faces Test) 107

Ek 7. Gözlerden Zihni Okuma Testi (Gözler Testi) (Reading The Mind in the Eyes Test).....108

Ek 8. Beklenmedik Sonuçlar Testi-BST (The Unexpected Outcomes Test).....109

Ek 9. Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi- AİKT (Comprehension Test)...110

Ek 10. Faux PAS (Gaf Testi) 111

Ek 11. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) (Çocuk Formu-Olgu) 112

Ek 12. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) (Çocuk Formu-Kontrol)

.....115

Ek 13. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) (Ebeveyn Formu-Olgu) 118

Ek 14. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) (Ebeveyn Formu-Kontrol) 121

TABLOLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 2.1.5.2.1. DSM-5 TSSB Tanı Kriterleri.....17

Tablo 2.1.5.3.1. ICD-10 TSSB Tanı Kriterleri.....19

Tablo 5.1.1. Tüm Katılımcıların Sosyodemografik Özellikleri.....43

Tablo 5.1.2. Olgu ve Kontrol Gruplarına Göre Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması.....44

Tablo 5.2.1. Katılımcıların Ailelerindeki Kronik Hastalıkların Olgu ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....47

Tablo 5.2.2. Katılımcıların Ailelerindeki Sigara, Alkol, Madde Kullanım Alışkanlıklarının Olgu ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması 47

Tablo 5.2.3. Ergenlerin Ailelerindeki Psikiyatrik Hastalıkların Olgu ve Kontrol Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....48

Tablo 5.2.4. Ergenlerin Klinik Özelliklerinin Olgu ve Kontrol Gruplarına Göre Ki-Kare Testi ile Karşılaştırılması.....49

Tablo 5.2.5. Olguların Maruz Kaldıkları Travma Türü Sayısına Göre KZVD, İntihar Girişimi Öyküsü ve Tekrarlayıcı İntihar Girişimi Öyküsünün Karşılaştırılması.....49

Tablo 5.2.6. Olguların Maruz Kaldıkları Travma Türü Sayısına Göre TSSB Şiddet Ölçeği Travma Yaşı ve Travmadan Şu Ana Kadar Geçen Sürenin Karşılaştırılma 50

Tablo 5.3.1. Tüm Katılımcılara Uygulanan Sosyal Biliş Testlerinin Tanımlayıcı Analiz Sonuçları.....53

Tablo 5.3.2. Sosyal Biliş Testlerinin Değerlerinin Olgu ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması.....53

Tablo 5.3.3. Sosyal Biliş Testlerinin Olguların Maruz Kaldıkları Travma Türü Sayısına Göre (Tekli, Çoklu) Karşılaştırılması.....53

Tablo 5.4.1. Ebeveynler Tarafından Derecelendirilen OSA Minimum, Maksimum Değerleri ve Puan Ortalamaları.....55

Tablo 5.4.2. Ebeveynler Tarafından Derecelendirilen OSA Puanlarının Olgu ve Kontrol Grubuna Göre Karşılaştırılması.....56

Tablo 5.4.3. Ebeveynler Tarafından Derecelendirilen OSA Puanlarının Maruz Kaldıkları Travma Türü Sayısına Göre (Tekli, Çoklu) Karşılaştırılması.....56

Tablo 5.5.1. Sosyal Biliş Testleri, TSSB Şiddet Ölçeği ve Otizm Spektrum Anketi Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları.....60

Tablo 5.7.1. Çoklu lineer regresyon analizi sonuçları.....61

ŞEKİLLER DİZİNİ

Sayfa

Şekil 4.1.6.1. Örneklem Seçimi.....32

Şekil 5.2.1. Olguların Travma Tipi Dağılımları Sayı ve Yüzdeleri.....50

Şekil 5.8.1.1. Mediasyon analizi, OSA'nın TSSB Şiddet Ölçeğine Total Etkisi.....62

Şekil 5.8.1.2. Mediasyon Analizi, İntihar Girişimi Öyküsünün TSSB Şiddet Ölçeğine Total Etkisi.....62

Şekil 5.8.2.1. Mediasyon Analizi; OSA'nın TSSB Şiddet Ölçeğine Doğrudan ve Dolaylı Etkisi.....63

Şekil 5.8.2.2. Mediasyon Analizi; İntihar Girişimi Öyküsünün KZVD Üzerinden TSSB Şiddet Ölçeğine Doğrudan ve Dolaylı Etkisi.....63

GRAFİKLER DİZİNİ

Sayfa

Grafik 5.3.1. Sosyal Biliş Testlerinin TSSB Şiddet Ölçeği ile Dağılım Grafikleri**...**54

Grafik 5.4.1. Ebeveynler Tarafından Derecelendirilen OSA Puanlarının TSSB Şiddet Ölçeği ile Dağılım Grafikleri**.....**58

KISALTMALAR DİZİNİ

ACTH : Adrenokortikotropik Hormon

ADOS : Autism Diagnostic Observation Schedule

AİTK : Anlamı ve İlişkileri Kavrama Testi

ASB : Akut Stres Bozukluğu

BDT : Bilişsel Davranışçı Terapi

BST : Beklenmedik Sonuçlar Testi

CRH : Kortikotropin Salgılatıcı Hormon

ÇDŞG-ŞY-T : Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli

DEHB : Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu

DSM-I : Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El Kitabının 1. Sürümü

DSM-II : Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El Kitabının 2. Sürümü

DSM-III : Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El Kitabının 3. Sürümü

DSM-III-R : Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El Kitabının 3. Sürümü, Revize Edilmiş Versiyonu

DSM-IV : Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El Kitabının 4. Sürümü

DSM-5 : Ruhsal Hastalıkların Tanısal ve İstatistiksel Sınıflaması El Kitabının 5. Sürümü

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

DM : Diyabetes Mellitus

EMDR : Göz Hareketleri ile Duyarsızlaştırma ve Yeniden İşlemleme

FMF : Ailesel Akdeniz Ateşi

GABA : Gama Aminobütirik Asit

HPA : Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal Eksen

HT : Hipertansiyon

ICD-10 : Hastalıkların ve İlgili Sağlık Sorunlarının Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması, 10. Versiyon

KZVD : Kendine Zarar Verici Davranış

LS : Lokus Seruleus

MAOI : Monoamin Oksidaz İnhibitörleri

m-CCP : Meta-Klorfenilpiperazin

MDB : Major Depresif Bozukluk

MKB : Madde Kullanım Bozukluğu

NA : Noradrenalin

OSA : Otizm Spektrum Anketi

OSB : Otizm Spektrum Bozukluğu

OKB : Obsesif Kompulsif Bozukluk

PB : Panik Bozukluk

SVO : Serebrovasküler Olay

TCA : Trisiklik Antidepresanlar

TO-BDT : Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi

TSSB : Travma Sonrası Stres Bozukluğu

UB : Uyum Bozukluğu

WISC-R : Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği

YAB : Yaygın Anksiyete Bozukluğu

YDDB : Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu

ZK : Zihin Kuramı

ÖZET

Travma Sonrası Stres Bozukluğu Tanısı Olan Ergenlerde Otistik Belirtilerin Sosyal Biliş Üzerine Etkisi

Amaç: Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olan ve olmayan ergenlerde otistik özellikler ve sosyal bilişin karşılaştırılması ayrıca otistik özellikler ve sosyal biliş arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya 12-18 yaş arası TSSB tanısı olan 36 olgu ve olgu grubu ile yaş ve cinsiyete uygun olarak eşleştirilen 36 ergen kontrol grubu olarak alınmıştır. Her iki gruba ÇDŞG-ŞY-T-DSM-5 uygulanmıştır. Ek olarak her iki gruba otistik belirtileri saptamak üzere Otizm Spektrum Anketi-ergen formu (OSA) ebeveynleri tarafından doldurulmuş olup kesme değer olan 24 puan ve üzeri alan katılımcılara otizm tanısını dışlamak için ADOS-2 Modül-4 uygulanmıştır. Olgu (TSSB) grubunun belirti şiddeti Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu verilerek değerlendirilmiştir. Her iki grubun sosyal bilişlerini değerlendirmek için araştırmacı tarafından Gözler Testi, Yüzler Testi, Gaf Testi, Beklenmedik Sonuçlar Testi ve Anlam ve İlişkileri Kavrayabilme Testi uygulanmıştır.

Bulgular: Olgu grubunun yaş ortalaması 15,19±1,21 yıl, kontrol grubunun 14,75±1,69 idi. Olgu grubunun TSSB şiddet ölçeği puan ortalaması 28,38±4,31 idi. Olgu ve kontrol grupları arasında uygulanan sosyal biliş testlerinde Anlamı ve İlişkileri Kavrama testinde ($p=0,001$), Beklenmeyen Sonuçlar Testinde ($p<0,001$), Gaf testi toplam puanında ($p=0,001$), Gaf testi gaf hikayeleri puanında($p=0,001$), Gaf testi kontrol hikayeleri puanında ($p=0,001$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Travma grubunda Sosyal Biliş puanları daha düşüktür. Korelasyon analizinde TSSB şiddet ölçeği puanı ile Anlam ve İlişkileri Kavrama Testi ($r=-,398$, $p<0,01$), Beklenmeyen Sonuçlar Testi ($r=-,570$, $p<0,01$), Gaf Testi Toplam puanı ($r=-,556$, $p<0,01$), Gaf Testi Gaf Hikayeleri Alt boyutu ($r= -,371$, $p<0,01$), Gaf Testi Kontrol Hikayeleri Alt Boyutu ($r= -,468$, $p<0,01$) arasında anlamlı korelasyon bağı bulunmuştur. Regresyon analizi sonuçlarına göre TSSB şiddet ölçeği ile Beklenmeyen Sonuçlar testi arasında ve Gaf Testi arasında anlamlı regresyon bağı bulunmuştur. Çalışmamızda katılımcılara uygulanan OSA'da olgu ve kontrol grupları arasında OSA-Toplam puanında ($p<0,001$), OSA-İletişim alt boyutunda

(p=0,032), OSA-Sosyal Beceri alt boyutunda (p=0,001) ve OSA-Hayal Gücü alt boyutunda (p=0,007) anlamlı farklılık bulunmuştur. TSSB şiddet ölçeği puanları kendine zarar verici davranışı (KZVD) olanlarda, intihar girişimi öyküsü, sigara kullanımı, alkol kullanımı olanlarda istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek saptanmıştır. Korelasyon analizinde TSSB Şiddet Ölçeği puanı ile OSA toplam puanı, OSA Sosyal Beceri alt boyutu, OSA Hayal Gücü alt boyutu arasında anlamlı korelasyon bağı bulunmuştur. Bununla beraber OSA ve TSSB Şiddet Ölçeği arasında yapılan mediasyon analizinde OSA-Sosyal Beceri alt boyutunun tam aracılık etkisi olduğu saptanmıştır (ß=0.187, %95 BCA Cl [0.038, 0.397]). Ayrıca intihar girişimi öyküsü ve TSSB Şiddet Ölçeği arasında yapılan mediasyon analizinde KZVD'nin tam aracılık etkisi olduğu görülmektedir (ß=.5, %95 BCA Cl [0.370, 0.645]).

Sonuç: Çalışmamız Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan ve olmayan ergenlerde otistik özellikler ve sosyal biliş arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle alanyazına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Olgu grubundaki ergenlerin daha bozuk Sosyal Bilişe ve daha yüksek Otistik Özelliklere sahip olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Ergen yaş grubunda Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısının Otistik Özellikler ve Sosyal Biliş üzerinden değerlendirilmesi TSSB şiddetini, klinik ilgi odağı olan intihar girişimi, sigara, alkol kullanımı, KZVD gibi travma ile ilişkili birçok faktörün tedavi süreçlerine ışık tutabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızdan elde edilecek verilerin ergenlerdeki Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Otistik Özellikler ve Sosyal Biliş üzerinden daha iyi anlamada kullanılabileceği böylelikle Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile ilişkili bozuklukları hedefleyen önleyici ve tedavi edici müdahalelerinin geliştirilmesine katkıda bulunulabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler : Ergen, Otistik Özellikler, Sosyal Biliş, Travma Sonrası Bozukluğu

ABSTRACT

The Effect of Autistic Symptoms on Social Cognition in Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder

Objective: To compare autistic traits and social cognition in adolescents with and without Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) and to evaluate the relationship between autistic traits and social cognition.

Method: The study included 36 adolescents aged 12-18 diagnosed with Post-Traumatic Stress Disorder as a case group and 36 adolescents matched with the case group in terms of age and gender as a control group. The K-SADS-DSM-5 was applied to both groups and those with additional psychiatric diagnoses were excluded. In addition, the Autism Spectrum Quotient (AQ)-Adolescent (AQ) was completed by the parents of both groups to detect autistic symptoms, and ADOS-2 Module-4 was applied to exclude the diagnosis of autism for participants who scored 24 points or more, which is the cut-off value. Symptom severity of the case (PTSD) group was evaluated by using the The National Stressful Events Survey PTSD Short Scale (NSESSS). To assess the social cognition of both groups, the researcher administered the Eyes Test, Faces Test, Faux Pas Test, Unexpected OutcomesTest, Comprehension Test.

Results: The mean age of the case group was 15.19±1.21 years, and the control group was 14.75±1.69. The mean score of the PTSD severity scale of the case group was 28.38±4.31. In the social cognition tests applied between the case and control groups, statistically significant differences were found in the Comprehension Test ($p=0.001$), Unexpected Outcomes Test ($p<0.001$), Faux Pas Test Total Score ($p=0.001$), Faux Pas Test Faux Stories score ($p=0.001$), Faux Pas Test Control Stories score ($p=0.001$). Social Cognition scores were lower in the trauma group. In the correlation analysis, a significant correlation was found between the PTSD severity scale score and the Comprehension Test ($r=-.398$, $p<0.01$), Unexpected Outcomes Test ($r=-.570$, $p<0.01$), Faux Pas Test Total score ($r=-.556$, $p<0.01$), Faux Pas Test Faux Stories Sub-dimension ($r= -.371$, $p<0.01$), Faux Pas Test Control Stories Sub-dimension ($r= -.468$, $p<0.01$). According to the regression analysis results, a significant regression link was found between the NSESSS and the

Unexpected Outcomes test and the Faux Pas Test. In our study, significant differences were found in AQ-Total score ($p<0.001$), AQ-Communication sub-dimension ($p=0.032$), OSA-Social Skills sub-dimension ($p=0.001$) and OSA-Imagination sub-dimension ($p=0.007$) between the case and control groups in OSA applied to the participants. NSESSS were found to be statistically significantly higher in those with non-suicidal self injury (NSSI), history of suicide attempt, smoking, and alcohol use. In the correlation analysis, a significant correlation was found between the NSESSS and OSA total score, OSA Social Skills sub-dimension, and OSA Imagination sub-dimension. In addition, in the mediation analysis conducted between OSA and NSESSS, it was determined that OSA-Social Skills sub-dimension had a full mediation effect (ß=0.187, 95% BCA Cl [0.038, 0.397]). In addition, in the mediation analysis between suicide attempt history and NSESSS, it was seen that NSSI had a full mediation effect (ß=0.5, 95% BCA Cl [0.370, 0.645]).

Conclusion: We believe that our study will contribute to the literature because it is the first study to examine the relationship between autistic traits and social cognition in adolescents with and without Post-Traumatic Stress Disorder.

It was concluded that adolescents in the case group had more impaired Social Cognition and higher Autistic Traits. It is thought that the evaluation of Post-Traumatic Stress Disorder diagnosis in the adolescent age group through Autistic Traits and Social Cognition can shed light on the treatment processes of many trauma-related factors such as suicide attempts, smoking, alcohol use, and NSSI, which are the focus of clinical interest. It is thought that the data obtained from our study can be used to better understand Post-Traumatic Stress Disorder in adolescents through Autistic Traits and Social Cognition, thus contributing to the development of preventive and therapeutic interventions targeting disorders related to Post-Traumatic Stress Disorder.

Keywords: Adolescent, Autistic Traits, Social Cognition, Posttraumatic Stress Disorder

TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU TANISI OLAN ERGENLERDE OTİSTİK BELİRTİLERİN SOSYAL BİLİŞ ÜZERİNE ETKİSİ

1.GİRİŞ

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB); kişinin yaşamını ve fiziksel bütünlüğünü tehdit eden bir travmayı yaşaması ya da buna tanık olması sonucunda gelişen bilişsel, duygusal, davranışsal ve sosyal bozuklukları içeren psikiyatrik belirtileri tanımlamaktadır. (1) Travma sonrası stres bozukluğunda sosyal işlevsellikteki değişiklikler uzun zamandır fark edilmektedir ve yaşananları hatırlatankişilerden kaçınma, olumsuz inançlar, kendini/başkalarını suçlama, başkalarından uzak hissetme gibi semptomlar TSSB tanısı için temel psikiyatrik profilde yer almaktadır.Ayrıca sosyal işlevselliğin, travmatik bir deneyimden sonra iyileşme sürecinin önemli bileşenlerinden biri olduğu görülmektedir. Bununla birlikte sosyal çevrenin travmatik olaylar sonrası dayanıklılık ve travma sonrası iyileşmedeki rolü bildirilmektedir. (2,3)

Sosyal biliş, diğer insanların niyetlerini, eğilimlerini ve davranışlarını algılama, yorumlama ve bunlara tepki üretme kapasitesi olarak tanımlanmaktadır. Diğer bir deyişle, sosyal etkileşimlerin altında yatan farklı spesifik bilişsel süreçleri içermektedir. (4) Alanyazın incelendiğinde sosyal bilişin birbiri ile ilişkili; zihinkuramı, duygu tanıma, sosyal algı/bilgi ve ilişkilendirme stili alanlarını içerdiği görülmektedir. (5) Bu alanlardan zihin kuramı; yüz ifadeleri veya prozodi gibi sosyaluyaranlardan gelen duyguları doğru bir şekilde algılama ve tanımlama yeteneği olarakifade edilmektedir. (6) Sosyal algı/bilgi; farklı sosyal durumlarda sosyal kuralların,normların veya hedeflerin farkındalığı ve tanınması anlamına gelmektedir. (4) İlişkilendirme stili ise tipik olarak insanların farklı olayların nedenini nasıl anladıklarını yansıtmaktadır. (4)

Zayıf sosyal biliş, genel işlevselliği ve yaşam kalitesini etkilemektedir. Bu nedenle klinik popülasyonlarda onların mevcut ve gelecekteki sosyal işlevlerini öngördüğü için önemli bir çalışma hedefi haline gelmektedir. (7,8) Sosyal işlevselliğin travmatik bir deneyimden sonra iyileşmenin kilit bileşenlerinden olduğu, sosyal desteğin travmaya dayanıklılıkta ve iyileşmede tamponlayıcı rolü bilinmektedir. (2,3) Bir birey ile sosyal çevresi arasındaki ilişki hem sosyal çevrenin kalitesi hem de

bireyin çevresindeki diğer insanlar tarafından iletilen bilgileri algılaması ve anlaması ile belirlenmektedir. Bu içsel sosyal bilişsel süreçler TSSB riskine veya dayanıklılığına katkıda bulunmaktadır. (9) Direnç ve iyileşmeye katkıda bulunması nedeniyle travmatik olay yaşayan bireylerdeki sosyal bilişin değerlendirilmesi önemli hale gelmektedir.

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), belirtilerin erken çocukluk çağında başladığı, etkileşim ve iletişim sorunları, sınırlı/yinelenen ilgi ve davranışlarla kendini gösteren, beynin gelişim ve bağlantı bozukluklarını içeren, genetik temellerine dayanan, klinik heterojenitenin olduğu nörogelişimsel bir bozukluktur. (10) Yapılan son araştırmalar erişkin popülasyonda OSB'nin eşik ve eşik altı semptomlarının varlığını vurgulamakta ayrıca nörogelişimsel değişikliklerin diğer psikiyatrik durumların gelişme riskini arttırabileceğine dair bilgiler sağlamaktadır. (11) Otistik özellikler yaşam olaylarından sonra travma sonrası semptomların gelişiminde savunmasızlık faktörleri olmasının yanı sıra nörobiyolojik etkilerle farklı türden psikopatolojik yörüngelerin başlangıç noktası olabileceği düşünülmektedir. (11) Ayrıca otistik özelliklere sahip kişilerin, yaşam boyu kişiler arası ilişkilerde mağduriyet için yüksek risk altında olabileceği belirtilmektedir. Otistik özelliklere sahip çocuklar istismar için hedef alınabileceği ve sosyal farkındalıktaki eksikliklerin kişiler arası mağduriyet riskini artırabileceği ifade edilmektedir. Ayrıca, otistik özelliklere sahip kişilerin travmayı takiben TSSB semptomları açısından yüksek risk altında olabileceği öne sürülmektedir. (12) Yazın incelendiğinde, OSB'li bireylerin travmatik yaşam olaylarına maruz kaldıktan sonra TSSB geliştirme riskinin yüksek olabileceğini belirtilmektedir. Bununla birlikte OSB'nin özelliklerinin, TSSB gelişimi için olası katalizörler olarak hareket eden daha geniş bir yaşam olayları yelpazesi ile travma algılarını etkileyebileceği öne sürülmektedir. (13)

"Geniş otizm fenotipi" veya "eşik altı otizm" olarak da bilinen otistik özellikler genel popülasyonda da dağıldığı gösterilen, OSB teşhisi konulan kişilerin bu dağılımın en uç noktasında konumlandığı OSB özelliklerinin temsilleri olarak ifade edilmektedir. (14,15) Otizmin özelliklerine niteliksel olarak benzeyen bu özellikler, başlangıçta otizmli çocukların aile bireylerinde tanımlanmış olup OSB ile etiyolojik benzerlikler göstermektedir. (16) Popülasyondaki otistik özellikler; ses tonu, yüz ifadesi gibi sosyal bilgileri yorumlamadaki zorluklar ve eksiklikler,

başkalarının ne düşündüğünü, hissettiğini anlamada, fikir ve duyguları iletmede zorluklar, başkalarıylaetkileşim arzusunda azalma, tekrarlayıcı davranışlar gibi geniş otizm fenotipine dair eşik altı otistik belirtiler yaşam boyu bu belirtileri sergileyen kişiler için mağduriyet riskini arttırabileceği belirtilmektedir. (12) Bilgiyi algılama ve işleme, ruminatif düşünme, zihinsel katılık, duygu düzenleme zorlukları gibi otistik özelliklerin sosyo- bilişsel özellikleri, duyguları işlemek için bilişsel başa çıkma ve diğer uyarlanabilir stratejilerin kapasitesini azaltarak farklı travma tepkilerine yol açabildiği bildirilmektedir. Bilişsel esneklikteki farklılık ve odağı değiştirmedeki zorluk, bu kişilerde ruminasyona yol açarak yaşam boyu travmatizasyonun sürdürülmesine katkıda bulunabilmektedir. (11) Toplum temelli çalışmalar, otistik özelliklerin depresyon ve anksiyete semptomları ile pozitif ilişkili olduğunu göstermektedir. (17) Bunun yanı sıra otistik özelliklerin; zorbalık mağduriyeti, fiziksel ve cinsel taciz öyküsü ile pozitif ilişkili olduğu belirtilmektedir. (18,19) Amerika'da yapılan bir çalışmada yüksek otistik özellik seviyelerinin çocuklukta istismarı takiben daha yüksek TSSB semptom düzeyleri ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. (12) Ayrıca, TSSB veotistik özellikler arasındaki ilişkinin incelendiği fibromiyaljili hastalarda yapılan bir çalışmada; TSSB'si olan hastalarda, kısmi TSSB'si olan veya TSSB'si olmayanlara kıyasla artmış otistik özellikler olduğu ifade edilmektedir. (20) İsrail'de farklı derecelerde otistik özellikleri olan üniversite öğrencilerinde yapılan bir çalışmada, otistik özelliklerin kaçınma dışındaki TSSB semptomları ile pozitif yönde ilişkili olduğu ve otistik özellikleri daha yüksek olanların TSSB semptom şiddetinin daha fazla olduğu bildirilmiştir. (21)

Bizim çalışmamızda Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı olan ve olmayan ergenlerde Otistik Özellikler ve Sosyal Bilişin karşılaştırılması amaçlanmaktadır. Bildiğimiz kadarıyla Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı olan ergenlerde Otistik Belirtiler ve Sosyal Bilişi sağlıklı kontrollerle karşılaştırmalı olarak inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle alan yazına katkıda bulunacağını öngörüyoruz.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

2.1.1.Tanımlar:

"Travma" sözcüğü 'bir doku veya organın yapısının, biçiminin bozulması ve dıştan mekanik bir etki sonrası oluşan yara' biçiminde tanımlanmaktadır. Tıpta ise fiziksel ve ruhsal travmalar olarak iki farklı anlamda kullanılmaktadır. Psikolojik travmayı tanımlarken Coddington kişinin hayatında değişiklik yapmasının gerekliliğini ve kişi için yeniden uyumu gerektiren bir olay olduğunu vurgulamıştır. (22) Travmatik bir olayı sıradan stres yaratan bir durumundan ayıran en önemli noktayı Van der Kolk, travmatik olayın bireyin gelecek ve dünya ile ilgili temel düşünce ve duygularını, kendisi ve diğer insanlar için yargı ve kabullerini sarsan, yıkan yaşantılar olması olarak belirtmiştir. (23)

Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), bireyin fizik bütünlüğünü tehdit eden, dehşet duygusu yaratan ve çaresiz bırakan, ister olağan ister olağan dışı olsun, bireyin başa çıkabileceği düzeyin üzerinde yaşanan travma sonucu gelişen ve süreğenleşme eğilimi gösteren bir ruhsal bozukluktur. Travma sonucunda ortaya çıkan yeniden yaşama, kaçınma, irkilme ve aşırı uyarılmışlık temel ruhsal belirtileri oluşturur. Bu belirtiler bireyin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya yol açmaktadır. (10)

Travmatik olay, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabının beşinci basımındaki (DSM-5) tanımına göre; 'doğrudan yaşanılan ya da tanıklık edilen ya da aile bireyi ya da yakın arkadaşın başına gelen ya da mesleki olarak yineleyici ya da aşırı düzeyde karşılaşılan, gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle ya da ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma olarak ifade edilmektedir. (10) Travma Sonrası Stres Bozukluğu ise DSM-5'te travmatik olayın arkasından bir aydan uzun süren yeniden yaşantılama, kaçınma, yabancılaşma ve aşırı uyarılmışlık gibi özgül belirtilerin ortaya çıkması ve kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya yol açması olarak tanımlanmaktadır. Travmatik olayın ardından bir aydan uzun süren yeniden yaşantılama, kaçınma, yabancılaşma ve aşırı uyarılmışlık gibi özgül belirtilerin ortaya çıkması ve kişinin sosyal ve mesleki işlevselliğinde bozulmaya yol açması gerektiği belirtilmektedir. (24) Travmatik olaylara karşı gelişen tepkiler bir aydan kısa

sürdüğünde Akut Stres Bozukluğu (ASB) ve daha hafif olduğunda ise Uyum Bozukluğu (UB) olarak sınıflandırılmaktadır. (25)

Yazında çocuklukta ve ergenlikte yaşanan travmaların kısa ve uzun dönemde çeşitli ruhsal sorunlara yol açabileceği, ASB ve TSSB olmak üzere Depresif Bozukluk, Anksiyete Bozukluğu, Disosiyatif Bozukluk, Bağlanma Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB), Yeme Bozukluğu, Borderline Kişilik Bozukluğu, Psikotik Bozukluk, Alkol ve Madde Kötüye Kullanımı gibi neredeyse her çeşit ruhsal bozukluğun gelişebileceği, çocuklukta ve ergenlikte yaşanan travmaların hem içe yönelim hem dışa yönelim sorunları ile ilişkili olabileceği bildirilmektedir. (26)

2.1.2. Tarihçe:

Travmanın ruh ve beden sağlığı üzerinde etkileri eski çağlardan beri gözlenmektedir. (27) Tarihteki en eski yazılı kaynak olarak bilinen Gılgamış Destanı'nda travma sonrası stres belirtilerine değinildiği görülmektedir. Herodot, Hipokrat, Shakespeare gibi edebiyat ve tıp dünyasındaki birçok ismin travma sonrası gelişen belirtileri kaleme aldığı gözlenmektedir. (27,28) Travmatik olayların insan hayatı üzerindeki etkileri ile ilgili ilk resmi değerlendirmeler ise 19. yüzyıla dayanmaktadır. Hekimler bu tarihlerde psikiyatrik bozuklukların etiyolojisinde çevresel ve ailesel faktörlerin öneminin daha fazla farkına varmaya başlamışlardır. İlk olarak savaşın psikolojik etkileri dikkat çekmiştir. Amerikan İç Savaşı sırasında, savaşa maruz kalan askerlerde görülen çarpıntı, anksiyete, nefes darlığı ve aşırı uyarılmışlık belirtileri Jacob Da Costa tarafından 1871 yılında "İrritabl Kalp Üzerine" başlığı altında kaleme alınmış ve "Savaş Stres Reaksiyonu" şeklinde tanımlanmıştır. Sonrasında bu duruma "Asker Kalbi" ya da "DaCosta" sendromu denmiştir. (29) Birinci Dünya Savaşı'nın yarattığı yıkım karşısında askerlerde ortaya çıkan hareket bozuklukları, füg, paraliziler, histerik konuşamama, hafıza problemleri, tinnitus, sese aşırı duyarlılık, sersemlik gibi psikolojik sorunlar oldukça yaygınlaşmış, buna "Gülle Şoku" tanımlaması yapılmıştır. (30)

Travmanın ruhsal etkilerinin tanımlanması ve psikiyatrik bir bozukluk olarak kabul edilmesi ise İkinci Dünya Savaşı'ndan sonraki döneme rastlamaktadır. Savaş sonrası dönemde pek çok insanda gözlenen ruhsal bulguların 'Büyük Stres

Reaksiyonu' olarak tanımlanarak DSM-I'e (1952) eklendiği görülmektedir. (31) İkinci Dünya Savaşı'nın toplum üzerindeki olumsuz etkilerinin azalması ile travma ve stres ile ilişkili bozuklukların DSM-II'de (1968) "Geçici Ruhsal Bozukluk" olarak belirtildiği gözlenmektedir. (27) Vietnam Savaşı'nın etkisiyle psikiyatrik bir tanı olarak TSSB'nin DSM-III'te (1980) ilk defa tanımlandığı ve anksiyete bozuklukları arasında yer aldığı görülmektedir. Travmatik olay kavramı DSM-III'e göre, normal bir insanın günlük hayatında karşılaşabileceği olaylardan farklı bir boyuttaki aşırı durumlar olarak belirtilmektedir. O dönemde travmatik olaylar TSSB çerçevesinde; uçak kazaları, fabrika patlamaları ve atom bombası gibi insan eliyle olan felaketler, doğal afetler, işkence görme, soykırıma maruz kalma gibi durumlar olarak tanımlanmaktadır. Bu dönemde insan hayatını etkileyen ciddi hastalıklar, kişisel yaşam olayları, cinsel tacizgibi stresörlere maruz kalmak "Uyum Bozuklukları" tanısı altında değerlendirilmektedir. Travma kavramı DSM-III tanı kriterleri içerisinde "herkes için stres cevabı oluşturabilecek durumlar" olarak tanımlanmaktadır. (32) Daha sonra DSM-III-R (1987) ile DSM-III'te tanımlanan beş kriterin yanı sıra altı ek belirtinin eklendiği ve belirtilerin en az 30 gün sürmesi gerekliliği getirildiği gözlenmektedir. Travmatik olayın tanımlanmasındaki değişikliklerin ise DSM-IV'de yapıldığı görülmektedir.Travma tanımlamasına; yaşamı tehdit eden ciddi hastalıklar, fiziksel olmayan saldırılar, uygunsuz cinsel deneyimler gibi stres faktörlerinin de dahil edildiği ifade edilmektedir. Bununla birlikte belirtilerin süresine göre tanımlamalar yapıldığı ve belirtiler 2-30 gün arasında sürerse "akut stres bozukluğu", 3 aydan kısa sürerse "akut", daha uzun sürerse "kronik" TSSB olarak adlandırıldığı görülmektedir. (33) Ayrıca 2013 yılında yayınlanan DSM-5'te TSSB'nin anksiyete ile ilişkili bozukluklar bölümünden çıkarılarak travma ve stresörler ile ilişkili bozuklar bölümüne yerleştirildiği gözlenmektedir. Travma tanımının ise; ölüm tehdidine, ciddi yaralanmaya ya da cinsel saldırıya dört farklı şekilde maruz kalma şeklinde değiştirildiği belirtilmektedir. Bu maruziyet türleri ise; kişinin direkt olarak travmatikolaya maruz kalması, başkaları bu olayı yaşarken tanıklık etmesi, travmatik olayın bir yakınını başına geldiğini öğrenmesi veya tekrarlayan şekilde olayın travmatik detaylarına maruz kalması şeklinde tanımlanmaktadır. Ayrıca TSSB ilişkili olan olumsuz biliş, duygudurum belirtileri ve yıkıcı davranışların ayrı bir semptom kategorisi olarak değerlendirildiği görülmektedir. Bununla birlikte DSM-5'te altı yaş

ve altındaki çocuklar için o yaş grubu için gelişimsel evrelere uygun TSSB bulgularını içeren ayrı bir bölüm oluşturulmuştur. (10) Günümüzde DSM-5 ve ICD-10 sınıflandırma sistemleri incelendiğinde travma ile ilişkili ruhsal bozuklukların ve özellikle TSSB'nin halen önemli bir tanı olduğu, yeni alt bölümlerin ve tiplerin geliştirilebileceği öngörülmektedir. (34)

2.1.3. Epidemiyoloji:

Genetik faktörler, geçmiş psikiyatrik öykü, stresle baş etme düzeyi, kişisel ve toplumsal özellikler TSSB'nin yaygınlığında değişikliklere sebep olmaktadır. Yaygınlık oranlarının travmanın öncesinde, sırasında ve sonrasındaki etkenlerden, travmatik olayın şiddetinden, sosyal destekten, ait olunan kültürün travmayı algılayış şeklinden etkilendiği görülmektedir. Ayrıca yaygınlık araştırmalarının örneklemine ve kullanılan ölçme araçlarına bağlı olarak da TSSB yaygınlık oranlarında farklılıklar gözlenmektedir. (35) Herhangi bir travmatik olay yaşama olasılığının erkeklerde %43- 81,3, kadınlarda ise %36,7-74,2 arasında değiştiği görülmektedir. Yapılan birçok araştırma sonucunda TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığının %1-9 olduğu belirtilmektedir. Bu oranın erkeklerde %5-6, kadınlarda %10-14 olduğu ifade edilmektedir. (1,36,37) Genç erişkinlerde, bekarlarda, boşanmış kişilerde veya dul olanlarda, ekonomik durumu iyi olmayan kişilerde ve sosyal desteği az olanlarda TSSB daha çok görülmektedir. (38)

Çocuk ve ergenlerde yapılan TSSB çalışmaları incelendiğinde ise erişkinlik dönemine kadar TSSB yaygınlığının %6-8 olduğu belirtilmektedir. Travmatik bir olaya maruz kalan çocukların TSSB geliştirme riskinin %5-45 arasında olduğu ve TSSB'ye en sık neden olan travmatik yaşam olaylarının fiziksel istismar, cinsel istismar ve aile içi şiddet olduğu tespit edilmiştir. Yapılan bir meta analiz çalışmasında, çeşitli travmalar sonrası çocuk ve ergenlerin %15,9'unda TSSB geliştiği; kızlarda ve insan eliyle yapılan travma yaşayanlarda daha sık TSSB görüldüğü bildirilmiştir. (39) Çeşitli yaralanmalar (aile dışından biri tarafından şiddet görme, trafik kazası, yanma, hayvan ısırması vb) sonrası çocuklar ve ailelerinde TSSB sıklığını inceleyen bir meta analiz çalışmasında; çocukların %19'unun ciddi TSSB belirtileri geliştirdiği bulunmuştur. Bunun yanısıra ailelerinde de benzer oranlarda TSSB geliştiği ifade edilmiştir. (39) Ayrıca yoğun bakımda yatma öyküsü olan çocuk ve ergenlerde;

TSSB belirtilerinin yaygınlığının %10-28 arasında değiştiği bildirilmiştir. (40)

Yazın incelendiğinde TSSB yaygınlığında uluslararası farklılıklar görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü(DSÖ) verilerine göre TSSB yaşam boyu yaygınlığı Güney Afrika 'da (%2,3), İspanya'da (%2,2), İtalya'da (%2,4) olarak bildirilirken Japonya örnekleminde diğer ülkelerden daha düşük bir oran (%1,3) belirtilmektedir. Diğer yandan Kuzey İrlanda ise dünyada %8,8 yaşam boyu TSSB yaygınlığı ile en yüksek ülkedir. (39)

Türkiye'deki TSSB yaygınlık oranlarıyla ilgili az sayıda çalışma bulunmaktadır. Marmara Depremi sonrasında yapılan çalışmalarda, depreme uğramış kişilerde TSSB görülme sıklığının %56-77 arasında değiştiği rapor edilmektedir. (41) Türkiye'de 6 Şubat 2023 depreminde, deprem bölgesine giden hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının değerlendirildiği bir tez çalışmasında TSSB sıklığı%18,24 olarak belirtilmektedir. (42) Yazında TSSB ile ilgili Türkiye'de yapılan çalışmaların; daha çok doğal afetler ve insan eliyle gerçekleştirilen travmalar sonrası, belli bir zamanda mağdur gruplar üzerinde yapıldığı, seçkisiz örnekleme yönteminin kullanılmadığı ve yaygınlık çalışmalarında çoğunlukla öz bildirim ölçekleri kullanıldığı dikkate alındığında yapılan çalışmaların sonuçlarının topluma genellenebilirliğinin de düşük olduğu bildirilmiştir. (43)

2.1.4. Etiyoloji:

Yazın incelendiğinde bireyin maruz kaldığı travmaya bağlı olarak gelişen TSSB'nin etiyolojisinde birden fazla faktörün yer aldığı görülmektedir. Stresör; temel ortaya çıkarıcı etken olmakla birlikte, aynı travmatik olayı yaşayan tüm bireylerde TSSB ortaya çıkmadığı görülmektedir. Karşılaşılan stres verici yaşantıların birey için öznel bir anlamının bulunmasının TSSB riskini arttırabildiği ifade edilmektedir. Çeşitli psikolojik, biyolojik, kültürel, sosyal ve ailesel etkenler TSSB patogenezinde öznelliği oluşturan faktörler arasında yer almaktadır. (44)

2.1.4.1 Bireysel Faktörler:

Travmatik bir olaya maruziyetin risk faktörleri olarak; erkek cinsiyet, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, çocukluk döneminde davranış problemleri, üniversite eğitimini almamak gibi durumlar ve yüksek dışadönüklük, nörotisizm gibi kişilik özellikleri öne sürülmektedir. (45,46) Bireyin travma sonrasında TSSB geliştirmesinin risk faktörleri olarak; kadın cinsiyet, yetersiz sosyal destek, ailede depresyon ve anksiyete gibi psikiyatik hastalık öyküsünün bulunması, ailede madde kullanımı olması, bireyin depresyon ve kronik kaygı gibi psikiyatrik hastalıkları olması, nörotisizm, olarak belirtilmektedir. (46,47) Bireyin travmadan sonra gösterdiği kendi stres tepkilerine yönelik kabullenici olmayan ve olumsuz değerlendirmelerinin de risk faktörü olabileceği görülmektedir. (48) Bireyin gösterdiği stres tepkileri için başkaları tarafından kınanacağını, damgalanacağını düşünmesi veya yaşadığı bu stres tepkilerini bir zayıflık göstergesi olarak görmesi halinde TSSB geliştirme riskinin daha yüksek olacağı ifade edilmektedir. (46) Bireyin kişisel yatkınlığını etkileyen faktörler arasında çocuk ya da yaşlı olmak, bekar, dul veya boşanmış olmak, düşük sosyoekonomik seviye, düşük eğitim düzeyi, çocukluktaki travmatik yaşantıların varlığı ve bazı kişisel özelliklere sahip olmak da (içe kapanık ve dışsal denetimli olma gibi) yer almaktadır. Bununla birlikte öfke, suçluluk gibi duyguların etkisi, problemlerle olumsuz baş etme yöntemlerinin kullanılması, yakın zamanda yaşanan stresli olaylar, alkol veya madde kötüye kullanımı da yatkınlık oluşturan diğer etmenlerdendir. (49,50) Ayrıca TSSB gelişme riskini arttıran faktörler arasında; travmatik olayın kasıtlı ve insan eliyle yapılmış olması, hayati tehlike oluşturması, fiziksel hasar ve kayba neden olan olması, olayın doğrudan deneyimlenmesi, yaşanılan travmatik olay sayısı, akut stres belirtilerinin düzeyi, travmatik yaşantıların algılanan şiddeti, travmatik yaşantı anında disosiyatif belirtiler bulunması yer almaktadır. (51,52)

2.1.4.2. Psikolojik teoriler:

Travmatik bir yaşantının ardından neden bazı insanlarda TSSB geliştiğini, hastalığın belirtilerini ve gidişatını açıklamaya yönelik geliştirilen çok sayıda psikolojik kuram bulunmaktadır. Bu kuramlar alanyazın ışığında aşağıda sunulmuştur.

