



T.C.

İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ

İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU OLAN ERGENLERDE
TRAVMA SONRASI STRES BOZUKLUĞU VE DİSSOSİYATİF
BOZUKLUKLARIN ARAŞTIRILMASI**

TIPTA UZMANLIK TEZİ

Dr. Melodi DİNÇEL

Tez Danışmanı

Doç. Dr. Ali KARAYAĞMURLU

2023

İSTANBUL

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca her an desteğini hissettiğim, tez çalışmam süresince yardımlarını esirgemeyen değerli hocam ve tez danışmanım Doç. Dr. Ali Karayağmurlu'ya,

İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda geçirdiğim uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan, eğitimim için destek ve yönlendirmede bulunan başta anabilim dalı başkanımız Prof. Dr. Murat Coşkun olmak üzere sayın hocalarım Prof. Dr. Nusret Soylu, Doç. Dr. A. Cahid Örengül, Dr. Öğr. Üyesi İlyas Kaya ve Uzm. Dr. Yaşar Tanır'a,

Birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım, her birinden çok şey öğrendiğim değerli kıdemlilerim ve çalışma arkadaşlarım Dr. Alper, Dr. Nurgül, Dr. Gökçe Sultan, Dr. Tuğçe, Dr. Nurseda, Dr. Aydan, Dr. Fırat, Dr. Berna, Dr. Cansu, Dr. Gaye ve Dr. Selin başta olmak üzere çocuk psikiyatrisinde birlikte çalışma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarıma,

Klinikte geçirdiğim zamanı güzelleştiren Ferdi Eşgi ve Hikmet Yılmaz başta olmak üzere tüm geçmiş ve şimdiki kliniğimiz çalışanlarına,

Tezimin oluşmasındaki büyük katkıları için başta Uzm. Psk. Serpil Karakay olmak üzere kliniğimizin tüm psikologlarına,

Birlikte çalışma şansı yakaladığım için çok şanslı ve mutlu hissettiğim başta Prof. Dr. Alp Üçok ve Dr. Begüm Karakaş olmak üzere psikiyatri ve nöroloji rotasyonum sırasında desteklerini esirgemeyen tüm değerli hocalarıma ve asistan arkadaşlarıma,

Asistanlığımın en güzel ve en zor zamanlarını paylaşabilme şansı yakalayabildiğim, her an desteğini hissettiğim hocam, ablam Doç. Dr. Müge Bozkurt'a,

Asistanlığa kitaplarını okuyarak başladığım, ardından kendisi ile tanışma fırsatı bulduğum için çok şanslı hissettiğim, yoluma ışık olan canım hocam Prof. Dr. Nahit Motavalli Mukaddes'e,

Onlar olmasa yazamayacağım bu teze sağladıkları katkıları için Dr. Fırat Öz, Dr. Begüm Karakaş, Dr. Gaye Türkmen Noyan ve Doç. Dr. Güzin Gülsün Arıkan'a,

Sonsuz bir anlayış ve sevgi ile beni her zaman cesaretlendiren canım anneme, babama, anneanneme, Ceren'e ve tüm aileme; zorlu asistanlık günlerimde desteklerini, güzel anlarımda sevgilerini her zaman hissettiren Emine, Cumhur, Melis, Fatih ve Ece başta olmak üzere tüm dostlarıma,

Ve son olarak her birinden çok şey öğrendiğim; hikayelerini benimle paylaşarak hayatıma dokunan, asistanlığım boyunca takip ettiğim tüm çocuk, genç ve ailelerine;

Sonsuz saygılarımı ve teşekkürlerimi sunarım.

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ 2

İÇİNDEKİLER.....	3
KISALTMALAR DİZİNİ.....	7
TABLO DİZİNİ.....	9
EKLER DİZİNİ.....	11
ÖZET 12	
ABSTRACT	13
1. GİRİŞ VE AMAÇLAR.....	14
2. GENEL BİLGİLER	16
2.1. Otizm Spektrum Bozukluğu.....	16
2.1.1. Tanım ve Tarihçe	16
2.1.2. Tanı Ölçütleri	17
2.1.3. Epidemiyoloji.....	19
2.1.4. Etiyoloji.....	20
2.1.4.1. Nöroanatomik Değişiklikler	20
2.1.4.2. Fonksiyonel ve Nörokimyasal Değişiklikler	21
2.1.4.3. Genetik Etmenler.....	21
2.1.4.4. Çevresel Etmenler	22
2.1.5. Klinik Özellikler.....	22
2.1.5.1. 0-1 yaş arası belirtiler:	22
2.1.5.2. 1-2 yaş arası belirtiler:	23
2.1.5.3. 2-3 yaş arası belirtiler:	23
2.1.5.4. 4-5 yaş arası belirtiler (Okul öncesi dönem):	23
2.1.5.5. Okul Çağındaki Belirtiler	23
2.1.5.6. Ergenlik Dönemindeki Belirtiler	24
2.1.6. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar	24
2.2. Örselenme Sonrası Gerginlik (Travma Sonrası Stres) Bozukluğu	25
2.2.1. Tarihçe ve Tanım	25

2.2.2.	Epidemiyoloji.....	27
2.2.3.	Tanı Ölçütleri	28
2.2.4.	Etiyoloji.....	31
2.2.4.1.	Dinamik teori.....	32
2.2.4.2.	Koşullanma Modeli	32
2.2.4.3.	Kestirilemezlik ve Kontrol Edilemezlik Modeli	32
2.2.4.4.	Bilişsel ve Bilgi İşleme Modelleri.....	32
2.2.4.5.	Nörobiyolojik Model.....	33
2.2.5.	Klinik Özellikler.....	33
2.2.6.	Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar	34
2.2.7.	Otizm Spektrum Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu	35
2.2.7.1.	OSB’de Travmatik Olay Yaşama Sıklığı	35
2.2.7.2.	OSB’de Travma Algısı	37
2.2.7.3.	OSB’de Travmanın Etkileri.....	37
2.2.7.4.	OSB’de TSSB ve Özellikleri.....	38
2.2.7.5.	OSB ve TSSB’nin Paylaştığı Ortak Mekanizmalar	40
2.2.7.6.	Bir Travmatik Yaşantı Olarak Zorbalık.....	41
2.3.	Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları	42
2.3.1.	Tanım ve Tarihçe	42
2.3.2.	Epidemiyoloji.....	43
2.3.3.	Etiyoloji.....	45
2.3.3.1.	Çocukluk Çağı Travmaları	45
2.3.3.2.	Aile Ortamı ve Bağlanma.....	45
2.3.3.3.	Hayali Arkadaş.....	46
2.3.3.4.	Nörobiyolojik Etkenler.....	46
2.3.3.4.1.	Orbitofrontal Model (Orbitofrontal Hipotez)	46
2.3.3.4.2.	Lateralizasyon ve Bağlantılar.....	47
2.3.4.	Tanı Ölçütleri	48
2.3.4.1.	Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (Kimlik Çözülmesi Bozukluğu)	48
2.3.4.2.	Dissosiyatif Amnezi (Unutkanlık Çözülmesi).....	49

2.3.4.3. Depersonalizasyon (Kendine Yabancılaşma) - Derealizasyon (Gerçek Dışılık)	
Bozukluğu	51
2.3.4.4. Tanımlanmış Diğer Bir Çözülme Bozukluğu	52
2.3.4.4.1. Karışık çözülme belirtileriyle giden süreğen ve yineleyen sendromlar.....	52
2.3.4.4.2. Uzun süreli ve yoğun bir biçimde baskı altında tutularak inandırılmaya bağlı kimlik bozukluğu	52
2.3.4.4.3. Gerginlik yaratan olaylara bağlı akut çözülme tepkileri	52
2.3.4.4.4. Çözülme Esrimesi (Dissosiyatif Trans).....	52
2.3.4.5. Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluğu.....	54
2.3.5. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Dissosiyatif Bozuklukların İlişkisi.....	55
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	62
3.1. Örneklem	62
3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:.....	62
3.1.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:	63
3.2. Araçlar	63
3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu:	63
3.2.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - DSM 5 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY- DSM-5-T).....	64
3.2.3. Çocukluk Çağı Otizm Değerlendirme Ölçeği (ÇODÖ) Childhood Autism Rating Scale (CARS).....	65
3.2.4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)	66
3.2.5. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ)	67
3.2.6. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (E-DYÖ)	68
3.2.7. Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form (CABS-9).....	69
3.3. Araştırmanın Protokolü	69
3.4. İstatistiksel Analiz	70
4. BULGULAR	72
4.1. Sosyodemografik Veriler	72
4.2. Gebelik Dönemi ile İlgili Değişkenler	74
4.3. Katılımcı ile İlgili Değişkenler.....	75
4.4. Klinik ile İlişkili Değişkenler	77

4.4.1.	Travmatik Yaşantı ve Etkileri ile İlişkili Değişkenler.....	77
4.4.2.	Ölçek Puanları ve Karşılaştırmaları	79
4.4.3.	Travmatik Yaşantı Tarifleyen ve Tariflemeyen Grupların Ölçek Puanlarına İlişkin Veriler 80	
4.4.4.	ÇTSS-TÖ ve E-DYÖ ile İlişkili Veriler	83
4.4.5.	Korelasyon Analizleri	83
4.4.6.	Regresyon Analizleri.....	85
5.	TARTIŞMA	87
5.1.	Sosyodemografik Verilerin ve Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi.....	87
5.2.	Travmatik Yaşantı ve TSSB ile ilgili Verilerin Değerlendirilmesi.....	88
5.3.	Dissosiyatif Yaşantıların Değerlendirilmesi.....	91
6.	SONUÇ VE ÖNERİLER.....	96
7.	KAYNAKLAR.....	98
8.	EKLER.....	113
8.1.	Ek-1. Etik Kurul Onayı	113
8.2.	Ek-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu	114
8.3.	Ek-3. Sosyodemografik Veri Formu	121
8.4.	Ek-4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - DSM 5 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY- DSM-5-T)	124
8.5.	Ek-5. Çocukluk Çağı Otizm Değerlendirme Ölçeği (ÇODÖ).....	125
8.6.	Ek-6. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ).....	126
8.7.	Ek-7. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ).....	127
8.8.	Ek-8. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (E-DYÖ)	129
8.9.	Ek-9. Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form (CABS-9).....	131
8.10.	Ek-10. İntihal Raporu	131

KISALTMALAR DİZİNİ

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

ADES: Adolescent Dissociative Experiences Scale

ASB: Akut Stres Bozukluğu

CABS: Child-Adolescent Bullying Scale

CABS-9: Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form

CABS-9-T: CABS-9 Toplam Puanı

CARS: Childhood Autism Rating Scale

CDC: Centers for Disease Control and Prevention

CTQ: Childhood Trauma Questionnaire

ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T: Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-DSM-5-Türkçe Formu

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği

ÇÇTÖ-EİH: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Emosyonel İhmal Alt Alanı

ÇÇTÖ-Eİ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Emosyonel İstismar Alt Alanı

ÇÇTÖ-FİH: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Fiziksel İhmal Alt Alanı

ÇÇTÖ-Fİ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Fiziksel İstismar Alt Alanı

ÇÇTÖ-Cİ: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Cinsel İstismar Alt Alanı

ÇÇTÖ-MİN: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Minimizasyon Alt Alanı

ÇÇTÖ-T: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Toplam Puanı

ÇODÖ: Çocukluk Otizmi Değerlendirme Ölçeği

ÇODÖ-T: Çocukluk Otizmi Değerlendirme Ölçeği Toplam Puanı

ÇPDÖ: Çocukluk Psikoza Değerlendirme Ölçeği

ÇTSS-TÖ: Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği

ÇTSS-TÖ-T: Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği Toplam Puanı

ÇTSS-TÖ-KAT: Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği'nde kesme puanı 40 alınarak belirlenen kategori

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

DHEA-S: Dehidroepiandrosteron sülfat

DKB: Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
E-DYÖ: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği
E-DYÖ-A: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Amnezi Alt Alanı
E-DYÖ-Dp-Dr: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Depersonalizasyon – Derealizasyon Alt Alanı
E-DYÖ-H: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Hayallere Dalma Alt Alanı
E-DYÖ-Ort: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Ortalama Puanı
E-DYÖ-Pasif Etkilenme: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Pasif Etkilenme Alt Alanı
E-DYÖ-T: Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği Toplam Puanı
EEG: Elektroensefalografi
fMRI: Functional Magnetic Resonance Imaging
GABA: Gama Aminobütirik Asit
HPA: Hypothalamic–Pituitary–Adrenal
ICD: International Classification of Diseases
IPT: Interpersonel travma
IQ: Intelligence Quotient
Maks: Maksimum
MDB: Majör Depresif Bozukluk
Min: Minimum
NMDA: N-metil-D-aspartik Asit
OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu
ÖF: Özgül Fobi
ÖES: Özel Eğitim Sınıfı
PFK: Prefrontal Korteks
SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia
SS: Standart Sapma
TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
WHO: World Health Organization
YGB: Yaygın Gelişimsel Bozukluklar
YİO: Yüksek İşlevli Otizm

TABLO DİZİNİ

Tablo 2-1. DSM-V Otizm Spektrum Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Tablo 2-2. DSM-V'e göre TSSB Tanı Ölçütleri

Tablo 2-3. DSM-V'e göre DKB Tanı Ölçütleri

Tablo 2-4. DSM-V'e göre Dissosiyatif Amnezi Tanı Ölçütleri

Tablo 2-5. DSM-V'e göre Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon) / Gerçek Dışılık (Derealizasyon) Çözülmesi Tanı Ölçütleri

Tablo 2-6. DSM-V'e göre Tanımlanmış Diğer Bir Çözülme Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Tablo 2-7. DSM-V'e göre Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Tablo 4-1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Veriler

Tablo 4-2. Katılımcıların Ebeveynlerine İlişkin Veriler

Tablo 4-3. Gebelik ve Doğum Süreçlerine İlişkin Veriler

Tablo 4-4. Katılımcılara İlişkin Veriler

Tablo 4-5. Travmatik Yaşantı ve Etkilerine İlişkin veriler

Tablo 4-6. Ölçek Puanları

Tablo 4-7. ÇÇTÖ-Alt Ölçek Puanları

Tablo 4-8. DSM'ye göre Travmatik Yaşantısı Olan ve Olmayanlarda Ölçeklerin Karşılaştırılması

Tablo 4-9. Travmatik Yaşantısı (DSM'ye göre veya değil) Olan ve Olmayan Gruplarda Ölçeklerin Karşılaştırılması

Tablo 4-10. ÇTSS-TÖ ve E-DYÖ Karşılaştırılması

Tablo 4-11. Korelasyon Analizlerine İlişkin Veriler

Tablo 4-12. Regresyon Analizlerine İlişkin Veriler



EKLER DİZİNİ

Ek-1. Etik Kurul Onayı

Ek-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

Ek-3. Sosyodemografik Veri Formu

Ek-4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - DSM 5 - Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY- DSM-5-T)

Ek-5. Çocukluk Çağı Otizm Değerlendirme Ölçeği (ÇODÖ)

Ek-6. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ)

Ek-7. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ)

Ek-8. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (E-DYÖ)

Ek-9. Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form (CABS-9)

Ek-10. İntihal Raporu

ÖZET

Arkaplan ve Amaç: Otizm Spektrum Bozukluğu'nda (OSB) travma maruziyeti sıklıkla bildirilmektedir. Buna karşın; OSB'de travmatik deneyimler ile dissosiyatif yaşantıların ilişkisini inceleyen çok az sayıda çalışma bulunmaktadır. Bu ilişkinin incelenmesi ayırıcı tanılar ve tedavi müdahaleleri için önemli olabilir. Mevcut çalışma ile OSB tanılı ergenlerin travmayı yaşayış, algılama, ifade etme biçimlerinin değerlendirilmesi; bu grupta daha önce çok az araştırılmış olan dissosiyatif yaşantıların araştırılması ve OSB'de dissosiyatif yaşantılara yol açabilecek yapısal ve çevresel faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya 12-18 yaş aralığındaki 59 OSB tanılı ergen dahil edilmiştir. Tüm olgular sosyodemografik veri formu ile değerlendirilmiştir. Katılımcılara klinisyen tarafından Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi ve Çocukluk Çağı Otizm Değerlendirme Ölçeği uygulanmıştır. Travmatik yaşantı tarifleyen katılımcılar ayrıca Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği ile değerlendirilmiştir. Ayrıca çalışmada Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ve Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form kullanılmıştır.