2.1.4.2.1. Psikodinamik teoriler:

Psikanalitik TSSB modeline göre yaşanan travmatik olayın çözümlenmemiş psikolojik çatışmayı harekete geçirebildiği belirtilmektedir. (53) Gelişim dönemlerinde çözülmemiş çatışmalar bulunduğunda, travmanın bu çatışmaların alevlenmesine neden olduğu öne sürülmektedir. Bu durum ise travmayla başa çıkmayı zorlaştırmaktadır. Çocukluk döneminde yaşanan terk edilme ve yalnız bırakılma gibi kaygılar travma nedeniyle yeniden ortaya çıkabilmektedir. Freud; egonun aşırı yüklenmesine neden olan travmayla ilk karşılaşan koruyucu mekanizmanın zorlanması sonucu, bireyin doğal uyum kapasitesinin yıkıma uğradığını ve kişinin tekrarlama kompulsiyonu gibi erken ilkel savunma biçimlerine regrese olduğunu belirtmektedir. Freud; rahatsız edici olayın rüyada veya disosiyatif epizodlarla tekrar tekrar yinelenmesinde olayı pasif olarak yaşamanın çaresizliğinden kurtularak travmatik olayı aktif olarak yeniden kurarak egoya uyumlu hale getirme çabasıolduğunu ifade etmektedir. (54)

Krystal, çocukluk çağındaki travma sonucunda duygusal gelişimin durakladığını ve erişkinlikte yaşanan travma sonucunda duygusal gelişimin regresyona uğradığını belirtmektedir. Horowitz ise travmaya maruz kalanların travmayı inkâr ettiklerini ya da yeniden yaşantılama ve kâbuslar gibi kompulsif tekrarlarda bulunduğunu öne sürmektedir. Travma sonrasında en sık ortaya çıkan psikolojik durumları yas veya keder, hayatta kalmaya dair suçluluk, yıkıcı dürtüler/öfke ve bu duygulara dair suçluluk, yıkıcılık ile ilgili korkular, çaresizlikle ilgili utanç, kurban olarak belirlenmekten korkmak, travma kaynağına yönelik yoğun öfke olarak ifade etmektedir. (55)

2.1.4.2.2. Bilişsel Davranışçı Teoriler:

Bilişsel modele göre travma, kişinin kendine ve dünyaya ilişkin oluşturduğu kognitif şemaları sarsarak bozuk ve olumsuz düşünce, inanç ve şemalara neden olmaktadır. (56) Travmanın yarattığı stres nedeniyle bilgi işleme süreci bozulmakta ve bütünleşememiş yaşantılar ortaya çıkmaktadır. Bütünleşememiş bu yaşantıların bastırılamadığı, kolay uyarıldığı, kaygı/korku ile kaydedildiği ve duygu-düşünce öğelerinden birini uyaran uyarıların tümünü harekete geçirdiği ifade edilmektedir.

Yaşantılardaki organize olmayan biçimde yapılmış kayıt ve genel uyarılmışlık hali; TSSB'deki bellek bozuklukları, irritabilite, impulsivite gibi belirtilerin kaynağı olarak değerlendirilmektedir. (44) Travmaya maruz kalan bireyler travmayı kabul edilebilir ve anlaşılabilir bir şekilde yorumlamakta zorlanmaktadır. Bireydeki dünyanın güvenli ve adil bir yer olduğuna yönelik inancı, benlik saygısını bozarak korku, kaygı, aşırı uyarılma, çaresizlik ve güvensizlik duygularına neden olmaktadır. (57) Travmadan sonra bireylerde felaketleştirme, olumsuzlukları büyütme, olumlu olayları görmezden gelme, aşırı genelleme, kişiselleştirme ve kendini suçlama gibi bilişsel çarpıtmalar görülebilmektedir. Bu tür bilişler bireyin psikiyatrik durumuna olumsuz etki ederek travmaya karşı baş etme becerisinde zayıflamaya neden olmaktadır. (58) Atıf teorisine göre travmatik olay meydana geldiğinde bireyler bunu anlamak, kestirmek ve kontrol edebilmek için çevrelerine ve yaşadıkları olaylara yönelik atıflarda bulunmakta ve kişinin yaptığı atfın niteliği onun olaya nasıl tepki vereceğini belirlemektedir. (59)

Stres tepki kuramına göre; travmatik bir olayın ardından birey, yaşanan olay ve olayla ilişkili faktörleri, kendilik hakkındaki içsel zihinsel model ile bütünlük oluşturuncaya ya da özümseyinceye kadar gözden geçirip eşleştirmeye çalışmaktadır. Yaşanan travmatik olaya anlam vermeye çalışan zihin, istem dışı tekrarlayıcı düşünceleri doğurmakta ve yoğun kaygı yaşayarak bunu bastırmaya çalışmaktadır. Bu döngü, stres verici anıların şemalarla bütünleştirilmesiyle veya özümsenmesiyle ortadan kalkmaktadır. Ancak bu döngü sağlıklı bir şekilde tamamlanamadığında TSSB belirtileri kronikleşmektedir. (60,61)

İki faktörlü öğrenme kuramına göre korku klasik koşullanma ile kazanılırken edimsel koşullanma yolu ile sürdürülmektedir. (62) Travma yaşantısı sırasında nötral iç ve dış uyaranlar koşullu uyaranlar haline gelmekte ve daha sonra bu uyaranlarla karşılaşmak anksiyete, aşırı uyarılmışlık, korku ve kaçınmaya neden olmaktadır. Kaçınma koşullu uyaran ile tetiklenen anksiyeteyi kısa vadede azaltmakta ancak uzun vadede pekiştirmektedir. Kaçınma davranışsal olabileceği gibi düşünsel, bilişsel, duygusal düzeyde de olabilir. (58)

Koşullanma modeline göre ise travma esnasında bulunan nötral uyaranların edimsel koşullanma ile korku ve kaçınmaya sebep olarak TSSB'deki yüksek irkilme tepkilerini oluşturduğu öne sürülmektedir. (63) Ayrıca travmatik stresörün

kestirilemez ve kontrol edilemez olup olmaması da korku yanıtının gelişmesine ve sürmesine katkıda bulunmaktadır. Stresörlerin kestirilebilir olmasının travmaya maruz kalanları psikolojik travmatizasyondan koruyabileceği belirtilmektedir. (59) Bütünleyici modele göre travmatik olayın, travma esnasında travmanın işlenmesinde bozukluğa sebep olduğu görülmektedir. Travmanın işlenmesinde oluşan bu bozukluk travma sonrasındaki dönemde de devam ederek travmanın bilinç düzeyine ulaşamamasına veya kasıtlı olarak bilinç düzeyine geri getirilerek düzenlenmesine neden olmaktadır. Bu modele göre yeniden yaşantılamalar, geçmiş yaşantılar ve kişilikten etkilenebilmektedir. (59)

İkili temsiliyet teorisine göre duyusal ve kavramsal temsil rutin hayatımızda bütünleşik işlenmektedir. Ancak yaşanan travmatik deneyim nedeniyle bu temsiller paralel işlenmeye başlamaktadır. Kavramsal temsil ile yaşanan olayların anlamını sorgulama, suçlama, güvensizlik ortaya çıkmaktadır. Duyusal temsilde ise kâbuslar, girici düşünceler, geriye dönüşler ortaya çıkmaktadır. Paralel işlenmeye başlayan bu temsillerin tekrardan bütünleşik ve sentezlenmiş halde işlemlenmesi için bu iki elementte güvenlik hissinin yeniden inşa edilmesi, dünya ve kendilik hakkındaki inanışların tekrar gözden geçirilip düzenlenmesi ve duyusal temsiller üzerindeki kontrol algısının tekrar değerlendirilmesi gerekmektedir. (64,65)

2.1.4.2.3. Biyolojik Teoriler

Nörokimyasal Etkenler:

Nörotransmitter ve nörohormonal işlevde meydana gelen değişiklikler TSSB'nin patofizyolojisinde önemli rol oynamaktadır. Organizmada bellek, dikkat, uyarılma süreçlerinde rol alan Noradrenalin (NA) en fazla ponstaki Lokus Seruleus (LS) bölgesinden salınmaktadır. (66) Bu bölge korku ve alarm yanıtlarına aracılık ettiği için 'travma bölgesi' olarak da adlandırılmaktadır. Ayrıca bu bölgenin prefrontal korteks, amigdala, hipokampüs, hipotalamus, periakuaduktal gri cevher ve talamus bağlantıları vardır. (67) Deneysel olarak LS bölgesi tahrip edilen hayvanların aldırmaz bir biçimde cesaretle tehlikeli davranışlara yöneldikleri görülmektedir. (68) Stresör ile ilk kez karşılaşıldığında NA sentez ve salınımında artış olmaktadır. Ancak tekrarlayan stresör maruziyeti sırasında üretilen NA'nın; hipotalamus, hipokampus, amigdala, LS ve korteks gibi bölgelerde tüketilen NA'yı karşılayamadığı ve böylece

adrenerjik reseptörlerde upregülasyon ve duyarlılık artışı olduğu görülmektedir. Tekrarlayan hafif streslerde bile koşullanmış bir cevap olarak tüketim sonucu aşırı üretim olduğu belirtilmektedir. (69) Ayrıca stresörlerin presinaptik alfa-2 noradrenerjik otoreseptör duyarlılığını azaltarak NA salınımını arttırdığı, bunun sonucunda da uyarılmışlık artışı,taşikardi, takipne, kaslarda gerginlik, kan basıncında artış, terleme, titreme gibi belirtilerin ortaya çıktığı ifade edilmektedir. Bununla birlikte dikkat ve hafızada önemli rol oynayan noradrenerjik nöronlardaki bu düzensizliğin TSSB'nin aşırı uyarılma ve yeniden deneyimleme semptomlarında etkili olduğu belirtilmektedir. (66) Noradrenerjik blokaj yoluyla Trisiklik Antidepresanlar (TCA), benzodiazepin, etanol, Monoamin Oksidaz İnhibitörleri (MAOI) ve klonidin TSSB belirtilerinin şiddetini azaltmaktadır. Öte yandan metil tirozin, yohimbin, kokain ve rezerpin gibi ilaç ve maddeler katekolamin deşarjı yaparak TSSB belirtilerini şiddetlendirmektedir. (70)

Serotonin düzeyinde azalmanın TSSB fenomenolojisiyle uyumlu olarak irritabilite, aşırı duyarlılık, aşırı uyarılmışlık, abartılı emosyonel uyarılma ve agresyona neden olduğu gösterilmiştir. (69,71) Ayrıca TSSB hastalarındaki dürtüsellik, düşmanca tutum, öfkelilik, depresyon ve intihar davranışı serotonin ile ilişkilendirilmiş ve TSSB'de kullanılan seçici serotonin gerialım inhibitörlerinin (SSGİ) terapötik etki göstermesi ile de serotoninin TSSB'deki rolü desteklenmiştir. (72) Serotonerjik sistemin TSSB belirtileri üzerine etkisinin serotonin agonisti etkisi olan meta-klorfenilpiperazinin (m-CPP) kullanılarak incelendiği bir çalışmada ise, m-CPP'nin yohimbine benzer bir şekilde anksiyete, panik atak ve TSSB belirtilerini ortaya çıkardığı görülmüş ve geriye dönüşler ile travmatik olayı yeniden yaşantılamanın serotonin-2 reseptörleriyle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür. (73) Başka bir çalışmada ise serotonin-1B ve 2C reseptörlerinin stresli durumlardaki adaptif reaksiyonlar ile ilişkili olduğu belirtilmiştir. (74) Ayrıca serotoninin travma sonrası stres yanıtında Kortikotropin Salgılatıcı Hormon (CRH) ve NA ile koordineli bir biçimde çalıştığı düşünülmektedir. (72)

Travmatik olay sonrasında medial prefrontal kortikal bölgede ve nükleus akumbenste dopaminerjik sistemde aktivasyon ve dopamin metabolitlerinde artış görülmektedir. (71,75) Stres sonrası aktive olan prefrontal korteks ve dopaminerjik sistemin TSSB'de görülen bellek bozuklukları ile ilişkili olabileceği öne

sürülmektedir. (76,77) Ayrıca stres öncesinde benzodiazepin uygulamasının dopamin nörotransmisyonunu azaltabildiği gösterilmiştir. Bununla birlikte dopaminerjik aktivitede artışa sebep olan kokain ve amfetamin kullanımının paranoid düşünceler veaşırı uyarılmışlık belirtilerine neden olabildiği belirtilmektedir. (78) Bu bulgular TSSB'de oluşan nörobiyolojik değişikliklerde dopaminin de önemli bir yeri olduğunu düşündürmektedir.

Stresin endojen opiyat sisteminde de değişikliklere yol açtığı belirtilmektedir. Şiddetli travmalardan sonra görülen depersonalizasyon, fiziksel analjezi ve ruhsal uyuşma gibi belirtilere endojen opiyat salınımının neden olduğu düşünülmektedir. (67) Anksiyete, irritabilite, öfke patlamaları, uykusuzluk, uyarılabilirlik gibi TSSB belirtilerinin opiyat yoksunluğu belirtilerine benzemesi de bu bozukluk ile opiyat sistemi arasındaki ilişkiyi desteklemektedir. Yapılan hayvan çalışmalarında deneklerin endojen opiyatların çekilmesini engellemek için travmayı arayan bir davranış sergiledikleri ve strese tekrar maruz kalmanın, eksojen opiyat uygulaması ile benzer etkiler oluşturduğu gösterilmiştir. (79)

Travma ve anksiyetenin nörobiyolojisinde GABAerjik yolaklar da önemli rol oynamaktadır. Stres sonucunda GABA sisteminin etkinliğinin azalmasının ve glutamat sisteminin etkinliğinin artmasının travmatik anıların belleğe yerleşmesinden sorumlu olduğu ve bunların da izleyen dönemdeki "yeniden yaşantılama" ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. (72) Bu hiperglutaminerjik durumun temporo-parietal kortikal bölgeyi etkileyerek TSSB'de görülen aşırı uyarılmışlık hali, yeniden yaşantılama ve gece kâbusları gibi semptomlara sebep olabileceği öne sürülmektedir. (80)

Strese yanıt ve adaptasyonda Hipotalamik-Pitüiter-Adrenal (HPA) ekseni aktive olarak önemli rol oynamaktadır. Bu aktivasyon ise hipotalamusun paraventriküler çekirdeğinden portal venöz dolaşıma CRH salınımı ile başlatılıp, ön hipofizden adrenokortikotropik hormon (ACTH) ve ß endorfin salıverilmesi ile devam etmektedir. Daha sonra ise ACTH dolaşıma geçerek adrenal korteksten glukokortikoid salınmasına yol açmaktadır. Ayrıca HPA eksen aktivasyonu dışında CRH, anksiyete davranışının oluşumunda ve lokus seruleus nöronlarının ateşlenme hızını arttırarak NA salınımında rol oynamaktadır. (81,82) Bununla birlikte katekolaminler hayati organların ihtiyacı olan fazladan enerjinin teminini sağlarken,

kortizol stresle ortaya çıkan nörolojik savunma sistemlerinin devamını ya da kapatılmasını sağlamaktadır.

Stres yanıtında HPA ekseni; gerekli durumlarda harekete geçmeyerek, gerekmediği durumlarda harekete geçerek, strese yanıt oluştuktan sonra sonlanmayarak normal işlevinden sapmalar gösterebilmektedir. Ayrıca TSSB'de HPA eksen regülasyonunda uzun süreli bozulmalar belirtilmektedir. (83) Kronik streste, HPA ekseni sürekli uyarıma cevap vermemeye başlamakta ve kortizol seviyesi düşmekte, glukokortikoid reseptör duyarlılığı artmakta ve negatif feedback inhibisyonu görülmektedir. (86,88) Biyokimyasal incelemelerde TSSB'de plazma ve idrarda serbest kortizol düzeylerinin düşük olduğu, düşük doz deksametazon ile yapılan yükleme testinde kortizolün baskılanmasının arttığı belirtilmektedir. (53) Çeşitli travma türlerinin incelendiği çalışmalarda, TSSB kriterlerini karşılayan olgularda kortizol düzeylerinin düşük olduğu görülmektedir. (84,85) Bu çalışmalar, HPA sistemindeki ve kortizol salınımındaki değişikliklerin TSSB ile ilişkili olduğunu desteklemektedir.

Genetik Etkenler:

Aile çalışmaları incelendiğinde TSSB hastalarının ailelerini inceleyen az sayıda çalışma olsa da ailelerinde TSSB gelişiminde risk artışı olduğu belirtilmektedir. (86) İkiz çalışmaları incelendiğinde TSSB için genetik geçişin %30 olduğu görülmektedir. (87) Ancak ikiz çalışmaları, TSSB etiyolojisinde hangi genlerin önemli olduğunu ifade edemediğinden için sınırlıdır. Günümüzde ise TSSB'deki genetik çalışmalar tanımlanan aday genlere odaklanmıştır. Serotonerjik ve dopaminerjik sistemler ile HPA aksını içeren genetik varyantlar üzerinde durulmaktadır. Moleküler biyoloji çalışmalarında GRP, CNR1, CRHR1, STMN1, DRD2, SLC6A3, SLC6A4 genleri ile kronik TSSB arasında pozitif ilişki gösterilmektedir. (88)

2.1.5 Klinik Özellikler ve Tanı Ölçütleri

2.1.5.1 Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Klinik Özellikleri:

Klinik tabloda temel olarak üç semptom kümesi görülmektedir. İlki travmatik olayla ilişkili olan tekrarlayan imgeleri, düşünceleri, kâbusları ve fizyolojik belirtileri

içeren olayın yeniden yaşantılanması olarak ifade edilmektedir. Yeniden yaşama davranışsal olarak farklı şekillerde ortaya çıkabilmekte olup özgül semptomu ise flashback olarak adlandırılan yeniden yaşama belirtisidir. Ciddi vakalarda yeniden yaşama anında; disosiyatif belirtiler, panik atak belirtileri olarak taşikardi, dispne, terleme gibi belirtiler ve ajitasyon veya agresyon eşlik edebilmektedir. (89) İkincisi travmatik olayı hatırlatan düşüncelerden, olaylardan, konuşmalardan, insanlardan, aktivitelerden ve yerlerden tamamen kaçınma durumu olan kaçınma davranışı olarak belirtilmektedir. Kaçınma tepkileri travmatik olayların etkisinden kaynaklanabilecek anksiyeteden ve olumsuz düşüncelerden korunmak için sergilenmektedir. Kaçınma tepkileri, künt duygulanım, zevk alamama ve geleceğe yönelik olumsuz düşünceler gibi diğer semptomlarla birlikte ortaya çıkabilmektedir. (34) Üçüncüsü endişe, aşırı uyarılma, sinirlilik, terleme, irkilme belirtileri ve uyku bozukluklarını içeren aşırı uyarılma belirtileri olarak ifade edilmektedir. Uyku bozuklukları, uykuya dalmada ve uyku sürecini sürdürmede zorluklar şeklinde görülebilmektedir. Klinik süreç incelendiğinde uyku bozukluklarının giderek artan bir oranda görüldüğü gözlemlenmektedir. (38)

Klinik tablo ağır bir travmanın ardından ortaya çıkmaktadır. Travma olarak tanımlanabilmesi için; DSM-5'e göre travmatik olayı doğrudan yaşamak, tanık olmak, dolaylı olarak yakın akraba ya da yakın arkadaşın uğradığı travmanın ayrıntılarını öğrenmek, görev gereği yineleyici olarak bu tür olaylarla karşılaşmak gerekmektedir. Dolaylı olarak internet, televizyon, sinema ya da fotoğraflarla karşılaşma travma olarak tanımlanmamaktadır. Belirtiler travmatik olaydan sonraki birkaç hafta ya da birkaç ay içerisinde ortaya çıkmakta, bu süreç nadiren altı ayı geçmektedir. (90) Belirtilerin okul çağı öncesi çocuklarda görülüp görülmediğini ve disosiyatif belirtiler (depersonalizasyon/ derealizasyon) ile birlikte gidip gitmediği TSSB'nin DSM-5 tanısında belirtilebilmektedir. (10) Ayrıca DSM-5'e göre belirtilerin travmatik olaydan altı aydan daha geç başladığı durumlarda geç başlangıçlı TSSB tanısı konulmaktadır. Ancak, geç başlangıçlı TSSB hastalarının %90'ında belirtilerin daha önce başladığı gösterilmiştir. (90)

2.1.5.2 Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri:

Travma Sonrası Stres Bozukluğu DSM-5 tanı ölçütleri tablo 2.1.5.2.1'de sunulmuştur. (10,91) Bu ölçütlere göre DSM-5'e göre TSSB tanısı için travmaya doğrudan ya da dolaylı maruz kaldıktan sonra A, B ve C ölçütlerindeki belirtilerin 1'er tanesinin bulunması, D ve E ölçütlerindeki belirtilerin 2'şer tanesinin bulunması B,C,D ve E ölçütlerindeki belirtilerin 1 aydan uzun sürmesi, işlevsellikte bozulmaya neden olması, ilaç, alkol, madde kullanımı veya sağlık sorunlarıyla daha iyi açıklanamaması gerekmektedir. Küçük yaş grubu çocuklarda ise istençdışı gelen belirtiler, olumsuz duygudurum, çözülme, kaçınma ve uyarılmayı kapsayan beş kümeden dokuz tane belirti tanı koymak için yeterli kabul edilmektedir.

Tablo 2.1.5.2.1 DSM-5 TSSB Tanı Kriterleri

A. Aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşmış ya da cinsel saldırıya uğramış olma:
1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama
2. Başkasının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (tanıklık etme)
3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme.
4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. Insan kalıntıları toplayan ilk kişiler; çocuk sömürüsünün ayrıntılarıyla yeniden yeniden karşılaşan polis memurları)
B. Travmatik olay aşağıdakilerden biri (ya da daha fazlası) yoluyla sürekli olarak yeniden yaşanır.
1.Olayın, elde olmadan tekrar tekrar anımsanan sıkıntı veren anıları
2. Olayı, sık sık, sıkıntı veren bir biçimde rüyada görme
3. Travmatik olay sanki yeniden oluyormuş gibi davranma ya da hissetme (uyanmak üzereyken ya da sarhoşken ortaya çıkıyor olsa bile, o yaşantıyı yeniden yaşıyor gibi olma duygusunu, illizyonları, hallüsinasyonları ve dissosiyatif "flashback" epizodlarını kapsar).
4. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine yoğun bir psikolojik sıkıntı duyma

5. Travmatik olayın bir yönünü çağrıştıran ya da andıran iç ya da dış olaylarla karşılaşma üzerine fizyolojik tepki gösterme
C. Aşağıdakilerden birinin ya da ikisinin birlikte olmasıyla belirli, travmatik olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, travmaya eşlik etmiş olan uyaranlardan sürekli kaçınma
1. Travmaya eşlik etmiş olan düşünce, duygu ya da konuşmalardan kaçınma çabaları
2. Travma ile ilgili anıları uyandıran etkinlikler, yerler ya da kişilerden uzak durma çabaları
D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, travmatik olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, travmatik olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olması:
1. Travmatik olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama
2. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler
3. Travmatik olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler
4. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum
5. Önemli etkinliklere karşı ilginin ya da bunlara katılımın belirgin olarak azalması (5) İnsanlardan uzaklaşma ya da insanlara yabancılaştığı duyguları
6. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları
7. Sürekli bir biçimde olumlu duygular yaşayamama
E. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha fazlasının) bulunması ile belirli, artmış uyarılmışlık semptomlarının sürekli olması:
1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları
2. Sakınmaksızın davranma ya da kendine zarar veren davranışlarda bulunma
3. Her an tetikte olma
4. Abartılı irkilme tepkisi gösterme
5. Odaklanma güçlükleri
6.Uyku bozukluğu
F. Bu bozukluk (B, C, D ve E tanı ölçütlerindeki semptomlar) 1 aydan daha uzun sürer.
F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da işlevselliğin önemli diğer alanlarında bozulmaya neden olur.

2.1.5.3 Travma Sonrası Stres Bozukluğu ICD-10 Tanı Kriterleri (92) **Tablo 2.1.5.3.1.** ICD-10 TSSB Tanı Kriterleri

Hemen herkeste sıkıntıya yol açabilen bir doğal felakete (kısa veya uzun süreli) veya kişiyi tehdit eden stresli olaylara veya durumlara karşı, gecikmiş ya da uzamış olarak ortaya çıkan bir cevaptır.
Kişide önceden nevrotik hastalığın bulunması hazırlayıcı bir faktördür ve bu sendromun gelişimi için eşiği düşürür veya gidişi alevlendirir. Fakat bu hazırlayıcı faktörler bozukluğun ortaya çıkmasını açıklamada ne gerekli ne de yeterli değildir.
Tipik özellikler olarak; geri dönüşler, rüyalarla travmanın tekrarlayıcı bir şekilde yaşanmasıdır, temelde inatçı bir (“duygusuzluk") hali, duygusal küntleşme, diğer insanlardan uzaklaşma çevreye karşı cevapsızlık, zevk alamama, travmayı hatırlatacak etkinliklerden ve durumlardan kaçınma vardır. Genellikle otonomik aşırı uyarılmışlık, tetikte olma, aşırı irkilme ve uykusuzluk vardır. Yukarıdaki belirti ve bulgulara anksiyete ve depresyon eşlik eder. İntihar fikri seyrek değildir.
Travmayı takiben birkaç haftadan aylara adar değişen bir süreden sonra görülür. Seyir dalgalıdır. Fakat olguların çoğunluğunda iyileşme umulabilir. Olguların küçük bir kısmı da durum kronik bir seyir gösterebilir. Yıllarca sürer. Kalıcı kişilik değişimine dönüşebilir.

2.1.5.4 Klinik Görünüm, Ayırıcı Tanı ve Komorbidite:

Yazın incelendiğinde TSSB’nin diğer mental bozukluklarla birarada görülebildiği ve yaşam boyu komorbid bozukluk gelişme riskinin yüksek olduğu olduğu belirtilmektedir. (93) Komorbid bozukluklardan önce veya sonra TSSB başlayabilmektedir. Ayrıca TSSB belirtileri anksiyete, depresyon, kişilik bozuklukları ve psikotik bozuklukların bir kesişim kümesi gibi geniş bir yelpaze oluşturmaktadır. Travmatik deneyimden sonra TSSB belirtilerinin ortaya çıkışı farklılıklar göstermekte ve tanı sürecinde zorluklara sebep olmaktadır. Bu belirtilerin ortaya çıkma zamanı da TSSB’nin klinik tablosuna etki etmektedir. Yanı sıra travmatik deneyimden sonra ortaya çıkan tepkiler klasik TSSB belirtileri olmadan; uyum bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, somatizasyon bozukluğu, depresyon ya da fobi gibi diğer psikiyatrik bozukluklar şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Bu durum klasik sınıflandırma sisteminde TSSB olarak değerlendirilmemektedir. (35)

Sosyal içe çekilme, uyku bozukluklukları , dikkat problemleri, anhedoni, irritabilite, disfori ve suçluluk duygusu hem TSSB'de hem de depresyonda görülebilmektedir. Ayırıcı tanıda ayrıntılı öykü alınması önemlidir ve REM uyku latensi, kortizol, noradrenalin düzeyleri yardımcı olabilmektedir. (94) Sürekli anksiyete hali, ani uyarılmalar gibi belirtiler hem TSSB'de hem panik bozuklukta görülebilmektedir. (94) Kaçınma belirtileri ve korkular açısından ise TSSB ve özgül fobi arasında benzerlikler vardır. Ayrıca travma sonrasında gelişen özgül fobiler ile TSSB ayrımı yapmak güç olabilmektedir ancak korku ve spesifik uyarandan kaçınma dışındaki belirtiler TSSB'de görülmemektedir. Uyku bozuklukları, irritabilite, dikkat problemleri, otonom sinir sistemi etkinliğinde artış, aşırı irkilme yanıtları hem TSSB'de hem yaygın anksiyete bozukluğunda görülebilmektedir. (95) Duygulanımda küntlük, sosyal anksiyete, sosyal izolasyon, depersonalizasyon gibi şizotipal kişilik bozukluğu ölçütleri; insanlara güvenmeme, kuşkuculuk, alınganlık, duygulanımda küntlük gibi paranoid kişilik bozukluğu ölçütleri; dürtüsellik, öfke kontrol problemleri, duygulanımda dalgalanmalar, kimlik kargaşası ve kişiler arası ilişkilerde dengesizlik gibi borderline kişilik bozukluğu ölçütleri TSSB tanısı konan bireylerde sıklıkla gözlenmektedir. (96) Stres etkeninin yaşamı tehdit edici olmaması, genellikle kabul edilebilir boyutlarda olması ve yeniden yaşama belirtilerinin görülmemesi ile uyum bozukluğu TSSB'den ayrılmaktadır. (95) Akut stres bozukluğunda ise semptomların en az 1 ay içerisinde başlaması ve 1 ay içerisinde belirtilerin yatışması beklenmektedir. (10) Obsesif Kompulsif Bozuklukta (OKB) ise istençdışı gelen yineleyici düşünceler ortaktır ancak bu düşünceler travmatik olayla ilişkili değildir. (95) Psikotik bozukluklarda, deliryumda ve madde kullanımında görülen halüsinasyon, illüzyon ve algı bozuklukları ile TSSB'de yeniden yaşamanın ayırt edilmesi de gerekmektedir. (95) Bunun yanısıra psikolojik travma ile birlikte fiziksel travmaya yol açan stresörler (kafa travması, beslenme bozuklukları, işkence) TSSB'nin yanısıra organik mental bozukluğa sebep olabilmektedir. Konvülzif nöbetler, demansiyel belirtiler, bellek bozuklukları, ilgide azalma, konsantrasyon güçlükleri organik patolojileri akla getirmektedir. (97) Dikkat edilmesi gereken diğer bir durum ise TSSB belirtilerinin

taklit edilmesi ya da maddi kazanç sağlanmasının olası olduğu durumlarda hafif belirtilerin kişi tarafından abartılması şeklinde ifade edilmektedir. (98)

Klinik ve epidemiyolojik çalışmalarda TSSB tanılı olgularda komorbid diğer psikiyatrik tanıların sık görüldüğü belirtilmektedir. (93,95,98) Aynı etiyolojik fakötr sonucunda ortaya çıkmaları, TSSB'ye duyarlılığı arttırmaları ve komplikasyon olarak ortaya çıkmaları sebepleriyle komorbid tanıların sık görüldüğü öne sürülmektedir. (99) Adölesanlarda yapılan toplum çalışmalarında, TSSB'nin en fazla depresif bozukluk, anksiyete bozuklukları ve madde kötüye kullanımı ile ilişkili olduğu bildirilmektedir. (100) Klinik çalışmalarda TSSB yaşayan adölesanlarda erişkinlere göre daha yüksek depresyon puanları, disosiasyon, intihar davranışları olduğu gözlenmektedir. (101) Yaşanan travmatik olaydan sonra TSSB gelişen bireylerde yaşam boyu depresif bozukluk riskinin belirgin arttığı ve bu bireylerin %50'sinin TSSB tanısına ek olarak Major Depresif Bozukluk (MDB) tanısı aldığı belirtilmektedir. Kessler ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, TSSB'si olan erkeklerde %29,3-%51,3, kadınlarda ise %40,8-%57,6 oranında diğer ruhsal hastalıklarla komorbidite gösterilmiştir. (36). Aynı çalışmada TSSB olgularında madde kötüye kullanımı %73, depresyon %26, antisosyal kişilik bozukluğu %31, distimi %21 ve obsesif kompulsif bozukluk %10 oranında saptandığı bildirilmiş olup TSSB tanısı alan kadınlarda %44, erkeklerde ise %59 oranında eş zamanlı en az üç ruhsal bozukluk olduğu belirtilmiştir. Ayrıca kronik travma maruziyeti olan çocuklarda ise daha yüksek oranlarda komorbid ruhsal bozuklukların görüldüğü ifade edilmektedir. (102)

2.1.5.5 Tedavi:

Travmaya maruz kalan çocukların ve gençlerin tedavisinde yaygın kullanılan ve etkinliği ile ilgili birçok araştırma olan Travma Odaklı Bilişsel Davranışçı Terapi'nin (BDT) travma sonrası stres belirtileri ve diğer ruhsal belirtiler üzerinde etkili olduğunu gösteren birçok kanıt olduğu ifade edilmektedir. (103) Travma Odaklı-BDT uygulaması kolay, kısa süreli, yapılandırılmış bir tedavi modeli olarak İngiltere'de ve ABD'de TSSB tedavi protokollerinde ilk seçenek olarak yer almaktadır. (104,105)

Çocuk ve ergenlerde TSSB'de ilaç tedavisi ile ilgili çalışmalar sınırlılık

göstermektedir. Kullanılan farmakolojik yöntemler ile ilgili en çok bilimsel kanıt bulunan ilaçların SSGİ'ler olduğu belirtilmektedir. (106) Yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılma belirtilerinde SSGİ grubunda olan sertralin ve citalopramın etkili olduğu bildirilmektedir. (107,108) Psikotik belirtileri ve kendine zarar verici davranışları olan çocuklarda çalışmalar olgu sunumları ile sınırlı olsa da antipsikotik kullanımının faydalı olduğunu bildiren uzman görüşleri olduğu belirtilmektedir. (109) Cinsel ve fiziksel istismar mağduru olgularda propranololün etkisinin incelendiği bir çalışmada uyarılmışlık belirtilerinde düzelme olduğu ifade edilmektedir. (110) Olgu serilerinde klonidinin; anksiyete, konsantrasyon ve aşırı uyarılmışlık bulgularını azalttığı, guanfasinin ise yeniden yaşantılama ve kaçınma belirtilerinde iyileşme sağladığı bildirilmektedir. (111,112) Duygudurum düzenleyicilerden sodyum divalproat ve karbamazepinin kullanıldığı olgu serilerinde TSSB belirtilerinde azalma olduğu belirtilmektedir. (113,114) Yazında trisiklik antidepresanların yanık sonrası TSSB gelişen hastalarda kullanımı ile ilgili olgu serisi bulunduğu ancak potansiyal kardiyovasküler yan etkiler nedeniyle tercih edilmediği görülmektedir. (115) Ayrıca benzodiazepinlerin çocuk ergenlerde anksiyete bozukluklarında kullanılabildiği ancak TSSB tedavisinde kullanımı ile ilgili de kanıt düzeyinin yetersiz olduğu belirtilmektedir. (116)

Göz hareketleri ile duyarsızlaştırma ve yeniden işlemleme(EMDR), F.Shapiro'nun sakkadik göz hareketlerinin rahatsız etkisini kendi üzerinde keşfetmesinden sonra TSSB yaşan hastalara seans olarak uyguladığı bir tekniktir. (117) Bu tekniği uyguladığı hastaların BDT'nin exposure tekniği uygulanan kontrol grubuna göre anksiyete düzeylerinin arttığını ve bir-üç aylık dönemlerde bu etkinin devam ettiğini gözlemlemiştir. (118) Yetişkinlerde kronik TSSB için EMDR'nin, TO-BDT ile birlikte birinci basamak tedavide önerilen yöntemlerden olduğu belirtilmektedir. (104)

2.2. Sosyal Biliş

2.2.1 Tanım:

Sosyal biliş sosyal etkileşimlerin altında yatan sosyal bilginin algılanması, işlenmesi, yorumlanması ve bu bilgiye yanıtların üretilmesi gibi zihinsel işlemler olarak tanımlanmaktadır. (119) Sosyal biliş; duygu algısı (yüz ve vokal duygulanım

tanınması), sosyal işaret algısı (sosyal bağlamda ipuçlarını tespit etme ve anlama becerisi), zihin teorisi (kişinin kendisinin ve başkalarının zihinsel durumlarını hakkında çıkarım yapma), ilişkilendirme tarzı (olayların nedenlerini kendine, başkalarına veya çevredeki faktörlere atfetme) ve empati (başkalarının duygusal durumlarını paylaşma, anlama ve bunlara uygun şekilde tepki verme yeteneği) gibi 5 farklı alanı kapsamaktadır. (120) Yaşamın erken dönemlerinde edinilmesi beklenen bu alanlardaki yetenekler, bir toplumun parçası olarak işlevlerimizin altında yatan sosyaldavranışları mümkün kılmaktadır. (121)