Bulgular: Katılımcıların ortalama yaşı 14.3 ± 1.8 olup %79.7'si (n=47) erkek, %20.3'ü (n=12) kız cinsiyetteydi. Olguların Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği ortalama puanlarının ortalaması 2.76 ± 2.00 , Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form puan ortalaması 20.03 ± 6.98 ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği puanlarının ortalaması 35.02 ± 9.89 puandı. Olguların %20.3'ü (n=12) DSM-V tanımlamasına göre geçmiş travma öyküsüne sahipti. Dissosiyasyon belirtileri ile ilişkili faktörleri değerlendirmek için bir lineer regresyon modeli oluşturuldu. Oluşturulan modelde dissosiyasyon belirtilerindeki artış, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği toplam puanı ($p=0.002$) ve yaştaki ($p=0.006$) artışla istatistiksel olarak ilişkili bulundu.

Sonuç: Çalışmanın bulgularına göre; OSB'de dissosiyatif yaşantıların görülebileceği ve OSB'de görülen dissosiyatif yaşantıların çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. OSB'de dissosiyatif yaşantıların araştırılması için daha geniş örneklemelerde ve yapılandırılmış görüşmeler ile desteklenmiş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Otizm, Travma, İhmal, İstismar, Dissosiyasyon

ABSTRACT

Background and Aim: Trauma exposure in Autism Spectrum Disorder (ASD) is frequently reported. However, there are very few studies investigating the relationship between traumatic experiences and dissociative experiences in ASD. Exploring this relationship could be important for differential diagnoses and therapeutic interventions. The current study aims to evaluate the ways children and adolescents with ASD experience, perceive, and express trauma; to investigate dissociative experiences, which have been scarcely researched in this group; and to examine structural and environmental factors that could lead to dissociative experiences in ASD.

Materials and Methods: The study included 59 adolescents diagnosed with ASD between the ages of 12-18. All cases were evaluated with a sociodemographic data form. Subsequently, the participants were administered The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia School-Age Children and the Childhood Autism Rating Scale by the clinician. Participants who described traumatic experiences were also evaluated with the Child Posttraumatic Stress Reaction Index (CPTS-RI). The study also utilized the The Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), the Adolescent Dissociative Experiences Scale (A-DES), and the Child-Adolescent Bullying Scale-9 Short Form.

Findings: The average age of the participants was 14.3 ± 1.8 , with 79.7% (n=47) being male and 20.3% (n=12) being female. The average of the mean scores for the Adolescent Dissociative Experiences Scale was 2.76 ± 2.00 , the mean Child-Adolescent Bullying Scale-9 Short Form score was 20.03 ± 6.98 , and the mean Childhood Trauma Scale score was 35.02 ± 9.89 . 20.3% (n=12) of the subjects had a history of trauma as per DSM-V criteria. A linear regression model was constructed to evaluate factors associated with dissociative symptoms. In the developed model, increases in dissociation symptoms were statistically associated with an increase in Childhood Trauma Questionnaire total score ($p=0.002$) and age ($p=0.006$).

Conclusion: According to the findings of the study, it is thought that dissociative experiences can be observed in ASD and that these dissociative experiences in ASD may be related to childhood traumas. Further research with larger samples and structured interviews is needed to investigate dissociative experiences in ASD.

Keywords: Autism, Trauma, Dissociation

GİRİŞ VE AMAÇLAR

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB); belirtileri erken çocukluk çağında başlayan sosyal – iletişimsel alanda belirgin yetersizlikler ile birlikte sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar ve ilgi alanları ile seyreden nörogelişimsel bir bozukluktur. (3) OSB'nin toplumda görülme sıklığı hızla artmaktadır ve son verilere göre her 36 doğumda 1 görülmektedir. (4) Psikiyatrik bozukluklar OSB'ye sıklıkla eşlik etmektedir. OSB'de sık görülen bu komorbid durumların; günlük yaşamın işlevselliğini önemli ölçüde etkileyebileceği, tedaviye uyumu zorlaştırabileceği, morbidite-mortalite artışlarına yol açabileceği bilinmektedir ve erişkinlikte olumsuz prognozla ilişkilendirilmektedir. (5–7)

Travmatik yaşantıların ve olumsuz yaşam olaylarının çocuklarda fiziksel ve psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıkması için risk faktörü olduğu bilinmektedir. Özellikle tekrarlayıcı doğadaki travmatik yaşantılar bu riski arttırmaktadır. (8,9) Travmatik olay sonrası yaklaşık %1-14 oranında Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) gelişmekte ve çoğu zaman TSSB'ye başka psikiyatrik rahatsızlıklar da eşlik etmektedir. (10) Travmatik yaşantılar ile birlikte veya daha sonra ortaya çıkabilecek bir başka bozukluk grubu ise Dissosiyatif Bozukluklar'dır. (11)

OSB'li çocukların, nörotipik yaşantılarına göre travmatik deneyimlere daha fazla maruz kaldığına dair öngörüler bulunmaktadır. (9) (12–16) Otizme ait bazı özellikler travmatik olaylara maruz kalma riskini arttırabileceği gibi aynı zamanda travmatik potansiyele sahip olayların çeşitliliğini de genişletebilir. (12,17,18) OSB'li bireyler; sosyal stresörler, terk edilme, yas, boşanma gibi ilişkisel faktörleri travmatik olarak tanımlayabilirler. Bununla birlikte; rutinlerde değişiklik yaratan olaylar, çeşitli duysal uyarılar, otizm tanısı almak, psikiyatrik değerlendirmeler ve bazı eğitim müdahaleleri gibi özgün travmatik deneyimler bildirmektedirler. (12,15,19–24)

OSB'li erişkinlerde travma maruziyeti ve TSSB oranlarının sık olduğu bilinmektedir. (19) (25) OSB'li çocuk ve ergenlerde TSSB sıklığı ile ilgili çelişkili sonuçlar bildirilmiştir. (9,12,14,20,26,27) Otizimli bireylerde dissosiyatif yaşantılar ile ilgili literatürde az sayıda olgu bildirimi ve çok kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. (28)

Mevcut çalışma ile OSB tanılı çocuk ve ergenlerin travmayı yaşayış, algılama, ifade etme biçimlerini değerlendirmek; bu grupta daha önce çok az araştırılmış olan dissosiyatif

yaşantıları araştırmak ve OSB’de dissosiyatif yaşantılara yol açabilecek yapısal ve çevresel faktörlerin incelenmesi amaçlanmaktadır.



1. GENEL BİLGİLER

1.1. Otizm Spektrum Bozukluğu

1.1.1. Tanım ve Tarihçe

Otizm terimi, kökenini Yunanca'daki "autos" (kendi) kelimesinden almaktadır. (29) Bu terimi ilk kez Eugene Bleuler şizofreni hastalarını tanımlarken kullanmıştır. (30) Son yıllarda yapılan çalışmalara göre; Grunya Yefimovna Sukhareva adlı bir Rus hekiminin 1925 yılında "Çocukluğun Şizoid Kişiliği" olarak tanımladığı klinik tablo Asperger çalışmalarının öncülü sayılmaktadır. (31,32) 1943 yılında Amerika'da Amerikalı hekim Leo Kanner "İnfantil Otizm" (Infantile Autism) olarak adlandırdığı 11 olguyu sunmuş ve bu olgularda insanlarla ilişki kurmakta güçlük, zamirlerin tersten söylenmesi, ekolali, amaçsız-tekrarlayıcı davranışlar ve değişime karşı direnç gibi belirtilerden söz etmiştir. (33) Aynı dönemlerde Viyanalı hekim Hans Asperger "Otistik Psikopatoloji" (Autistischen Psychopathen im Kindesalter) olarak tanımladığı olguları Almanca olarak sunmuştur. Leo Kanner'in yayımladığı olgular ile birçok benzerlikleri olan bu olguların ilginç yanı, ailelerinin çocuklardaki belirtileri çoğunlukla 3 yaş sonrasında fark etmeleri olarak belirtilmektedir. (34) O dönem Almanca yayınlanması nedeniyle literatürde dikkat çekmeyen bu vakalar 1981'de Lorna Wing'in Asperger Sendromu tanımlamasıyla tekrar gündeme gelmiştir. (7,35,36)

Otizm tanısı; 1967 senesinde ilk olarak şizofreni alt gruplarından biri olarak eklendiği Dünya Sağlık Örgütü (WHO) sınıflama sistemi olan ICD-8 (International Classification of Diseases) içinde yer alarak sınıflandırma sistemlerine dahil olmuş kabul edilir. Bu tarihten günümüze kadar olan sınıflandırma sistemlerinde birçok kez değişikliğe uğramıştır. Otizmin şizofreniden farklı bir hastalık olarak ele alınmaya başlaması 1970'ten sonra olmuş ve 1980 yılında DSM-III'e (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) "Yaygın Gelişimsel Bozukluklar" (YGB) başlığı altında dahil olmuştur. DSM-IV'te YGB grubunu; Asperger Bozukluğu, Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu, Rett Bozukluğu, Otistik Bozukluk ve Başka Türü Adlandırılmayan YGB (Atipik Otizm) olarak tanımlanmış ve otistik Bozukluğun tanı kriterleri üç temel alanda ele alınmıştır. 2013 yılında yayımlanan DSM-V ile otizm tanımlanması ve sınıflandırması ile ilgili ciddi değişimler yaşanmıştır. Buna göre; YGB kavramı terk edilmiş ve Nörogelişimsel Bozukluklar ana başlığı içinde Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) kavramı oluşturulmuştur. YGB grubunda yer alan bozuklukların dördü bu

çatı kavramın içine dahil edilmiştir. YGB grubundan OSB'ye dahil edilmeyen tek bozukluk olan Rett Sendromu ise; MeCP2 gen lokusundaki mutasyonu ile ilişkisinin gösterilmesi ve prognozunun diğer YGB'lerden farklı olması nedeniyle kılavuzdan çıkarılmıştır. DSM-V'in DSM-IV'e göre daha yüksek özgüllüğe sahip olduğu ancak daha düşük duyarlılıkta olduğu ve bu nedenle mevcut tanılama sistemi ile tüm otizmlilerin tespit edilememe riski yapılan çalışmalarda vurgulanmaktadır. Özellikle Asperger Bozukluğu ve Yüksek İşlevli Otizm grupları için bu tanılama zorluğunun önemine dikkat çekilmektedir. DSM-V-TR ve ICD-11 de OSB terimini kullanmaya devam etmiştir. (3,7,36–43)

1.1.2. Tanı Ölçütleri

Klinik uygulamalarda ve bilimsel araştırmalarda psikiyatrik tanılama amacıyla en sık başvuru kaynağından biri DSM-V'tir. DSM-V'e göre OSB tanısı "Nörogelişimsel Bozukluklar" bölümünde yer almaktadır.

Tablo 2-1. DSM-V Otizm Spektrum Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Otizm Açılımı Kapsamında Bozukluk 299.00 (F84.0)	
A.	O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılardan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerle kendini gösteren, değişik biçimleriyle toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde süregelen eksiklikler:
1.	Sözelimi, olağandışı toplumsal yaklaşım ve karşılıklı konuşamama dan, ilgilerini, duygularını ya da duygulanımını paylaşamamaya, toplumsal etkileşimi başlatamamaya ya da toplumsal etkileşime girememeye dek değişen aralıkta, toplumsal duygusal karşılıklık eksikliği.
2.	Sözelimi, sözel ve sözel olmayan tümleşik iletişim yetersizliğinden, göz iletişimi ve beden dilinde olağandışlıklara ya da el kol hareketlerini anlama ve kullanma eksikliklerine, yüz İfadesinin ve sözel olmayan iletişimin hiç olmamasına dek değişen aralıkta, toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler.

3. Sözelimi, değişik toplumsal ortamlara göre davranışlarını ayarlama güçlüklerinden, imgesel oyunu paylaşma ya da arkadaş edinme güçlüklerine, yaşatlarına ilgi göstermemeye dek değişen aralıkta, ilişkiler kurma, ilişkilerini sürdürme ve ilişkileri anlama eksiklikleri.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz: Ağırlık düzeyi, toplumsal iletişim bozukluklarına ve kısıtlı, yineleyici davranış örüntülerine göre değişir (bak. Çizelge 2).

B. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılardan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, sınırlı, yineleyici davranış örüntüleri, ilgiler ya da etkinlikler:

1. Basmakalıp ya da yineleyici motor (motor) eylemler, nesne kullanımları ya da konuşma (örn. yalın motor basmakalıp davranış örnekleri, oyuncakları ya da oynar nesneleri sıraya dizme, yankılama [ekolali], kendine özgü deyişler).

2. Aynılık konusunda direnme, sıradanlık dışına esneklik göstermeme ya da törensel sözel ya da sözel olmayan davranışlar (örn. küçük değişiklikler karşısında aşırı sıkıntı duyma, geçişlerde güçlükler yaşama, katı düşünce örüntüleri, törensel selâmlama davranışları, her gün aynı yoldan gitmek ve aynı yemeği yemek isteme).

3. Yoğunluğu ve odağı olağandışı olan, ileri derecede kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları (örn. alışılmadık nesnelere aşırı bağlanma ya da bunlarla uğraşıp durma, ileri derecede sınırlı ya da saplantılı ilgi alanları).

4. Duyusal girdilere karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme ya da çevrenin duyusal yanlarına olağandışı bir ilgi gösterme (örn. ağrı/ısıya karşı aldırıışsızlık, özgül birtakım seslere ya da dokulara karşı ters tepki gösterme, nesneleri aşırı koklama ya da nesnelere aşırı dokunma, ışıklardan ya da hareketlerden görsel büyülenme).

O sıradaki ağırlığını belirtiniz: Ağırlık düzeyi, toplumsal iletişim bozukluklarına ve kısıtlı, yineleyici davranış örüntülerine göre değişir (bak. Çizelge 2).

C. Belirtiler erken gelişim evresinde başlamış olmalıdır (toplumsal gerekler sınırlı yeterliğin üzerine çıkana dek tam olarak kendini göstermeyebilir ya da daha sonraki yıllarda, öğrenilen yöntemlerle maskelenebilir).

D. Belirtiler, toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik açıdan belirgin bir bozulmaya neden olur.

E. Bu bozukluklar, entelektüel yeti-yitimi (entelektüel gelişimsel bozukluk) ya da genel gelişimsel gecikme ile daha iyi açıklanamaz. Entelektüel yeti-yitimi ve otizm açılımı kapsamında bozukluk sıklıkla bir arada ortaya çıkar. Otizm açılımı kapsamında bozukluk ve entelektüel yeti-yitimi eş tanı tanısı koymak için, toplumsal iletişim, genel gelişim düzeyine göre beklenenin altında olmalıdır.

Not: DSM-IV otistik bozukluk, Asperger bozukluğu ya da başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk kesin tanısı almış olan kişilere otizm açılımı kapsamında bozukluk tanısı konmalıdır. Toplumsal iletişimde belirgin eksiklikleri olan, ancak belirtileri, otizm açılımı kapsamında bozukluk için başka türlü tanı ölçütlerini karşılamayan kişiler, toplumsal iletişim bozukluğu açısından değerlendirilmelidirler.

Varsa belirtiniz:

- Eşlik eden entelektüel bozukluk olan ya da olmayan
- Eşlik eden dil bozukluğu olan ya da olmayan
- Eşlik eden, bilinen bir sağlık durumu ya da kalıtsal durum ya da çevre etkeni olan (Kodlama notu: Eşlik eden sağlık durumu ya da kalıtsal durum için ek kod kullanın.)
- Eşlik eden diğer bir nörogelişimsel, ruhsal ya da davranışsal bozukluk (Kodlama notu: Eşlik eden nörogelişimsel, ruhsal ya da davranışsal bozukluklar] için ek kod[lar] kullanın.)

1.1.3. Epidemiyoloji

1966 yılında Victor Lotter yaptığı epidemiyolojik çalışmada otizm prevalansını 4,5/10000 olarak raporlamıştır. 1966-1998 yılları arasındaki çalışmaları inceleyen bir meta-analizde ise otizm prevalansı 14,3/10.000 olarak belirlenmiştir. Amerika Birleşik Devleti

(ABD) Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi'nin (Center for Disease Control) (CDC) 2002, 2008, 2012, 2014 yıllarında yaptıkları çalışmalarda otizmin görülme sıklıkları sırasıyla 1/150, 1/88, 1/68 ve 1/59 olarak belirlenmiştir. Aynı merkezin en güncel çalışmasında ise 2020 yılı için bu oran 1/36 olarak belirlenmiştir. Amerika kıtasındaki bu araştırmaların dışında da otizmin prevalansı yüksek görülmektedir. Örneğin; Güney Kore'de yapılan bir epidemiyolojik çalışmada 55 bin çocuk değerlendirilmiş ve OSB prevalansı %2.64 bulunmuştur. (4,7,36,44–50)