2.2.2 Travmada Sosyal Biliş:

Olumsuz inançlar, kaçınma ve suçluluk gibi sosyal işlevsellikteki değişiklikler TSSB tanısı için temel semptom profilinde yer almaktadır. (10) Bununla birlikte TSSB'de duygu tanıma, zihinselleştirme (bakış açısı alma) ve sosyal bilişsel görev performansında azalma görülmektedir. Travmatik bir deneyimden sonra iyileşmede ise sosyal işlevselliğin önemi belirtilmektedir. Ayrıca sosyal çevrenin travmaya dayanıklılıkta ve travma sonrası iyileşmedeki rolü görülmektedir. (3) Bireyin sosyal çevresi ile ilişkisi hem sosyal çevrenin niteliği hem de bireyin çevresindeki diğer insanlar tarafından iletilen bilgileri algılama ve anlama biçimi ile belirlenmektedir. (9) Dayanıklılığa ve iyileşmeye katkıda bulunan faktörler dikkate değerdir çünkü çoğu insan yaşamları boyunca travmatik bir olay yaşayacak olsa da yalnızca %6-10'una TSSB tanısı konmaktadır. (37) Bununla beraber algılanan sosyal destek, çocuklukta kötü muamele geçmişi olan yetişkinlerde travmaya bağlı semptomların daha az olmasını öngörmektedir. (122) Çok çeşitli travma türleriyle ilişkili TSSB'si olan katılımcılarla yapılan çalışmalarda, sağlıklı kontrollere göre zihinselleştirme, duygu tanıma ve empati görevlerinde daha düşük performans bildirilmektedir. (9) Nörogörüntüleme temelli TSSB'de sosyal işlevleri değerlendiren çalışmalar az sayıda olsa da sosyal ipuçlarını kullanarak duygusal bilgileri ileten uyaranlara yanıt olarak uyarılma veya uyanıklıkla ilişkili beyin aktivasyonu araştırılmaktadır. Bu çalışmalar incelendiğinde korkulu veya kızgın yüz ifadeleri ve nötr veya mutlu yüz ifadeleri şeklinde tehdit edici ve tehdit edici olmayan sosyal ipuçları sunarak semptom provokasyonunun sık kullanıldığı ve bu şekilde duygu tanıma bileşeninin değerlendirildiği görülmektedir. Bu değerlendirmelerin sonucunda ise TSSB'si olan

bireylerde hem tehdit edici (korkulu/öfkeli) hem de tehdit edici olmayan uyaranlara (nötr/mutlu/yüz dışı karşılaştırma) karşı amigdala hiperreaktivite görüldüğü belirtilmektedir. (9,123) Bu bulguların TSSB'deki çevresel ipuçlarına karşı artan korku veya uyanıklık tepkilerini yansıttığı ve amigdala hiperreaktivitesinin aşırı uyarılma semptomları ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. (9)

2.3. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Otistik Belirtiler

2.3.1 Tanım:

Otizm, sosyal etkileşim, iletişim ve duygusal karşılıklılık gibi kişilerarası ilişkilerde yetersizlik, sınırlı ilgi alanları, stereotipik davranışlar ve işlevsellikte azalma ile giden genetik temelli nörogelişimsel bir bozukluktur. (10,124). Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından 2000'de yayımlanan DSM-IV-TR'de Otizm; Yaygın Gelişimsel Bozukluklar başlığı altında Asperger Sendromu, Atipik otizm, Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu ve Rett Sendromu ile beraber yer almıştır. (33) Daha sonra 2013'te yayımlanan DSM-5'te ise boyutsal anlayıştan da yararlanarak yeniden ele alınmış ve Otizm Spektrum Bozukluğu olarak tek başlıkta toplanmıştır. Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) belirtileri ise "Sosyal Etkileşim/İletişim Eksiklikleri" ve "Sınırlı ve Yineleyici İlgi, Davranış ve Etkinlikler" olmak üzere iki alanda kümelenmekte, şiddeti ise desteğe duyulan ihtiyaca göre hafif, orta ve ağır olmak üzere üç düzeyde değerlendirilmektedir. (10,124)

Yazın incelendiğinde OSB'de temel patoloji olarak görülen iletişim ve etkileşim becerilerinde yetersizlik ve ilgi alanlarında kısıtlılık problemlerinin normal popülasyonda da farklı şiddetlerde gözlenebildiği görülmektedir. Geniş Otizm Fenotipi olarak da ifade edilen bu tablonun tanısal düzeydeki OSB'ye nazaran toplumda çok daha sık gözlendiği bildirilmektedir. Bu kişilerin bu bozukluğun kendisine sahip olmasalar da "daha hafif bir türevi"ne sahip oldukları öne sürülmektedir. (10,125–127) Ayrıca OSB'deki genetik altyapının aile bireylerindeki otistik belirtilerden sorumlu olduğu düşünülmektedir. (128,129)

Otistik bireylerin yakınlarında gözlenen iletişim ve sosyal etkileşim alanlarındaki yetersizlikler otizmin genetik yönünü gündeme getirmiş ve yapılan ikiz çalışmalarıyla bu alandaki incelemeler hız kazanmıştır. (130) Otistik özellikleri olan

ikizlerde yapılan bir çalışmada monozigotlarda %36 ve dizigotlarda %0 otizm konkordansı tespit edilmiştir. (131) Otistik ve mental retarde çocukların ebeynlerinde yapılan bir çalışmada ise otistik çocukların ebeveynlerinde emosyonel yanıtlarda ve sosyal iletişimde gariplikler, empati kurma ve görüşmeciye uyum konularında yetersizlikler gözlemlenmiştir. (132) Benzer başka çalışmalarda da otistik çocukların ebeveynlerinde sosyal etkileşim ve iletişim becerilerinde genel topluma göre yetersizliklerin olduğu, tekrarlayıcı davranışlarının daha fazla olduğu belirtilmektedir. (125) Otizm için bir endofenotip olarak belirlenmeye çalışılan Geniş Otizm Fenotipini ölçmek için klinik görüşmeye dayalı çeşitli yöntemler kullanılmaktadır. (126,133,134)

2.3.2 Travmada Otistik Belirtiler:

Otistik özelliklerin çeşitli klinik semptomların gelişimine ve işlevselliğe etki etmesinin yanı sıra TSSB gelişimi için önemli bir risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. (135,136) Bu durum ise otistik boyutun travma ve stresle ilişkili durumların tüm yelpazesiyle de ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. (12) Yazın incelendiğinde otistik özellikler ile ilgili olarak gerçekleşen ruminasyonun ve tekrarlayan düşüncenin stresli deneyimleri işlemede bozulmaya neden olduğu bu durumun ise travmatik bir olayın ardından TSSB gelişiminde önemli rol oynadığı belirtilmektedir. (135,136) Yüksek düzeyde otistik özelliklere sahip bireylerin, stresli durumlarda daha düşük başa çıkma stratejisi ve daha az zihinsel beceri gösterebildiği ifade edilmektedir. Tekrarlayan düşünce örüntülerinin ise, problem çözmeyi ve daha kötü duyguların işlenmesini olumsuz yönde etkileyerek sosyal izolasyona sebep olan moral bozukluğu, kaygı ve olumsuz düşünceler ile ilişkili olduğu gözlemlenmektedir. (11,136,137)

Otistik özelliklere sahip çocukların ebeveynlerinin, çocuğun tepkisizliği karşısında hayal kırıklığı yaşayarak duygusal ve fiziksel olarak daha cezalandırıcı hale gelebileceği belirtilmektedir. Otizm özelliklerine sahip çocukların sergilediği yoğun, katı rutin bağlılığının ebeveynler tarafından karşı gelme olarak algılanabileceği hipotezi de öne sürülmektedir. (138) Ebeveynlerin çocuklarıyla başarılı bir şekilde akıl yürütme ve çocukları tarafından anlaşılma beklentilerinin de

istismarın gerçekleştirilmesini etkileyebileceği belirtilmektedir. (139) Ek olarak, yüksek düzeyde otistik özelliklere sahip yetişkinlerin, kişilerarası travmatizasyona maruz kalma riski altında olduğu ifade edilmektedir. (12) Duygusal ve sosyal bilişteki eksiklikler, özellikle cinsel açıdan uygunsuz davranışları belirleyememeye (140,141) sosyal değişim kurallarındaki ihlalleri tespit edememeye (142) ve uygunsuz davranışlardaki kendi rahatsızlığını belirleyememeye (143) sebep olarak mağduriyet riskini arttırabileceği ve damgalanmaya sebep olabileceği belirtilmektedir.

Sonuç olarak, otistik özelliklere sahip kişilerin daha fazla kişilerarası mağduriyet riski altında olduğu ve travmatik olay sonrasında TSSB semptomları geliştirme riskinin daha fazla olduğu ifade edilmektedir. Tüm bu nedenlerle TSSB'li bireylerde otistik özelliklerin incelenmesi önemli hale gelmektedir.

3.AMAÇ VE HİPOTEZ

3.1 Amaç

Alanyazın incelendiğinde Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı olan ergenlerde otistik özellikler ve sosyal biliş arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Otistik özellikler; bilgi algılama ve işleme, ruminatif düşünme, zihinsel katılık, duygu düzenleme zorlukları, bilişsel başa çıkma kapasitesini ve duyguları işlemek için diğer uyarlanabilir stratejileri azaltabilir. Sosyal biliş, diğer insanların niyetlerini, eğilimlerini ve davranışlarını algılama, yorumlama ve bunlara tepki üretme kapasitesi olarak tanımlanır. (4) Sosyal etkileşimlerin altında yatan farklı spesifik bilişsel süreçleri içerir. Zayıf sosyal biliş, genel işlevselliği ve yaşam kalitesini etkilemektedir. (7) Sosyal bilişsel süreçler Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) geliştirme riskine veya travmaya dayanıklılığına katkıda bulunmaktadır.

Bu nedenle bu tez çalışmasında ana amacımız; Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan ve olmayan ergenlerde otistik özellikler ve sosyal bilişin karşılaştırılmasıdır. Çalışmadaki ikincil amacımız ise; otistik özellikler ve sosyal biliş arasındaki ilişkinin değerlendirilmesidir. Bu çalışmadan elde edilen veriler, otistik özellikler ve sosyal bilişin ergenlerdeki travma sonrası stres bozukluğuyla ilişkisini aydınlatarak alanyazına katkı sağlayacak olması nedeniyle önemlidir. Bu sayede Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve travma ile ilişkili bozuklukları hedefleyen önleyici ve tedavi edici müdahalelerin geliştirilmesinde psikososyal yönden katkıda bulunulabileceği düşünülmüştür.

3.2. Hipotezler

Çalışmanın Hipotezleri;

1.Hipotez

H0: TSSB tanılı olgular ile sağlıklı kontroller arasında sosyal biliş becerileri açısından fark yoktur.

H1: TSSB tanılı olguların sosyal biliş becerileri sağlıklı kontrol grubuna göredaha bozuktur.

2.Hipotez

H0: TSSB tanılı olgular ile sağlıklı kontrol grubuna arasında otistik belirti şiddeti açısından fark yoktur.

H1: TSSB tanılı olguların otistik belirti şiddeti sağlıklı kontrol grubuna göre daha yüksektir.

3.Hipotez

H0: TSSB grubunda otistik özellikler ve sosyal biliş arasında korelasyon yoktur.

H1: TSSB grubunda otistik özellikler ve sosyal biliş arasında negatif korelasyon vardır.

4.Hipotez

H0: TSSB grubunda sosyal biliş becerileri üzerine otistik belirtilerin aracı (mediyatör) rolü yoktur.

H1: TSSB grubunda sosyal biliş becerileri üzerine otistik belirtilerin aracı (mediyatör) rolü vardır.

4.GEREÇ VE YÖNTEM

4.1. Çalışma Yöntemi

4.1.1. Çalışmanın Yapıldığı Yer

Bu çalışma Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği polikliniklerinde gerçekleştirilmiştir.

4.1.2. Çalışmanın Süresi

Bu çalışma Şubat 2023-Eylül 2024 tarihleri arasında yapılmıştır.

4.1.3. Çalışmanın Etik Kurul Onayı

Çalışmaya başlamadan önce Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulundan 26.01.2023 tarih ve 2023/16-04sayılı etik kurul onayı alınmıştır. Çalışmada Helsinki Bildirgesi'ne uyulmuştur. Tüm katılımcılardan ve ebeveynlerinden yazılı bilgilendirilmiş gönüllü onam formu alınmıştır.

4.1.4. Çalışmanın Bütçesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) birimi tarafından TPF-23011 Proje Kodu ile desteklenmiştir.

4.1.5. Çalışmanın Deseni

Etik kurul onayı alındıktan sonra Şubat 2023-Eylül 2024 tarihleri arasında Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ve S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ardı sıra ayaktan başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı konan 12-18 yaş arası ergen kız/erkek hastalardan çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar olgu grubu olarak

alınmıştır. Kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyet eşleştirilmiş herhangi bir psikopatolojisi ve travma öyküsü (ÇDŞG-ŞY-TDSM-5 Travma eki) olmayan Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran çalışmaya katılmayı kabul eden katılımcılar alınmıştır. Her iki gruba yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesi ÇDŞG-ŞY-T- DSM-5 uygulanmıştır. Ayrıca her iki gruba otistik belirtileri saptamak üzere ergen formu ebeveynleri tarafından doldurulmuştur. Daha sonra Otizm Spektrum Anketi-Ergen formunda kesme değer olan 24 puan ve üzeri alan katılımcılara otizm tanısını dışlamak için ADOS-2 Modül 4 uygulanmıştır. Olgu (TSSB) grubunun belirti şiddeti Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu verilerek değerlendirilmiştir. Her iki grubun sosyal bilişlerini değerlendirmek için araştırmacı tarafından Gözler Testi, Yüzler Testi, Gaf Testi, Beklenmedik Sonuçlar Testi ve Anlam ve İlişkileri Kavrayabilme Testi uygulanmıştır.

Olgu ve kontrol gruplarında katılımcıların zeka düzeyi klinik olarak değerlendirilmiştir. Klinik muayenede gerilik olduğunu düşünülen vakalar WISC-R zeka testine yönlendirilmiştir. Çalışmaya alınan tüm hastaların psikiyatrik muayenesi araştırma görevlisi tarafından danışman öğretim üyesi süpervizyonluğunda yapılmıştır. Ek olarak klinisyen tarafından sosyodemografik veri formu ergen ve ebeveyni ile görüşülerek doldurulmuştur. Çalışmaya alınan ve bilgilendirilmiş onamla çalışmayı kabul eden katılımcılardan ve ailelerden aydınlatılmış onam alınmıştır.

4.1.6. Araştırmanın Örneklemi

Çalışmanın örneklemini Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Poliklinikleri ayaktan başvuran, çalışmaya katılmaya gönüllü olan, DSM-5 tanı ölçütlerine göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı konan 12-18 yaş arası ergen olgular ve Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ve S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ayaktan başvuran,

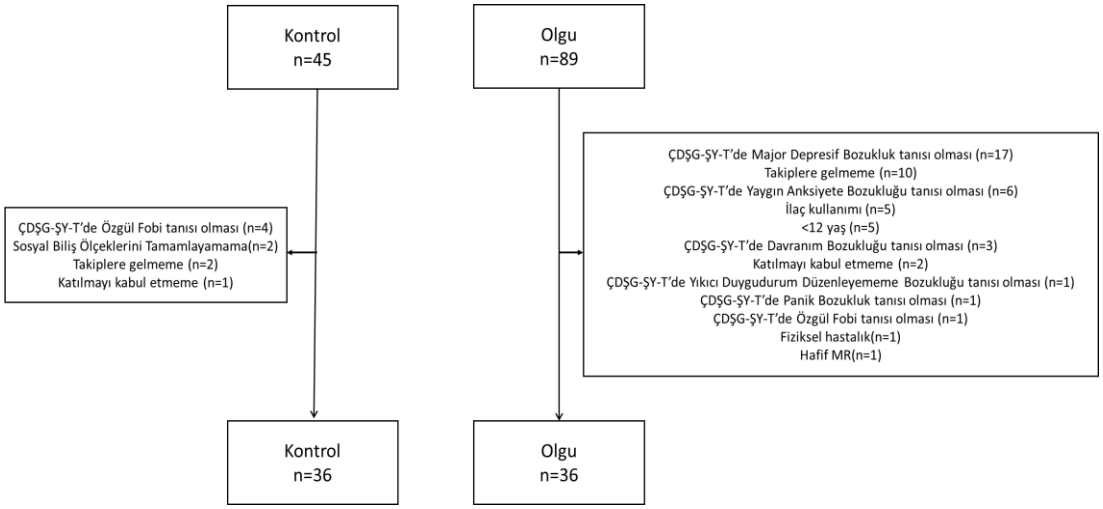
çalışmaya katılmaya gönüllü olan, herhangi bir psikopatolojisi ve travma öyküsü (ÇDŞG-ŞY-T DSM-5 Travma eki) olmayan sağlıklı ergen kontrol grubu oluşturmaktadır.

Olgu grubu için 89 sayıda hasta alınmıştır. Olgu grubunda 10 ergen çalışma takvimine uyum sağlamadığı için, 5 ergen ilaç kullandığı için, 5 ergen 12 yaşından küçük olduğu için, 2 ergen çalışmaya katılmayı kabul etmediği için, 1 ergen Hafif Düzeyde Zihinsel Yetersizlik olduğu için, 1 ergen fiziksel hastalığı nedeniyle konuşamadığı için çalışma dışı bırakılmıştır. Ayrıca ÇDŞG-ŞY-T ile 17 olgu Major Depresif Bozukluk tanısı saptandığı için, 6 olgu Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı saptandığı için, 3 olgu Davranım Bozukluğu tanısı saptandığı için, 1 olgu Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu tanısı saptandığı için, 1 olgu Panik Bozukluk tanısı saptandığı için, 1 olgu Özgül Fobi tanısı saptandığı için çalışma dışı bırakılmıştır. Böylece olgu grubunda çalışma içleme ve dışlama ölçütlerini sağlayan 36 sayıda olgu çalışmaya alınmıştır.

Kontrol grubunda 45 sayıda hasta alınmıştır. Dört hasta ÇDŞG-ŞY-T ile Özgül Fobi tanısı saptandığı için, 2 ergen testleri tamamlayamadığı için (her iki hastada da ÇDŞG-ŞY-T ile Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı saptanmıştı), 2 ergen takiplere gelmediği için, 1 ergen çalışmaya katılmayı kabul etmediği için çalışma dışı bırakılmıştır. Kontrol grubunda son ulaşılan örneklem sayısı 36'dır (Şekil 4.1.6.1).

Olgu grubunda 11 katılımcının OSA-ergen formunun toplam puan ortalaması 24'ün üzerinde olduğu için otizm tanısını dışlamak için ADOS-2 Modül 4 uygulanmıştır. Hiçbir hastada ADOS-2 puanı kesme değerinin üstünde hesaplanmamıştır. Ayrıca olguların klinik muayene ve öyküsünde otizm spektrum bozukluğuna yönelik bulgu saptanmamıştır.

Bu çalışmanın örneklem büyüklüğünün hesaplamasında G-Power programı kullanılmıştır. Literatür incelendiğinde Nietlishbach ve arkadaşlarının (2010) yapmış oldukları çalışma referans alındığında etki büyüklüğü 0,8 olarak bulunmuştur. (144) Örneklem büyüklüğü %95 güçte, %5 hata payında, 0,8 etki büyüklüğünde 66 kişi olarak hesaplanmıştır. Çalışma süresince oluşabilecek aksaklıklar öngörülerek %10 yedek eklenerek en az **72** kişiye ulaşılması planlanmış, olgu grubunda 36 ergen, kontrol grubunda 36 ergen çalışmaya dahil edilmiştir.



Şekil 4.1.6.1. Örneklem Seçimi

4.1.7. Olgu ve Kontrol Grupları

Çalışma grupları Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı olan olgu grubu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı olmayan sağlıklı kontrol grubu olmak üzere 2 gruptan oluşmaktadır. Olgu grubu Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne ve S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran ve tarafımıza yönlendirilen, çalışmaya katılmaya gönüllü olan, Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı olan 12-18 yaş ergen olgulardan oluşmaktadır.

Sağlıklı kontrol grubu ise Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvurmuş, travma öyküsü ve daha önce psikiyatrik tanısı olmayan, çalışmaya gönüllü katılmak isteyen ergen olgulardan oluşmaktadır.

Çalışmaya dahil edilme kriterleri

Olgu grubu:

1. Katılımcının 12─18 yaş aralığında olması,

2. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'e göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısı almış olması,

3. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'e göre ek bir psikiyatrik tanısının olmaması,

4. Zekanın klinik olarak normal düzeyde olması,

5. Ölçekleri doldurabilecek düzeyde okuryazar olması,

6. Ergen ve ailenin çalışmaya katılım konusunda gönüllü olması olarak belirlenmiştir.

Kontrol grubu:

1. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'e göre psikiyatrik bir tanısının olmaması,

2. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'e göre Travma Sonrası Stres Bozukluğu ekinde yer alan travmatik olaylardan herhangi birini yaşamamış olması,

3. İşlevselliği etkileyebilecek belirgin kronik tıbbi hastalık nedeniyle ilaç kullanımı olmaması (epilepsi, kanser vb.)

4. Zekanın klinik olarak normal düzeyde olması

5. Ergen ve ailenin çalışmayakatılım konusunda gönüllü olması olarak belirlenmiştir.

Çalışmadan dışlanma kriterleri

Olgu grubu:

1. Hasta yaşının 12'den küçük veya 18'den büyük olması,

2. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'e göre ek bir psikiyatrik tanısı olması

3. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'ye ve ADOS-2'ye göre otizm spektrum bozukluğu tanısı olması,

4. İşlevselliği etkileyebilecek belirgin kronik tıbbı hastalık nedeniyle ilaç kullanımı olması (epilepsi, kanser),

5. Psikiyatrik ilaç kullanımı ya da psikoterapi alıyor olması,

6. WISC-R zeka testine göre zeka katsayısının IQ<70 puan altında olması,

7. Okuryazar olmaması olarak belirlendi.

Kontrol grubu:

1. Hasta yaşının 12'den küçük veya 18'den büyük olması,

2. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'e göre psikiyatrik tanısı olması

3. İşlevselliği etkileyebilecek belirgin kronik tıbbi hastalık nedeniyle ilaç kullanımı olması (epilepsi, kanser),

4. Psikiyatrik bir bozukluk öyküsü olması ya da psikiyatrik tedavi almış olması,

5. WISC-R zeka testine göre zeka katsayısının IQ<70 puan altında olması,

6. Travmatik yaşantı öyküsü olması

7. Okuryazar olmaması olarak belirlendi.

4.2. Araştırmada Kullanılan Ölçekler

4.2.1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu: Çalışmaya katılmaya gönüllü ebeveynleri ve çocuklarını araştırma hakkında bilgilendiren, açık ve anlaşılır bir dille araştırmanın detaylarını anlatan, katılımın gönüllülük esasıyla olduğunu vurgulayan, katılımcılar ve araştırmacı tarafından imzalanan aydınlatılmış onam formudur. (EK 1)

4.2.2. Sosyodemografik Veri Formu: Çalışmada yer alan çocuk ve ergenlerin sosyodemografik özelliklerini saptamak amacıyla yazarlar tarafından oluşturulmuştur. Sosyodemografik veri formunda ergenlerin yaş, cinsiyet, okul durumu gibi kişisel bilgileri, ebeveynlerinin yaş, eğitim, çalışma ve medeni durumları vb. bilgileri, ailenin sosyoekonomik düzeyi, ergenlerin sigara, alkol, madde kullanımı gibi alışkanlıkları gibi verilerin araştırıldığı sorular bulunmaktadır. Katılımcıların okul durumu ortaokul, lise ve açık öğretim şeklinde 3'e ayrılarak incelenmiştir. Sosyoekonomik düzey belirlenirken ailelerin sübjektif değerlendirmelerine göre geliri giderinden düşük olan bireyler sosyoekonomik açıdan kötü, geliri giderine eşit olan bireyler orta, geliri giderinden yüksek olanlar iyi olarak değerlendirilmiştir. (EK 2)

4.2.3. Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS-2): Genel otistik semptomolojiyi değerlendirmek için uygulanmakta olup otizm tanısında altın standart yöntem olarak geçmektedir. (145,146) Farklı dil becerilerine göre modülleri vardır ve 5 modülden oluşmaktadır. ADOS, otizm semptomlarını iletişim, karşılıklı sosyal etkileşim, sınırlı ilgi alanları, tekrarlayan davranışlar, hayal gücü ve yaratıcılık alanlarında değerlendiren yarı yapılandırılmış standart bir görüşmedir ve daha yüksek puanlar daha fazla otizm semptomunun göstergesidir. Karşılaştırma (comparison) puanları, ADOS'un farklı sürümleri ve modülleri arasında karşılaştırmayı kolaylaştırır ve yaş ve dil yeterliliğini açıklayan bir otizm şiddet ölçüsü olarak hizmet eder; en şiddetli puan 10'dur. Bu çalışmada ADOS-2, OSA-ergen puanı kesme değerinin üzerinde çıkan olgulardaki OSB tanısını dışlamak için kullanılmıştır. Uygulama ADOS-2 sertifikasına sahip tez danışmanı süpervizörlüğünde araştırmacı ile birlikte gerçekleştirilmiştir.

4.2.4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (6-18 Yaş) - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli, DSM-5 Kasım 2016-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T): Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli, 6-18 yaş arası çocuk ve ergenlerin DSM-IV tanı kritelerine göre şimdiki ve geçmiş psikopatolojilerini değerlendirmek için Kaufman ve arkadaşlarının geliştirdiği, yarı yapılandırılmış, tanısal görüşme formudur. (147) 2016 yılında DSM-5 tanı kriterleri ile uyumlu hale getirilip Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children (6-18 Years)-Present and Lifetime Version, DSM-5 (K-SADS-PL- DSM-5) olarak yenilenmiştir. (148) Belirtilerin her birini değerlendirmek amacıyla klinisyen eşliğinde hem ebeveynler hem de çocuklarla yüz yüze yarı yapılandırılmış bir görüşme uygulanarak bütün kaynaklardan (çocuk/ergen, ebeveyn, okul) elde edilen bilgilerle ayrıntılı bir psikiyatrik değerlendirme yapılmaktadır. Farklı kaynaklardan alınan bilgiler uyumsuzluk gösteriyorsa uygulayıcı kendi klinik kararını kullanmaktadır. Görüşmenin ilk aşamasında, sosyodemografik özellikler, nöromotor gelişim öyküsü, genel sağlık durumu, ev/okuldaki genel işlevsellik ve yakınmalar ile ilgili soruları içeren "yapılandırılmamış başlangıç görüşmesi" ile ön değerlendirme yapılır. İkinci aşamada tarama soruları ile şimdiki (son iki aydaki) ve geçmiş çok sayıda özgül belirtinin sorgulandığı "tanı amaçlı tarama görüşmesi" yapılır. Tarama sorularına tanıya yönelik olumlu cevaplar verilirse, üçüncü aşamada, tanı ekleri listesiile DSM-5 tanı kriterlerini karşılayıp karşılamadığını belirlemek için ayrıntılı değerlendirme yapılarak her kaynaktan elde edilen bilgiler ayrı ayrı ve uygulayıcının gözlemiyle sentezlenerek puanlama yapılır ve tanı konulur. Major depresif bozukluk, distimi, mani, hipomani, siklotimi, bipolar bozukluklar, yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu, şizofreni, şizofreniform bozukluk, kısa psikoz bozukluğu, şizoaffektif bozukluk, anksiyete bozuklukları, DEHB, KOKGB, DB, OSB, dışa atım bozuklukları, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu, tik bozuklukları, alkol-madde kötüye kullanımı ve travma sonrası stres bozukluğu ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ile taranabilen tanılardır. Bunların içindeki OSB, sosyal anksiyete bozukluğu/seçici konuşmazlık, tıkınırcasına yeme bozukluğu ve yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu tanıları DSM-5 değişiklikleriyle beraber

eklenmiştir. (148,149) Türkçe geçerlilik ve güvenirliliği 2019'da yapılmış, DSM-5 versiyonuna eklenen yeni tanılar da dahil olmak üzere birçok tanıda geçerli ve güvenilir olduğu bulunmuştur. (149)

4.2.5. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R; Wechsler İntelligence Scale for Children-Revised): Çocukların zeka düzeyini ölçmede kullanılan Wechsler tarafından 1949'da geliştirilen bir testtir. (150) Savaşır ve Şahin tarafından 1986 yılında 6-16 yaş arası 1639 kişilik örneklemden hesaplanarak geçerlik güvenirlilik çalışması yapılarak Türkçe'ye uyarlanmıştır. (151) WISC-R testi genel zeka puanı ile sözel ve performans puanından oluşan iki temel alt puanı ortaya koymaktadır. Ayrıca 6 sözel alt test ve 6 performans alt testi vardır. Sözel alt testleri genel bilgi, benzerlikler, aritmetik, yargılama, sözcük dağarcığı, sayı dizisi; performans alt testleri ise resim tamamlama, resim düzenleme, küplerle desen, parça birleştirme, şifre, labirent içermektedir. WISC-R testini tamamlamak için tüm alt testleri uygulamak gerekli değildir. Test uygulanan bireyin zeka düzeyine ilişkin genel zeka bölümü, sözel zeka bölümü ve performans zeka bölümü şeklinde 3 ayrı değerlendirme ölçütü vermektedir. Zeka bölümleri standart puan olarak elde edilmektedir. Bu çalışmada WISC-R, klinik muayenede zeka geriliği düşünülen vakalarda zeka düzeyini belirlemek için uygulanmıştır.

4.2.6. Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddet Ölçeği Çocuk Formu: Bu ölçek 11- 17 yaş çocuk ve ergenlerdeki travma sonrası stres belirtilerinin şiddetini belirleyen 9 maddeli bir ölçektir. Travma sonrası stres bozukluğu tanısı konan (ya da klinik olarak şiddetli travma sonrası stres bozukluğu belirtileri olan) çocuk ve ergen olguların ilk değerlendirme ve tedavi sürecinde kullanılabilmesi amacıyla tasarlanmıştır. (91) Herbir madde yakınması olan olgunun son 7 gün içerindeki travma sonrası stres bozukluğubelirtilerinin şiddetini oranlaması istenmektedir. Toplam puan 0 ile 36 arasında olup, daha yüksek puan travma sonrası stres bozukluğu şiddetinin daha fazla olduğunu göstermektedir. (152) Bu çalışmada travma sonrası belirti şiddetini ölçmek için ergenler kendileri doldurmuşlardır.

4.2.7. Otizm Spektrum Anketi-Ergen Versiyonu (OSA-Ergen) [Autism Spectrum Quotient-Adolescent (AQ Adolescent)]: Otizm Spektrum Anketi(OSA-Ergen), toplumdaki normal IQ'ya sahip yetişkin bireylerdeki otistik özellikleri veya geniş otizm fenotipini değerlendirmek amacıyla İngilizce olarak geliştirilmiştir. Kendini değerlendirme ölçeği olan OSA maddeleri DSM-IV otistik belirtiler alanından ve otizmde gösterilmiş olan bilişsel anormalliklerden seçilmiştir. AS/YİO olan bireyler üzerinde denenmiştir. (126) AQ-Ergen versiyonunun maddeleri ve yapısı yetişkininki ile aynıdır, sadece ebeveynler dolduracak şekilde düzenlenmiştir. Ölçek, 10'ar maddeden oluşan beş farklı alanda değerlendirme yapmakta olup bu alanlar; "iletişim"(7, 17, 18, 26, 27, 31, 33, 35, 38, 39); "sosyal beceri" (1, 11, 13, 15, 22, 36, 44, 45, 47,48); "hayal gücü" (3, 8, 14, 20, 21, 24, 40, 41, 42, 50); "ayrıntıya dikkat etme" (5, 6, 9, 12, 19, 23, 28, 29, 30, 49) ve "dikkati kaydırabilme" (2, 4, 10, 16, 25, 32, 34, 37, 43, 46) şeklindedir. Her bir maddenin yanıtı 'kesinlikle katılıyorum' 'kısmen katılıyorum' 'kısmen katılmıyorum' 'kesinlikle katılmıyorum' arasında değişmektedir. (153) Yanıtlayan otistik benzeri davranışı hafif / güçlü olarak kaydettiği durumda 1 puan almaktadır; alınabilecek toplam puan 50 puandır. Maddelerin yaklaşık yarısı 'katılıyorum' yanıtı ile yarısı ise 'katılmıyorum' yanıtı ile AS/YİO olan kişilerin yüksek puan almalarını sağlayacak şekilde düzenlenmiştir. (154) 'Katılıyorum' veya 'kesinlikle katılıyorum' yanıtı ile 1 puan alınan maddeler= 2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 33, 35, 39, 41, 42, 43, 45, 46'dır. 'Katılmıyorum' veya kesinlikle katılmıyorum' yanıtı ile 1 puan alınan maddeler= 1, 3, 8, 10, 11, 14, 15, 17, 24, 25, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 34, 36, 37, 38, 40, 44, 47, 48, 49, 50'dir. Değerlendirmesi için puanlama anahtarı kullanılmaktadır. OSA-Ergen Türkçe versiyon Cronbach α değeri 0,829 olarak saptanmıştır. Test-tekrar test ile OSA-Ergen ve alt ölçek puanları açısından 'çok güçlü' anlamlı korelasyon değerleri bulunmuştur. Faktör analizinde toplam varyansın %30,31'ini açıklayan dört bileşenli 41 maddelik bir yapı elde edilmiştir. OSA-Ergen'in OSTÖ ile 'güçlü' anlamlı korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. ROC analizinden elde edilen duyarlılık ve özgüllük değerleri arasından OSA Ergen kesme noktasına en uygun duyarlık (0.975) ve özgüllük (0.991) değerleri 24 puan için belirlenmiştir. (155)

4.3. Sosyal Biliş Testleri:

4.3.1. Yüzler Testi (Faces Test): Yüzler testi, yüzlerden emosyon tanıma becerisini değerlendirmeye yönelik geliştirilmiştir. Ekman, altı evrensel yüz ifadesi tanımlamıştır. (156) Bunlar sevinç, korku, şaşkınlık, üzüntü, öfke ve iğrenmedir. Emosyon tanıma amacı ile geliştirilmiş çok sayıda test vardır. Bu testte katılımcılara 60 adet duygusal ifadeleri olan yüz fotoğrafı gösterilir. Fotoğraflara bakma sırasında zaman sınırlaması konulmaz. Olgulardan bu fotoğraflara teker teker bakmaları istenir ve her yüzün altı temel emosyondan (sevinç, üzüntü, korku, şaşkınlık, iğrenme, öfke) hangisine uyduğu sorulur. Doğru cevap "1 puan", yanlış cevap "0 puan" olarak değerlendirilir. Olguların verdiği cevaplar, kendi adlarına düzenlenmiş cevap kâğıdına işaretlenir. (157)

4.3.2. Gözlerden Zihni Okuma Testi (Gözler Testi) (Reading the mind in the eyes test): Gözler testi, kişinin göz ifadesine bakarak basit duyguların ötesine giden zihinsel durumunu anlama yetisini değerlendirir. (158) İlk kez Baron-Cohen ve arkadaşları tarafından 1997'de geliştirilmiş ve 2001'de yeniden gözden geçirilmiş, geliştirilmiş formu yayınlanmıştır. (158,159) Gözler Testi, sosyal biliş ile psikopatoloji arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalarda sıklıkla kullanılmıştır. Zihin kuramının önemli bir yönü olan "zihin okuma" yetilerini de değerlendirdiği düşünülmektedir. Emosyonların yüzün tamamı yerine gözler gibi sadece küçük bir bölgesinden tanınabilmesi çok daha zordur. Bu test katılımcının kendisini diğerinin yerine ne kadar iyi koyabildiğini ve onların zihinsel durumlarını ne ölçüde kavrayabildiğini test etmek amaçlı tasarlanmıştır. Toplam 28 adet, sadece göz bölgesinin göründüğü fotoğrafları içerir. Yanıtlar dört seçeneklidir. Şans oranı p=.25'tir ve kişi sadece 13 ve üstünde skor alarak anlamlı olarak şansın üstünde performans gösterir (Binominal test). Zor fark edilen bireysel farklılıklara ulaşabilme olasılığını arttırmak amaçlanmıştır. Testin çocuklar için olan versiyonunun Türkçe'ye çevrilmesi Girli tarafından yapılmıştır. (160) Türk toplumunda erişkinlerde yapılan çalışmada bu testin Türk toplumunda güvenilir olduğu belirtilmiştir. (161)

4.3.3. Beklenmedik Sonuçlar Testi-BST (The Unexpected Outcomes Test): Mantıklı düşünme becerisini, genel durum tarafından ortaya çıkarılan duyguları ve duygu ortaya çıkartan durum ile duygu arasındaki uyuşmazlığı anlama yeteneğini ölçen 12 sorudan oluşmaktadır. (162) Ergen ve erişkin pilot çalışmaları BST'nin içsel tutarlı olduğunu, diğer duygu tanıma ve anlama testleri ile ve genel bilişsel yetenek ile bir noktada birleştiğini göstermiştir. Yanıtlar, test kitapçığına kaydedilir ve üç puanlı ölçekle (0-2) puanlanır. Test ardışık üç yanlış yanıt ile sonlandırılır. Testin toplam puanı hesaplanır (0-24 puan). Testin Türkçe çevirisinin kullanıldığı bir çalışmada puanlayıcılar arası (interrater) güvenilirliği 0,91 olarak bulunmuştur. (163)

4.3.4. Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi- AİKT (Comprehension Test): Belli durumlara verilen emosyonel tepkiyi değerlendirmeye yara- yan 11 soru içerir. (162) Çocuklar, ergenler ve erişkinlerde yapılan pilot çalışmada testin iç tutarlılık katsayısı kabul edilebilir bulunmuştur. Yanıtlar test kitapçığına kaydedilir ve üç puanlı ölçekle (0-2) puanlanır. Test ardışık üç yanlış yanıt ile sonlandırılır. Testin toplam puanı hesaplanır (0- 22 puan). Testin Türkçe çevirisi Köse ve Özbaran tarafından yapılmıştır. Türkçe çevirinin kullanıldığı pilot çalışmada (s=10) puanlayıcılar arası güvenilirliği 0,88 olarak bulunmuştur. (164)

4.3.5. Faux PAS (Gaf Testi): Baron-Cohen ve ark. (1999), yüksek zihinsel atıfları değerlendirmek için bir faux pas görevini kullanmışlardır. (165) Faux pas görevlerinde, konuşmakta olan iki kişiden biri söylememesi gerektiğini bilmeden ya da fark etmeden söylememesi gereken bir şey söyler ve bununla ilgili bir dizi soru sorulur. Bu sorular sırayla, faux pas'nın ortaya çıkarılmasını, faux pas'ı anlamayı, dinleyicinin zihinsel durumunu ve faux pas'ı duyan kişinin ne hissettiğinin anlaşılıp anlaşılmadığını test eder. Faux pas görevlerinde, konuşmacının söylediği şeyi neden söylememesi gerektiği (faux pas) ve konuşmacının hatalı konuştuğunu fark etmediği ve dinleyenin niye aşağılanmış ya da incinmiş hissedeceği anlaşılmalıdır. (166) Faux pas görevi, ince zihin teorisi bozukluklarının iyi bir ölçümü olarak kabul edilmekte; faux pas gibi gelişimsel olarak en ileri zihin teorisi görevlerindeki performansın, kişinin zihin teorisi bozukluğunun ne derece şiddetli olduğunun bir göstergesi olacağıbelirtilmektedir. Testin çocuklar için olan versiyonunun Türkçe'ye çevrilmesi

Şahin tarafından yapılmıştır. Türk toplumunda erişkinlerde yapılan çalışmada bu testin Türk toplumunda güvenilir olduğu belirtilmiştir. (167)

Çalışmada kullanılan bütün ölçekler için ölçek yazarlarından izin alınmıştır.