Otizm prevalansının son yıllardaki dikkat çekici artışı otizmin bir salgın mı yoksa bir tanı salgını mı olduğu tartışmalarını beraberinde getirmiştir. (7,51) OSB prevalansındaki bu artışın nedeni tam olarak bilinmemektedir. Yapılan çalışmalara göre; otizm tanı ölçütlerindeki değişimler, otizmi değerlendirme araçlarının ayrıntılı duruma gelmesi, otizm ile ilgili bilgi ve farkındalığın hem ebeveynlerde hem de sağlık çalışanlarında artması, hastalıkla ilgili damgalanmanın azalması, sağlık hizmetlerine ve sosyal servislere ulaşımın kolaylaşması prevalans artışındaki olası etkenler olarak düşünülmektedir. Bununla birlikte; muhtemelen geç yaşta anne-baba olmanın ve yardımcı üreme tekniklerinin kullanımının artmasının da otizm sıklığındaki artışın nedenleri arasında olabileceği düşünülmektedir. (7)

OSB'nin erkeklerde kızlardan daha fazla görüldüğü bilinmektedir. 2005 yılında Fombonne yaptığı çalışmada; zeka düzeyi normal sınırlarda olan OSB'li bireylerde erkek/kız oranını 5.75/1, OSB'ye zeka geriliği eşlik ettiğinde erkek/kız oranını ise 1.9/1 olarak bildirmiştir. Son CDC raporlarında da OSB'nin görülme sıklığının erkeklerde kızlara göre yaklaşık 4 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir. (4,7,52)

1.1.4. Etiyoloji

OSB birçok farklı etmenin sonucunda ortaya çıkan bir beyin gelişim bozukluğu olarak kabul edilmektedir. Buna göre OSB etiopatogenezinde beyindeki yapısal ve fonksiyonel değişimler ile birlikte genetik ve çevresel etmenler araştırmalara konu olmuştur. (36)

1.1.4.1. Nöroanatomik Değişiklikler

Otizmde doğumda normal olan baş çevresinin üç yaş öncesi (genellikle 6-14 yaş arası) artışı tespit edilmiş ve özellikle frontal, temporal loblar ile amigdalada büyüme saptanmıştır. (36,53–55) Yapılan beyin görüntüleme çalışmalarında; sosyal-emosyonel işlevlerde önemli

olan amigdala; yürütücü işlevler, inhibisyon becerileri ve dikkat becerileri ile ilişkili frontal korteks; dil becerileri ile ilişkili temporal lob ve serebellumda anomaliler bildirilmiştir. Bununla birlikte; beyin yapılarında hücre düzeyinde değişiklikler de gözlemlenmiştir. Amigdala, temporal lob, fusiform girus ve serebellumda hücre sayılarında azalma saptanan çalışmalar mevcuttur. Ancak bu bölgelerde azalan nöron sayılarının doğuştan itibaren mi olduğu yoksa sonradan mı geliştiği tartışılmaktadır. (36,55–57)

OSB nörogörüntüleme çalışmalarında saptanan bir başka önemli bulgu ise erken yaşta başlayan kortikal ve subkortikal bölgelerde nöral bağlantı bozukluklarıdır. Örneğin; kortikal az bağlantırlık (underconnectivity) kuramına göre OSB'lilerde frontal ve beynin arka bölümleri arasındaki birleşmeyi sağlayan iletişimsel bandın genişliği azalmış durumdadır ve bu durum frontal-arka bölümler arası senkronizasyonu azaltır. Bu durumun; OSB'de görülen davranış problemlerini, yürütücü işlevlerdeki sorunları ve zihin kuramı zorluklarını açıkladığı gibi OSB'li bireylerin güçlü görsel-mekansal yetilerini ve karmaşık bilgi edinme süreçlerini de açıklayabileceği ve OSB'nin bir bağlantı bozukluğu olarak kabul edilebileceği belirtilmektedir. (36,56–60)

1.1.4.2. Fonksiyonel ve Nörokimyasal Değişiklikler

OSB'de yapılan fMRI (Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme) çalışmaları, otizmli bireylerde fotoğraflardan duyguları anlamaya çalışırken veya muhakeme sırasında amigdalanın aktive olmadığını göstermiştir. Benzer yöntemle (yüz okuma) yapılan çalışmalarda, sağ fusiform girus aktivasyonunda azalma tespit edilmiştir. Elektrofizyolojik incelemelerde; otizmli kişilerin %50'sinde elektroensefalografi (EEG) anormallikleri tespit edilmektedir. Ayrıca; otizmli bireyler ve tipik gelişen bireyler arasında sosyal uyaranlara karşı kortikal yanıt hızında farklılıklar olduğu ileri sürülmektedir. Nörokimyasal açıdan bakıldığında; henüz tam tutarlı verilerden söz edilemese de serotonerjik, GABAerjik ve glutamaterjik sistemleri otizmle ilişkili bulunmuştur. (36)

1.1.4.3. Genetik Etmenler

Otizm ile ilgili genetik çalışmalarda; tek yumurta ikizlerinde %36-%91, çift yumurta ikizlerinde ise %5 oranında konkordans görüldüğü bildirilmiştir. Otizmin ailevi yatkınlığı ve “geniş fenotip” kavramı aile çalışmalarıyla desteklenmiştir. Otizmli bireylerde %10-%37 oranında kromozomal anomalileri bulunduğu rapor edilmiştir. Daha çok delesyonlar

ve daha az belirlenen şekilde duplikasyonlar otizmle birliktelik göstermiştir. Postsinaptik yoğunluk, sinaptogenez, hücre adhezyonunda rolü olan genlerdeki hem yaygın hem nadir varyansların otizme yatkınlıkla ilişkili olduğu bildirilmiştir. OSB bazen tek genle geçen bozukluklar (Tuberoskleroz, Fragile-X, Nörofibromatozis) ile birlikte görülmektedir. (36,61–64)

1.1.4.4. Çevresel Etmenler

Otizmin etiopatogenezinde çeşitli çevresel faktörler yıllar boyu araştırmalara konu olmuştur. Son yıllarda OSB ile ilgili risk faktörleri arasında “ileri baba ”ve “ileri anne yaşına” dair kanıtlar artmaktadır. Aşıların otizmle ilgisi olmadığı kanıtlanmıştır. Diğer olası çevresel risk faktörleri olarak; sigara içimi, çeşitli toksik ajanlar, hava kirliliği gibi birçok faktör araştırılmaktadır. Çevresel faktörlerin genetik yatkınlıkla sinerjistik etki yapabileceği ve epigenetik olarak etkili olabileceği düşünülmektedir. (36,65–67)

1.1.5. Klinik Özellikler

DSM-V OSB’yi sosyal-iletişimsel yetersizlikler ve tekrarlayıcı davranışlar olarak iki ayrı boyutta değerlendirmektedir. İlk alandaki belirtiler; sosyal-duygusal etkileşimde, toplumsal iletişimde, sözel ve sözel olmayan iletişimdeki problemleri sınıflamaktadır. İkinci temel alandaki belirtiler ise; stereotipiler, tekrarlayan konuşmalar ve/veya oyunlar, aynı davranışların tekrar edilmesinde ısrar, duysal az duyarlılık (hiposensitivite) veya aşırı duyarlılık (hipersensitivite) gibi belirtilerden oluşmaktadır. (3,36)

1.1.5.1. 0-1 yaş arası belirtiler:

Bu yaş grubundaki otizmlili çocuklarda iletişimsel ve sosyal alanda görülebilen başlıca belirtiler; babıldamanın olmaması, nadir olması veya babıldarken ses çeşidinin az olması, çocuğun konuşan kişinin yüzüne bakmaması, olağandışı yüksek tonda ciyıklama, göz kontağında yetersizlik, karşılıklı gülümsemenin olmaması veya nadiren olması, çocuğun adı çağrıldığında bakmaması şeklinde örneklendirilebilir. Bununla birlikte; motor gelişimde gecikme, ağız stereotipileri, hipotoni, duysal uyarılara az veya aşırı tepki, belli objelere veya obje parçalarına aşırı veya atipik ilgi, beslenme sorunları, uç mizaç (aşırı reaktif, aşırı pasif, az

yanıtlı gibi) ve sakinleştirilemeyen huzursuzluk nöbetleri gibi bulgular önemli sayılmaktadır. (7,36)

1.1.5.2. 1-2 yaş arası belirtiler:

Bu yaş dönemindeki otizmlı çocuklarda; sosyal gülümsemenin olmayışı, etkileşime girildiğinde tepkisiz kalma, sıklıkla dil becerilerinde gerilik, göz kontağı ve görsel takipte yetersizlik veya atipik göz kontağı, ortak dikkat becerisinde geri kalma, insan yüzlerinden ziyade nesneleri inceleme eğilimi, motor becerilerde zayıflıklar, motor mannerizmler, motor taklit yetersizlikleri görülebilir. (7,36)

1.1.5.3. 2-3 yaş arası belirtiler:

Taklit yeteneğinde zayıflık, ismine bakmama, kısıtlı yüz ifadesi, yaşlılara ilginin olmayışı veya az düzeyde olması, yalnızlığı tercih etme, oyun becerilerinde gerilik, yaşından beklenen alıcı ve ifade edici dil becerilerinde gerilik, stereotipiler (parmak ucunda yürüme, sallanma, dönme, el-kol çırpma gibi), oyuncakları işlevine uygun olmayan şekillerde kullanma, konuşma becerisi kazanan çocuklarda ekolali ve/veya konuşmada tekrarlayıcı paternler bu yaş grubunda OSB belirtileri olarak sayılabilir. (7,36)

1.1.5.4. 4-5 yaş arası belirtiler (Okul öncesi dönem):

Bu dönemde OSB'li çocuklarda sosyal etkileşimde isteksizlik ve yaşıt ilgisizliği genellikle belirginleşir. Davranışları sosyal ortamlara göre ayarlamakta zorluk, hayali oyun kuramama, senaryolu oyun oynayamama, somut düşünme eğilimleri, empati kapasitesinde yetersizlik görülebilir. Bununla birlikte; monoton ses tonu, sözel olmayan iletişimde kısıtlılık, karşılıklı diyalog başlatma ve sürdürmekte zorluk, kısa-tekrarlayan cümleler kurmak gibi dil becerilerinde farklılıklar görülebilir. Motor stereotipiler ve tekrarlayıcı davranışlar devam edebilir. Değişime direnç özellikleri (Örneğin; aynı kıyafeti giymekte veya aynı yoldan gitmekte ısrar gibi) belirginleşebilir. (7,36)

1.1.5.5. Okul Çağındaki Belirtiler

Bu yaş grubunda sosyal beceriler ve ilgiler açısından birbirlerinden farklılık gösteren OSB'li çocukların üç grupta tanımlanması önerilmiştir: Sosyal ilişkiye genellikle yanıtsız olan

soğuk-mesafeli grup; sosyal ilişkiden kaçmayan ancak sosyal katılıma hevesli olan ve birinci gruba göre daha iyi işlevli olan pasif grup; iyi işlevli otizm veya Asperger tanılarını ile anılan, sosyal etkileşim başlatabilen aktif ancak tuhaf grup. Bu dönemdeki OSB’li çocuklarda; sosyal, sözel ve sözel olmayan becerilerde çeşitli düzeylerde zayıflık, okulda akademik sorunlar, sosyal uyumda ve yaşıt iletişimde zorluklar ve çeşitli psikiyatrik komorbiditeler görülebilir. (7,36,68–70)

1.1.5.6. Ergenlik Dönemindeki Belirtiler

Ergenlik döneminde bilişsel yetersizlik eşlik etmeyen otizmlili gençlerde hormonal değişimlerle ilişkilendirilmiş sosyal ilişkilerde motivasyon artışları tanımlanmıştır. Buna rağmen sosyal beceriler, adaptif işlevler ve özbakım becerileri genellikle nörotipik ergenlerden geridedir. Yaşıt iletişimde zorluklar, akran zorbalığına maruz kalma görülebilir. Bu dönemde farklı olduklarını genellikle hisseden OSB’li gençlerde depresif süreçler görülebilir. Bu grupta intihar düşünce ve davranışlarının görülebileceği bilinmektedir. Zihinsel yetersizliğin eşlik ettiği OSB’li gençlerde öz bakım becerilerinde yetersizlik kişisel hijyen sorunlarına sebep olabilir. Dürtü kontrol sorunları, saldırganlıkta artış ve toplum içinde uygun olmayan cinsel davranışlar yaşamı zorlaştırabilir. (7,36,71)

1.1.6. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

Psikiyatrik bozukluklar OSB’li bireylerde genel nüfusa göre daha sık gözlemlenmektedir. OSB’de komorbid bozuklukların; günlük yaşamın işlevselliğini önemli ölçüde etkileyebileceği, tedaviye uyumu zorlaştırabileceği, morbidite-mortalite artışlarına sebep olabileceği öngörülmektedir ve erişkinlikte olumsuz prognozla ilişkilendirilmektedir. (5–7)

OSB’lilerin %28-83’ünde DEHB komorbiditesi olduğu kabul edilmektedir. 2018 yılında yayımlanan bir çalışmada; OSB’de DEHB eş tanı oranı %78 olarak raporlanmıştır. (5,7,72,73) OSB’li bireylerin %39.6’sında en az bir kaygı bozukluğunun olduğunu bildiren çalışmalar mevcuttur. Genel olarak çalışmalarda kaygı bozuklukları için %17-84 şeklinde bir aralık verilmektedir. OSB’de yüksek anksiyete; işlevsel dil, zihinsel becerilerin iyi olması ve davranışsal sorunlarla ilişkilendirilmektedir. OSB’de en sık görülen anksiyete bozukluğu özgül fobi olarak kabul edilmektedir. OSB’de görülen özgül fobilerin, nörotipik gelişenlerle benzer olabileceği gibi farklı durum ve nesneleri de içerebileceği rapor edilmiştir. (7,36,74,75) OSB’li

bireylerde Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) komorbiditesi ise %2,6-37.2 aralığında belirtilmektedir. (7,36,76) Yapılan çalışmalarda OSB’de travma algısı ve TSSB oranları ile ilgili farklı görüşler olmakla birlikte OSB’li bireylerin travmaya daha çok maruz kalma riskinin olduğu kabul edilmektedir. Son yıllarda erişkinlerde nörotipik popülasyona göre yüksek TSSB oranları bildirilmekteyken; çocuk ve ergenlerde çelişkili sonuçlar mevcuttur. (12,14,15,19,25–27,77,78) Otizmde sık görülen bir başka bozukluk Major Depresif Bozukluktur (MDB). Yapılan çalışmalara göre OSB’de depresyon riski genel popülasyona göre dört kat fazla olarak öngörülmektedir. Bununla birlikte; OSB’de intihar düşünce ve davranışlarının da nadir olmadığı bilinmektedir. 2021 yılında Kølves ve arkadaşlarının yaptığı retrospektif kohort çalışmasına göre OSB’li bireylerde intihar girişimi ve intihar oranı OSB olmayan bireylere göre üç kat fazla bulunmuş ve psikiyatrik komorbidite varlığı ile ilişkisi gösterilmiştir. (7,36,69,71,72,79–81)

Bu bozukluklara ek olarak; bipolar bozukluk ve psikotik bozukluklar (69,74,82,83), tik bozuklukları (84), beslenme ve uyku bozuklukları (85,86), katatoni (87), yavaş bilişsel tempo (88), okul reddi (89) gibi birçok psikiyatrik bozukluk OSB’ye eşlik edebilmektedir. (7,36)

1.2. Örselenme Sonrası Gerginlik (Travma Sonrası Stres) Bozukluğu

1.2.1. Tarihçe ve Tanım

Travma; kişinin zihinsel ve ruhsal yaşantısını etkileyen ve günlük yaşamda olumsuz sonuçlara sebep olan her türlü olay şeklinde tanımlanabilir. Travma ve olumsuz yaşantılar farklı kavramlardır. Travmayı olumsuz yaşam deneyimlerinden ayıran; bireyin fiziksel bütünlüğüne ya da yaşamına yönelik tehdit içeren, şiddete maruz kaldığı ya da ölümle yüzleştiği durumları içermesidir. Travmatik olay anında kişi, kendini karşı koyamadığı bir kuvvet karşısında çaresiz hissedebilir. Denetleme, ilişkilendirme, anlamlandırma gibi önemli baş etme becerileri işlevsiz hale gelebilir. Travmatik olaylar; deprem ve sel gibi doğal felaketler, trafik kazaları, savaşlar, cinsel ya da fiziksel saldırılar, çocuklukta yaşanan ihmal ve istismar, işkenceye maruz kalma, zorla alıkonulma, hayatı tehdit eden bir hastalığın teşhisi, ölü bir vücut veya vücut parçasını görme gibi kişinin başa çıkma kapasitesini aşan durumlardır. (3,10)