4.4. İstatistiksel Analiz: Araştırma verileri SPSS 22 (IBM) istatistik programı ve AMOS graphics programı kullanılarak değerlendirilmiştir. Sürekli değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov-Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak araştırılmıştır. Araştırmanın tanımlayıcı istatistikleri için normal dağılıma uyan verilerde ortalama ve standart sapma, normal dağılıma uymayan verilerde ortanca ve minimum-maksimum kullanılarak gösterilmiştir. Araştırmada kategorik değişkenler arasında fark olup olmadığını göstermek için sayısı 5'in üzerindeki verilerde Ki Kare Testi, sayısı 5'in altındaki verilerde Fisher Testi kullanılmıştır. Bağımsız gruplarda sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşıyanlarının karşılaştırılmasında Student-T Testi veya One Way Anova Varyans Analizi, bağımsız gruplarda sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşımayanlarının karşılaştırılmasında Mann Whitney U Testi veya Kruskal Wallis Varyans Analizi kullanılmıştır. Sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşıyanlarının korelasyonunda Pearson Testi, sürekli değişkenlerin parametrik özellikleri taşımayanlarının korelasyonunda Spearman Testi kullanılmıştır. Aracı rolü saptamak için regresyon analizi yöntemi ile bağımlı değişken ile her bir bağımsız değişken ve her iki bağımsız değişken ve bağımlı değişken birlikte analize sokularak aracı rol etkisine bakılmıştır. Aracılık analizlerinde IBM SPSS AMOS V.22 modeli kullanılmıştır. Standartlaştırılmamış katsayılar (b) ve bunların %95 güven aralıkları elde edildi. Bu yaklaşımda, küçük örneklemler için uygun bir yöntem olan 5000 bootstrap ile bootstrapping kullanıldı. (168) Güven aralıkları sıfır değerlerini içermediğinde istatistiksel olarak anlamlı bir dolaylı etki olduğu kabul edildi. (169) İstatistiksel anlamlılık için p değerinin 0,05'den küçük olması kabul edilmiştir.

5. BULGULAR

5.1. Sosyodemografik Özellikler

Toplam 36 TSSB tanılı olgu, 36 sağlıklı kontrol çalışmaya dahil edilmiştir. Toplam 72 ergenin yaş ortalaması 14,97±1,48 yıl, olgu grubundaki ergenlerin yaş ortalaması 15,19±1,21 yıl, kontrol grubundaki ergenlerin yaş ortalaması yıl 14,75±1,69 idi. Gruplar arası yaş karşılaştırılmasında anlamlı farklılık yoktu ($p>0,05$). Tüm olguların cinsiyet dağılımına bakıldığında 49'u (%68,1) kız, 23'ü (%31,9) erkekti ve kız/erkek cinsiyet oranı 2,13:1'dir. Olguların 27'si (%75) kız, 9'u (%25) erkekti ve olgulardaki kız/erkek cinsiyet oranı 3:1'dir. Ergenlerin sosyodemografik özellikleri Tablo 5.1.1'de sunulmuştur. Gruplar arası cinsiyet karşılaştırmasında anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p=0,206$). Ergenlerin sosyodemografik özelliklerin olgu ve kontrol gruplarına göre karşılaştırmaları Tablo 5.1.2'de sunulmuştur.

Tablo 5.1.1. Tüm katılımcıların sosyodemografik özellikleri

	n=72	%
Cinsiyet		
Kız	49	68,1
Erkek	23	31,9
Eğitim Düzeyi		
Ortaokul	18	25
Lise	42	58,3
Açık Lise	5	6,9
Gitmiyor	7	9,7
Okula Devam Durumu		
Örgün	60	83,3
Açıköğretim	5	6,9
Bırakmış	7	9,7
Birlikte Yaşadığı Kişiler		
Çekirdek Aile	61	84,7
Geniş Aile	9	12,5
Akraba	1	1,4
Yurt	1	1,4
Anne Baba Medeni Durum		
Evli	49	68,1
Boşanmış/Ayrılık	17	23,6
Anne veya Babadan Biri Ölmüş	6	8,3
Anne Eğitim Düzeyi		
Okuryazar değil	5	6,9
İlkokul mezunu	24	33,3
Ortaokul mezunu	9	12,5
Lise mezunu	22	30,6
Üniversite mezunu	12	16,7
Anne İş Durumu		
Çalışıyor	31	43,1
Çalışmıyor	38	52,8
Emekli	1	1,4
Vefat	2	2,8
Baba Eğitim Düzeyi		
İlkokul mezunu	20	41,7
Ortaokul mezunu	7	9,7
Lise mezunu	20	27,8
Üniversite mezunu	15	20,8
Baba İş Durumu		
Çalışıyor	58	80,6
Çalışmıyor	1	1,4
Emekli	8	11,1
Vefat	5	6,9
Gelir Gider Durumu		
Gelir giderden az	23	31,9
Gelir gidere eşit	25	34,7
Gelir giderden fazla	24	33,3

Tablo 5.1.2. Olgu ve kontrol gruplarına göre sosyodemografik özelliklerinin karşılaştırılması

	Olgu(n=36)		Kontrol(n=36)		p
Cinsiyet	**n**	**%**	**n**	**%**	
Kız	27	25	22	61,1	0,206
Erkek	9	75	14	38,9	
Eğitim Düzeyi					
Ortaokul	6	16,7	12	32,8	0,166
Lise	21	58,3	21	58,3	
Açık Lise	4	11,1	1	2,8	
Gitmiyor	5	13,9	2	5,6	
Okula Devam Durumu					
Örgün	27	75	33	91,7	0,158
Açıköğretim	4	11,1	1	2,8	
Bırakmış	5	13,9	2	5,6	
Birlikte Yaşadığı Kişiler					
Çekirdek Aile	29	80,6	32	88,9	0,520
Geniş Aile	5	13,9	4	11,1	
Akraba	1	2,8	0	0	
Yurt	1	2,8	0	0	
Anne Baba Medeni Durum					
Evli	19	52,5	30	83,3	0,008*
Boşanmış/Ayrılık	14	38,9	3	8,3	
Anne/Babadan Biri Ölmüş	3	8,3	3	8,3	
Anne Eğitim Düzeyi					
Okuryazar değil	4	11,1	1	2,8	0,172
İlkokul mezunu	9	25	15	41,7	
Ortaokul mezunu	5	13,9	4	11,1	
Lise mezunu	14	38,9	8	22,2	
Üniversite mezunu	4	11,1	8	22,2	
Anne İş Durumu					
Çalışıyor	14	38,9	17	47,2	0,707
Çalışmıyor	20	55,6	18	50	
Emekli	1	2,8	0	0	
Vefat	1	2,8	1	2,8	
Baba Eğitim Düzeyi					
İlkokul mezunu	16	44,4	14	38,9	0,831
Ortaokul mezunu	4	11,1	3	8,3	
Lise mezunu	10	27,8	10	27,8	
Üniversite mezunu	6	16,7	9	25	
Baba İş Durumu					
Çalışıyor	29	80,6	29	80,6	0,637
Çalışmıyor	1	2,8	0	0	
Emekli	3	8,3	5	13,9	
Vefat	3	8,3	2	5,6	
Gelir Gider Durumu					
Gelir giderden az	14	38,9	9	25	0,044
Gelir gidere eşit	15	41,7	10	27,8	
Gelir giderden fazla	7	19,4	17	47,2	

5.2. Klinik Özellikler

Katılımcıların ailelerindeki hastalık öyküsü, olgu ve kontrol gruplarına göre karşılaştırmaları Tablo 5.2.1'te sunuldu. Katılımcıların ailelerindeki sigara, alkol, madde kullanım alışkanlıklarının olgu ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 5.2.2'de sunuldu. Ergenlerin ailelerindeki psikiyatrik hastalıkların olgu ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 5.2.3'te sunuldu. Katılımcıların klinik özelliklerinin olgu ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 5.2.4'te sunulmuştur.

Katılımcıların %25'inde sigara alkolden herhangi birisinin, olguların %38,9'unda sigara, alkolden herhangi birisinin ya da her ikisinin birlikte kullanımı olduğu, katılımcılarda madde kullanımı olmadığı görülmektedir. Katılımcılar olgu ve kontrol gruplarına göre karşılaştırıldığında sigara alkolden en az birisinin kullanımında anlamlı farklılık vardı ve olgularda kullanım daha fazlaydı (p=0,006).

Tüm olgular cinsiyete göre karşılaştırıldığında sosyal destek varlığında (p=0,004) ve ergen KZVD öyküsünde (p=0,049) anlamlı farklılık vardı. Olguların 26'sında (%72,2) tekrarlayan travma vardı. Katılımcılar cinsiyete göre karşılaştırıldığında diğer kategorik değişkenlerde anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Olguların travma yaşı ortalama 10,11±3,47 idi Travmadan şu ana kadar geçen süre ortalama 5±3,57 yıldı. Olgu grubuna uygulanan TSSB şiddet ölçeği puan ortalamaları ise 28,38±4,31 idi. Olguların 26'sında (%72,2) tekrarlayan travma vardı. Olguların travma tipi dağılımlarının sayı ve yüzdeleri Şekil 5.2.1'de gösterilmiştir. Olguların travma tipi sayısına göre (tek tip travmaya maruz kalanlar ve çoklu tipte travmaya maruz kalanlar) karşılaştırılması Tablo 5.2.5 ve Tablo 5.2.6'da sunulmuştur. Olgu grubundaki ilk travma yaşı ile TSSB şiddet ölçeği arasında puanı arasında anlamlı korelasyon bağı bulunmamıştır (p=0,354).

Katılımcılarda örgün eğitime devam eden ve etmeyen gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,049) ve örgün eğitime devam etmeyen grupta TSSB şiddet ölçeği puanları daha yüksektir. Katılımcılarda KZVD olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,001) ve KZVD olan grupta TSSB şiddet ölçeği puanları daha yüksektir. Katılımcılarda intihar girişimi

olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$) ve intihar girişimi olan grupta TSSB şiddet ölçeği puanları daha yüksektir. Katılımcılarda tekrarlayıcı intihar girişimi olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur($p<0,001$) ve tekrarlayıcı intihar girişimi olan grupta TSSB şiddet ölçeği puanları daha yüksektir. Katılımcılarda tekrarlayan travması olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$) ve tekrarlayan travması olan grupta TSSB şiddet ölçeği puanları daha yüksektir.

Katılımcılarda ergen sigara kullanımı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,006$). Katılımcılarda ergen alkol kullanımı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,01$). Katılımcılarda ailede intihar girişimi olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,007$). Katılımcılarda sosyal destek olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Katılımcılarda babada alkol kullanımı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,011$). Katılımcılarda annede sigara, alkol kullanımı ve babada sigara kullanımı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 5.2.1. Katılımcıların ailelerindeki kronik hastalıkların olgu ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması

	Olgu(n=36)		Kontrol(n=36)		p
	n	%	n	%	
Ailede Kronik Hastalık					
Anne	7	19,4	1	2,8	0,401
Baba	4	11,1	4	11,1	0,540
Kardeş	0	0	0	0	
Anne Kronik Hastalık					
Aritmi	1	2,8	0	0	0,401
Astım	2	5,6	0	0	
FMF	1	2,8	0	0	
Migren	1	2,8	0	0	
MS	1	2,8	0	0	
HT	1	2,8	0	0	
HT+DM	0	0	1	2,8	
Baba Kronik Hastalık					
Kalp Hastalığı	1	2,8	1	2,8	0,540
Epilepsi	0	0	1	2,8	
HT	1	2,8	1	2,8	
DM+Kalp Hastalığı	0	0	1	2,8	
DM+HT+Kalp Yetmezliği	1	2,8	0	0	
SVO+Epilepsi+Kalp Hastalığı	1	2,8	0	0	

DM:Diyabetes Mellitus, FMF:Ailesel Akdeniz Ateşi, , HT:Hipertansiyon, SVO:Serebrovasküler Olay, MS: Multipl Skleroz

Tablo 5.2.2. Katılımcıların ailelerindeki sigara, alkol, madde kullanım alışkanlıklarının olgu ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması

	Olgu (n=36)		Kontrol (n=36)		*p*
	n	%	n	%	
Anne Alışkanlıklar (var)					
Sigara	18	50	12	33,3	0,151
Alkol	2	5,6	1	2,8	0,555
Madde	1	2,8	0	0	0,314
Baba Alışkanlıklar (var)					
Sigara	24	66,7	22	61,1	0,624
Alkol	16	44,4	6	16,7	0,011*
Madde	3	8,3	0	0	0,077

Tablo 5.2.3. Ergenlerin ailelerindeki psikiyatrik hastalıkların olgu ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması

	Olgu		**Kontrol**		***p***
	n	%	n	%	
Ailede psikiyatrik hastalık					
Anne	8	22,2	2	5,6	0,041*
Baba	8	22,2	1	2,8	0,013*
Kardeş	6	18,8	1	2,7	0,055*
Anne psikiyatrik tanı					
MDB	3	8,3	0	0	0,041*
YAB	2	5,6	1	2,8	
Konversiyon Bozukluğu	1	2,8	0	0	
MDB+Davranım Bozukluğu	1	2,8	0	0	
MDB+OKB	1	2,8	0	0	
MDB+PB	0	0	1	2,8	
Baba psikiyatrik tanı					
MDB	3	8,3	0	0	0,013*
MKB	1	2,8	0	0	
Davranım Bozukluğu	2	5,6	0	0	
YAB	0	0	1	2,8	
MDB+MKB	1	2,8	0	0	
MKB+Davranım Bozukluğu	1	2,8	0	0	
Kardeş psikiyatrik tanı					
MDB	2	5,6	0	0	0,055*
TSSB	2	5,6	0	0	
DEHB	1	2,8	1	2,8	
TSSB+MDB	1	2,8	0	0	

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, MDB: Major Depresif Bozukluk, MKB: Madde Kullanım Bozukluğu, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, PB: Panik Bozukluk, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu

Tablo 5.2.4. Ergenlerin klinik özelliklerinin olgu ve kontrol gruplarına göre ki-kare testi ile karşılaştırılması

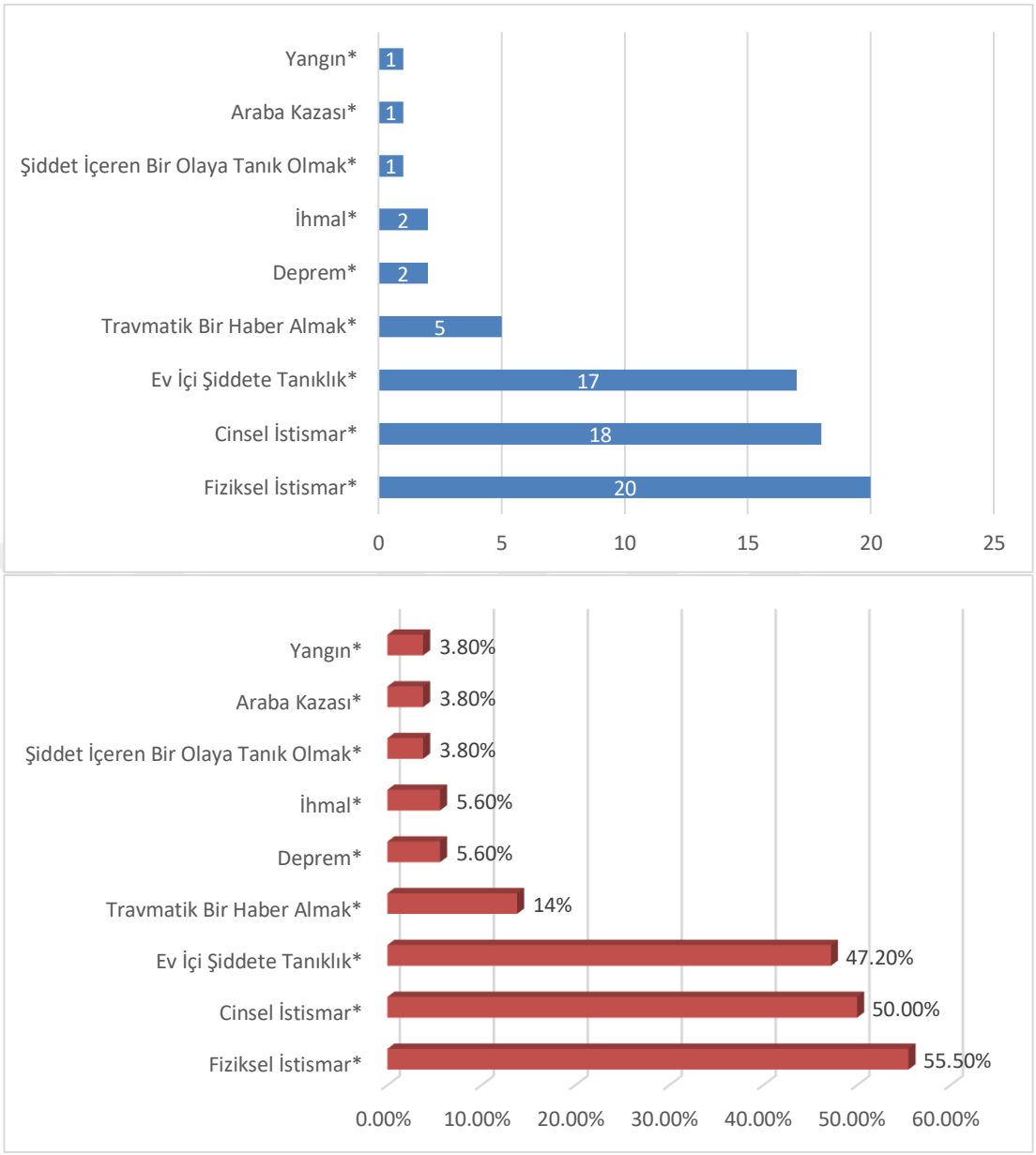
	Olgu (n=36)		**Kontrol (n=36)**		***p***
	n	%	n	%	
Sigara (Var)	13	36,1	4	11,1	0,013*
Alkol (Var)	7	18,4	1	2,8	0,024*
Madde (Var)	0	0	0	0	
Sosyal Destek					
Var	16	44,4	33	91,7	<0,001***
Yok	20	55,6	3	8,3	
KZVD(Var)	24	66,7	0	0	<0,001***
İntihar Girişimi Öyküsü (Var)	16	44,4	0	0	<0,001***
Tekrarlayıcı İntihar Girişimi Öyküsü (Var)	7	19,4	0	0	0,005**
Ailede İntihar Girişimi Öyküsü (Var)	5	13,9	0	0	0,020*

*KZVD: Kendine Zarar Verici Davranış, *<0,05 **<0,01 ***<0,001*

Tablo 5.2.5. Olguların maruz kaldıkları travma türü sayısına göre KZVD, intihar girişimi öyküsü ve tekrarlayıcı intihar girişimi öyküsünün karşılaştırılması

	Tekli (n=14)		**Çoklu (n=22)**		***p***
	n	**%**	**n**	**%**	
KZVD (Var)	7	50	17	77,3	0,091
İntihar Girişimi Öyküsü (Var)	5	35,7	11	50	0,400
Tekrarlayıcı İntihar Girişimi Öyküsü (Var)	3	21,4	4	18,2	0,810

KZVD: Kendine Zarar Verici Davranış



21 olguda birden fazla travma türü görülmektedir.

Şekil 5.2.1. Olguların travma tipi dağılımları sayı ve yüzdeleri

Tablo 5.2.6. Olguların maruz kaldıkları travma türü sayısına göre TSSB şiddet ölçeği, travma yaşı ve travmadan şu ana kadar geçen sürenin karşılaştırılması

	Tekli (n=14)	**Çoklu (n=22)**	
	Ortalama±SS	**Ortalama±SS**	***p***
TSSB Şiddet Ölçeği	26,5±3,45	29,5±4,43	0,034
Travma Yaşı	11,07±3,66	9,5±3,29	0,190
Travmadan Şu Ana Kadar Geçen Süre	4,28±3,58	5,45±3,58	0,347

TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

5.3. Sosyal Biliş

Katılımcılara uygulanan sosyal biliş testleri olan Yüzler Testi, Gözler Testi, Anlam ve İlişkileri Kavrama Testi, Beklenmeyen Sonuçlar Testi ve Gaf Testi puanlarının minimum ve maksimum değerleri, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 5.3.1'de sunulmuştur. Sosyal biliş testlerinin değerlerinin olgu ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 5.3.2'de sunulmuştur. Katılımcılara uygulanan sosyal biliş testlerinde olgu ve kontrol grupları arasında Yüzler Testinde ($p=0,241$), Gözler Testinde ($p=0,427$) anlamlı farklılık bulunmamıştır. Anlamı ve İlişkileri Kavrama testinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,001$). Olguların Anlamı ve İlişkileri Kavrama test puanları daha düşüktür. Olgu ve kontrol grupları arasında Beklenmeyen Sonuçlar Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$) ve olguların puanları daha düşüktür. Gaf testi toplam puanında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$) ve olguların puanları daha düşüktür. Ayrıca Gaf testi gaf hikayeleri puanında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,001$) ve olguların puanları daha düşüktür. Ek olarak Gaf testi kontrol hikayeleri puanında da anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$) ve olguların puanları daha düşüktür.

Katılımcılara uygulanan sosyal biliş testlerinde sigara kullanımı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında Anlam ve İlişkileri Kavrama Testinde ($p=0,009$), Beklenmeyen Sonuçlar Testinde ($p=0,023$), Gaf Testinde ($p<0,001$), Gaf Testi-Gaf Hikayelerinde ($p<0,001$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu testlerde sigara kullanımı olanların puanları daha düşüktür. Diğer sosyal biliş testlerinde sigara kullanımı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Katılımcılara uygulanan sosyal biliş testlerinde alkol kullanımı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında Beklenmeyen Sonuçlar Testinde ($p=0,041$), Gaf Testi-Gaf Hikayelerinde ($p=0,009$) istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu testlerde alkol kullanımı olanların puanları daha düşüktür. Diğer sosyal biliş testlerinde alkol kullanımı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Katılımcılara uygulanan sosyal biliş testlerinde KZVD olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında, Beklenmeyen Sonuçlar Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$), Gaf Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,012$), Gaf Testi-Gaf

Hikayelerinde anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,012) ve bu testlerde KZVD olanların puanları daha düşüktür, diğer sosyal biliş testlerinde KZVD olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Katılımcılara uygulanan sosyal biliş testlerinde intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında Anlam ve İlişkileri Kavrama Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,031), Beklenmeyen Sonuçlar Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,003), Gaf Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,013), Gaf Testi-Gaf Hikayelerinde anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,049)ve bu testlerde intihar girişimi olanların puanları daha düşüktür, diğer sosyal biliş testlerinde intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Katılımcılara uygulanan sosyal biliş testlerinde tekrarlayıcı intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında Anlam ve İlişkileri Kavrama Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,06), Beklenmeyen Sonuçlar Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,035), Gaf Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,004), Gaf Testi-Gaf Hikayelerinde anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,009) ve bu testlerde tekrarlayıcı intihar girişimi olanların puanları daha düşüktür, diğer sosyal biliş testlerinde tekrarlayıcı intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Katılımcılara uygulanan sosyal biliş testlerinde ailede intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Sosyal Biliş Testlerinin olguların maruz kaldıkları travma türü sayısına göre (tekli, çoklu) karşılaştırılması Tablo 5.3.3'de sunulmuştur. Katılımcılara uygulanan sosyal biliş testlerinde travma türü sayısına göre tekli ve çoklu olan gruplar karşılaştırıldığında Beklenmeyen Sonuçlar Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,035) ve bu testlerde çoklu travma türü olanların puanları daha düşüktür, diğer sosyal biliş testlerinde travma türü sayısına göre gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Olgulara uygulanan sosyal biliş testlerinin TSSB şiddet ölçeği ile dağılım grafikleri Grafik 5.3.1'de sunulmuştur.

Tablo 5.3.1.Tüm katılımcılara uygulanan sosyal biliş testlerinin tanımlayıcı analiz sonuçları

	Min	Max	Ortalama	SS
Yüzler Testi	31	50	42,90	3,49
Gözler Testi	12	25	20,00	2,64
Anlam ve İlişkileri Kavrama Testi	2	22	9,75	3,30
Beklenmeyen Sonuçlar Testi	3	20	9,59	3,82
Gaf Testi Toplam	4	18	11,65	3,18
Gaf Testi-Gaf Hikayeleri	0	9	5,65	2,09
Gaf Testi-Kontrol Hikayeleri	0	9	5,97	2,16

Tablo 5.3.2. Sosyal biliş testlerinin değerlerinin olgu ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması

	Olgu	Kontrol	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Yüzler Testi*	42,41±3,54	43,38±3,43	0,288
Gözler Testi**	19,75±2,58	20,25±2,71	0,427
Anlam ve İlişkileri Kavrama Testi*	8,41±2,91	11,08±3,15	0,001
Beklenmeyen Sonuçlar Testi*	7,47±3,10	11,72±3,28	<0,001
Gaf Testi Toplam**	9,83±3,00	13,47±2,17	<0,001
Gaf Testi-Gaf Hikayeleri*	4,88±2,13	6,41±1,76	0,001
Gaf Testi-Kontrol Hikayeleri*	4,88±2,23	7,05±1,43	<0,001

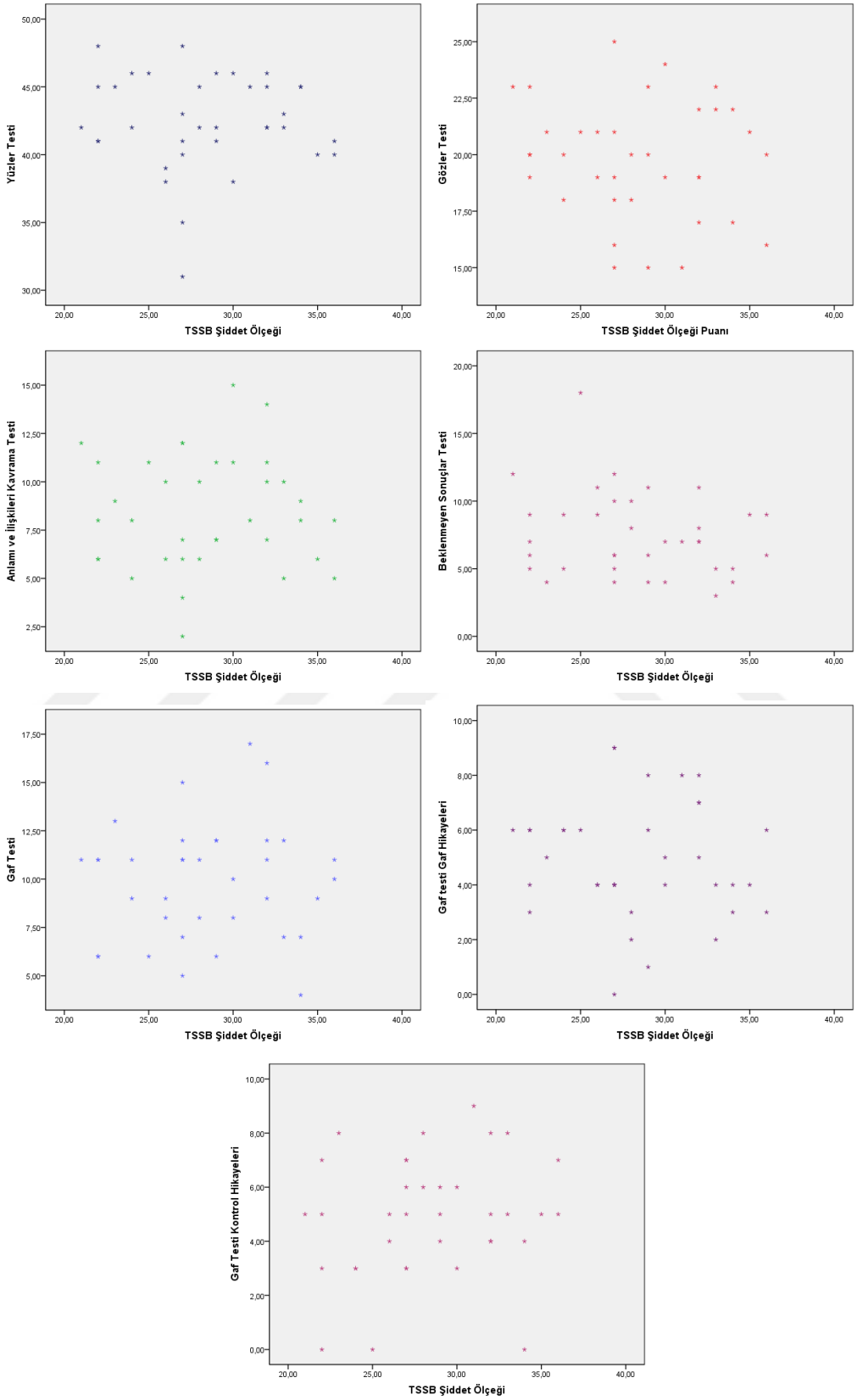
**Mann-Whitney-U Testi, **Student T Testi*

Tablo 5.3.3. Sosyal Biliş Testlerinin olguların maruz kaldıkları travma türü sayısına göre (tekli, çoklu) karşılaştırılması

	Tekli	Çoklu	p
	Ortalama±SS	Ortalama±SS	
Yüzler Testi*	41,28±4,37	43,13±2,76	0,18
Gözler Testi**	19,78±2,91	19,72±2,43	0,94
Anlam ve İlişkileri Kavrama Testi*	7,78±2,96	8,81±2,87	0,49
Beklenmeyen Sonuçlar Testi*	8,85±3,43	6,59±2,57	0,035**
Gaf Testi Toplam**	9,57±3,73	10,00±2,50	0,68
Gaf Testi-Gaf Hikayeleri*	4,92±2,30	4,86±2,07	0,76
Gaf Testi-Kontrol Hikayeleri*	4,64±2,89	5,04±1,75	0,88

**Mann-Whitney-U Testi, **Student T Testi, ***p<0,05*

Grafik 5.3.1. Sosyal biliş testlerinin TSSB şiddet ölçeği ile dağılım grafikleri



5.4. Otistik Belirtiler

Tüm ergenlerin ebeveynleri tarafından derecelendirilen otistik özelliklerin minimum, maksimum, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 5.4.1'de sunulmuştur. OSA-Toplam puan ortalaması 20,37±4,08 olarak bulunmuştur.

Tablo 5.4.1. Ebeveynler tarafından derecelendirilen OSA minimum, maksimum değerleri ve puan ortalamaları

	Min	**Max**	**Ortalama**	**SS**
OSA-Toplam puan	8	30	20,37	4,08
OSA-İletişim	1	7	3,30	1,44
OSA-Sosyal Beceri	1	7	3,05	1,66
OSA-Hayal Gücü	1	10	3,50	1,76
OSA-Ayrıntıya Dikkat Etme	0	10	5,37	1,91
OSA-Dikkati Kaydırabilme	2	8	5,08	1,59

Ebeveynler tarafından derecelendirilen OSA puanlarının olgu ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması Tablo 5.4.2'de sunulmuştur. OSA puanlarının olgu ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılmasında OSA-Ayrıntıya Dikkat Etme alt boyutu ve OSA-Dikkati Kaydırabilme alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmamıştır. OSA'nın olgu ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılmasında OSA-Toplam puanında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$) ve olgularda puan daha yüksektir. OSA-İletişim alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,032$) ve olgularda puanlar daha yüksektir. OSA-Sosyal Beceri alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$) ve olgularda puanlar daha yüksektir. OSA-Hayal Gücü alt boyutunda istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,007$) ve olgularda puanlar daha yüksektir.

Tablo 5.4.2. Ebeveynler tarafından derecelendirilen OSA puanlarının olgu ve kontrol grubuna göre karşılaştırılması

	Olgu	**Kontrol**	**p***
	Ortalama±SS	**Ortalama±SS**	
OSA-Toplam puan	21,05±4,18	18,69±3,24	<0,001***
OSA-İletişim	3,66±1,39	2,94±1,41	0,032**
OSA-Sosyal Beceri	3,80±1,56	2,30±1,41	<0,001***
OSA-Hayal Gücü	4,05±1,92	2,94±1,39	0,007**
OSA-Ayrıntıya Dikkat Etme	5,30±2,10	5,44±1,73	0,761
OSA-Dikkati Kaydırabilme	5,19±1,54	4,97±1,64	0,557

** Student T Testi, **<0,05 ,***<0,01*

Ebeveynler tarafından derecelendirilen OSA puanlarının maruz kaldıkları travma türü sayısına göre (tekli, çoklu) karşılaştırılması Tablo 5.4.3'te sunulmuştur. Travma türü sayısına göre karşılaştırmada (tekli, çoklu) OSA puanları ve alt boyutlar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Katılımcıların KZVD olan ve olmayan gruplarda OSA-Toplam puanı ve alt boyutlarının puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 5.4.3. Ebeveynler tarafından derecelendirilen OSA puanlarının maruz kaldıkları travma türü sayısına göre (tekli, çoklu) karşılaştırılması

	Tekli	**Çoklu**	**p***
	Ortalama±SS	**Ortalama±SS**	
OSA-Toplam puan	21,57±4,01	22,36±4,35	0,58
OSA-İletişim	3,64±1,00	3,78±1,36	0,93
OSA-Sosyal Beceri	3,78±1,36	3,81±1,70	0,95
OSA-Hayal Gücü	3,78±2,45	4,22±1,54	0,51
OSA-Ayrıntıya Dikkat Etme	5,42±2,86	5,22±2,28	0,78
OSA-Dikkati Kaydırabilme	4,92±1,77	5,36±1,39	0,41

**Student T Testi*

Katılımcıların ebeveynleri tarafından derecelendirilen OSA puanları ailede intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan gruplara göre karşılaştırıldığında OSA-Toplam puanında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,002). OSA-Sosyal Beceri alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,014). OSA-Hayal Gücü alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,005) ve OSA puanları ailede intihar girişimi öyküsü olanlarda daha yüksektir. Diğer OSA alt boyutlarında ailede intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

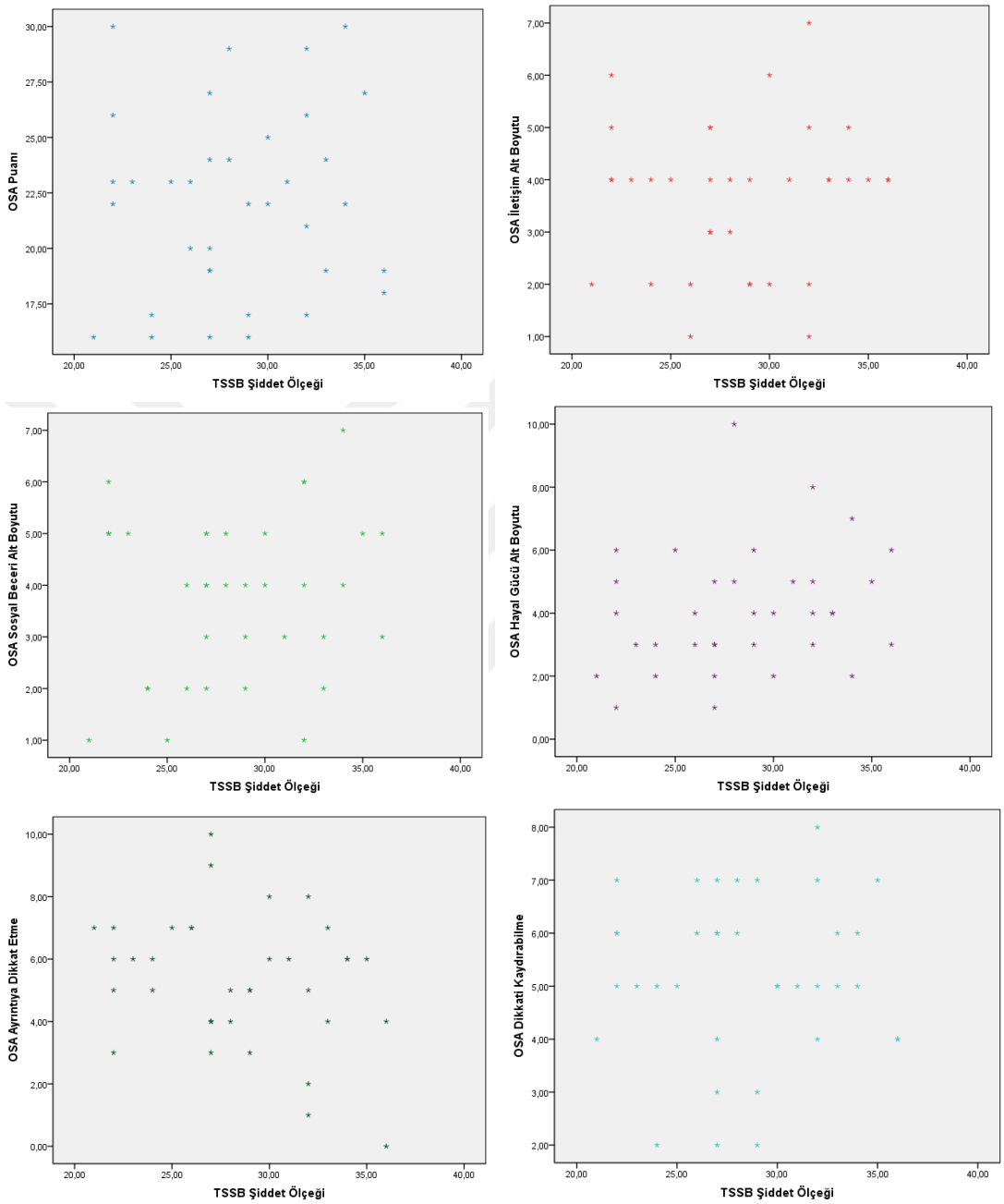
Katılımcıların ebeveynleri tarafından derecelendirilen OSA puanları KZVD olan ve olmayan gruplara göre karşılaştırıldığında OSA-Toplam puanında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,023). OSA-Sosyal Beceri alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,002). OSA puanları KZVD olanlarda daha yüksektir. Diğer OSA alt boyutlarında KZVD olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Katılımcıların ebeveynleri tarafından derecelendirilen OSA puanları intihar girişimi olan ve olmayan gruplara göre karşılaştırıldığında OSA-Toplam puanında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,012). OSA-Sosyal Beceri alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,005) ve OSA puanları intihar girişimi olanlarda daha yüksektir. Diğer OSA alt boyutlarında intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Katılımcıların ebeveynleri tarafından derecelendirilen OSA puanları sigara kullanımı olan ve olmayan gruplara göre karşılaştırıldığında OSA puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Katılımcıların ebeveynleri tarafından derecelendirilen OSA puanları alkol kullanımı olan ve olmayan gruplara göre karşılaştırıldığında alkol kullanımı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Katılımcıların ebeveynleri tarafından derecelendirilen OSA puanları tekrarlayıcı intihar girişimi olan ve olmayan gruplara göre karşılaştırıldığında OSA puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Ebeveynler tarafından derecelendirilen OSA puanlarının olguların TSSB şiddet ölçeği ile dağılım grafikleri Grafik 5.4.1'de yer almaktadır.