Çocukluk çağının travmatik olaylara karşı özellikle hassas bir dönem olduğu bilinmektedir. Yapılan çalışmalarda; çocukların dörtte birinin erişkinlik öncesi travmatik bir

olay ile karşılaştığı ve 16 yaşına kadar gençlerin çoğunun en az bir potansiyel travmatik olay yaşadığı gösterilmiştir. (10,90–92) Travmatik deneyimler; çocuklarda akademik, somatik ve emosyonel problemlere sebep olabilirler. Ayrıca Travma Sonrası Stres Bozukluğu başta olmak üzere belirli ruhsal bozuklukların ortaya çıkmasını tetikleyebilirler. Travmatik yaşantı sürekli ya da tekrarlayıcı doğada ise çocuklarda TSSB gelişme oranlarının arttığı belirtilmiştir. (10,90,92–95)

Travma sonrası gelişebilecek başlıca durumlar Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), Akut Stres Bozukluğu (ASB), uyum bozukluğudur. Ancak travma ile ilişkili bozukluklar dışında birçok psikiyatrik rahatsızlık da travmayı takiben gelişebilir. (Ayrılık kaygısı, bağlanma bozuklukları, yas ve uzamış yas, majör depresif bozukluk başta olmak üzere diğer duygudurum bozuklukları, yıkıcı davranışlar, madde kötüye kullanımı gibi) (10)

Travmanın etkilerinin gözlenmesi antik çağlara uzanır. (96,97) Psikiyatri tarihi incelendiğinde; 1800'lü yıllardan itibaren travmatik deneyimler sonrasında TSSB benzeri durumların asker kalbi, savaş nörozu gibi çeşitli isimlendirmelerle tanımlandığı dikkat çekmektedir. Çocukluk dönemi travmatik yaşantıları ile ilgili yapılan çalışmaların ilk adımları 1940'larda atılmıştır. Lewy, 2. Dünya Savaşı'ndaki askerlerin tepkileri ile çocukların cerrahi işlemlere verdikleri tepkiler arasında benzerlikler tespit etmiştir. Bonaparte ve Greenacre, "erken travmatik anıların" tedavide ele alınmasının önemine vurgu yapmışlardır. Anna Freud ve Hampstead grubu tarafından; hava saldırıları esnasında Londra'dan tahliye edilen çocuklar ve Alman toplama kamplarından kurtarılan çocuklar üzerinde çalışmalar yürütülmüştür. Bu çalışmalarda, çocuk-ebeveyn ilişkileri ve ebeveyn kaybına odaklanılmıştır. 1940'ların sonlarında ve 1950'lerde, ebeveynlerin veya bakıcıların korkutucu durumlarda soğukkanlı kalması ile çocukların travmatik olaylardan daha az etkilenebileceği inancı yaygınlaşmıştır. 1960-1970'lerde ise baş etme mekanizmaları araştırılmaya başlanmış ve çocukluk dönemi ruhsal travmalarına verilen önem artmıştır. (10,98,99)

DSM-I savaş mağduru kişilerin bulgularını “genel stres reaksiyonu” olarak sunmaktaydı. (96,97) TSSB tanısı 1980 yılında resmi bir tanı kategorisi olarak DSM-III'e eklenmiş, çocuk ve gençler için tanı ölçütleri erişkinlerle aynı şekilde tanımlanmıştır. (39) DSM-IV'te çocuklar için TSSB kriterlerinde düzenlemeler yapılmış ve DSM-IV-TR'de TSSB semptomları üç ana başlıkta toplanmıştır. Bu başlıklar; yeniden yaşantılama, kaçınma ve aşırı uyarılmışlık şeklindedir. Bununla birlikte; belirtilerin süresi dikkate alınarak akut, kronik ve geç başlangıçlı alt tipler belirlenmiştir. İlk dört hafta içinde ortaya çıkan ve en fazla dört hafta

süren belirtiler "Akut Stres Bozukluğu" olarak tanımlanmıştır. TSSB'de olmamasına rağmen ASB kriterlerinde dissosiyatif belirtiler de yer almıştır. (97)(38,40) DSM-V'te ise "Örselenme (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) ilişkili Bozukluklar" başlığı altında yedi tanı kategorisi tanımlanmıştır. Bu bölümde; Tepkisel Bağlanma Bozukluğu, Sınırsız Toplumsal Katılım Bozukluğu, Örselenme Sonrası Gerginlik (Travma Sonrası Stres) Bozukluğu, Akut Gerginlik (Stres) Bozukluğu, Uyum Bozuklukları, Tanımlanmış Diğer Örselenme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bir Bozukluk, Tanımlanmamış Örselenme ve Tetikleyici Etkenle İlişkili Bozukluk tanıları bulunmaktadır. (3) (10)

1.2.2. Epidemiyoloji

Epidemiyolojik araştırmalara göre, travmatik bir olayı yaşayan kişilerin yaklaşık %1-14'ünün TSSB geliştirdiği ve bu kişilerin çoğunda TSSB'ye başka psikiyatrik rahatsızlıkların da eşlik edebildiği bilinmektedir. (10) Toplum bazlı araştırmalarda, TSSB'nin yaşam boyu yaygınlığının erkeklerde %2,8, kadınlarda ise %10,3 olduğu belirtilmiştir. Ayrıca, en sık görüldüğü dönemin ergenlik çağı olduğu rapor edilmiştir. (97,100) Çocuk ve ergenlerde yapılan çalışmalarda ise TSSB sıklığı için geniş bir aralık söz konusudur. Örneğin;16 yaşına kadar her yıl muayene edilen 9, 11 ve 13 yaşındaki 1.420 çocuktan oluşan bir nüfus örnekleminde yapılan uzunlamasına bir çalışmada; örneklemin üçte ikisinden fazlası 16 yaşına kadar en az 1 travmatik olay yaşadığını bildirmiş ve %13,4'ü travma sonrası stres belirtileri geliştirmiştir. (90) Bir başka çalışma; çocukların ve ergenlerin %14-43'ünün yaşamları boyunca en az bir travmatik olaya maruz kaldıklarını ve maruz kalanların %15'inin TSSB geliştirdiğini, kız çocukların erkeklere göre daha yüksek risk altında olduğunu öne sürmüştür. (101,102) Doğal afet travmalarının ardından %3 ile %100 arasında değişen TSSB oranları bildirilmiştir. Bununla birlikte; kaza, ciddi yanık vakaları, kemik iliği transplantasyonu gibi tıbbi durumlar sonrası da TSSB'nin sıklıkla görülebileceği belirtilmiştir. Travmatik yaşantılar sonrası belirtilere cinsiyet açısından bakıldığında; kızların daha fazla semptom gösterdiğini öne süren çalışmalar olduğu gibi cinsiyetler arası fark olmadığını gösteren çalışmalar da bulunmaktadır. (10,103) 2020 yılında yapılan bir meta-analiz ile, 1981-2019 yılları arasındaki deprem-sel felaketlerinin sonuçlarını inceleyen çalışmalar gözden geçirilmiş ve felaketlerden sonraki ilk, ikinci, üçüncü ve dördüncü altı aylık prevalanslar sırasıyla %19.2, %30.0, %24.4 ve %20.4 şeklinde öngörülmüştür Aynı zamanda; TSSB'nin kız çocukları arasında daha yaygın olduğu ve psikolojik desteğin olmayışının TSSB riskini arttırdığı sonuçlarına ulaşılmıştır. (104)

1.2.3. Tanı Ölçütleri

DSM-V'e göre TSSB tanısı "Örselenme (Travma) ve Tetikleyici Etkenle (Stresörle) ilişkili Bozukluklar" bölümünde yer almaktadır.

Tablo 2-2. DSM-V'e göre TSSB Tanı Ölçütleri

Altı Yaşındaki ve Altı Yaşının Altındaki Çocuklar için Örselenme Sonrası Gerginlik Bozukluğu	
A. Altı yaşındaki ve daha küçük çocuklarda, aşağıdaki yollardan biriyle (ya da birden çoğuyla), gerçek ya da göz korkutucu bir biçimde, ölümle, ağır yaralanmayla karşılaşma ya da cinsel saldırıya uğrama:	1. Doğrudan örseleyici olay(lar) yaşama. 2. Özellikle birincil bakım verenler olmak üzere, başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme). Not: Doğrudan doğruya görme (tanıklık etme), elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla görmüş olmayı kapsamaz. 3. Ana babasından birinin ya da bakım veren kişinin başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme.
B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istem dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:	1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istem dışı gelen, sıkıntı veren anıları. Not: Kendiliğinden ortaya çıkan ve istem dışı gelen anıların sıkıntı veriyor gibi görünmesi gerekmez ve bunlar, oyunda yeniden canlandırılıyor gibi dışa vurulabilirler. 2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler. Not: Korkutucu içeriğin örseleyici olayla ilişkisini kurmak olanaklı olmayabilir. 3. Çocuğun örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırdında olmamadır.) Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler. 4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama. 5. Örseleyici olay(lar)ı anımsatıcılara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.