Grafik 5.4.1. Ebeveynler tarafından derecelendirilen OSA puanlarının TSSB Şiddet Ölçeği ile dağılım grafikleri



5.5. Sosyal Biliş Testleri ile TSSB Şiddet Ölçeği Korelasyon Analizi Sonuçları

Tüm katılımcılardaki Sosyal Biliş Testleri ile TSSB Şiddet Ölçeği korelasyon analizi sonuçları Tablo 5.5.1'de sunulmuştur. Yapılan Pearson korelasyon analizinde TSSB şiddet ölçeği puanı ile Anlam ve İlişkileri Kavrama Testi (r=-,398, p<0,01) arasında zayıf şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı, Beklenmeyen Sonuçlar Testi (r=-,570, p<0,01) arasında orta şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı, Gaf Testi Toplam puanı (r=-,556, p<0,01) arasında orta şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı, Gaf Testi Gaf Hikayeleri alt boyutu (r= -,371, p<0,01) arasında zayıf şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı, Gaf Testi Kontrol Hikayeleri Alt Boyutu ile zayıf şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı bulunmuştur (r= -,468, p<0,01).

5.6. Otizm Spektrum Anketi ile TSSB Şiddet Ölçeği Korelasyon Analizi Sonuçları

Olguların ebeveynleri tarafından derecelendirilen OSA ölçeği ile TSSB Şiddet Ölçeği korelasyon analizi sonuçları Tablo 5.5.1'de sunulmuştur. Yapılan Pearson korelasyon analizinde TSSB Şiddet Ölçeği puanı ile OSA toplam puanı arasında zayıf şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon bağı (r=,416, p<0,01), OSA İletişim alt boyutu arasında çok zayıf şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon bağı (r=,259, p<0,05), OSA Sosyal Beceri alt boyutu arasında zayıf şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon bağı(r=,462, p<0,01), OSA Hayal Gücü alt boyutu arasında zayıf şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon bağı bulunmuştur (r=,349, p<0,01).

Tablo 5.5.1. Sosyal Biliş Testleri, TSSB Şiddet Ölçeği ve Otizm Spektrum Anketi Pearson korelasyon analizi sonuçları (n=36)

Değişkenler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
1.TSSB Şiddet Ölçeği	1												
2.Yüzler Testi	-,142												
3.Gözler Testi	-,112	,0,97											
4.Anlamı ve İlişkileri Kavrama Testi	-,398**	,169	,222										
5. Beklenmeyen Sonuçlar Testi	-,570**	-,009	,185	,526**									
6. Gaf Testi Toplam	-,0,556**	,118	,171	,463**	,461**								
7.Gaf Testi-Gaf Hikayeleri	-,556**	,171	,181	,469**	,324**	,746**							
8.Gaf Testi-Kontrol Hikayeleri	-,468**	,002	,086	,246**	,380**	,752**	,129						
9. OSA	,0,416**	-,052	-,096	-,087	-,186	-,329**	-,255*	-,227					
10.OSA-iletişim	,259*	-,078	-,037	-,010	-,271*	-,173	,083	-,323*	,509**				
11.OSA-Sosyal Beceri	,462**	-,091	-,051	-,164	-,358**	-,346**	-,230	-278*	,563**	,476*			
12.OSA-Hayal Gücü	,349**	,138	-,169	-,206	-,116*	-,218	-,266*	-,059	,651**	,322*	,366**		
13.OSA-Ayrıntıya Dikkat Etme	-0,077	-,049	-,031	,129	,236*	-,041	-,118	,057	,303**	-,277*	-,250*	-,127	
14.OSA-Dikkati Kaydırabilme	,075	-,085	-,080	0,34	-,071	-,069	-,067	-,036	,431**	-,060	-,119	,040	,207

5.7. Sosyal Biliş Testleri ile TSSB Şiddet Ölçeği Puanlarının Lineer Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlı değişken olarak TSSB şiddet ölçeği alınarak korelasyon analizinde anlamlı bulunan değişkenler bağımsız değişken olarak kullanılarak lineer regresyon analizi yapılmıştır. Çoklu lineer regresyon analizi sonuçları Tablo 5.7.1'da sunulmuştur. Yapılan lineer regresyon analizinde TSSB şiddet ölçeği ile Beklenmeyen Sonuçlar testi arasında (p=0,01, ß=-.365), Gaf Testi arasında (p=0,011, ß=-.280) ve OSA arasında (p=0,009, ß=.251) anlamlı regresyon bağı bulunmuştur.

Tablo 5.7.1. Çoklu lineer regresyon analizi sonuçları (n=36)

Değişkenler	B	SH	ß
Anlam ve İlişkileri Kavrama Testi	-,242	,477	-,055
Beklenmeyen Sonuçlar Testi	-1,396	,410	-,365*
Gaf Testi	-1,286	,494	-,280*
OSA	,898	,332	,251*
Sabit	26,628	9,788	

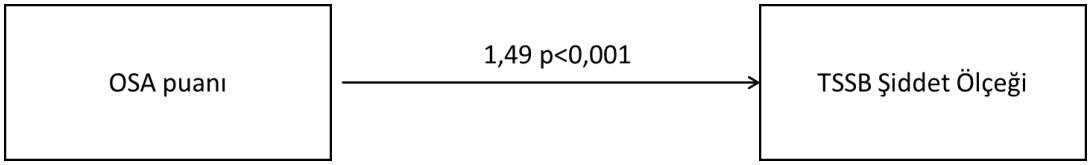
*Bağımlı değişken olarak TSSB şiddet ölçeği alındı.

*p<0,05, R^2=0,490; Düz. R^2=0,460, $F_{(4,67)}$= 16,119

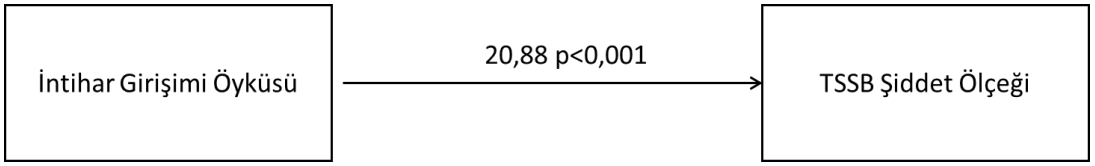
5.8. Mediasyon Analizi Sonuçları

5.8.1. Direkt Etki

Olgu grubunun ebeveynleri tarafından doldurulan OSA ölçeği ve TSSB Şiddet Ölçeği arasında mediasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizde OSA puanının TSSB Şiddet Ölçeği üzerine direkt etkisi 1,49 (p<0,001)olarak bulunmuştur. Yani OSA puanındaki her 1 puan artışta TSSB Şiddet Ölçeğinde 1,49 puan artış olduğu bulunmuştur (Şekil 5.8.1.1). İntihar girişimi öyküsü ile TSSB Şiddet Ölçeği arasında mediasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizde İntihar Girişimi Öyküsünün TSSB Şiddet Ölçeği üzerine direkt etkisi 20,88 (p<0,001) olarak bulunmuştur (Şekil 5.8.1.2).



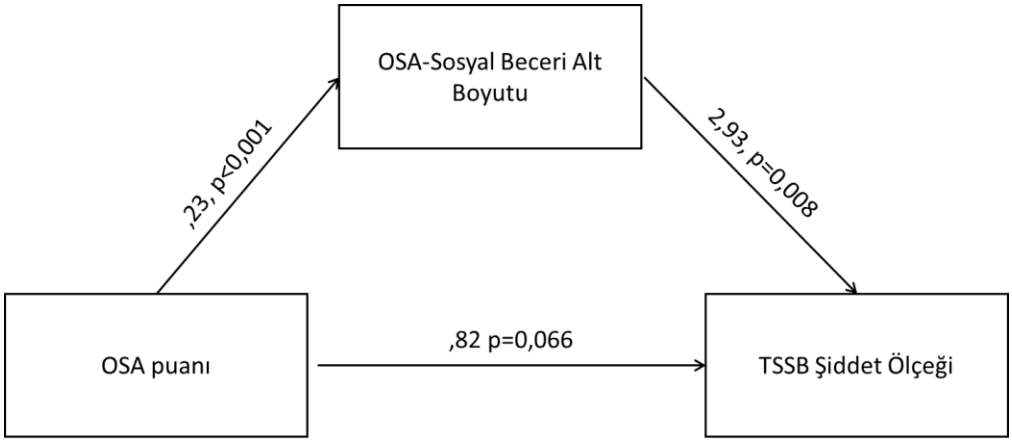
Şekil 5.8.1.1. Mediasyon analizi, OSA'nın TSSB Şiddet Ölçeğine Total Etkisi



Şekil 5.8.1.2 Mediasyon analizi, intihar girişimi öyküsünün TSSB Şiddet Ölçeğine Total Etkisi

5.8.2. Dolaylı (Aracı) Etki

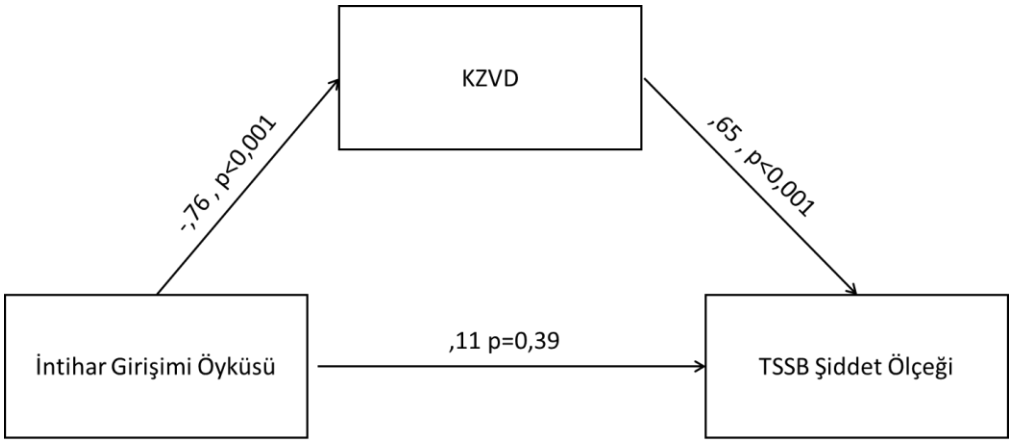
Olgu grubunun ebeveynleri tarafından doldurulan OSA ölçeği ve TSSB Şiddet Ölçeği arasındaki etkinin OSA ölçeğinin hangi alt boyutundan kaynaklandığını belirlemek için mediasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizde OSA puanının, OSA-Sosyal Beceri Alt boyutu üzerinden TSSB şiddet ölçeğine dolaylı(aracı) etkisi ,187 olarak bulunmuştur. Yani OSA puanının TSSB şiddet ölçeği puanı üzerindeki dolaylı (aracılı) etkisi nedeniyle OSA puanı 1 standart sapma arttığında TSSB şiddet ölçeği puanı 0,187 standart sapma yükselmektedir. Bu OSA puanının TSSB şiddet ölçeği puanı üzerinde yaratabileceği doğrudan (aracısız) etkiye ektir. Bootstrap sonuçlarına göre OSA'nın OSA-Sosyal Beceri alt boyutu vasıtası ile TSSB şiddet puanı üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Şekil 6).(ß=0.187, %95 BCA Cl [0.038, 0.397]) Bu sonuçlar OSA ile TSSB şiddet ölçeği arasındaki ilişkide OSA-Sosyal Beceri alt boyutunun tam aracılık etkisinin olduğunu göstermiştir.



Doğrudan Etki, ß=,82, p=0,066
Dolaylı Etki, ß=,187 %95 Cl (0.038,0.397)

Şekil 5.8.2.1. Mediasyon analizi; OSA'nın TSSB Şiddet Ölçeğine Doğrudan ve Dolaylı Etkisi

İntihar girişimi öyküsü ve TSSB Şiddet Ölçeği arasındaki etkide KZVD'nin rolünü belirlemek için mediasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizde intihar girişimi öyküsünün, KZVD üzerinden TSSB şiddet ölçeğine dolaylı (aracı) etkisi ,5 olarak bulunmuştur. Bootstrap sonuçlarına göre intihar girişiminin KZVD vasıtası ile TSSB şiddet puanı üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir (Şekil 7) (ß=.5, %95 BCA Cl [0.370, 0.645]). Bu sonuçlar intihar girişimi ile TSSB şiddet ölçeği arasındaki ilişkide KZVD'nin tam aracılık etkisinin olduğunu göstermiştir.



Doğrudan Etki, ß=,11 p=0,39
Dolaylı Etki, ß=,5 %95 Cl (0.370, 0.645)

Şekil 5.8.2.2. Mediasyon analizi; intihar girişimi öyküsünün KZVD üzerinden TSSB Şiddet Ölçeğine Doğrudan ve Dolaylı Etkisi

6. TARTIŞMA

Travma Sonrası Stres Bozukluğunun (TSSB) sosyal bilişte değişikliklere yol açabildiğine dair hipotezler bu alandaki çalışmalara ışık tutmuştur. Yazında TSSB'si olan bireylerin nötr, olumsuz ya da tehdit edici yüz ifadelerini tanımlamada ve işlemlemede zorluk yaşaması nedeniyle sosyal algılarının değişebildiği, bu durumun ise duyguları tanımadaki zorluklara sebep olabildiği ifade edilmektedir. (170) Sosyal bilişteki bu bozukluklar kişilerarası işlevselliğe etki etmektedir. Nörobilişsel bozuklukların bir bileşeni olarak kabul edilen sosyal biliş; duygu tanıma, zihin kuramı (ZK) ve sosyal bilişteki değişiklikler hakkında öz farkındalık (içgörü) şeklinde üç alt alana ayrılmaktadır. (171) Tüm sosyal biliş alanlarının değiştiği öne sürülen şizofreni ve otizmde sosyal bilişsel bozuklukların kapsamlı bir şekilde incelendiği görülmektedir. (171,172) Ancak çalışmaların heterojenliği nedeniyle, TSSB'deki sosyalbilişsel bozuklukların boyutunu değerlendirmenin zorlaştığı ifade edilmektedir. Sosyal bilişin sistematik değerlendirilmelerinin yapılmasının TSSB'de psikodavranışsal terapi ihtiyacının değerlendirilmesi açısından önemli olduğu belirtilmektedir. (170) Budurum klinisyenleri, TSSB'de sosyal bilişi değerlendirmek için uygun olan bilişsel testleri belirlemeye yönlendirmektedir.(163)Bu bilişsel testlerden; sosyal algıyı değerlendirmek için yüz duygularının tanınmasını içeren Yüzler Testi, duygusal algı ve ZK için RMET, yanlış inançları içeren ZK için Gaf Testi kullanılabilmektedir. (157,159,165)

Otizm spektrum bozukluğu sosyal etkileşim, iletişim, tekrarlayan ve kısıtlı davranışlar alanlarındaki bozukluklarla tanımlanmaktadır. (10) Son otuz yılda, bu spektrumla ilişkili özelliklerin klinik eşiğe özgü olmadığı, tanı için kategorik sınırın dışında yer alan subklinik düzeydeki otizm semptomlarının daha hafif formlarda geniş otizm fenotipinde yer aldığını gösteren araştırmalar göze çarpmaktadır. (125,173) Geniş otizm fenotipi özellikleri otizmin temel özelliklerine karşılık gelen alt alanlara ayrılabilmekte olup; sosyal/sosyal olmayan davranışlar, değişime uyum sağlamada zorluk, mükemmeliyetçi kişilik gibi ritüelistik ve tekrarlayıcı davranışlar yer almaktadır. (174) Geniş otizm fenotipi üzerine yapılan çalışmalar, OSB'li bireylerin birinci ve ikinci derece akrabalarındaki otistik özellikleriinceleyerek otizm ile ilişkili genetik faktörlere odaklanırken, daha sonraki çalışmalar

geniş otizm fenotipini oluşturan otizmle ilgili özelliklerin genel popülasyonda da var olduğunu göstermektedir. (175,176) Son zamanlarda yapılan çok sayıda çalışma, otizmde bulunan kısıtlı ilgi alanı, görsel ve bilişsel performansta atipik özellikler, göz temasında kısıtlılık, iletişim farklılıkları gibi bazı özelliklerin genel popülasyondada görülebildiğini belirtmektedir. (177) Bununla beraber OSB'li bireyler, sosyal bilginin işlenmesini sağlayan sinirsel bölgelerdeki anormalliklerle ilişkilendirilen yüz işleme, duygu tanıma ve zihin kuramındaki eksiklikler de dahil olmak üzere çok çeşitli sosyal-bilişsel bozukluklar göstermektedir. (178) Sosyal bilişteki bu eksikliklerin ise sosyal işlev bozukluklarıyla doğrudan bağlantılı olduğu ifade edilmektedir. (179,180)

Toplumsal yaşamdaki ses tonu, yüz ifadesi gibi sosyal bilgilerin yorumlanmasındaki zorluklar, başkalarının ne düşündüğü ve hissettiğini anlamada, duygularını iletmede zorluklar, başkalarıyla etkileşime girme isteğinde azlık ve tekrarlayan davranışlar gibi otistik özellikler geniş otizm fenotipi olarak karakterize edilmektedir. (181) Otistik özelliklere sahip bireylerde duygusal ve sosyal bilişteki eksiklikler; uygunsuz davranışları tanımlayamama, sosyal kurallardaki ihlalleri tespit edememe ve uygunsuz davranışlar karşısında kişinin kendi rahatsızlığını tanımlayamamasına sebep olarak travmaya maruz kalma riskini artırabilmektedir. Bu otistik özellikler, yaşamları boyunca bunları sergileyen kişiler için kişilerarası mağduriyet riskini artırabilmektedir. Otistik özelliklere sahip bireylerin potansiyel olarak travmatik olaylar yaşama ve bunlardan önemli ölçüde etkilenme riskinin arttığı öne sürülmektedir. (21) Ayrıca otistik özelliklere sahip bireylerin travma karşısında önemli bir koruyucu faktör olarak bilinen sosyal desteği daha az alması da mümkün görünmektedir. (182) Bununla birlikte otistik özellikler ve TSSB'nin birlikte ortaya çıkması; duygu düzenlemede eksiklikler, ruminasyon, otobiyografik hafızada zorluklar ve bozulmuş sosyal biliş gibi mekanizmalarla her iki bozukluk açısından da kırılganlığa sebep olabilmektedir. (21)

Yazın incelendiğinde TSSB tanısı olan ergenlerde otistik özellikler ve sosyal biliş arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Bu nedenle bu tez çalışmasında amaçlarımız; Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan ve olmayan ergenlerde otistik özellikler ve sosyal bilişi karşılaştırmak, ayrıca otistik özellikler ve sosyal biliş arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir.

Tez çalışmamızdaki katılımcıların %68,1'i kızlardan oluşmaktadır ve kız/erkek cinsiyet oranı 2,13:1'dir. Olguların %75'i kızlardan oluşmaktadır. Olgulardaki kız/erkek cinsiyet oranı 2,6:1'dir. Tüm olguların cinsiyet dağılımına bakıldığında 49'u (%68,1) kız, 23'ü (%31,9) erkekti ve kız/erkek cinsiyet oranı 2,13:1'dir. Olguların %75'i kızlardan oluşmaktadır ve olgulardaki kız/erkek cinsiyet oranı 3:1'dir. Yazın incelendiğinde toplum örnekleminde kızlarda erkeklerden daha yüksek TSSB oranları olduğu gösteren pek çok çalışma olduğu görülmektedir. (130,175) Katılımcıların %58,3'ü liseye, %25'i ortaokula devam etmektedir. Tüm katılımcıların %16,7'sinin, olguların %25'inin örgün eğitime devam etmediği görülmektedir. Katılımcılarda örgün eğitime devam eden ve etmeyen gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,049). Örgün eğitime devam etmeyen grupta TSSB şiddet ölçeği puanlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Yaşamı değiştiren olaylara maruz kalmanın ve stres düzeyinin okul devamlılığına etkisinden kaynaklandığını öne süre çalışmalar vardır. (183) Örgün eğitim sistemi içinde kalmanın TSSB belirti şiddetini düşürerek olumlu etki gösterebileceği gibi örgün eğitime devam etmemenin gençlerin okul işlevselliğini bozması, akran ilişkilerini kısıtlaması gibi bir takım çevresel sosyal destek sistemlerinin devreye girmesini engellediği için TSSB belirti şiddeti yüksek çıkmış olabilir.

Katılımcılar hane özelliklerine göre incelendiğinde %84,7'si çekirdek ailede yaşamaktadır. Eğitim durumları incelendiğinde ise katılımcıların %59,7'sinde, olguların %58,3'ünde hanedeki en yüksek eğitimli ebeveynin en az lise mezunu olduğu görülmektedir. Landolt ve ark. tarafından 2013'te İsviçre'de yapılan bir çalışmada travmaya maruz kalan çocukların %77,1'inin her iki ebeveyni ile yaşadığı ve hanelerin %63,5'inde ebeveynlerden birinin en az lise mezunu olduğu belirtilmektedir. (184) Çalışmamızda olgugrubunun %52,8'inin ebeveynleri evli iken kontrol grubunda bu oranın %83,3 olduğu görülmektedir. Travma grubundaki gençlerin her iki ebeveyni ile birlikte yaşama oranı literatür ile benzer bulunmuştur. (185,186) Türkiye İstatistik Kurumu 2021 yılı Nüfus ve Konut Sayımı verilerine göre Aydın ilinde erkeklerde ortaokul ve üstü eğitime sahip kişilerin oranı %67,41 iken kadınlarda %56,7 olarak; İzmir ilinde erkeklerde ortaokul ve üstü eğitime sahip kişilerin oranı %72,77 iken kadınlarda %62,66 olarak belirtilmektedir. (187)

Çalışmamızda anne (%59,7) ve babaların (%48,6) ortaokul ve üstü eğitim durumunun annelerde il ortalamaları arasında, babalarda il ortalamalarından düşük olduğu gözlenmektedir. Çalışmamızda katılımcıların annelerinin %51,8'inin, babalarının %1,4'ünün çalışmadığı; olguların annelerinin %55,6'sının, babalarının %2,8'inin çalışmadığı görülmektedir. Bununla beraber katılımcıları %66,7'sinin, olguların %80,6'sının gelirinin giderine eşit ya da az olduğu gözlemlenmektedir. Bu tanımlayıcı verilerimizden yola çıkarak eğitim ve gelir düzeyi düşük ailelerin travma ile karşılaşma açısından daha fazla risk altında olmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. (184)

Katılımcıların %20,8'inin ailesinde fiziksel hastalık, sadece olguların ise %27,8'inin ailesinde kronik fiziksel hastalık bulunmaktadır. Ailede kronik fiziksel hastalık varlığının TSSB için bir kırılganlık faktörü olduğu bildirilmektedir. (188) Ancak yazında ailedeki fiziksel hastalığın ergenlerdeki TSSB ile ilişkisini inceleyen çalışmaya rastlanmamıştır. Katılımcıların %27,8'inde ailede psikiyatrik hastalık, olguların %44,4'ünde ailede psikiyatrik hastalık bulunmaktadır. Katılımcıların %75'inin ebeveynlerinde sigara, alkol, maddeden herhangi birinin kullanımı; olguların %86,1'inin ebeveynlerinde sigara, alkol, maddeden herhangi birinin kullanımı bulunmaktadır. Katılımcılarda babada alkol kullanımı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,011$). Katılımcılarda annede sigara, alkol kullanımı ve babada sigara kullanımı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Türkiye İstatistik Kurumunun 2022 yılı Son 12 Ayda Tütün Mamülleri ve Alkollü içki kullanımı verilerine göre toplumda tütün ürünleri kullanımının %30, alkollü içki kullanımının %10 olduğu görülmektedir. (189) Bizim örneklemimizdeki ebeveynlerin sigara ve alkol kullanım sıklığının toplumdan yüksek olmasını, TSSB'de ailede psikiyatrik hastalık ve ailede sigara, alkol, madde bağımlılığının toplum örneklemine göre yüksek olduğunun belirtildiği önceki çalışmalarla uyumlu olarak açıklayabiliriz. (190) Ayrıca ebeveynlerde alkol kullanımının gençlerde riskli davranışlarda bulunma riskini arttırabildiği ve bu durumun ise TSSB gelişiminde etkili olabileceği bildirilmektedir. (185,186) Katılımcıların %25'inde sigara alkolden herhangi birisinin, olguların %38,9'unda sigara, alkolden herhangi birisinin kullanımı olduğu, katılımcılarda

madde kullanımı olmadığı görülmektedir. Katılımcılarda ergen sigara kullanımı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,006). Ek olarak katılımcılarda ergen alkol kullanımı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,01). Tüm katılımcı grubumuz içinde TSSB tanılı ergenler de olduğu için ve TSSB sigara, alkol ve madde kullanımı için riski artırdığından (185) alkol ve sigara kullanan gruplardaki yüksek TSSB şiddet ölçek puanları beklenen bir sonuçtur. Benzer şekilde TSSB olan ve olmayan gruplarımız arasında da sigara ve alkol kullanım oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Katılımcıların %31,9'unda sosyal desteğin olmadığı, olguların da %55,5'inde sosyal desteğin olmadığı, olgu ve kontrol grupları arasında sosyal destek açısından anlamlı farklılık olduğu görülmüştür (p<0,001). Bununla beraber katılımcılarda sosyal destek olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,001). Yazında alınan sosyal desteğin travma öncesinde ve sonrasında koruyucu bir faktör olduğu belirtilmektedir. Sosyal destek ile TSSB arasında güçlü ilişkiler olduğu, sosyal desteğe sahip olmanın travmaya yol açan riskli davranışlarda bulunma olasılığını azalttığı, sosyal desteğin olmamasının ise riskli davranışları, dolayısı ile TSSB riskini arttırdığı düşünülmektedir. (185,191) Bizim örneklemimizde de sosyal desteğin olmadığı grupta TSSB şiddet puanlarının daha yüksek çıkmasının yazınla uyumlu olduğu görülmektedir.

Travma yaşamış olguların %66,7'sinde KZVD olduğu, %44,4'ünde intihar girişimi öyküsü olduğu, %19,4'ünde tekrarlayıcı intihar girişimi öyküsü olduğu, %13,9'unda ailede intihar girişimi öyküsü olduğu; kontrollerde ise ergenlerde ya da ailelerinde intihar girişimi öyküsü ve KZVD olmadığı görülmektedir. Katılımcılarda KZVD olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,001). Katılımcılarda intihar girişimi olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,001). Katılımcılarda tekrarlayıcı intihar girişimi olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur (p<0,001). Katılımcılarda ailede

intihar girişimi olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,007). Yazında TSSB ile KZVD ve intihar girişimini, intihar eğilimini araştıran çok sayıda araştırma olup TSSB tanısı olan olgularda KZVD ve intihar girişiminin sık olduğu belirtilmektedir. (192) Çalışmamızdaki bulgularımızın yazınla uyumlu olduğu görülmektedir Bununla beraber ailede intihar girişimi öyküsünün intihar girişimi riskini arttırabildiği; bu durumun hem biyolojik özellikler aracılığı ile riskli davranışları arttırarak travmaya maruz kalma riskini arttırabileceği hem de ailedeki sosyal destek süreçlerini aksatarak travmaya maruz kalma riskini arttırabileceği ve travma sonrası TSSB gelişmesi riskini arttırabileceği belirtilmektedir. (185,186,191,192)

Olgularımız travma türüne göre incelendiğinde %55,5'inde Fiziksel İstismar, %50'sinde Cinsel İstismar, %47,2'sinde Ev İçi Şiddete Tanıklık, %14'ünde Travmatik Bir Haber Almak, %5,6'sında Deprem, %5,6'sında İhmal, %3,8'inde Şiddet İçeren Bir Olaya Tanık Olmak, %3,8'inde Araba Kazası, %3,8'inde Yangın olduğu; ayrıca 21 olguda çoklu travma türü maruziyeti olduğu görülmektedir. Nooner ve ark. 2012'de yayınladığı bir sistematik gözden geçirme ve meta-analiz çalışmasında çeşitli çalışmalardaki travma türleri incelenmiş; en yaygın maruz kalınan travma türlerinin Şiddet İçeren Bir Olaya Tanık Olmak, Doğal Afet ve Fiziksel İstismar olduğunu saptamışlardır. Ancak TSSB geliştiren ergenlerdeki travma türleri incelendiğinde ise en yüksek oranın Cinsel İstismar (%57) ve en düşük oranın Doğal afetlere/Diğer felaketlere maruz kalma (%3) olduğu belirtilmektedir. (185) Bizim çalışmamızda da TSSB tanılı olgularda Fiziksel İstismar ve Cinsel İstismarın en yüksek oranda yer aldığı görülmektedir. Travma tipi ile ilgili bu dağılımın nedeni olgu örneklemimizin sıklıkla 3. basamak sağlık kuruluşuna ve Çocuk İzlem Merkezine yönlendirilen adli vakaları içermesinden ve bu travma tipine sahip çocuk ve ergenlerin sıklıkla aileleri tarafından yardım almak için bir sağlık kuruluşuna başvurmalarından kaynaklandığını düşünmekteyiz.

Travmaya maruz kalma yaşları incelendiğinde ortalama yaşın 11,07±3,66 olduğu, travmadan şu ana kadar geçen sürenin ortalama 4,28±3,58 yıl olduğu görülmektedir. Bununla beraber çalışmamızda tek tür ve çoklu türde travmaya maruz kalanlar karşılaştırıldığında travma yaşında anlamlı farklılık olmadığı görülmektedir (p=0,19). Yazında TSSB semptom şiddetinin yaşın bir fonksiyonu olarak değiştiğine

dair önemli kanıtların olduğu ancak bu işlevsel ilişkinin kesin doğasının belirsizliğini koruduğu, bir dizi çalışmada ergenlik öncesi dönemde ergenlere kıyasla daha yüksek TSSB semptomları olduğu, başka çalışmalarda çalışmada ergenlerde ergenlik öncesi döneme göre daha yüksek TSSB puanları olduğu, bir dizi çalışmada ise yaş ve TSSB şiddeti ile anlamlı bir ilişki olmadığının belirtildiği farklı sonuçlar içeren çalışmalar vardır. (185,193,194) Çalışmamızda tekrarlayan travması olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Yazındaki tekrarlayan travma ile TSSB şiddeti ile ilgili araştırma sonuçları bulgularımız ile uyumludur. (195–198)

İntihar girişimi öyküsü ile TSSB Şiddet Ölçeği arasında mediasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizde intihar girişimi öyküsünün TSSB Şiddet Ölçeği üzerine direkt etkisi 20,88 ($p<0,001$) olarak bulunmuştur. İntihar girişimi öyküsü ve TSSB Şiddet Ölçeği arasındaki etkide KZVD'nin rolünü belirlemek için mediasyon analizi yapılmıştır. Yapılan analizde intihar girişimi öyküsünün, KZVD üzerinden TSSB şiddet ölçeğine dolaylı (aracı) etkisi ,5 olarak bulunmuştur. Bootstrap sonuçlarına göre intihar girişiminin KZVD vasıtası ile TSSB şiddet puanı üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar intihar girişimi ile TSSB şiddet ölçeği arasındaki ilişkide KZVD'nin tam aracılık etkisinin olduğunu göstermiştir. Yazın incelendiğinde TSSB olgularında KZVD ve intihar girişimlerinin sık olduğunu gösteren çok sayıda çalışma olduğu görülmektedir. (192,199) Bununla beraber KZVD'nin intihar düşüncesi ve intihar girişimleri ile ilişkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır. (200,201) Bu bulgumuz TSSB tanılı olgularda intihar düşüncelerini tespit etmek ve intihar girişimlerine yönelik koruyucu tedaviler vermek açısından uyarıcı olabilecek KZVD'nin akılda tutulması gerektiğini bize hatırlatmaktadır. (199)

Travma sonrası stres bozukluğu tanısına sahip olan ve psikopatoloji saptanmayan grupların sosyal biliş testleri açısından karşılaştırmasında Anlamı ve İlişkileri Kavrama testinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,001$) ve olguların puanları daha düşüktür, Beklenmeyen Sonuçlar Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$) ve olguların puanları daha düşüktür, Gaf testi toplam puanında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$) ve olguların puanları daha düşüktür, Gaf testi gaf hikayeleri puanında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$) ve olguların puanları

daha düşüktür, Gaf testi kontrol hikayeleri puanında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$) ve olguların puanları daha düşüktür. Olgu ve kontrol grupları arasında Yüzler Testi ($p=0,288$) ve Gözler Testinde ($p=0,427$) anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yazın incelendiğinde zihinselleştirme, duygu tanıma ve empati görevlerinde TSSB tanılı olguların kontrollere göre daha kötü performans gösterdiği ve daha düşük puanlar aldığı görülmektedir. (144,170,202,203) Anlam ve İlişkileri Kavrama Testi, Beklenmeyen Sonuçlar Testi ve Gaf Testi zihinselleştirme, duygu, tanıma ve empati görevlerini içermektedir ve bulgularımız yazınla uyumludur. Ancak Yüzler ve Gözler Testinde olgularımız ve kontrollerimiz arasında anlamlı farklılık yoktur. Bununla beraber yazında yüzden ve gözlerden duygu tanıma ile TSSB'de disosiyatif semptomlarla ilişkili olabileceği ve amigdala hiperreaktivitesi ile ilişkili olabileceği ifade edilmektedir. (144) Uygulamamız sırasında da TSSB tanılı olguların Yüzler ve Gözler Testi uygulaması sırasında bazı kartlardan korktuğu ve bakmaktan kaçındığı gözlemlenmiştir. Ancak bu durum derecelendirmeye etki eden bir durum olmadığından puanlamaya etki etmemiştir. Bununla beraber yazındaki TSSB'de amigdala hiperreaktivitesi ve yüz ifadelerine verilen tepkilerdeki değişikliklere etkisi ile ilgili bulgular düşünüldüğünde bu klinik gözlemimiz uygulanacak tedavi müdahalelerinde ele alınması gereken konulardan birisi olarak ön plana çıkmaktadır.

Olgulara uygulanan sosyal biliş testlerinde sigara kullanımı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında Anlam ve İlişkileri Kavrama Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,009$), Beklenmeyen Sonuçlar Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,023$), Gaf Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$), Gaf Testi-Gaf Hikayelerinde anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$) ve bu testlerde sigara kullanımı olanların puanları daha düşüktür. Diğer sosyal biliş testlerinde sigara kullanımı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Yazında sigara kullanımı ile TSSB komorbiditesi uzun zamandır incelenmektedir ancak sigara kullanımı ve sosyal bilişin ilişkisini içeren çalışmaların şizofreni ve bipolar ile sınırlı olduğu görülmektedir. (204–206) Mevcut kanıtlar ışığında TSSB'de sigara kullanımının yoğun olduğu ve prognoz ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca mevcut çalışmalarda sigara kullanımı olan gruplarda sosyal bilişte daha kötü performans olduğu görülmektedir. (204,207,208)

Katılımcılara uygulanan sosyal biliş testlerinde alkol kullanımı olan ve

olmayan gruplar karşılaştırıldığında Beklenmeyen Sonuçlar Testinde anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,041), Gaf Testi-Gaf Hikayelerinde anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,009) ve bu testlerde alkol kullanımı olanların puanları daha düşüktür. Diğer sosyal biliş testlerinde alkol kullanımı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır (p>0,05). Yazın incelendiğinde TSSB'si olan ergenlerde alkol sorunları gelişme riskinin yüksek olduğunu görülmektedir. Bunun nedeninin alkolün sıkıntı verici duygusal tepkilerden deneyimsel olarak kaçınmaya yol açabileceği düşünülmektedir. (209,210) Bununla birlikte alkol kullanımı, tehlike işaretlerinin algılanmasında bozulma ve risk alma davranışlarında artış yoluyla da mağduriyetle ilişkilendirilmiştir.(211) Ayrıca alkol kullanımı duygusal işlemle ve sosyal bilişte zorluklara neden olarak kişilerarası ilişki güçlüklerine katkıda bulunmaktadır. (212) Yazınla uyumlu olarak alkol kullanımı olan katılımcılarda sosyal biliş testlerinde bozulmalar görülmektedir.

Katılımcılara uygulanan sosyal biliş testlerinde KZVD olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında Beklenmeyen Sonuçlar Testi, Gaf Testi, Gaf Testi-Gaf Hikayelerinde, Gaf Testi-Kontrol Hikayelerinde anlamlı farklılık bulunmuştur ve bu testlerde KZVD olanların puanları daha düşüktür. Yazın incelendiğinde KZVD'nin amacının çoğu zaman acı veren duyguların yoğunluğunu azaltmak olabileceği ve duygu düzensizliğinin azaltılmasının KZVD gibi duyguları düzenlemek için kullanılan uyumsuz davranışlara olan ihtiyacı azaltacağı vurgulanmaktadır. (213) Duygu düzensizliği ile KZVD arasında ilişkiye değinen çok sayıda araştırmaya rağmen KZVD ile sosyal biliş arasında ilişkiyi araştıran az sayıda çalışma olduğu, KZVD'si olan bireylerde sosyal bilişte ve duygu düzenlemede zorluklar olabildiği görülmektedir. (214) Yazınla uyumlu olarak KZVD'si olan ergenlerde sosyal biliş puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir.

Katılımcılara uygulanan sosyal biliş testlerinde intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında Anlam ve İlişkileri Kavrama Testi, Beklenmeyen Sonuçlar Testi, Gaf Testi, Gaf Testi-Gaf Hikayelerinde anlamlı farklılık bulunmuştur ve bu testlerde intihar girişimi olanların puanları daha düşüktür. Katılımcılara uygulanan sosyal biliş testlerinde tekrarlayıcı intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında Anlam ve İlişkileri Kavrama Testinde, Beklenmeyen Sonuçlar Testinde, Gaf Testinde, Gaf Testi-Gaf Hikayelerinde anlamlı farklılık

bulunmuştur ve bu testlerde tekrarlayıcı intihar girişimi olanların puanları daha düşüktür. İntihar eğilimi olan bireylerde gözlenen kişilerarası zorlukların sosyal-bilişsel eksikliklerle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. İntihar düşüncesi ve intihar girişimi öyküsü olan bireylerin ergenlikten yetişkinliğe kadar sosyal işlevsellikte bozukluklar sergilediği ifade edilmektedir. (215,216) Ayrıca gençlerde intihar eğilimi artan sosyal zorluklar ve kişiler arası reddedilme ile ilişkilendirilmektedir. (200,215,217–219) Sosyal bilişteki spesifik bozuklukların, intihar eğilimi olanlarda gözlenen bu kişilerarası bozukluklarla ilgili olabileceği düşünülmektedir. (215,218,220,221) Yazınla uyumlu olarak örneklemimizde intihar girişimi öyküsü ve tekrarlayıcı intihar girişimi öyküsü bulunan katılımcıların sosyal biliş puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir.

Tüm katılımcılardaki Sosyal Biliş Testleri ile TSSB Şiddet Ölçeği arasında yapılan Pearson korelasyon analizinde TSSB şiddet ölçeği puanı ile Anlam ve İlişkileri Kavrama Testi ($r=-,398$, $p<0,01$) arasında zayıf şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı, Beklenmeyen Sonuçlar Testi ($r=-,570$, $p<0,01$) arasında orta şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı, Gaf Testi Toplam puanı ($r=-,556$, $p<0,01$) arasında orta şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı, Gaf Testi Gaf Hikayeleri alt boyutu ($r= -,371$, $p<0,01$) arasında zayıf şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı, Gaf Testi Kontrol Hikayeleri Alt Boyutu ile zayıf şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı bulunmuştur ($r= -,468$, $p<0,01$). Bağımlı değişken olarak TSSB şiddet ölçeği alınan korelasyon analizinde anlamlı bulunan değişkenler bağımsız değişken olarak kullanılarak çoklu lineer regresyon analizi yapılmıştır. Yapılan lineer regresyon analizinde TSSB şiddet ölçeği ile Beklenmeyen Sonuçlar testi arasında ($p=0,01$, ß=-.365), Gaf Testi arasında anlamlı regresyon bağı bulunmuştur ($p=0,011$, ß=-.280).Sosyal biliş, yalnızca bireyler arasındaki etkileşimi değil aynı zamanda sosyal etkileşimlere ilişkin bireysel algıları da etkileyen öznel süreçleri içermektedir. Yazında araştırmalar, sosyal destek ve sosyal kabulün bireyler arasındaki ilişkiler ve travmatik bir deneyim sonrasında yakın ilişkilerin kalitesi üzerindeki etkilerine daha çok odaklanmaktadır. (222) Ancak sosyal biliş incelendiğinde öznel algıların nasıl oluştuğu ve sosyal etkileşimlerdeki duygu düzenleme kapasitesi, zihin kuramı ve empati gibi alanlar da göze çarpmaktadır. (9,120) Travma sonrasında gelişebilecek inkar veya kayıtsızlık gibi işlevsiz

tepkilerin sosyal biliş süreçlerini etkileyebileceği ve travmayamaruz kalan bireylerde TSSB gelişip gelişmemesinde, travmanın işlenmesinde ve iyileşmesinde etkili rol oynadığı belirtilmektedir. (144,170) Bulgularımız yazınla uyumlu olarak TSSB tanılı olgulardaki sosyal biliş süreçlerindeki bozulmayı göstermektedir. (9,144,186,223)

Katılımcıların ebeveynleri tarafından derecelendirilen OSA'nın olgu ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılmasında OSA-Toplam puanı, OSA iletişim alt boyutu, OSA-Sosyal Beceri alt boyutu, OSA-Hayal Gücü alt boyutu puanları istatistiksel olarak anlamlı daha yüksektir. OSA puanlarının olgu ve kontrol gruplarına göre karşılaştırılmasında OSA-Ayrıntıya Dikkat Etme alt boyutu ve OSA-Dikkati Kaydırabilme alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmamıştır. Yapılan lineer regresyon analizinde TSSB şiddet ölçeği ile OSA arasında anlamlı regresyon bağı bulunmuştur (p=0,009, ß=.251). Yazın incelendiğinde otistik özelliklerin travmatik olaylara maruz kalma sırasında ve sonrasında daha az uyumlu başa çıkma stratejileriyle ilişkili olabileceğinin belirtildiği görülmektedir. (224) Bununla beraber otistik özelliklerin artan tehdit algısı ile ilişkili olabileceği ve bu durumun travma sonrası semptomların gelişmesinde ve kalıcılığındaçok önemli bir rol oynayabileceği belirtilmektedir.(219) Ayrıca iletişim eksikliklerinin travmatik deneyimleri bildirilmesine, yardım ve tedavi aranmasına engel olabileceği düşünülmektedir. (225) Yazında otistik özellikler ve TSSB ilişkisiniinceleyen çalışmaların son yıllarda gündeme geldiği ve otistik özellikler ve TSSB arasında önemli ilişkilerin bulunduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra TSSB'de otistik özelliklerde artış olduğu ancak neden-sonuç ilişkisi bağlamında netlik olmadığı görülmektedir. Bizim çalışmamızda da hiçbir hasta OSB tanısını karşılamasa da çeşitli otistik özellikleri ölçen OSA toplam puanının TSSB olgularında yazınla uyumlu olarak daha yüksek olduğu gözlemlenmektedir.

İntihar girişimi, KZVD ve ailede intihar girişimi ile OSA puan karşılaştırmaları incelendiğinde katılımcıların ebeveynleri tarafından derecelendirilen OSA puanları KZVD olan ve olmayan gruplara göre karşılaştırıldığında OSA Toplam puanında ve OSA-Sosyal Beceri alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. OSA puanları KZVD olanlarda daha yüksektir, diğer OSA alt boyutlarında KZVD olan ve olmayan gruplar arasında anlamlıfarklılık bulunmamıştır. Katılımcıların ebeveynleri tarafından derecelendirilen OSA puanları ailede intihar girişimi öyküsü olan ve olmayan

gruplara göre karşılaştırıldığında OSA-Toplam puanında, OSA-Sosyal Beceri alt boyutunda, OSA- Hayal Gücü alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Ailede intihar girişimi öyküsü olanlarda OSA puanları daha yüksektir. Diğer OSA alt boyutlarında ailede intihar girişimi olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Katılımcıların ebeveynleri tarafından derecelendirilen OSA puanları intihar girişimi olan ve olmayan gruplara göre karşılaştırıldığında OSA-Toplam puanında, OSA- Sosyal Beceri alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur. Bu farklılıkta da OSA puanları intihar girişimi olanlarda daha yüksektir. Yazın incelendiğinde otistik özelliklere sahip bireylerdeki sosyal iletişim zorluklarının intihar eğilimi ve kendine zarar verici davranışlar için risk faktörü olabileceği düşünülmektedir. (226,227) Bununla beraber intihar girişiminde bulunan bireylerde yüksek düzeyde otistik özellikler olduğu da görülmektedir. (226,228) Ayrıca tekrarlayıcı intihar girişiminde bulunanlarda otistik özelliklerin daha fazla olduğu hatta eşiğin üzerinde puanlar aldıkları belirtilmektedir. (226) Otistik özelliklerin, intihar niyetine yönelik risk işaretlerini deneyimleme konusundaki hassasiyeti arttırdığı görülmektedir. İntihar niyeti, sosyal problem çözme, hafıza önyargıları, ruminatif süreçler, sosyal destek, aidiyetin engellenmesi ve algılanan yük gibi intihar ile ilişkili olduğu belirtilen düşünce süreçleri otistik özellikler varlığında katı düşünme stili aracılığı ile artabilmekte ve intihar riskine katkıda bulunabilmektedir. (228) Bulgularımız ise mevcut yazınla uyumludur ve bu alanla ilgili daha fazla araştırma yönü sunmaktadır. Ancak bu ilişkiyi destekleyen daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Olgulara verilen TSSB Şiddet Ölçeği puanı ile ebeveynleri tarafından doldurulan OSA toplam puanı arasında zayıf şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon bağı ($r= ,416$, $p<0,01$), OSA İletişim alt boyutu arasında çok zayıf şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon bağı ($r=,259$, $p<0,05$), OSA Sosyal Beceri alt boyutu arasında zayıf şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon bağı ($r=,462$, $p<0,01$), OSA Hayal Gücü alt boyutu arasında zayıf şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon bağı bulunmuştur ($r=,349$, $p<0,01$).Olgu grubunun ebeveynleri tarafından doldurulan OSA ölçeği ve TSSB Şiddet Ölçeği arasında yapılan mediasyon analizinde OSA puanının TSSB Şiddet Ölçeği üzerine direkt etkisi 1,49 ($p<0,001$) olarak bulunmuştur. Yani OSA puanındaki her 1 puan artışta TSSB Şiddet Ölçeğinde 1,49

puan artış olduğu bulunmuştur. Olgu grubunun ebeveynleri tarafından doldurulan OSA ölçeği ve TSSB Şiddet Ölçeği arasındaki etkinin OSA ölçeğinin hangi alt boyutundan kaynaklandığını belirlemek için yapılan mediasyon analizinde OSA puanının, OSA-Sosyal Beceri Alt boyutu üzerinden TSSB şiddet ölçeğine dolaylı (aracı) etkisi ,187 olarak bulunmuştur. Yani OSA puanı'nın TSSB şiddet ölçeği puanı üzerindeki dolaylı (aracılı) etkisi nedeniyle, OSA puanı 1 standart sapma arttığında, TSSB şiddet ölçeği puanı 0,187 standart sapma yükselmektedir. Bu OSA puanının TSSB şiddet ölçeği puanı üzerinde yaratabileceği doğrudan (aracısız) etkiye ektir. Bootstrap sonuçlarına göre de OSA'nın OSA-Sosyal Beceri alt boyutu vasıtası ile TSSB şiddet puanı üzerindeki dolaylı etkisinin anlamlı olduğu tespit edilmiştir. Bu sonuçlar OSA ile TSSB şiddet ölçeği arasındaki ilişkide OSA-Sosyal Beceri alt boyutunun tam aracılık etkisinin olduğunu göstermiştir. Yazın incelendiğinde TSSB ile otistik özellikleri inceleyen ve TSSB ile sosyal bilişi ya da sosyal becerileri inceleyen çalışmalar olduğu görülmektedir. (21,223,225,229) Ancakbu çalışma TSSB, otistik özellikler ve sosyal bilişi birlikte araştıran ve aracı rolüne dikkat çeken bildiğimiz kadarıyla ilk çalışmadır. Bununla beraber TSSB'deki OSA puanlarındaki yüksekliğin bizim çalışmamızda Sosyal Beceri Alt boyutundan kaynaklandığı görülmektedir. Bu durumun TSSB'de tanı ve tedavi süreçlerinin planlanması açısından önemli hale gelebileceği düşünülmektedir. Ancak bu ilişkiyi açıklayan daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Yazın incelendiğinde otistik özelliklerin alt boyutlarından olan Sosyal Beceri ile yeniden yaşantılama, aşırı uyarılmışlık ve olumsuz bilişlerin ilişkili olduğu ancak TSSB'nin kaçınma semptomu ile ilişkili olmadığı, bu durumun da otistik özelliklerdeki kaçınmanın genelleştirilmiş, TSSB'deki kaçınmanın travmatik hatırlatıcılardan kaçınma şeklinde olması sebebiyle olabileceği belirtilmektedir. (21) Bununla beraber otistik özelliklerin alt boyutlarından olan HayalGücünün; soyutlama, simgeleştirme, rol yapma oyunları ve ZK becerilerini ifade ettiği ayrıca zihin kuramı yeteneklerinin duygu düzenleme becerilerini olumlu etkilediği ve travmatik olaylarla etkili bir şekilde başa çıkmak için hayal gücü yeteneklerinin kullanılabildiği, bu yetenekler tehlikeye girdiğinde ise TSSB'ye yatkınlığın artabileceği belirtilmektedir. (21,229) Ayrıca otistik özelliklerin alt boyutlarından olan İletişimin travmatik olaylara maruz kalma sırasında ve sonrasında başa çıkma stratejilerinde azalmaya

sebep olabildiği, iletişim eksikliklerinin travmatik deneyimleri bildirmenin, yardım ve tedavi aramanın önüne geçebildiği, travma sonrası olumsuz bilişler ve negatif duygulanım ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. (21,229) Bizim bulgularımızda da yazınla uyumlu olarak TSSB olan ve olmayan gruplar arasında Sosyal Beceri, Hayal Gücü ve İletişim alt boyutlarında anlamlı farklılık saptanmıştır.

Katılımcıların ebeveynleri tarafından derecelendirilen OSA puanları alkol kullanımı olan ve olmayan gruplara göre karşılaştırıldığında OSA-Ayrıntıya Dikkat Etme alt boyutunda anlamlı farklılık bulunmuştur (p=0,027) ve OSA puanları alkol kullanımı olanlarda daha yüksektir. Yazın incelendiğinde otistik özelliklere sahip bireylerin düzenli olarak alkol tükettiklerini veya aşırı içki içtiklerini bildirme olasılıkları, otistik olmayan bireylere göre daha az olduğu; ancak kullanımına yönelik motivasyonlardaki farklılık olduğu göze çarpmaktadır. (230,231) Otistik özelliklere sahip bireylerin özellikle davranışlarını yönetmek, duyusal aşırı yüklenmeyi azaltmak, genel işlevin iyileştirilmesi, algının iyileştirilmesi gibi otistik özellikleri telafi edici ve kamufle edici stratejiler geliştirmek için sigara ya da alkol kullanımına başvurdukları belirtilmektedir. (230,231) Ancak TSSB'de otistik özelliklerin TSSB'nin şiddeti ile ilişkisi düşünüldüğünde; otistik özellikleri daha fazla olan bireylerin OSA alt boyutlarında daha yüksek puanlar alması ve TSSB şiddetinin daha yüksek olması beklenmektedir. (21) Bununla beraber çalışmamızda OSA puanları daha yüksek olanlarda alkol kullanımının daha yüksek olması anlaşılabilir hale gelmektedir. Ancak bu ilişkiyi araştıracak daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Bununla beraber OSA-Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Boyutunun TSSB'nin yeniden yaşantılama semptomları ile ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar bulunmaktadır. (21) Gruplar arasındaki bu farklılığın alkolün yeniden yaşantılama semptomlarına yönelik self-medikasyon çabasından kaynaklanıyor olabileceği de düşünülmektedir. (211) Çalışmamızda semptom temelinde ölçek puanları karşılaştırılmamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan ve olmayan ergenlerde otistik özellikler ve sosyal biliş karşılaştırılmış olup ayrıca otistik özellikler ve sosyal biliş arasındaki ilişki araştırılmıştır. Mevcut çalışmamız bildiğimiz kadarıyla Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan ve olmayan ergenlerde otistik özellikler ve sosyal biliş arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle alanyazına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızın sonuçları ve önerilerimiz aşağıda sıralanmıştır;

1- Travma sonrası stres bozukluğu tanılı olguların tanı alma yaşı incelendiğinde olguların çoğunluğunun lise döneminde tanı aldıkları görülmüştür. Her ne kadar travmaya ilk uğrama yaşı geç çocukluk-erken ergenlik döneminde olsa da çocuk ve ergenlerin yaş ilerledikçe yaşadıklarını anlamlandırması, psikiyatrik semptomların farklı gelişim evrelerinde farklı ortaya çıkması, , istismar ve ihmale yönelik farkındalık programlarının düzenlenmesi ve adli süreçlerin travma yaşı ile tanı yaşı arasındaki farka neden olduğu düşünülmüştür. Çocukların hayatlarındaki muamelelerden hangilerinin travmatik doğada olduğunun çocuklara erken dönemde öğretilmesi kronik travmalardan koruyabileceği gibi çocuk ve gençlerin daha erken dönemde yardım arayışına girmesini sağlayabilir.

2- Çalışmamızda Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan ve olmayan katılımcılar arasında Kendine Zarar Verici Davranış açısından anlamlı farklılık saptanmıştır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanılı olguların %66,7'sine Kendine Zarar Verici Davranışların eşlik ettiği görülmektedir. Ayrıca intihar girişimi öyküsü ve TSSB Şiddet Ölçeği arasında yapılan mediasyon analizinde KZVD'nin tam aracılık etkisi olduğu görülmektedir. Yazınla uyumlu olarak Kendine Zarar Verici Davranışlararasında; vücutta iz bırakan kendini kesme, kendini yakma gibi davranışlar olabileceği gibi, anamnezde sorgulanmadığında atlanabilecek tırnak batırma ve yumruk atma gibidavranışlar da akılda tutulmalıdır. Travma Sonrası Stres Bozukluğu sağaltımında Kendine Zarar Verici Davranışların varlığının sağaltım başarısızlığına sebep olabileceği yazında belirtilmekte olup Travma Sonrası Stres Bozukluğunda Kendine Zarar Verici Davranışların sorgulanmasının tedavi başarısını arttıran bir faktör olarak karşımıza çıkacağı düşünülmektedir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu

sağaltımında Kendine Zarar Verici Davranışların psikoterapi ile ele alınmasının TSSB şiddetinde değişikliğe yol açacağını öngörmekteyiz.

3- Çalışmamızda Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan ve olmayan katılımcılar arasında intihar girişimi öyküsü açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Çalışmamızda olguların %44,4'ünde intihar girişimi öyküsü, olguların %19,4'ünde tekrarlayıcı intihar girişimi öyküsü, %13,9'unda ailede intihar girişimi öyküsü olduğu görülmektedir. Katılımcılarda intihar girişimi olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Bulgularımız değerlendirildiğinde yazınla uyumlu olarak Travma Sonrası Stres Bozukluğu grubunda intihar girişimi öyküsünün kontrol grubuna göre daha fazla olduğu ve TSSB şiddet ölçeği puanları arttıkça intihar girişimi öyküsünün arttığı görülmektedir. Bu bulgularımız ışığında intihar girişimi riskini yordayan en önemli belirtecin önceki intihar girişimi olduğu göz önüne alındığında Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanılı ergenlerin değerlendirilmesinde mevcut intihar düşünceleri ve geçmiş intihar girişimi öyküsü sorgulamanın önemi ortaya çıkmaktadır. Bununla beraber intiharı ele alan psikoterapi tekniklerinin ve uygun farmakoterapötik ajanların sağaltımda kullanılmasının Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısında intihar davranışının ve bu sebeple oluşabilecek servis yatışlarının ve acil başvurularının önüne geçebileceğini düşünmekteyiz.

4- Çalışmamızda Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan ve olmayan katılımcılar arasında sigara, alkol kullanımı açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Çalışmamızda olguların %36,1'inda sigara, %18,4'ünde alkol kullanımı olduğu görülmektedir. Çalışmamızda olgu ve kontrol grupları arasında sigara kullanımında ($p=0,013$) ve alkol kullanımında ($p=0,024$) anlamlı farklılık olduğu ve olgularda kullanımların daha fazla olduğu saptanmıştır. Katılımcılarda ergen sigara kullanımı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,006$). Katılımcılarda ergen alkol kullanımı olan ve olmayan gruplar karşılaştırıldığında TSSB şiddet ölçeği puanlarında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p=0,01$). Tez çalışmamızda elde ettiğimiz bu veriler yazınla uyumla olarak travma mağduru gençlerde bağımlılık riskinin arttığını, bu durumun Travma Sonrası Stres Bozukluğu belirtilerine yönelik kendi kendine tedavi çabasının göstergesi olabileceği ancak bu durumun travma şiddetini arttırabileceği ve yeniden

travmatizasyon riskine sebep olabileceği düşünülmektedir. Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan gençlerle çalışılırken sigara, alkol, madde kullanımının detaylı sorgulanması ve sağaltımda bağımlılık ile ilgili tedavi modalitelerinin de gündeme alınmasının yeniden travmatizasyonu önlemeye yardımcı olabileceği ve travma sonrası iyileşme sürecine katkıda bulunabileceğini öngörmekteyiz.

5- Çalışmamızda Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan ve olmayan katılımcılar arasında Sosyal Biliş açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Çalışmamızda katılımcılara uygulanan sosyal biliş testlerinde olgu ve kontrol grupları arasında Anlamı ve İlişkileri Kavrama testinde ($p=0,001$), Beklenmeyen Sonuçlar Testinde ($p<0,001$), Gaf testi toplam puanında ($p<0,001$), Gaf testi gaf hikayeleri puanında ($p=0,001$), Gaf testi kontrol hikayeleri puanında anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,001$). Her birinde olguların ölçek boyutu puanları daha düşüktür. Bununla beraber TSSB şiddet ölçeği puanı ile Anlam ve İlişkileri Kavrama Testi ($r=-,398$, $p<0,01$) arasında zayıf şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı, Beklenmeyen Sonuçlar Testi ($r=-,570$, $p<0,01$) arasında orta şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı, Gaf Testi Toplam puanı ($r=-,556$, $p<0,01$) arasında orta şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı, Gaf Testi Gaf Hikayeleri alt boyutu ($r= -,371$, $p<0,01$) arasında zayıf şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı, Gaf Testi Kontrol Hikayeleri Alt Boyutu ile zayıf şiddette negatif yönde anlamlı korelasyon bağı bulunmuştur ($r= -,468$, $p<0,05$). Yapılan lineer regresyon analizinde TSSB şiddet ölçeği ile Beklenmeyen Sonuçlar testi arasında ($p=0,01$, ß=-.365) ve Gaf Testi arasında anlamlı regresyon bağı bulunmuştur ($p=0,011$, ß=-.280). Tez çalışmamızdan elde ettiğimiz bu veriler yazınla uyumla olarak travma mağduru gençlerde sosyal biliş alanlarının bozulduğunu göstermektedir. Travmanın tipi, şiddeti, maruziyet süresi, travma yaşı ve başka birçok değişkenin hangilerinin sosyal bilişsel becerilerde bozulmalara yol açtığı bizim çalışmamızdan yola çıkarak yeni ufuklar açan çalışma alanlarıdır. Bu bilgiler ışığında klinik pratikte Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile çalışırken sosyal beceri alanlarına yönelik terapilerin sağaltıma katılmasının tedavi başarısını arttıracağını ve travma nükslerini engelleyeceğini öngörmekteyiz.

6- Çalışmamızda Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan ve olmayan katılımcılar arasında Otistik Özellikler açısından anlamlı farklılıklar saptanmıştır.

Çalışmamızda katılımcılara uygulanan Otizm Spektrum Anketinde olgu ve kontrol grupları arasında OSA-Toplam puanında ($p<0,001$), OSA-Sosyal Beceri alt boyutunda ($p=0,001$), OSA-Hayal Gücü alt boyutunda ($p=0,007$) ve OSA-İletişim alt boyutunda ($p=0,032$) anlamlı farklılık bulunmuştur. Travma grubunda OSA puanları daha yüksektir. Yapılan Pearson korelasyon analizinde TSSB Şiddet Ölçeği puanı ile OSA toplam puanı arasında zayıf şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon bağı ($r=,416$, $p<0,01$), OSA İletişim alt boyutu arasında çok zayıf şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon bağı ($r=,259$, $p<0,05$), OSA Sosyal Beceri alt boyutu arasında zayıf şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon bağı($r=,462$, $p<0,01$), OSA Hayal Gücü alt boyutu arasında zayıf şiddette pozitif yönde anlamlı korelasyon bağı bulunmuştur ($r=,349$, $p<0,01$). Ayrıca OSA ve TSSB Şiddet Ölçeği arasında yapılan mediasyon analizinde OSA-Sosyal Beceri alt boyutunun tam aracılık etkisi olduğu görülmektedir. Tez çalışmamızdan elde ettiğimiz bu veriler yazınla uyumla olarak travma mağduru gençlerde otistik belirtilerin daha fazla olduğunu göstermektedir. Yazın incelendiğinde Travma Sonrası Stres Bozukluğunda otistik belirtileri inceleyen kısıtlı çalışma olsa da verilerimiz yazınla uyumlu olarak otistik özellikler arttıkça sosyal becerinin bozulduğunu, Travma Sonrası Stres Bozukluğu şiddetinin arttığını göstermektedir. Bu durumun ise travmanın algılanmasına ve işlenmesi ile Travma Sonrası Stres Bozukluğu gelişimine yatkınlık ve sağaltım süreçlerine etki edebileceği düşünülmektedir.

7.1. Çalışmamızın Kısıtlılıkları

Çalışmamızın kesitsel nitelikte olması sebebiyle çalışmamızdaki ilişkiler nedensellik ilişkisi açısından dikkatle değerlendirilmeli ve boylamsal çalışmalar yapılarak desteklenmelidir. Çalışmadaki olguların travma şiddeti, Travma Sonrası Şiddet Ölçeğinin öz bildirime dayalı olması nedeniyle hatırlama yanlılığı olabileceği ve sosyal bilişteki zorlukların eksik öz değerlendirmeye yol açabileceği düşünülmektedir. Bu nedenle kullanılan ölçekler geçerlilik ve güvenilirliği yapılmış ölçeklerden seçilmiştir. Çalışmada kullanılan sosyal biliş ölçeklerinin yaklaşık bir saatlik uygulama süresi olması nedeniyle daha yüksek riskli olan ergenler tarafından çalışmaya katılmada isteksizliğe neden olmuş olabileceği düşünülmektedir.

7.2. Çalışmamızın Güçlü Yanları

Mevcut çalışmamız literatür taramalarımız sonucunda bildiğimiz kadarıyla Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan ve olmayan ergenlerde otistik özellikler ve sosyal biliş arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olması nedeniyle alanyazına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Çalışmamızda yer alan olgu ve kontrol grubu yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş olması nedeniyle çalışmadan elde edilen verilerin cinsiyet etkisi dışlanarak değerlendirilebilmesine olanak sağlamıştır.

Çalışmamızda yer alan olgu ve kontrol grubundaki ölçek puanları üzerine karıştırıcı faktör olmaması adına ÇDŞG-ŞY-T ile psikiyatrik tanılar dışlanarak alınmıştır. Her iki grupta da daha önce psikiyatrik tanı konulan ve psikotrop ilaç kullanımı olan olgular çalışma dışı bırakılmıştır. İlaç kullanımının hem TSSB şiddet hem de sosyal biliş testlerini etkileyebileceği düşünüldüğü için her iki grupta da ilaç kullanımı olan olgular dışlama kriteri olarak belirlenmiştir. Travma öyküsü her iki gruba da standart sorular sorularak taranmıştır.

Sosyal Biliş, çok çeşitli komponentleri olan ve en iyi değerlendirmenin her bir boyutu kapsayan çeşitli testler ile mümkün olan bir parametredir. Bu nedenle ergenlerde Sosyal Bilişi ölçmek için Yüzler Testi, Gözler Testi, Anlam ve İlişkileri Kavrama Testi, Beklenmeyen Sonuçlar Testi, Gaf Testi kullandığımız için Sosyal Bilişin çeşitli alanlarını değerlendirmeyi başardık.

Ergenlerde Otistik Özellikleri değerlendirmek için ebeveynler tarafından doldurulan Otizm Spektrum Anketi-Ergen Formunun kullanılmasının İletişim, Sosyal Beceri, Hayal Gücü, Ayrıntıya Dikkat Etme ve Dikkati Kaydırabilme alanlarının da değerlendirilmesini sağladığı için alanyazına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Ayrıca OSA formunda hem olgu hem kontrol gruplarında kesme değerinin üzerinde çıkan olgularda otizm spektrum bozukluğu tanısını dışlamak için yapılandırılmış altın standart tanı görüşmesi olan ADOS-2 uygulanmıştır.

Yazında ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Otistik Özellikler ve Sosyal Biliş ilişkisini inceleyen az sayıda çalışma mevcut olup araştırmamız bu alanda yapılan az sayıdaki çalışmalardan biridir.

Sonuç olarak;

Çalışmamız Travma Sonrası Stres Bozukluğu olan ve olmayan ergenlerde otistik özellikler ve sosyal biliş arasındaki ilişkiyi inceleyen ilk çalışma olarak alanyazına katkı sunmuştur. Bu çalışma ile ergen yaş grubunda Travma Sonrası Stres Bozukluğu tanısının Otistik Özellikler ve Sosyal Biliş üzerinden değerlendirilmesi TSSB şiddetini, klinik ilgi odağı olan intihar girişimi, sigara, alkol kullanımı, KZVD gibi travma ile ilişkili birçok faktörün tedavi süreçlerine ışık tutabilir. Gelecekte daha küçük yaş gruplarında benzer hipotezlerin test edildiği, TSSB ile otistik belirtilerin aracılık etkisinin klinik yansımalarının araştırılacağı çalışmalara ihtiyaç vardır. Elde edilecek verilerin ergenlerdeki Travma Sonrası Stres Bozukluğunu Otistik Özellikler ve Sosyal Biliş üzerinden daha iyi anlamada kullanılması böylelikle Travma Sonrası Stres Bozukluğu ile ilişkili bozuklukları hedefleyen önleyici ve tedavi edici müdahalelerinin geliştirilmesine katkıda bulunulabileceği düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Helzer JE, Robins LN, McEvoy L. Post-traumatic stress disorder in the general population. Findings of the epidemiologic catchment area survey. N Engl J Med. 1987 Dec 24;317(26):1630–4.

2. Hostinar CE, Sullivan RM, Gunnar MR. Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis: a review of animal models and human studies across development. Psychol Bull. 2014;140(1):256–82.

3. Stevens JS, van Rooij SJH, Jovanovic T. Developmental Contributors to Trauma Response: The Importance of Sensitive Periods, Early Environment, and Sex Differences. Curr Top Behav Neurosci. 2018;38:1–22.

4. Green MF, Penn DL, Bentall R, Carpenter WT, Gaebel W, Gur RC, et al. Social cognition in schizophrenia: an NIMH workshop on definitions, assessment, and research opportunities. Schizophr Bull. 2008 Sep;34(6):1211–20.

5. Pinkham AE, Penn DL, Green MF, Buck B, Healey K, Harvey PD. The social cognition psychometric evaluation study: results of the expert survey and RAND panel. Schizophr Bull. 2014;40(4):813–23.

6. Plana I, Lavoie MA, Battaglia M, Achim AM. A meta-analysis and scoping review of social cognition performance in social phobia, posttraumatic stress disorder and other anxiety disorders. J Anxiety Disord. 2014 Sep;28(2):169–77.

7. Fett AKJ, Viechtbauer W, de Gracia Dominguez M, Penn DL, van Os J, Krabbendam L. The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: a meta-analysis. Neurosci Biobehav Rev. 2011 Sep;35(3):573–88.

8. Mancuso F, Horan WP, Kern RS, Green MF. Social cognition in psychosis: multidimensional structure, clinical correlates, and relationship with functional outcome. Schizophr Res. 2011 Sep;125(2–3):143–51.

9. Stevens JS, Jovanovic T. Role of Social Cognition in Post-traumatic Stress Disorder: A Review and Meta-Analysis. Genes Brain Behav. 2019 Sep;18(1):e12518.

10. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-5^{TM}, 5th ed. American Psychiatric Association. American Psychiatric Association; 2013 May.

11. Dell'osso L, Buselli R, Corsi M, Baldanzi S, Bertelloni CA, Marino R, et al. Do Autistic Traits Correlate with Post-Traumatic Stress and Mood Spectrum Symptoms among Workers Complaining of Occupational Stress? International Journal of Environmental Research and Public Health 2022, Vol 19, Page 3809. 2022 Sep;19(7):3809.

12. Roberts AL, Koenen KC, Lyall K, Robinson EB, Weisskopf MG. Association of autistic traits in adulthood with childhood abuse, interpersonal victimization, and posttraumatic stress. Child Abuse Negl. 2015 Sep;45:135–42.

13. Rumball F, Happé F, Grey N. Experience of Trauma and PTSD Symptoms in Autistic

Adults: Risk of PTSD Development Following DSM-5 and Non-DSM-5 Traumatic Life Events. Autism Research. 2020 Sep;13(12):2122–32.

14. Baron-Cohen S. The extreme male brain theory of autism. Trends Cogn Sci. 2002 Sep;6(6):248–54.

15. Constantino JN, Todd RD. Autistic Traits in the General Population: A Twin Study. Arch Gen Psychiatry. 2003 Sep;60(5):524–30.

16. Ronald A, Hoekstra R. Progress in understanding the causes of autism spectrum disorders and autistic traits: Twin studies from 1977 to the present day. Behavior Genetics of Psychopathology. 2014 Sep;33–65.

17. Liew SM, Thevaraja N, Hong RY, Magiati I. The Relationship Between Autistic Traits and Social Anxiety, Worry, Obsessive–Compulsive, and Depressive Symptoms: Specific and Non-specific Mediators in a Student Sample. J Autism Dev Disord. 2015 Sep;45(3):858–72.

18. Kunihira Y, Senju A, Dairoku H, Wakabayashi A, Hasegawa T. 'Autistic' traits in non-autistic Japanese populations: Relationships with personality traits and cognitive ability. J Autism Dev Disord. 2006 Sep;36(4):553–66.

19. Dell'Osso L, Cremone IM, Carpita B, Fagiolini A, Massimetti G, Bossini L, et al. Correlates of autistic traits among patients with borderline personality disorder. Compr Psychiatry. 2018 Sep;83:7–11.

20. Carmassi C, Manni C, Cipollone G, Tagliarini C, Avella MT, Portulano C, et al. DSM-5 PTSD and Post-Traumatic Stress Disorder Spectrum in Patients with Fibromyalgia: Possible Correlations with Subthreshold Autism Spectrum? European Psychiatry. 2017 Sep;41(S1):S722–S722.

21. Haruvi-Lamdan N, Lebendiger S, Golan O, Horesh D. Are PTSD and autistic traits related? An examination among typically developing Israeli adults. Compr Psychiatry. 2019 Feb 1;89:22–7.

22. Coddington RD. The significance of life events as etiologic factors in the diseases of children-II a study of a normal population. J Psychosom Res. 1972;16(3):205–13.

23. Van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisæth L. Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society. Guilford Press; 1996.

24. Friedman MJ, Resick PA, Bryant RA, Brewin CR. Considering PTSD for DSM-5. Depress Anxiety. 2011 Sep 1;28(9):750–69.

25. Sadock BJ, Sadock VA, Kaplan HI. Kaplan and Sadock's concise textbook of child and adolescent psychiatry. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

26. Rosenberg JE. Forensic aspects of PTSD in children and adolescents. PTSD in children and adolescents. 2001;33–58.

27. Saigh PA, Bremner JD. The history of posttraumatic stress disorder. Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text. 1999;1:17.

28. Crocq MA, Crocq L. From shell shock and war neurosis to posttraumatic stress disorder: a history of psychotraumatology. Dialogues Clin Neurosci. 2000;2(1):47–55.

29. Javidi H, Yadollahie M. Post-traumatic stress disorder. 2012;

30. Herman JL. Trauma and recovery: The aftermath of violence--from domestic abuse to political terror. Hachette uK; 2015.

31. Grob GN. Origins of DSM-I: a study in appearance and reality. Am J Psychiatry. 1991;148(4):421–31.

32. Friedman MJ. PTSD history and overview. PTSD: National Center for PTSD. 2014.

33. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, dördüncü baskı yeniden gözden geçirilmiş tam metin (DSM-IV-TR). Köroğlu E (Çeviri Ed) Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2007;

34. Yehuda R, Hoge CW, McFarlane AC, Vermetten E, Lanius RA, Nievergelt CM, et al. Post-traumatic stress disorder. Nat Rev Dis Primers. 2015 Oct 8; 1.

35. Noyes Jr R, Hoehn-Saric R. The anxiety disorders. Cambridge University Press; 1998.

36. Davidson JRT, Hughes D, Blazer DG, George LK. Post-traumatic stress disorder in the community: an epidemiological study. Psychol Med. 1991;21(3):713–21.

37. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1995;52(12):1048–60.

38. Davidson JRT. Posttraumatic stress disorder, risk factors and comorbidity. A Comprehensive Textbook of Psychiatry. 2000;1448.

39. Atwoli L, Stein DJ, Koenen KC, McLaughlin KA. Epidemiology of posttraumatic stress disorder: prevalence, correlates and consequences. Curr Opin Psychiatry. 2015 Aug 24;28(4):307–11.

40. Bronner MB, Knoester H, Bos AP, Last BF, Grootenhuis MA. Posttraumatic stress disorder (PTSD) in children after paediatric intensive care treatment compared to children who survived a major fire disaster. Child Adolesc Psychiatry Ment Health. 2008 May 20;2:9.

41. Kuğu N, Akyüz G. Doğal felaket deneyimleri ve Travma Sonrası stres Bozukluğu: Risk faktörleri ve yaygınlık. In: Yeni Symposium. 2002. p. 24–8.

42. Servi N, Üyesi Ö, Yıldırım Ç. 6 şubat 2023 depreminde, deprem bölgesine giden hastane öncesi acil sağlık çalışanlarının travma sonrası stres bozukluğu durumunun değerlendirilmesi. [Ankara Bilkent Şehir Hastanesi]: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; 2023.

43. Güloğlu B. Psychiatric symptoms of Turkish combat-injured non-professional veterans. Eur J Psychotraumatol. 2016 Apr 1; 7.

44. Özgen F, Aydın H. Travma sonrası stres bozukluğu. Klinik Psikiyatri. 1999;1(34–41).

45. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch Gen Psychiatry. 1991;48(3):216–22.

46. Butcher JN, Mineka S, Hooley JM. Anormal psikoloji. İstanbul: Kaknüs Yayınları. 2013;

47. McNally RJ, Breslau N. Does Virtual Trauma Cause Posttraumatic Stress Disorder? American Psychologist. 2008 May;63(4):282–3.

48. Dunmore E, Clark DM, Ehlers A. A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent posttraumatic stress disorder (PTSD) after physical or sexual assault. Behaviour research and therapy. 2001;39(9):1063–84.

49. Geyran PÇ. Psikolojik travma ve sonuçları: tarihsel arka plan ve güncel kavramlar üzerine gözden geçirme. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi. 2000;8:9–12.

50. Brewin CR, Andrews B, Valentine JD. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. J Consult Clin Psychol. 2000;68(5):748–66.

51. Giannoni-Pastor A, Eiroa-Orosa FJ, Kinori SGF, Arguello JM, Casas M. Prevalence and Predictors of Posttraumatic Stress Symptomatology Among Burn Survivors: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Burn Care Res. 2016;37(1):e79–89.

52. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. Psychol Bull. 2003;129(1):52–73.

53. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan & Sadock psikiyatri davranış bilimleri. Güneş Tıp Kitabevi; 2016.

54. Meshulam-Werebe D, Andrade MG de O, Delouya D. Posttraumatic stress disorder: the psychoanalytic approach. Brazilian Journal of Psychiatry. 2003 ;25:37–40.

55. Gabbard GO. Psychodynamic psychiatry in clinical practice. American Psychiatric Pub; 2014.

56. McCann IL, Sakheim DK, Abrahamson DJ. Trauma and victimization: A model of psychological adaptation. Couns Psychol. 1988;16(4):531–94.

57. Başoğlu M, Paker M, Özmen E, Taşdemir O, Şahin D. Factors related to long-term traumatic stress responses in survivors of torture in Turkey. JAMA. 1994;272(5):357–63.

58. TUNCA H, GÜNEY E. Travma Sonrası Stres Bozukluğunun Etiyolojisi. Türkiye Klinikleri Çocuk Psikiyatrisi - Özel Konular. 2016;2(3):20–5.

59. Livanou M. Psychological treatments for post-traumatic stress disorder: an overview. International Review of Psychiatr. 2001;13(3):181–8.

60. Horowitz MJ. Stress-response syndromes: a review of posttraumatic and adjustment

disorders. Hosp Community Psychiatry. 1986;37(3):241–9.

61. Schultz E. Stress response syndrome in first-episode schizophrenia. 2000

62. Mowrer OH. Learning theory and behavior. Learning theory and behavior. 2009 Jan 22;

63. Silove D. Is posttraumatic stress disorder an overlearned survival response? An evolutionary-learning hypothesis. Psychiatry. 1998 May;61(2):181–90.

64. Brewin CR, Dalgleish T, Joseph S. A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. Psychol Rev. 1996;103(4):670–86.

65. Brewin CR, Burgess N. Contextualisation in the revised dual representation theory of PTSD: A response to Pearson and colleagues. J Behav Ther Exp Psychiatry. 2014 Mar;45(1):217.

66. O'Donnell T, Hegadoren KM, Coupland NC. Noradrenergic mechanisms in the pathophysiology of post-traumatic stress disorder. Neuropsychobiology. 2004;50(4):273–83.

67. van der Kolk B, Greenberg M, Boyd H, Krystal J. Inescapable shock, neurotransmitters, and addiction to trauma: toward a psychobiology of post traumatic stress. Biol Psychiatry. 1985;20(3):314–25.

68. Abercrombie ED, Jacobs BL. Single-unit response of noradrenergic neurons in the locus coeruleus of freely moving cats. II. Adaptation to chronically presented stressful stimuli. J Neurosci. 1987;7(9):2844–8.

69. Saporta Jr. JA, Van der Kolk BA. Psychobiological consequences of severe trauma. In: Torture and its consequences: Current treatment approaches. New York, NY, US: Cambridge University Press; 1992. p. 151–81.

70. Nutt DJ. The psychobiology of posttraumatic stress disorder. Journal of Clinical Psychiatry. 2000;61:24–32.

71. Aker T, ME Ö. Psikolojik Travma Ve Sonuçları. 5US Yayınları. İstanbul, s. 2003;9–21.

72. Hageman I, Andersen HS, Jørgensen MB. Post-traumatic stress disorder: a review of psychobiology and pharmacotherapy. Acta Psychiatr Scand. 2001;104(6):411–22.

73. Southwick SM, Krystal JH, Bremner JD, Morgan CA, Nicolaou AL, Nagy LM, et al. Noradrenergic and serotonergic function in posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry. 1997;54(8):749–58.

74. Krystal JH, Neumeister A. Noradrenergic and Serotonergic Mechanisms in the Neurobiology of Posttraumatic Stress Disorder and Resilience. Brain Res [Internet]. 2009 Oct 10;1293:13.

75. Sherin JE, Nemeroff CB. Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. Dialogues Clin Neurosci. 2011

76. Deutch AY, Clark WA, Roth RH. Prefrontal cortical dopamine depletion enhances the responsiveness of mesolimbic dopamine neurons to stress. Brain Res. 1990 Jun 25;521(1–2):311–5.

77. Yehuda R. Advances in understanding neuroendocrine alterations in PTSD and their therapeutic implications. Ann N Y Acad Sci. 2006;1071:137–66.

78. Bremner JD, Southwick SM, Johnson DR, Yehuda R, Charney DS. Childhood physical abuse and combat-related posttraumatic stress disorder in Vietnam veterans. Am J Psychiatry. 1993;150(2):235–9.

79. Christie MJ, Chesher GB. Physical dependence on physiologically released endogenous opiates. Life Sci. 1982 Apr 5;30(14):1173–7.

80. Garip B, Ozdemir B. Reduced glucose metabolism in left lateral parietal cortex of a posttraumatic stress disorder patient: a case report. European Psychiatry. 2013 Jan 1;28:1.

81. Habib KE, Gold PW, Chrousos GP. Neuroendocrinology of stress. Endocrinol Metab Clin North Am. 2001 Sep 1;30(3):695–728.

82. Sapolsky RM, Romero LM, Munck AU. How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. Endocr Rev. 2000 Feb 1;21(1):55–89.

83. Gül IG, Eryılmaz G. Travma sonrası stres bozukluğunun nörobiyolojisi: Bir gözden geçirme. Klinik psikiyatri. 2015;18:71–9.

84. Bierer LM, Tischler L, Labinsky E, Cahill S, Foa E, Yehuda R. Clinical correlates of 24-h cortisol and norepinephrine excretion among subjects seeking treatment following the world trade center attacks on 9/11. Ann N Y Acad Sci. 2006; 1071:514–20.

85. Wessa M, Rohleder N, Kirschbaum C, Flor H. Altered cortisol awakening response in posttraumatic stress disorder. Psychoneuroendocrinology. 2006 Feb; 31(2):209–15.

86. Yehuda R, Halligan SL, Bierer LM. Relationship of parental trauma exposure and PTSD to PTSD, depressive and anxiety disorders in offspring. J Psychiatr Res. 2001; 35(5):261–70.

87. Stein MB, Jang KL, Taylor S, Vernon PA, Livesley WJ. Genetic and environmental influences on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a twin study. Am J Psychiatry. 2002 Oct 1;159(10):1675–81.

88. Almli LM, Fani N, Smith AK, Ressler KJ. Genetic approaches to understanding post-traumatic stress disorder. Int J Neuropsychopharmacol. 2014 Feb; 17(2):355–70.

89. Bryant RA. Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. World Psychiatry. 2019 Oct 1; 18(3):259.

90. Wu Z, Xu J, He L. Psychological consequences and associated risk factors among adult survivors of the 2008 Wenchuan earthquake. BMC Psychiatry. 2014 Apr 29; 14(1):1–11.

91. LeBeau R, Mischel E, Resnick H, Kilpatrick D, Friedman M, Craske M. Dimensional assessment of posttraumatic stress disorder in DSM-5. Psychiatry Res. 2014 Aug 15;218(1–2):143–7.

92. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders : diagnostic criteria for research. Geneva; 1993.

93. Qassem T, Aly-ElGabry D, Alzarouni A, Abdel-Aziz K, Arnone D. Psychiatric Co-Morbidities in Post-Traumatic Stress Disorder: Detailed Findings from the Adult Psychiatric Morbidity Survey in the English Population. Psychiatr Q. 2021 Mar 1 ;92(1):321–30.

94. Friedman MJ. Toward rational pharmacotherapy for posttraumatic stress disorder: an interim report. Am J Psychiatry. 1988; 145(3):281–5.

95. Hamner MB, Robert S. Post-traumatic stress disorder: Differential diagnosis and management. Current Psychosis & Therapeutics Reports 2004 2:3. 2004 Sep; 2(3):109–15.

96. Lauterbach D, Vrana S. The Relationship Among Personality Variables, Exposure to Traumatic Events, and Severity of Posttraumatic Stress Symptoms. J Trauma Stress. 2001; 14(1):29–45.

97. Bryant R. Post-traumatic stress disorder vs traumatic brain injury. Dialogues Clin Neurosci. 2011; 13(3):251–62.

98. Blank Jr AS. Clinical detection, diagnosis, and differential diagnosis of post-traumatic stress disorder. Psychiatric Clinics of North America. 1994;17(2):351–83.

99. Kaya B. Travma sonrası stres bozukluğunda komorbidite. Psikiyatri Dünyası. 2000;4(2):37–43.

100. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. J Consult Clin Psychol. 2003 Aug;71(4):692–700.

101. Giaconia RM, Reinherz HZ, Paradis AD, Stashwick CK. Comorbidity of substance use disorders and posttraumatic stress disorder in adolescents. Trauma and substance abuse: Causes, consequences, and treatment of comorbid disorders. 2004 Oct 27;227–42.

102. Macdonald A, Danielson CK, Resnick HS, Saunders BE, Kilpatrick DG. PTSD and comorbid disorders in a representative sample of adolescents: The risk associated with multiple exposures to potentially traumatic events. Child Abuse Negl. 2010 Oct 1;34(10):773–83.

103. Thielemann JFB, Kasparik B, König J, Unterhitzenberger J, Rosner R. A systematic review and meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for children and adolescents. Child Abuse Negl. 2022 Dec 1;134.

104. National Collaborating Centre for Mental Health. Post-traumatic stress disorder: The

management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. In: National Institute for Health and Care Excellence: Guidelines. Leicester (UK): Gaskell; 2005.

105. Cohen J, Bukstein O, Walter H, Benson R, Chrisman A, Farchione T, et al. Practice Parameter for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2010 Apr 1; 49(4):414–30.

106. Asnis GM, Kohn SR, Henderson M, Brown NL. SSRIs versus non-SSRIs in post-traumatic stress disorder: an update with recommendations. Drugs. 2004; 64(4):383–404.

107. Seedat S, Lockhat R, Kaminer D, Zungu-Dirwayi N, Stein DJ. An open trial of citalopram in adolescents with post-traumatic stress disorder. Int Clin Psychopharmacol. 2001;16(1):21–5.

108. Cohen JA, Mannarino AP, Perel JM, Staron V. A pilot randomized controlled trial of combined trauma-focused CBT and sertraline for childhood PTSD symptoms. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2007 Jul;46(7):811–9.

109. Cohen JA, Bernet W, Dunne JE, Adair M, Arnold V, Benson RS, et al. Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents With Posttraumatic Stress Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1998 Oct 1;37(10):4S-26S.

110. Famularo R, Kinscherff R, Fenton T. Propranolol treatment for childhood posttraumatic stress disorder, acute type. A pilot study. Am J Dis Child. 1988; 142(11):1244–7.

111. Harmon RJ, Riggs PD. Clonidine for posttraumatic stress disorder in preschool children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1996; 35(9):1247–9.

112. Connor DF, Grasso DJ, Slivinsky MD, Pearson GS, Banga A. An open-label study of guanfacine extended release for traumatic stress related symptoms in children and adolescents. J Child Adolesc Psychopharmacol. 2013 May 1;23(4):244–51.

113. Steiner H, Saxena KS, Carrion V, Khanzode LA, Silverman M, Chang K. Divalproex sodium for the treatment of PTSD and conduct disordered youth: a pilot randomized controlled clinical trial. Child Psychiatry Hum Dev. 2007 Oct;38(3):183–93.

114. Looff D, Grimley P, Kuller F, Martin A, Shonfield L. Carbamazepine for PTSD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1995;34(6):703–4.

115. Robert R, Blakeney PE, Villarreal C, Rosenberg L, Meyer WJ. Imipramine treatment in pediatric burn patients with symptoms of acute stress disorder: a pilot study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1999;38(7):873–82.

116. Kutcher SP, Reiter S, Gardner DM, Klein RG. The Pharmacotherapy of Anxiety Disorders in Children and Adolescents. Psychiatric Clinics of North America. 1992 Mar 1;15(1):41–67.

117. Shapiro F. Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress

disorder. J Behav Ther Exp Psychiatry. 1989 Sep 1;20(3):211–7.

118. Shapiro F. The Role of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy in Medicine: Addressing the Psychological and Physical Symptoms Stemming from Adverse Life Experiences. Perm J. 2014;18(1):71.

119. Fiske STT. Social cognition: From brains to culture. 2020;

120. Adolphs R. The Social Brain: Neural Basis of Social Knowledge. Annu Rev Psychol. 2009 Jan;60:693.

121. Nahum M, Lee H, Merzenich MM. Principles of Neuroplasticity-Based Rehabilitation. Prog Brain Res. 2013 Jan 1;207:141–71.

122. Evans SE, Steel AL, DiLillo D. Child maltreatment severity and adult trauma symptoms: does perceived social support play a buffering role? Child Abuse Negl. 2013 Nov;37(11):934–43.

123. Stevens JS, Jovanovic T, Fani N, Ely TD, Glover EM, Bradley B, et al. Disrupted amygdala-prefrontal functional connectivity in civilian women with posttraumatic stress disorder. J Psychiatr Res. 2013;47(10):1469–78.

124. Köroğlu E, editor. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, (DSM-V). Ankara: Hekimler Yayın Birliği; 2013.

125. Piven J, Palmer P. Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. Am J Psychiatry. 1999 Apr;156(4):557–63.

126. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. The Autism-Spectrum Quotient (AQ): Evidence from Asperger Syndrome/High-Functioning Autism, Males and Females, Scientists and Mathematicians. J Autism Dev Disord. 2001 Feb 1;31(1):5–17.

127. Gokcen S, Bora E, Erermis S, Kesikci H, Aydin C. Theory of mind and verbal working memory deficits in parents of autistic children. Psychiatry Res. 2009 Mar 31;166(1):46–53.

128. Ronald A, Hoekstra RA. Autism spectrum disorders and autistic traits: A decade of new twin studies. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics. 2011 Apr 1;156(3):255–74.

129. Mosconi MW, Stevens CJ, Unruh KE, Shafer R, Elison JT. Endophenotype trait domains for advancing gene discovery in autism spectrum disorder. J Neurodev Disord. 2023 Dec 1;15(1).

130. Bishop DVM, Maybery M, Maley A, Wong D, Hill W, Hallmayer J. Using self-report to identify the broad phenotype in parents of children with autistic spectrum disorders: a study using the Autism-Spectrum Quotient. J Child Psychol Psychiatry. 2004 Nov;45(8):1431–6.

131. Folstein S, Rutter M. Infantile autism: a genetic study of 21 twin pairs. J Child Psychol Psychiatry. 1977;18(4):297–321.

132. Wolff S, Narayan S, Moyes B. Personality characteristics of parents of autistic children: a controlled study. J Child Psychol Psychiatry. 1988;29(2):143–53.

133. Constantino JN. Social Responsiveness Scale. Encyclopedia of Autism Spectrum Disorders. 2021;4457–67.

134. Hurley RSE, Losh M, Parlier M, Reznick JS, Piven J. The broad autism phenotype questionnaire. J Autism Dev Disord. 2007 Oct ;37(9):1679–90.

135. Dell'Osso L, Dalle Luche RP, Moroni I, Gesi C, Carmassi C, Maj M. From Asperger's Autistischen Psychopathie to DSM-5 Autism Spectrum Disorder and beyond. BMC Psychiatry.

136. Dell'Osso L, Carpita B, Cremone IM, Muti D, Diadema E, Barberi FM, et al. The mediating effect of trauma and stressor related symptoms and ruminations on the relationship between autistic traits and mood spectrum. Psychiatry Res. 2019 Sep 1;279:123–9.

137. Dell'Osso L, Carmassi C, Massimetti G, Conversano C, Daneluzzo E, Riccardi I, et al. Impact of traumatic loss on post-traumatic spectrum symptoms in high school students after the L'Aquila 2009 earthquake in Italy. J Affect Disord. 2011 Nov; 134(1–3):59–64.

138. Grayson J, Childress A, Baker W, Hatchett K, Hartsok M, Buchin Z, et al. Risk of maltreatment for children with autism spectrum disorder. Virginia Child Protective Newsletter. 2013;96(Spring):1–11.

139. Knutson JF, Johnson CR, Sullivan PM. Disciplinary choices of mothers of deaf children and mothers of normally hearing children. Child Abuse Negl. 2004 Sep 1;28(9):925–37.

140. Marx BP, Soler-Baillo JM. The relationships among risk recognition, autonomic and self-reported arousal, and posttraumatic stress symptomatology in acknowledged and unacknowledged victims of sexual assault. Psychosom Med. 2005;67(4):618–24.

141. Soler-Baillo JM, Marx BP, Sloan DM. The psychophysiological correlates of risk recognition among victims and non-victims of sexual assault. Behaviour Research and Therapy. 2005 Feb 1;43(2):169–81.

142. DePrince AP. Social Cognition and Revictimization Risk. Journal of Trauma & Dissociation. 2005;6(1):125–41.

143. Zeitlin SB, McNally RJ, Cassiday KL. Alexithymia in victims of sexual assault: an effect of repeated traumatization? Am J Psychiatry. 1993 Apr 1; 150(4):661–3.

144. Nietlisbach G, Maercker A, Rösler W, Haker H. Are Empathic Abilities Impaired in Posttraumatic Stress Disorder? http://dx.doi.org/102466/pr01063832-844. 2010 Jun 1;106(3):832–44.

145. Lord C, Risi S, Lambrecht L, Cook EH, Leventhal BL, Dilavore PC, et al. The Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. J Autism Dev Disord.

2000;30(3):205–23.

146. Rutter M, DiLavore PC, Risi S, Gotham K, Bishop S. Autism diagnostic observation schedule: ADOS-2. Torrance, CA: Western Psychological Services. 2012;

147. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1997;36(7):980–8.

148. Kaufman J, Birmaher B, Axelson D, Perepletchikova F, Brent D A R. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-aged children: present and life time version (K-SADS-PL) DSM-5 November 2016 working draft. Child and Adolescent Research and Education. 2016;

149. Ünal F, Öktem F, Çuhadaroğlu FÇ, Kültür SEÇ, Akdemir D, Özdemir DF, et al. Reliability and validity of the schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version, DSM-5 November 2016-Turkish adaptation (K-SADS-PL-DSM-5-T). Turk Psikiyatri Dergisi. 2019;30(1).

150. Wechsler D. Wechsler Intelligence Scale for Children. Wechsler Intelligence Scale for Children. Psychological Corporation; 1949.

151. Savaşır I, Şahin N. Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği uygulama kitapçığı. Ankara: Türk Psikologlar Derneği. 1995;

152. Yalın Sapmaz Ş, Ergin D., Özek Erkuran H., Şen Celasin N., Öztürk M., Karaarslan D., et al. DSM-5 Travma sonrası stres belirtileri şiddet ölçeği çocuk formunun türkçe güvenilirliği ve geçerliliği. Nöropsikiyatri Arşivi. 2017;54:205–8.

153. Baron-Cohen S, Hoekstra RA, Knickmeyer R, Wheelwright S. The Autism-Spectrum Quotient (AQ)–adolescent version. J Autism Dev Disord. 2006 Sep;36(3):343–50.

154. Wakabayashi A, Baron-Cohen S, Wheelwright S, Tojo Y. The Autism-Spectrum Quotient (AQ) in Japan: A cross-cultural comparison. J Autism Dev Disord. 2006 Sep;36(2):263–70.

155. Cetinoglu E, Aras S. The Autism-Spectrum Quotient (AQ) Adolescent's Version in Turkey: Factor Structure, Reliability and Validity. J Autism Dev Disord. 2022 Sep;52(7):3260–70.

156. Ekman P, Friesen W V. A new pan-cultural facial expression of emotion. Motiv Emot. 1986 Jun;10(2):159–68.

157. Ekman P. Facial expressions of emotion: an old controversy and new findings. Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci. 1992;335(1273):63–9.

158. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Jolliffe T. Is There a 'Language of the Eyes'? Evidence from Normal Adults, and Adults with Autism or Asperger Syndrome. Vis cogn. 1997;4(3):311–31.

159. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" test revised version: A study with normal adults, and adults with Asperger

syndrome or high-functioning autism. J child Psychol psychiatry. 2001;42(2):241–51.

160. Girli A. Psychometric Properties of the Turkish Child and Adult Form of 'Reading the Mind in the Eyes Test'. Psychology. 2014;5(11):1321.

161. Yıldırım E, Kasar M, Güdük M, Ateş E, Küçükparlak İ, Özalmete E. Investigation of the reliability of the" Reading the Mind in the Eyes Test" in a Turkish population. Turkish J Psychiatry. 2011;22(3).

162. Dyck MJ, Ferguson K, Shochet IM. Do autism spectrum disorders differ from each other and from non-spectrum disorders on emotion recognition tests? Eur Child Adolesc Psychiatry. 2001;10(2):105–16.

163. Bora E, Yücel M, Pantelis C. Theory of mind impairment: A distinct trait-marker for schizophrenia spectrum disorders and bipolar disorder? Acta Psychiatr Scand. 2009 Sep;120(4):253–64.

164. Şan E, Köse S, Özbaran B, Bildik T, Aydin C, Atatürk Devlet Hastanesi D, et al. DEHB'li ergenlerde toplumsal biliş ve duygu düzenleme. Anatolian Journal of Psychiatry. 2018;19(1):71–9.

165. Baron-Cohen S, O'Riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. J Autism Dev Disord. 1999;29(5):407–18.

166. Youmans G, Bourgeois M. Theory of mind in individuals with Alzheimer-type dementia. Aphasiology. 2010 Sep;24(4):515–34.

167. Şahin B, Sultan Önal B, Hoşoğlu E. Adaptation of Faux Pas Recognition Test Child Form to Turkish and investigation of psychometric properties. Anadolu Psikiyatri Derg. 2020 May 1;21:54–62.

168. MacKinnon DP, Lockwood CM, Williams J. Confidence Limits for the Indirect Effect: Distribution of the Product and Resampling Methods. Multivariate Behav Res. 2004;39(1):99–128.

169. Preacher KJ, Hayes AF. Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. Behav Res Methods. 2008 Aug;40(3):879–91.

170. Janssen P, van Est L, Hilbink M, Gubbels L, Egger J, Cillessen T, et al. Social cognitive performance in posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. J Affect Disord. 2022 Jan 15;297:35–44.

171. Henry JD, Von Hippel W, Molenberghs P, Lee T, Sachdev PS. Clinical assessment of social cognitive function in neurological disorders. Nat Rev Neurol. 2016 Jan 1;12(1):28–39.

172. Green MF, Horan WP, Lee J. Social cognition in schizophrenia. Nat Rev Neurosci. 2015 Oct 19;16(10):620–31.

173. Bolton P, Macdonald H, Pickles A, Rios P, Goode S, Crowson M, et al. A case-

control family history study of autism. J Child Psychol Psychiatry. 1994; 35(5):877–900.

174. Losh M, Adolphs R, Poe MD, Couture S, Penn D, Baranek GT, et al. Neuropsychological Profile of Autism and the Broad Autism Phenotype. Arch Gen Psychiatry. 2009 May 1; 66(5):518–26.

175. Bailey A, Palferman S, Heavey L, Le Couteur A. Autism: The phenotype in relatives. J Autism Dev Disord. 1998; 28(5):369–92.

176. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. J Autism Dev Disord. 2001;31(1):5–17.

177. Wainer AL, Ingersoll BR, Hopwood CJ. The structure and nature of the broader autism phenotype in a non-clinical sample. J Psychopathol Behav Assess. 2011 Dec 8; 33(4):459–69.

178. Pinkham AE, Hopfinger JB, Pelphrey KA, Piven J, Penn DL. Neural bases for impaired social cognition in schizophrenia and autism spectrum disorders. Schizophr Res. 2008 Feb 1;99(1–3):164–75.

179. Hughes C, Soares-Boucaud I, Hochmann J, Frith U. Social behaviour in pervasive developmental disorders: Effects of informant, group and 'theory-of-mind'. Eur Child Adolesc Psychiatry. 1997; 6(4):191–8.

180. Klin A, Jones W, Schultz R, Volkmar F, Cohen D. Visual Fixation Patterns During Viewing of Naturalistic Social Situations as Predictors of Social Competence in Individuals With Autism. Arch Gen Psychiatry. 2002 Sep 1; 59(9):809–16.

181. Constantino JN, Todd RD. Intergenerational transmission of subthreshold autistic traits in the general population. Biol Psychiatry. 2005 Mar 15;57(6):655–60.

182. Wright BK, Kelsall HL, Sim MR, Clarke DM, Creamer MC. Support Mechanisms and Vulnerabilities in Relation to PTSD in Veterans of the Gulf War, Iraq War, and Afghanistan Deployments: A Systematic Review. J Trauma Stress. 2013 Jun 1; 26(3):310–8.

183. Hess R, quarterly ECS psychology, 2001 undefined. Students' stress, coping strategies, and school completion: A longitudinal perspective. psycnet.apa.orgRS Hess, EP CopelandSchool psychology quarterly, 2001•psycnet.apa.org. 2001 Dec;16(4):389–405.

184. Landolt MA, Schnyder U, Maier T, Schoenbucher V, Mohler-Kuo M. Trauma Exposure and Posttraumatic Stress Disorder in Adolescents: A National Survey in Switzerland. J Trauma Stress; 26(2):209–16.

185. Nooner KB, Linares LO, Batinjane J, Kramer RA, Silva R, Cloitre M. Factors Related to Posttraumatic Stress Disorder in Adolescence. http://dx.doi.org/101177/1524838012447698. 2012 Jun 4;13(3):153–66.

186. Bozzini AB, Bauer A, Maruyama J, Simões R, Matijasevich A. Factors associated

with risk behaviors in adolescence: a systematic review. Brazilian Journal of Psychiatry. 2020 Aug 3; 43(2):210–21.

187. Türkiye İstatistik Kurumu. Nüfus ve Konut Sayımı 2021. Ankara; 2021.

188. Cabizuca M, Marques-Portella C, Mendlowicz M V., Coutinho ESF, Figueira I. Posttraumatic Stress Disorder in Parents of Children With Chronic Illnesses: A Meta-Analysis. Health Psychology. 2009 May;28(3):379–88.

189. Türkiye İstatistik Kurumu. Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması, 2022. 2022.

190. Dierker LC, Merikangas KR. Familial Psychiatric Illness and Posttraumatic Stress Disorder: Findings From a Family Study of Substance Abuse and Anxiety Disorders. J Clin Psychiatry. 2001;62(9).

191. Ozer EJ. The Impact of Violence on Urban Adolescents: Longitudinal Effects of Perceived School Connection and Family Support. http://dx.doi.org/101177/0743558404273072. 2005 Mar 1; 20(2):167–92.

192. Ford JD, Gómez JM. The Relationship of Psychological Trauma and Dissociative and Posttraumatic Stress Disorders to Nonsuicidal Self-Injury and Suicidality: A Review. Journal of Trauma & Dissociation. 2015 May 27; 16(3):232–71.

193. Contractor AA, Layne CM, Steinberg AM, Ostrowski SA, Ford JD, Elhai JD. Do gender and age moderate the symptom structure of PTSD? Findings from a national clinical sample of children and adolescents. Psychiatry Res. 2013 Dec 30;210(3):1056–64.

194. Ramsawh HJ, Fullerton CS, Mash HBH, Ng THH, Kessler RC, Stein MB, et al. Risk for suicidal behaviors associated with PTSD, depression, and their comorbidity in the U.S. Army. J Affect Disord. 2014 Jun 1; 161:116–22.

195. Kalogeratos G, Anastasopoulou E, Tsagri A, Tseremegklis C, Tsogka D, Lourida K, et al. PTSD in Children and Adolescents in the Educational Context. A Conceptual Approach. Technium Social Sciences Journal. 2024 Mar 8; 55:226–47.

196. Kazlauskas E, Kairyte A, Zelviene P. Complex posttraumatic stress disorder in adolescence: A two-year follow-up study. https://doi.org/101177/13591045231187975. 2023 Jul 4; 29(2):466–78.

197. Davies WH, Flannery DJ. POST-TRAUMATIC STRESS DISORDER IN CHILDREN AND ADOLESCENTS EXPOSED TO VIOLENCE. Pediatr Clin North Am. 1998 Apr 1;45(2):341–53.

198. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. J Trauma Stress. 1992 Jul 1; 5(3):377–91.

199. Panagioti M, Gooding PA, Triantafyllou K, Tarrier N. Suicidality and posttraumatic stress disorder (PTSD) in adolescents: a systematic review and meta-analysis. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2015 Apr 1; 50(4):525–37.

200. Hawton K, Saunders KEA, O'Connor RC. Self-harm and suicide in adolescents. The Lancet. 2012 Jun 23; 379(9834):2373–82.

201. Jacobson CM, Muehlenkamp JJ, Miller AL, Turner JB. Psychiatric Impairment Among Adolescents Engaging in Different Types of Deliberate Self-Harm. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2008 Apr; 37(2):363–75.

202. Venta A, Hatkevich C, Mellick W, Vanwoerden S, Sharp C. Social cognition mediates the relation between attachment schemas and posttraumatic stress disorder. Psychol Trauma. 2017 Sep;9(1):88–95.

203. Sharp C, Fonagy P, Allen JG. Posttraumatic Stress Disorder: A Social-Cognitive Perspective. Clinical Psychology: Science and Practice. 2012 Sep;19(3):229–40.

204. Shevorykin A, Hyland BM, Robles D, Ji M, Vantucci D, Bensch L, et al. Tobacco use, trauma exposure and PTSD: a systematic review. Health Psychol Rev. 2024 May 8.

205. Ospina LH, Russo M, Nitzburg GM, Cuesta-Diaz A, Shanahan M, Perez-Rodriguez MM, et al. The effects of cigarette smoking behavior and psychosis history on general and social cognition in bipolar disorder. Bipolar Disord. 2016 Sep 1; 18(6):528–38.

206. Drusch K, Lowe A, Fisahn K, Brinkmeyer J, Musso F, Mobascher A, et al. Effects of nicotine on social cognition, social competence and self-reported stress in schizophrenia patients and healthy controls. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2013 Sep 1; 263(6):519–27.

207. Garey L, Bakhshaie J, Vujanovic AA, Reitzel LR, Schmidt NB, Zvolensky MJ. Posttraumatic stress symptom severity and cognitive-based smoking processes among trauma-exposed treatment-seeking smokers: The role of perceived stress. Addictive Behaviors. 2016 Sep 1;60:84–9.

208. Mu W, Narine K, Farris S, Lieblich S, Zang Y, Bredemeier K, et al. Trauma-related cognitions predict treatment response in smokers with PTSD: Evidence from cross-lagged panel analyses. Addictive Behaviors. 2020 Sep 1;108:106376.

209. Debell F, Fear NT, Head M, Batt-Rawden S, Greenberg N, Wessely S, et al. A systematic review of the comorbidity between PTSD and alcohol misuse. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol. 2014 Sep 1;49(9):1401–25.

210. Back SE, Jones JL. Alcohol Use Disorder and PTSD: An Introduction. Alcohol Clin Exp Res. 2018 May 1; 42(5):836.

211. McCart MR, Zajac K, Kofler MJ, Smith DW, Saunders BE, Kilpatrick DG. Longitudinal Examination of PTSD Symptoms and Problematic Alcohol Use as Risk Factors for Adolescent Victimization. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2012 Nov; 41(6):822–36.

212. Bora E, Zorlu N. Social cognition in alcohol use disorder: a meta-analysis. Addiction. 2017 Jan 1; 112(1):40–8.

213. Wolff J, Frazier EA, Esposito-Smythers C, Burke T, Sloan E, Spirito A. Cognitive and social factors associated with NSSI and suicide attempts in psychiatrically hospitalized adolescents. J Abnorm Child Psychol. 2013 Aug 16; 41(6):1005–13.

214. Laghi F, Terrinoni A, Cerutti R, Fantini F, Galosi S, Ferrara M, et al. Theory of mind in non-suicidal self-injury (NSSI) adolescents. Conscious Cogn. 2016 Jul 1;43:38–47.

215. Bridge JA, Goldstein TR, Brent DA. Adolescent suicide and suicidal behavior. Vol. 47, Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2006. p. 372–94.

216. Neacsiu AD, Fang CM, Rodriguez M, Rosenthal MZ. Suicidal Behavior and Problems with Emotion Regulation. Suicide Life Threat Behav. 2018 Sep;48(1):52–74.

217. Martin G, Rotaries P, Pearce C, Allison S. Adolescent suicide, depression and family dysfunction. Acta Psychiatr Scand. 1995; 92(5):336–44.

218. Nock MK, Kessler RC. Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. J Abnorm Psychol. 2006; 115(3):616–23.

219. Geulayov G, Casey D, McDonald KC, Foster P, Pritchard K, Wells C, et al. Incidence of suicide, hospital-presenting non-fatal self-harm, and community-occurring non-fatal self-harm in adolescents in England (the iceberg model of self-harm): a retrospective study. Lancet Psychiatry. 2018 Sep;5(2):167–74.

220. McManimen SL, Hay J, Long C, Bryan CJ, Aase DM. Suicide-related cognitions and emotional bias performance in a community sample. J Affect Disord. 2024 Mar 15;349:197–200.

221. Parrish EM, Steenkamp L, Chalker SA, Moore RC, Pinkham A, Depp CA. Systematic Review of the Link Between Social Cognition and Suicidal Ideation and Behavior in People With Serious Mental Illness. Schizophr Bull Open. 2024 Jan 1; 5(1).

222. Lai BS, Osborne MC, Piscitello J, Self-Brown S, Kelley M Lou. The relationship between social support and posttraumatic stress symptoms among youth exposed to a natural disaster. https://doi.org/101080/2000819820181450042. 2018 Sep;9(sup2).

223. Couette M, Mouchabac S, Bourla A, Nuss P, Ferreri F. Social cognition in post-traumatic stress disorder: A systematic review. British Journal of Clinical Psychology. 2020 Jun 1; 59(2):117–38.

224. Hirvikoski T, Blomqvist M. High self-perceived stress and poor coping in intellectually able adults with autism spectrum disorder. Autism. 2015 Jun 1; 19(6):752–7.

225. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy. 2000 Apr 1;38(4):319–45.

226. O'connor RC, Smyth R, Ferguson E, Ryan C, Mark J, Williams G. Psychological processes and repeat suicidal behavior: a four-year prospective study. psycnet.apa.orgRC O'connor, R Smyth, E Ferguson, C Ryan, JMG WilliamsJournal of consulting and clinical psychology, 2013•psycnet.apa.org. 2013

227. Licence L, Oliver C, Moss J, Richards C. Prevalence and Risk-Markers of Self-Harm

in Autistic Children and Adults. J Autism Dev Disord. 2020 Oct 1; 50(10):3561–74.

228. Richards G, Kenny R, Griffiths S, Allison C, Mosse D, Holt R, et al. Autistic traits in adults who have attempted suicide. Mol Autism. 2019 Jun 7;10(1):1–10

229. Nazarov A, Frewen P, Parlar M, Oremus C, Macqueen G, Mckinnon M, et al. Theory of mind performance in women with posttraumatic stress disorder related to childhood abuse. Acta Psychiatr Scand. 2014 Mar 1;129(3):193–201.

230. Ressel M, Thompson B, Poulin MH, Normand CL, Fisher MH, Couture G, et al. Systematic review of risk and protective factors associated with substance use and abuse in individuals with autism spectrum disorders. Autism. 2020 May 1; 24(4):899–918.

231. Weir E, Allison C, Baron-Cohen S. Understanding the substance use of autistic adolescents and adults: a mixed-methods approach. Lancet Psychiatry. 2021 Aug 1; 8(8):673–85.

EKLER

Ek 1. Etik Kurul Onayı

ADÜ Evrak Tarih ve Sayısı: 01.02.2023-306749

T.C.
AYDIN ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

Sayı : E-53043469-050.04.04-306749 01.02.2023
Konu : Kararlar

Sayın Dr. Öğr. Üyesi Börte GÜRBÜZ ÖZGÜR
Öğretim Üyesi

Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 26.01.2023 tarihinde yapılan olağan toplantısında çalışmanızla ilgili alınan 04 nolu karar aşağıda sunulmuştur.
Bilgilerinize sunarım.

Karar No: 04
Protokol No: 2023/16
Sorumlu Yürütücü: Doç.Dr. Börte GÜRBÜZ ÖZGÜR
Çocuk, Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları AD

Tıp Fakültesi Çocuk, Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Doç.Dr. Börte GÜRBÜZ ÖZGÜR'ün **"Travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan ergenlerde otistik belirtilerin sosyal biliş üzerine etkisi"** konulu yukarıda bilgileri verilen klinik araştırma başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup, çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına oy birliğiyle karar verilmiştir.
Yine sorumlu araştırıcıya;Form 2'nin 14.1.'in son bölümünde taahhüt edilen **çalışma bittikten sonra nihai raporun**, [**Sonuç Raporu** (web'te), **BGOF** (Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu-gönüllüler tarafından bizzat kendilerinin kendi adı-soyadını yazması ve imzalamasının sağlanması ile adreslerinin eksiksiz olarak formlara yazılmasına dikkat edilmelidir.) ve **ORF** *(Olgu Rapor Formu/Anket)*] **gönderilmesi gerektiğinin hatırlatılmasına** ve sorumlu yürütücülerinin bu hususa özen göstermesi gerektiğinin bir kez daha vurgulanmasına oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. Hatice ERTABAKLAR
Kurul Başkanı

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Belge Doğrulama Kodu :BSFNAB9R2L Belge Takip Adresi : https://turkiye.gov.tr/ebd?eK=5740&eD=BSFNAB9R2L&eS=306749

Adres:ADÜ Merkez Kampüs Aytepe Mevkii 09100 Efeler/AYDIN
Telefon:0256 220 4203 Faks:0256 220 4599
e-Posta:goetik@adu.edu.tr Web:akademik.adu.edu.tr/fakulte/med/
Kep Adresi:adnanmenderesuniversitesi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Necla YILDIZ
Unvanı: Memur

Bu belge,güvenli elektronik imza ile imzanlamıştır.

Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU **TARİH:**

1) Hasta no:
2) Yaşı:
3) Cinsiyeti: a) Kız b) Erkek
4) Eğitim durumu:
5)Okula devam durumu:
6)Beraber yaşadığı kişiler:
a) Anne/baba/kardeş b) Geniş aile
c) Yurt/kurum d) Üvey anne/baba
7) Ailenin aylık toplam gelir gider durumu:
a)5bin<
b)5bin-10bin
c)10bin>
8) Anne: a) sağ b) vefat etmiş
9)Baba: a) sağ b) vefat etmiş
10) Anne-baba medeni durumu:
a)birlikte b) boşanmış c) ayrı yaşıyor
11) Anne Yaşı:
12) Anne eğitim düzeyi:
a) Okuryazar değil b)İlkokul c)Ortaokul d) Lise e)Üniversite
13) Annenin mesleği:
14) Annede psikiyatrik hastalık öyküsü:
a)var (tanısını belirtiniz……..) b)yok
15) Babanın yaşı:
16) Baba eğitim düzeyi:
a) Okuryazar değil b)İlkokul c)Ortaokul d) Lise e)Üniversite
17) Babanın mesleği:
18) Babada psikiyatrik hastalık öyküsü:
a)var (tanısını belirtiniz……..) b)yok
19) Kardeş sayısı
a) var (sayısını yazınız…….)b) yok
20) Kardeşlerinin yaşı:
21) Kardeşlerde psikiyatrik hastalık öyküsü:
a)var (tanısını belirtiniz…….) b)yok
22) Anne, baba veya kardeşte herhangi bir kronik hastalık var mı?
a)var (varsa kimde ve nasıl bir hastalık) b) yok
23)Sosyal destek var mı?
a)var(arkadaş, anne, baba, kardeş, öğretmen, akraba, diğer……..)
b)yok
24)Anne sigara/alkol/madde kullanımı
a)var……..)
b)yok

25)Baba sigara/alkol/madde kullanımı
a)var……..)
b)yok
26)Ergen sigara/alkol/madde kullanımı
a)var……)
b)yok
27)Ailede suisid girişimi öyküsü
a)var
b)yok
28)Ergen kendine zarar verici davranış öyküsü
a)var
b)yok
29)Ergen suisid girişimi öyküsü
a)var
b)yok
30)Ergen tekrarlayıcı suisid girişimi öyküsü
a)var
b)yok
31)Travma tipi:
a)Araba Kazası
b)Başka Kazalar(……..)
c)Yangın
d)Doğal Afetlere Tanık Olmak
e)Şiddet İçeren Bir Olaya Tanık Olmak
f)Şiddet İçeren Bir Olayın Kurbanı Olmak
g)Travmatik Bir Haber Almak
h)Terör Saldırı ile İlişkili Travma
i)Savaş Travması
j)Ev İçi Şiddete Tanıklık
k)Fiziksel İstismar
l)Cinsel Kötüye Kullanım
m)Diğer…..……)
32)Travma Yaşı:
33)Travmadan şu ana geçen süre(yıl):
34)Tekrarlayan Travma:
a)var…….……..…)
b)yok

Ek 3. Travma Sonrası Stres Bozukluğu Şiddet Ölçeği Çocuk Formu

Travma Sonrası Stres Belirtileri Şiddeti -11-17 yaş arası çocuk
Travma Sonrası Stres Bozukluğu Ulusal Stresli Olaylar Anketi Kısa Formu (NSESSS)

İsim:_____ **Yaş:**_____ **Cinsiyet: E** ___ **K**___ **Tarih:** _____

Lütfen deneyimlediğiniz travmatik olayı belirtiniz: _____

Travmatik olayın tarihi: _____

Açıklamalar: İnsanlar bazen aşırı derecede stres yaratan olaylar veya deneyimlerin ardından sorunlar yaşayabilir. SON YEDİ (7) GÜN İÇERİSİNDE aşırı stres yaratan olay/deneyimin ardından olan ya da kötüleşen aşağıdaki problemlerin her birinden ne kadar rahatsızlık duydunuz? **Lütfen her satırda bir kutuyu işaretleyerek (□ veya x)her maddeyi yanıtlayınız**.

							Klinisyen için
		Hiç	**Biraz**	**Kısmen**	**Oldukça fazla**	**Aşırı**	**Madde puanı**
1	"Flashbackler" yaşadınız mı, yani aniden geçmişte yaşamış olduğunuz stres yaratan bir deneyim sanki tekrar baştan oluyormuş gibi hissettiniz veya davrandınız mı? (örneğin stres yaratan deneyimle ilgili bazı kısımları görme, duyma, koklama veya fiziksel olarak hissetme ile yeniden yaşantılama gibi)	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
2	Stres yaratan deneyimi hatırlatan bir şey olduğunda duygusal olarak alt üst olduğunuzu hissettiniz mi?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
3	Size bu stresli deneyimi hatırlatan düşünceler, duygular veya fiziksel durumlardan kaçınmaya çalıştınız mı?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
4	Sizin veya başka birisinin (size direkt olarak zarar vermeyen) yanlış bir şey yaptığı veya durumu önlemeye yönelik yapılması gerekli her şeyi yapmadığı için ya da sizinle ilgili bir şey yüzünden stres yaratan olayın başınıza geldiğini düşündünüz mü?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
5	Stres yaratan bir deneyim sonrasında fazlasıyla olumsuz bir duygusal duruma girdiniz mi? (örn., yoğun öfke, kızgınlık, suçluluk, utanç veya dehşet yaşama)	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
6	Bu stresli yaşam olayı öncesinde yapmaktan zevk aldığınız aktivitelere olan ilginizi kaybettiniz mi?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
7	"Aşırı tetikte", savunma halinde veya sürekli tehlikeleri gözetler halde oldunuz mu?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
8	Beklenmedik ve ani bir gürültü duyduğunuzda sıçradığınız veya kolaylıkla ürktüğünüz oldu mu?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
9	Diğer insanlara bağıracak, kavgalara karışacak veya bir şeyleri yok etme düzeyine gelecek kadar aşırı sinirli veya kızgın oldunuz mu?	□ **0**	□ **1**	□ **2**	□ **3**	□ **4**	
		Toplam/kısmi ham puan:					
		Eşit Dağıtılmış Toplam Ham Puan (eğer 1-2 madde yanıtlanmamışsa):					
		Ortalama Toplam puan:					

Ek 4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY-T) Tanı Görüşme Çizelgesi

ÇDŞG-ŞY TARAMA GÖRÜŞMESİ:

Depresif Bozukluklar **EK- 1**

1. Çökkün Duygudurum Eşik: (uyanıklık zamanının en az %50'si) + (4/7 gün). ***Hiç kendini üzgün, kederli, keyifsiz ya da boşlukta hissettiğin olmuş muydu?***

2. Huzursuzluk ve Öfke Eşik: (uyanıklık zamanının en az %50'si) + (4/7 gün). ***Hiç küçük şeylere hemen sinirlendiğin ya da kendini tutamayıp öfkelendiğin bir dönem oldu mu?***

3. Keyif Alamama, İlgisizlik, Apati, İsteksizlik ya da Sıkılma Eşik: Çoğu etkinlikte belirgin ilgi ve keyif azalması ya da her gün, en azından o etkinlik süresinin %50'sinde olmak üzere günün büyük kısmında sıkılma ya da apatik olma. ***Eğlenerek yapmaya alıştığın şeyleri yaparken sıkıldığın oldu mu?*** (Sıkılma= anhedoni ve/veya ilgi, istek kaybı) Beceriksizliği kapsamaz (oyunlarda, okul etkinliklerinde) - Yaşıtlar ve/veya çökkün olmadığı zamanlarla karşılaştır.

4.İntihar ***Bazen kendini kötü hisseden çocuklar…***
4a. Tekrarlayan Ölüm Düşünceleri = Eşik: **2 + / 30** "keşke ölseydim"**…** ***ölseydim daha iyiydi derler ya da ölmeyi isteyebilirler. Hiç böyle düşüncelerin oldu mu?***

4b. İntihar Düşünceleri Eşik: **2 + / 30** Tekrarlayan intihar düşünceleri... ***ölümü düşünürler, hatta kendilerini öldürmeyi planlayabilirler. Hiç böyle düşüncelerin olmuş muydu?***

4c. İntihar Girişimleri – İntihar Niyeti içeren KZVD (ölüm niyeti %1 olsa bile = eşik)
Gerçekten kendini öldürmeyi denemiş miydin? Ne yaptın? Gerçekten ölmek istedin mi?

4d. İntihar Girişimleri – Tıbbi müdahalenin gerektiği Ölüm Riski (kan kaybına neden olan kesikler ya da çok sayıda hap içme). ***(En ciddi) intihar girişiminde ölüme ne kadar yaklaşmıştın?***

4e. İntihar olmaksızın kendine fiziksel zarar verme En az 5 defa KZVD (ör: izi kalan yanık, dikiş gerektiren kesik)
Hiç kendine zarar vermeyi denedin mi? Bazı çocuklar bu tür şeyleri kendilerini öldürmek istediklerinden, bazıları da sonrasında biraz daha iyi hissettikleri için yaparlar. Sen ne için yapıyorsun?

Mani / Hipomani **EK- 1**

1. Kabarmış, Taşkın Duygudurum Birbirini izleyen 2 +gün ya da 3+/7 gün en az 4 saat. Durumla orantısız. İnsanlar fark eder. Distimideki normal duygulanım dönemi DEĞİL. Doğum günündeki hafif duygudurum kabarması DEĞİL
Hiç kendini çok iyi, çok neşeli hissettiğin oldu mu? Bu durum normal halinden çok daha fazla mıydı?

2. Aşırı Huzursuzluk ve Öfke Birbirini izleyen 2+ gün ya da 3+/7.Durumla orantısız huzursuzluk/öfke atakları (ör: tehdit, eşyaya zarar verme ya da fiziksel saldırganlık). ***Hiç öfke patlaması yaşayacak kadar kendini huzursuz ve sinirli hissettiğin oldu mu?*** Uzun süreli ise, bir zaman diliminde belirgin değişim oluşmalı.

3. Amaca Yönelik Etkinliklerde ya da Enerjide Artış Durumla orantısız fazla enerji +*Çok fazla işe birden başlama*. ***Hiç enerji fazlalığı hissettiğin bir dönem oldu mu? Çok fazla şeyi bir arada yaptığın ya da aşırı hareketli olduğun hissine kapıldın mı?*** Enerjideki artış anormal duygudurum (örn. kabarık ya da huzursuzluk) ile ilişkili.

4. Uyku Gereksiniminin Azalması Birbirini izleyen 2+ gün ya da 3+/7 normalden 3+ saat az uyur. Ertesi gün yorgun değil+ kendini enerjik / iyi hissettiği için az uyumuş. ***Dinlenmek için her zamankinden daha az uykunun sana yettiği bir dönem oldu mu?***

5. Aşırı Cinsel İstek (Hiperseksüalite) Açık ve kesin uygunsuz cinsel davranışlar. ***Hiç çocuğunuzun dikkatinin aşırı düzeyde cinsellik, çıplaklık, özel bölgelerine dokunma üzerine yoğunlaştığı oldu mu? Hiç cinsel ilişkiye olan ilginin arttığı ya da cinsel dürtülerinin normalden daha fazla olduğu zamanlar oldu mu?*** CİNSEL İSTİSMAR YA DA CİNSEL İÇERİKLİ GÖRÜNTÜ vb UYGUNSUZ BİÇİMDE KARŞILAŞMA OLASILIĞINI DIŞLA

Yıkıcı Duygudurum Düzensizliği Bozukluğu **EK- 1**

1.Huzursuzluk ve öfkeli duygulanım günün yarısından çoğunda ve son 12 ay günlerin çoğunda ***Kendini sık sık sinirli, huzursuz ya da öfkeli hissettiğin bir dönem oldu mu?***

2. Yinelenen Öfke Patlamaları geçen yıl 3 + / 7 kere ***Kolaylıkla sinirlenir misin? Sinirlenince bağırıp çağırır mısın?***

Ek 5. Otizm Spektrum Anketi-Ergen Versiyonu (OSA-Ergen) [Autism Spectrum Quotient-Adolescent (AQ Adolescent)]

Ergen Otizm Spektrum Anketi (OSA-Ergen)

12-15 yaş

İsim:..... Cinsiyet:.....

Doğum tarihi: .... Tarih: .....

Anketin doldurulması

Çocuğunuza dair aşağıdaki her ifadeyi dikkatlice okuyunuz. Her ifadenin sizin için uygunluk derecesini, eğer çok uygun ise Kesinlikle Katılıyorum (1) eğer hiç uygun değilse Kesinlikle Katılmıyorum (4) arasındaki 1'den 4'e kadar olan dereceleme ölçeğinde değerlendiriniz.

1. Kesinlikle Katılıyorum
2. Kısmen Katılıyorum
3. Kısmen Katılmıyorum
4. Kesinlikle Katılmıyorum

Örnekler

	Kesinlikle Katılıyorum	**Kısmen Katılıyorum**	**Kısmen Katılmıyorum**	**Kesinlikle Katılmıyorum**
Ö1. Risk almaya isteklidir.			X	
Ö2. Masada oynanan oyunları sever.		X		
Ö2. Müzik aletleri çalmayı öğrenmede zorlanmaz.				X
Ö3. Farklı kültürleri öğrenmekle ilgilenir.	X			

Ek 6. Yüzler Testi (Faces Test)



Ek 7. Gözlerden Zihni Okuma Testi (Gözler Testi) (Reading The Mind in the Eyes Test)

alıştırma

A-)

Kıskanmış

B-)

korkmuş



C-)

rahatlamış

D-)

nefret ediyor

Ek 8. Beklenmedik Sonuçlar Testi-BST (The Unexpected Outcomes Test)

Beklenmeyen Sonuçlar Testi

1) Şimdi size bir hikaye anlatacağım. Bu hikayede, Ahmet isimli küçük bir çocuk yılbaşı için bir bisiklet alır. Ahmet'in ne hissedeceğini düşünürsünüz? Mutlu mu? Ancak Ahmet kendini mutlu hissetmedi. Ağlamaya başladı. Ahmet neden ağlamış olabilir?

ipucu: İstediği şey o değilse ne olur? / Eğer o bir kız bisikleti ise ne olur?
Eğer başka bir şey istemiş ise ne olur?

2) Bu başka bir hikaye. Bu hikayede, Selim'in bir külah dondurması var, fakat onu yere düşürüyor. Selim'in nasıl hissettiğini düşünüyorsunuz? Üzgün? Kızgın? Selim'in yaptığı gülmek idi. Selim bir külah dondurmasını yere düşürdüğünde neden gülmüş olabilir?

ipucu: Selim'in dondurmayı sevdiğini düşünüyor musun?
Sence dondurma yerde nasıl görünüyordur? / Sen olsan hangi durumda yiyecekleri fırlatırdın?

3) Bu hikaye Lale isimli bir kız hakkında. Lale bir işinin olmasını çok ister ve bir gün tam istediği işe alındığını bildiren bir mektup alır. Lale ne yapar? Ağlamaya başladı. Lale neden ağlıyor olabilir?

4) Fatih kötü bir adamdı, öyle kötü idi ki mahkemeye çağrılmıştı. Mahkemede, hakim Fatih'e –çok uzun bir süre- 15 yıllığına hapise girmek zorunda olduğunu söyledi. Fatih bunu duyduğunda gülümsemeye başladı -hem de çok büyük bir gülümseme- Fatih neden gülümsüyor olabilir?

Ek 9. Anlamı ve İlişkileri Kavrayabilme Testi- AİKT (Comprehension Test)

ANLAMI VE İLİŞKİLERİ KAVRAYABİLME TESTİ

(ERS- Comprehension Test- Dyck et al., 2001, ECAP)

İsim:
Yaş: **Cinsiyet: K E**
Grup: DEHB (Bileşik / DEB) **Kontrol**

Yönerge:

Not: 3 ardışık yanlış cevap sonrası devam edilmez.

Şimdi birkaç kısa öykü okuyacağım. Her öykü, bir çocuğun başına gelen ve bazı duygular şeyler hissetmesine neden olan çeşitli olaylarla ilgili. Örneğin, kişi bazen üzgün, ya da kızgın ya da mutlu hissedecek ya da bir kerede birden çok şey hissedebilecek. Sana öyküdeki kişinin hangi duygu ya da duyguları hissettiğini soruyoruz.

Örneğin;

Küçük bir çocuğa bir külah dondurma verilir ve sonra çocuk onu kaldırıma düşürür. Çocuk ne hissedecektir?

Çoğu durumda, çocuk dondurmayı kaybettiği için üzüntü hisseder. Aynı zamanda öfke/kızgınlık da hissedebilir. Eğer çocuk dondurmayı sevmediyse ve ya dondurmayı alan kişiyi kızdırmak istiyorsa, başka duygular da hissedebileceği doğrudur. Fakat çocuğun hissedebileceği en olası/muhtemel duygular üzüntü ve ya öfkedir, bu yüzden "üzgün" ve "kızgın, öfkeli" doğru cevap olacaktır.

Eğer çocuk öyküyü tekrar dinlemek isterse, **bir kere** tekrarlanabilir.

Eğer çocuk senaryo için sadece bir yanıt verirse;
"Kişiler, başlarına gelen bir olayda sıklıkla birden fazla duygu hissedebilirler. Bu kişinin başka bir duygu da hissettiğini düşünür müsün?" diye sorabilirsin.
Bu teşviki test boyunca **sadece bir kere** kullan.

Eğer yanıtın geçerli ya da geçersiz olduğu konusunda emin değilsen, bunu **kesinlikle skorlama** fakat 3 ardışık başarısız yanıt alana kadar teste devam et.

Ek 10. Faux PAS (Gaf Testi)

Gaf (Faux Pas) Tanıma Testi

(Çocuk Formu)

Simon Baron-Cohen, Michelle O'Riordan, Valerie Stone, Rosie Jones ve Kate Plaisted tarafından oluşturuldu.

Çeviri yapan Dr Berkan ŞAHİN, Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kliniği

Bu testin kullanımı için yapılacak atıf:

- Baron-Cohen, S., O'Riordan, M., Jones, R., Stone, V.E. & Plaisted, K. (1999). Toplumsal duyarlılığa ilişkin yeni bir test: Normal çocuklarda ve Asperger sendromlu çocuklarda gaf algılanması. Journal of Autism and Developmental Disorders, 29, 407-418.
- Şahin, B., Önal, B. S., & Hoşoğlu, E. (2020). Adaptation of Faux Pas Recognition Test Child Form to Turkish and investigation of psychometric properties. Anatolian Journal of Psychiatry, 21, 54-62.

Gaf testi uygulama:

Aşağıda gaf bulunan 10 hikâye ve gaf bulunmayan 10 kontrol hikayesi bulunmaktadır. Orijinal çalışmada 10 gaf hikâyesi 10 kontrol hikâyesi arasına rastgele yerleştirilmiştir.

Çalışmacı çocuğa öykü gruplarını tanıtarak şunları söyler "Şimdi sana bazı hikayeler okuyacağım. Beni dikkatli dinlemeni istiyorum çünkü sonrasında sana onlar hakkında ne düşündüğüne dair bazı sorular soracağım. Hazır mısın?"

Her gaf hikâyesi sonrası çocuğun anladığını değerlendirmek için dört soru sorulur.

Birinci soru, çocuğun gaf olup olmadığını tespit etmesini değerlendirir:

Gaf Algılama Sorusu: "Hikâyede birileri söylememesi gereken bir şey söyledi mi?"

İkinci soru çocuğun gafı doğru bir ifade olarak tanımlamasını sağlar.

Tanımlama Sorusu: "Söylememesi gereken ne söylediler?"

Üçüncü soru, çocuğun hikâyeyi anladığını ve dikkatini verdiğini değerlendirir, böylece gaf sorununun başarısızlığa uğraması sözel anlama problemlerinden veya dikkati dağınıklığından kaynaklanmaz.

Anlama Sorusu: Bu soru her öykü için farklıdır (aşağıya bakınız).

Son soru, çocuğun gafı kötü niyetli bir eylem olmaktan çok konuşanın yanlış inancının bir sonucu olarak oluştuğunu anladığını kontrol eder:

Yanlış İnanç Sorusu: "… olduğunu biliyor muydu/hatırlıyor muydu?"

Dikkat! Eğer çocuk ilk soruya yanlış cevap verirse ikinci soru sorulmaz (ör. Eğer çocuk hiç kimse söylememesi gereken bir şey söylemedi derse sonrasında söylememesi gereken neydi diye sorulmaz)

Ek 11. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (Bgof) (Çocuk Formu-Olgu)

Araştırmanın Adı : Travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan ergenlerde otistik belirtilerin sosyal biliş üzerine etkisi

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF) (ÇOCUK FORMU-OLGU)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?
Çalışmadaki ana amacımız Travma Sonrası Stres Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerde Otistik Belirtilerin Sosyal Bilişin üzerine etkisinin araştırılmasıdır. Otistik belirtiler kısaca sosyalleşme, iletişim becerileri ile ilgili zorlukları ifade etmektedir. Sosyal biliş de duygu tanıma, niyet okuma, sosyal durumlarda hem kendimizin hem de başkalarının düşünce ve duygularının farkında olmak diye özetleyebiliriz.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?
Bu çalışmaya dahil edilebilmen için 12-18 yaş arasında olman, bir travma yaşamış olman ve sonrasında psikiyatrik bir tanı olan Travma Sonrası Stres Bozukluğu geliştirmiş olman gerekiyor. Ek bir psikiyatrik sorununun olmaması lazım, ilaç kullanmıyor olman ve herhangi bir terapi almıyor olman gerekli.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?
Çocuk psikiyatrisi hekimi tarafından hem sana hem de ebeveynlerinle görüşmeler yapılacaktır. Senin ve anne-babanın doldurmasını istediğimiz bir takım ölçekler var. Sendeki psikiyatrik tanıları saptamak için psikiyatrik bir görüşme çizelgesi uygulayacağız. Ayrıca travma şiddetini belirlemen için 9 soruluk anket vereceğiz. Anne-babanın dolduracağı ölçekler de otistik özelliklerle ilgili 50 soruluk anketi yanıtlayacaktır. Ayrıca seninle karşılıklı olarak sosyal biliş testleri yapacağız. Sosyal biliş, senin duyguları anlaman, başkalarının düşüncelerinin farkında olman, niyetleri anlaman, esprileri fark etmen gibi bir takım özellikleri göstermektedir. Bazen küçük hikayeler okuyup onlardaki niyeti ya da şakaları belirtmeni isteyeceğim, bazı testlerde de yüz ya da sadece göz ifadelerinden duygu tanımanı isteyeceğim.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?
Araştırma ile ilgili olarak anketlerin eksiksiz şekilde doldurulması, doğru bilgiler vermen senin sorumluluğun. Bu koşullara uymadığın durumlarda araştırıcı seni uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?
Bu çalışma için toplam 72 ergen alınacaktır.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?
Bu araştırma için öngörülen süre 18 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR?
Bu araştırmada yer alman için öngörülen süre ortalama 1 saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?
Bu araştırmada senin için beklenen yararlar; araştırmanın amacı doğrudan bir tedavi müdahalesi yapmayı içermemektedir. Ancak çalışmada saptanan veriler dahilinde sonraki psikiyatrik takiplerinde bu alanlar üzerinde durulabilir.

Araştırmanın Adı : Travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan ergenlerde otistik belirtilerin sosyal biliş üzerine etkisi

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?
Size bu araştırmada anket uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?
Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?
Formlardaki bilgiler eksik olduğu takdirde araştırma dışı bırakılabilirsin.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?
Bu çalışma bir tedavi çalışması olmadığı için mevcut psikiyatrik sorununuza yönelik psikiyatrik takiplerinizde uygun tedaviler belirlenecektir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?
Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırıcı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Dr. Börte Gürbüz Özgür tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?
Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırıcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için no.lu telefondan Dr.Börte Gürbüz Özgür'e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?
Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?
Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?
Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?
Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.
Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?
Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı

Araştırmanın Adı : Travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan ergenlerde otistik belirtilerin sosyal biliş üzerine etkisi

ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 12. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) (Çocuk Formu-Kontrol)

Araştırmanın Adı : Travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan ergenlerde otistik belirtilerin sosyal biliş üzerine etkisi

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF) (ÇOCUK FORMU-KONTROL)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?
Çalışmadaki ana amacımız Travma Sonrası Stres Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerde Otistik Belirtilerin Sosyal Bilişin üzerine etkisinin araştırılmasıdır. Otistik belirtiler kısaca sosyalleşme, iletişim becerileri ile ilgili zorlukları ifade etmektedir. Sosyal biliş de duygu tanıma, niyet okuma, sosyal durumlarda hem kendimizin hem de başkalarının düşünce ve duygularının farkında olmak diye özetleyebiliriz.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?
Bu çalışmaya dahil edilebilmen için 12-18 yaş arasında olman, bir travma yaşamamış olman gerekiyor. Psikiyatrik bir sorununun olmaması lazım, ilaç kullanmıyor olman ve herhangi bir terapi almıyor olman gerekli.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?
Çocuk psikiyatrisi hekimi tarafından hem sana hem de ebeveynlerinle görüşmeler yapılacaktır. Senin ve anne-babanın doldurmasını istediğimiz bir takım ölçekler var. Sendeki psikiyatrik tanıları saptamak için psikiyatrik bir görüşme çizelgesi uygulayacağız. Anne-babanın dolduracağı ölçekler de otistik özelliklerle ilgili 50 soruluk anketi yanıtlayacaktır. Ayrıca seninle karşılıklı olarak sosyal biliş testleri yapacağız. Sosyal biliş, senin duyguları anlaman, başkalarının düşüncelerinin farkında olman, niyetleri anlaman, esprileri fark etmen gibi bir takım özellikleri göstermektedir. Bazen küçük hikayeler okuyup onlardaki niyeti ya da şakaları belirtmeni isteyeceğim, bazı testlerde de yüz ya da sadece göz ifadelerinden duygu tanımanı isteyeceğim.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?
Araştırma ile ilgili olarak anketlerin eksiksiz şekilde doldurulması, doğru bilgiler vermen senin sorumluluğun. Bu koşullara uymadığın durumlarda araştırıcı seni uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?
Bu çalışma için toplam 72 ergen alınacaktır.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?
Bu araştırma için öngörülen süre 18 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?
Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre ortalama 1 saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?
Bu araştırmada senin için beklenen yararlar; araştırmanın amacı doğrudan bir tedavi müdahalesi yapmayı içermemektedir. Ancak çalışmada saptanan veriler dahilinde sonraki psikiyatrik takiplerinde bu alanlar üzerinde durulabilir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?
Size bu araştırmada anket uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki yoktur.

Araştırmanın Adı : Travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan ergenlerde otistik belirtilerin sosyal biliş üzerine etkisi

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?
Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?
Formlardaki bilgiler eksik olduğu takdirde araştırma dışı bırakılabilirsin.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?
Bu çalışma bir tedavi çalışması olmadığı için mevcut psikiyatrik sorununuza yönelik psikiyatrik takiplerinizde uygun tedaviler belirlenecektir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?
Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırıcı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Dr. Börte Gürbüz Özgür tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?
Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığınızda Sorumlu Araştırıcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için va da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için no.lu telefondan Dr.Börte Gürbüz Özgür'e başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?
Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?
Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?
Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?
Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.
Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?
Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında,bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı

olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 13. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) (Ebeveyn Formu-Olgu)

Araştırmanın Adı : Travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan ergenlerde otistik belirtilerin sosyal biliş üzerine etkisi

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF) (EBEVEYN OLGU-FORMU)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?
Çalışmadaki ana amacımız Travma Sonrası Stres Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerde Otistik Belirtilerin Sosyal Bilişin üzerine etkisinin araştırılmasıdır. Otistik belirtiler kısaca sosyalleşme, iletişim becerileri ile ilgili zorlukları ifade etmektedir. Sosyal biliş de duygu tanıma, niyet okuma, sosyal durumlarda hem kendimizin hem de başkalarının düşünce ve duygularının farkında olmak diye özetleyebiliriz.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?
Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için çocuğunuzun 12-18 yaş arasında olması, çocuğunuzun bir travma yaşamış olması ve sonrasında çocuğunuzun psikiyatrik bir tanı olan Travma Sonrası Stres Bozukluğu geliştirmiş olması gerekiyor. Çocuğunuzun ek bir psikiyatrik sorununun olmaması, ilaç kullanmıyor olması ve herhangi bir terapi almıyor olması gerekli.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?
Çocuk psikiyatrisi hekimi tarafından hem sizinle hem de çocuğunuzla görüşmeler yapılacaktır. Sizin ve çocuğunuzun doldurmasını istediğimiz bir takım ölçekler var. Çocuğunuzdaki psikiyatrik tanıları saptamak için psikiyatrik bir görüşme çizelgesi uygulayacağız. Ayrıca çocuğunuzun travma şiddetini belirlemek için 9 soruluk anket vereceğiz. Sizin dolduracağınız ölçekler de otistik özelliklerle ilgili 50 soruluk anketi yanıtlayacaktır. Ayrıca çocuğunuzla karşılıklı olarak sosyal biliş testleri yapacağız. Sosyal biliş, çocuğunuzun duyguları anlaması, başkalarının düşüncelerinin farkında olması, niyetleri anlaması, esprileri fark etmesi gibi bir takım özellikleri göstermektedir. Bazen küçük hikayeler okuyup çocuğunuzun onlardaki niyeti ya da şakaları belirtmesini isteyeceğiz, bazı testlerde de çocuğunuzun yüz ya da sadece göz ifadelerinden duygu tanımasını isteyeceğiz.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?
Araştırma ile ilgili olarak anketlerin eksiksiz şekilde doldurulması, çocuğunuzla ilgili doğru bilgiler vermeniz sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırıcı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?
Bu çalışma için toplam 72 ergen alınacaktır.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?
Bu araştırma için öngörülen süre 18 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?
Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre ortalama 1 saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?
Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; araştırmanın amacı doğrudan bir tedavi müdahalesi yapmayı içermemektedir. Ancak çalışmada saptanan veriler dahilinde çocuğunuzun sonraki psikiyatrik takiplerinde bu alanlar üzerinde durulabilir.

Araştırmanın Adı : Travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan ergenlerde otistik belirtilerin sosyal biliş üzerine etkisi

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?
Çocuğunuza bu araştırmada anket uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?
Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?
Formlardaki bilgiler eksik olduğu takdirde araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?
Çocuğunuz için herhangi bir tedavi söz konusu değildir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?
Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırıcı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Dr. Börte Gürbüz Özgür tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?
Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak çocuğunuz araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığında Sorumlu Araştırıcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da calısma ile ilqili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da çocuğunuzun diğer rahatsızlıkları için no.lu telefondan Dr.Börte Gürbüz Özgür başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?
Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?
Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?
Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?
Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.
Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?
Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya

katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında,bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		

Ek 14. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu (BGOF) (Ebeveyn Formu-Kontrol)

Araştırmanın Adı : Travma sonrası stres bozukluğu tanısı olan ergenlerde otistik belirtilerin sosyal biliş üzerine etkisi

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF) (EBEVEYN FORMU-KONTROL)

LÜTFEN DİKKATLİCE OKUYUNUZ !!!

Bu çalışmaya katılmak üzere davet edilmiş bulunmaktasınız. Bu çalışmada yer almayı kabul etmeden önce çalışmanın ne amaçla yapılmak istendiğini anlamanız ve kararınızı bu bilgilendirme sonrası özgürce vermeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyunuz, sorularınıza açık yanıtlar isteyiniz.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?
Çalışmadaki ana amacımız Travma Sonrası Stres Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerde Otistik Belirtilerin Sosyal Bilişin üzerine etkisinin araştırılmasıdır. Otistik belirtiler kısaca sosyalleşme, iletişim becerileri ile ilgili zorlukları ifade etmektedir. Sosyal biliş de duygu tanıma, niyet okuma, sosyal durumlarda hem kendimizin hem de başkalarının düşünce ve duygularının farkında olmak diye özetleyebiliriz.

KATILMA KOŞULLARI NEDİR?
Bu çalışmaya dahil edilebilmeniz için çocuğunuzun 12-18 yaş arasında olması, çocuğunuzun bir travma yaşamamış olması gerekiyor. Çocuğunuzun psikiyatrik bir sorununun olmaması, ilaç kullanmıyor olması ve herhangi bir terapi almıyor olması gerekli.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?
Çocuk psikiyatrisi hekimi tarafından hem sizinle hem de çocuğunuzla görüşmeler yapılacaktır. Sizin ve çocuğunuzun doldurmasını istediğimiz bir takım ölçekler var. Çocuğunuzdaki psikiyatrik tanıları saptamak için psikiyatrik bir görüşme çizelgesi uygulayacağız. Sizin dolduracağınız ölçekler de otistik özelliklerle ilgili 50 soruluk anketi yanıtlayacaktır. Ayrıca çocuğunuzla karşılıklı olarak sosyal biliş testleri yapacağız. Sosyal biliş, çocuğunuzun duyguları anlaması, başkalarının düşüncelerinin farkında olması, niyetleri anlaması, esprileri fark etmesi gibi bir takım özellikleri göstermektedir. Bazen küçük hikayeler okuyup çocuğunuzun onlardaki niyeti ya da şakaları belirtmesini isteyeceğiz, bazı testlerde de çocuğunuzun yüz ya da sadece göz ifadelerinden duygu tanımasını isteyeceğiz.

SORUMLULUKLARIM NEDİR?
Araştırma ile ilgili olarak anketlerin eksiksiz şekilde doldurulması, çocuğunuzla ilgili doğru bilgiler vermeniz sizin sorumluluklarınızdır. Bu koşullara uymadığınız durumlarda araştırıcı sizi uygulama dışı bırakabilme yetkisine sahiptir.

KATILIMCI SAYISI NEDİR?
Bu çalışma için toplam 72 ergen alınacaktır.

ÇALIŞMANIN SÜRESİ NE KADAR ?
Bu araştırma için öngörülen süre 18 aydır.

GÖNÜLLÜNÜN BU ARAŞTIRMADAKİ TOPLAM KATILIM SÜRESİ NE KADAR ?
Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre ortalama 1 saattir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARAR NEDİR?
Bu araştırmada sizin için beklenen yararlar; araştırmanın amacı doğrudan bir tedavi müdahalesi yapmayı içermemektedir. Ancak çalışmada saptanan veriler dahilinde çocuğunuzun sonraki psikiyatrik takiplerinde bu alanlar üzerinde durulabilir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NEDİR?

Çocuğunuza bu araştırmada anket uygulanacaktır. Bu uygulama ile ilgili gözlenebilecek istenmeyen bir etki yoktur.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASININ SAKINCALI OLDUĞU BİLİNEN İLAÇLAR/BESİNLER NELERDİR?
Çalışma süresince birlikte kullanımının sakıncalı olduğu ilaç ve besinler bulunmamaktadır.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?
Formlardaki bilgiler eksik olduğu takdirde araştırma dışı bırakılabilirsiniz.

DİĞER TEDAVİLER NELERDİR?
Çocuğunuz için herhangi bir tedavi söz konusu değildir.

HERHANGİ BİR ZARARLANMA DURUMUNDA YÜKÜMLÜLÜK/SORUMLULUK KİMDEDİR VE NE YAPILACAKTIR?
Araştırmaya bağlı bir zarar söz konusu olduğunda, bu durumun tedavisi sorumlu araştırıcı tarafından yapılacak, ortaya çıkan masraflar Dr. Börte Gürbüz Özgür tarafından karşılanacaktır.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ÇIKABİLECEK SORUNLAR İÇİN KİMİ ARAMALIYIM?
Uygulama süresi boyunca, zorunlu olarak çocuğunuz araştırma dışı ilaç almak durumunda kaldığında Sorumlu Araştırıcıyı önceden bilgilendirmek için, araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da çocuğunuzun diğer rahatsızlıkları için no.lu telefondan Dr.Börte Gürbüz Özgür başvurabilirsiniz.

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?
Yapılacak her tür tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları size veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi ya da özel hiçbir kurum veya kuruluşa ödetilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDIR ?
Çalışmayı destekleyen kurum yoktur.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDIR?
Bu araştırmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır.

ARAŞTIRMAYA KATILMAYI KABUL ETMEMEM VEYA ARAŞTIRMADAN AYRILMAM DURUMUNDA NE YAPMAM GEREKİR?
Bu araştırmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz; reddetme veya vazgeçme durumunda bile sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır. Araştırıcı, uygulanan tedavi şemasının gereklerini yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız veya tedavinin etkinliğini artırmak vb. nedenlerle isteğiniz dışında ancak bilginiz dahilinde sizi araştırmadan çıkarabilir. Bu durumda da sonraki bakımınız garanti altına alınacaktır.
Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırıcı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler bilimsel amaçla kullanılmayacaktır.

KATILMAMA İLİŞKİN BİLGİLER KONUSUNDA GİZLİLİK SAĞLANABİLECEK MİDİR?
Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir, ancak araştırmanın izleyicileri, yoklama yapanlar, etik kurullar ve resmi makamlar gerektiğinde tıbbi bilgilerinize ulaşabilir. Siz de istediğinizde kendinize ait tıbbi bilgilere ulaşabilirsiniz

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri gösteren 3 sayfalık metni okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırıcıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında,bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne

yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum. Bu formu imzalamakla yerel yasaların bana sağladığı hakları kaybetmeyeceğimi biliyorum.

Bu formun imzalı ve tarihli bir kopyası bana verildi.

		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

VELAYET VEYA VESAYET ALTINDA BULUNANLAR İÇİN VELİ VEYA VASİNİN		İMZASI
ADI & SOYADI		
ADRESİ		
TEL. & FAKS		
TARİH		

ARAŞTIRMA EKİBİNDE YER ALAN VE YETKİN BİR ARAŞTIRMACININ		İMZASI
ADI & SOYADI		
TARİH		

GEREKTİĞİ DURUMLARDA TANIK		İMZASI
ADI & SOYADI		
GÖREVİ		
TARİH		