C. Örseleyici olay(lar)la ilintili uyaranlardan sürekli bir kaçınmayı ya da örseleyici olay(lar)la ilintili bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişiklikler olduğunu gösteren, olay(lar)dan sonra başlamış ya da kötüleşmiş, aşağıdaki bir (ya da birden çok) belirti bulunmalıdır:	Uyaranlardan Sürekli Kaçınma 1. Örseleyici olay(lar)ın anılarını uyandıran etkinlikler, yerler ya da nesnel anımsatıcılardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları. 2. Örseleyici olay(lar)ın anılarını uyandıran insanlar, konuşmalar ya da kişilerarası durumlardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları. Bilişlerde Olumsuz Değişiklikler 3. Olumsuz duygusal durumların sıklığının önemli ölçüde artması (örn. korku, suçluluk, üzüntü, utanç, şaşkınlık). 4. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımda belirgin azalma, bu durum, oyun oynamada bir kısıtlılık göstermeyi de kapsar. 5. Toplumsal olarak geri çekilme, içine kapanma. 6. Sürekli bir biçimde, olumlu duyguları daha az gösterme.
D. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde değişiklikler olması:	1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kıskırtma olmadan ya da çok az bir kıskırtma karşısında) (aşırı huysuzluk yapmaları da kapsar). 2. Her an tetikte olma. 3. Abartılı irkilme tepkisi gösterme. 4. Odaklanma güçlükleri. 5. Uyku bozukluğu (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dinging olmayan bir uyku uyuma).
E. Bu bozukluğun süresi bir aydan daha uzundur.	
F. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da ana babasıyla, kardeşleriyle, yaşlılarıyla ya da diğer bakım verenlerle ilişkilerinde ya da okul davranışlarında bozulmaya neden olur.	
G. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç ya da alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.	
Olup olmadığını belirtiniz: Çözülme belirtileri (dissosiyatif belirtiler) gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır ve kişi, aşağıdakilerden birinin belirtilerini sürekli ya da yineleyici olarak yaşamaktadır: 1. Kendine yabancılaşma (depersonalizasyon): Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duygumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir düşünceymiş gibi olduğu duygusu; kendisinin ya da vücudunun gerçek dışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duygusu). 2. Gerçek dışılık (derealizasyon): Çevredekilerin gerçek dışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. kişinin çevresindeki dünya gerçek dışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır). Not: Bu alttürün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin, bir maddenin (örn. bilinç karamaları) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel nöbetler) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamıyor olması gerekir. Varsa belirtiniz: • Gecikmeli dışavurum gösteren: Olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da).	

Örselenme Sonrası Gerginlik (Travma Sonrası Stres) Bozukluğu 309.81 (F43.10)	
Not: Aşağıdaki tanı ölçütleri, erişkinler, gençler ve altı yaşından büyük çocuklara uygulanır. Altı yaşındaki ve daha küçük çocuklar için aşağıda ona karşı gelen tanı ölçütlerine bakın.	
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. Başkalarının başına gelen olay(lar)ı, doğrudan doğruya görme (bunlara tanıklık etme). 3. Bir aile yakınının ya da yakın bir arkadaşının başına örseleyici olay(lar) geldiğini öğrenme. Aile bireyinin ya da arkadaşının gerçek ölümü ya da ölüm olasılığı kaba güçle ya da kaza sonucu olmuş olmalıdır. 4. Örseleyici olay(lar)ın sevimsiz ayrıntılarıyla, yineleyici bir biçimde ya da aşırı bir düzeyde karşı karşıya kalma (örn. insan kalıntılarını toplayan ilk kişiler; çocuk sömürsünün ayrıntılarıyla yeniden karşılaşan polis memurları). Not: Böyle bir karşı karşıya gelme, işle ilgili olmadıkça, elektronik yayın ortamları, televizyon, sinema ya da görseller aracılığıyla olmuş ise A4 tanı ölçütü uygulanmaz.
B. Örseleyici olay(lar)dan sonra başlayan, örseleyici olay(lar)a ilişkin, istem dışı gelen aşağıdaki belirtilerin birinin (ya da daha çoğunun) varlığı:	1. Örseleyici olay(lar)ın yineleyici, istemsiz ve istem dışı gelen, sıkıntı veren anıları. Not: Altı yaşından büyük çocuklarda, örseleyici olay(lar)ın kapsandığı konuların ya da bu olay(lar)ın birtakım yönlerinin dışı vurulduğu yineleyici oyunlar ortaya çıkabilir. 2. İçeriği ve/ya da duygulanımı örseleyici olay(lar)la ilişkili, yineleyici sıkıntı veren düşler. Not: Çocuklar, içeriği belirsiz korkutucu düşler görüyor olabilirler. 3. Kişinin örseleyici olay(lar) yeniden oluyormuş gibi hissettiği ya da davrandığı çözülme (dissosiyasyon) tepkileri (örn. geçmişe dönüşler). (Bu tür tepkiler, belirli bir görülme aralığında ortaya çıkabilirler; en uç biçimi, o sırada çevresinde olup bitenlerin tam olarak ayırında olmamadır.) Not: Çocuklar, oyun sırasında, örselenmeyle ilgili yeniden canlandırma yapabilirler. 4. Örseleyici olay(lar)ı simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlarla karşılaşınca yoğun ya da uzun süreli bir ruhsal sıkıntı yaşama. 5. Örseleyici olay(lar)ın simgeleyen ya da çağrıştıran iç ya da dış uyaranlara karşı fizyolojiyle ilgili belirgin tepkiler gösterme.
C. Aşağıdakilerden birinin ya da her ikisinin birlikte olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)dan sonra ortaya çıkan, örseleyici olay(lar)a ilişkin uyaranlardan sürekli bir biçimde kaçınma:	1. Örseleyici olay(lar)la ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duygulardan kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları. 2. Örseleyici olay(lar)a ilgili ya da yakından ilişkili, sıkıntı veren anılar, düşünceler ya da duyguları uyandıran dış anımsatıcılardan (insanlar, yerler, konuşmalar, etkinlikler, nesneler, durumlar) kaçınma ya da bunlardan uzak durma çabaları.

D. Aşağıdakilerden ikisinin (ya da daha çoğunun) olmasıyla belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasından sonra başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)a ilişkin bilişlerde ve duygudurumda olumsuz değişikliklerin olması:	2. Örseleyici olay(lar)ın önemli bir yönünü anımsayamama (özellikle unutkanlık çözülmesine [dissosiyatif amnezi] bağlıdır ve baş yaralanması, alkol ya da madde kullanımına bağlı değildir). 3. Kendisi, başkaları ya da dünya ile ilgili olarak, sürekli ve abartılı olumsuz inanışlar ya da beklentiler (örn. “Ben kötüyüm”, “Kimseye güvenilemez”, “Dünya tümüyle tehlikeli bir yerdir”, “Bütün sinir sistemim kalıcı olarak bozuldu”). 4. Örseleyici olay(lar)ın nedenleri ve sonuçlarıyla ilgili olarak, kişinin kendisini ya da başkalarını suçlamasına yol açan, süreklilik gösteren, çarpık bilişler. 5. Süreklilik gösteren olumsuz duygusal durum (örn. korku, dehşet, öfke, suçluluk ya da utanç). 6. Önemli etkinliklere karşı duyulan ilgide ya da katılımda belirgin azalma. 7. Başkalarından kopma ya da başkalarına yabancılaşma duyguları. 8. Sürekli bir biçimde, olumlu duygular yaşayamama (örn. mutluluğu, doyumunu ya da sevgi duygularını yaşayamama).
E. Aşağıdakilerden ikisi (ya da daha çoğu) ile belirli, örseleyici olay(lar)ın ortaya çıkmasıyla başlayan ya da kötüleşen, örseleyici olay(lar)la ilintili, uyarılma ve tepki gösterme biçiminde belirgin değişiklikler olması:	1. İnsanlara ya da nesnelere karşı sözel ya da sözel olmayan saldırganlıkla dışa vurulan, kızgın davranışlar ve öfke patlamaları (bir kıskırtma olmadan ya da çok az bir kıskırtma karşısında). 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 (örn. uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük ya da dingin olmayan bir uyku uyuma).
F. Bu bozukluğun süresi (B, C, D ve E tanı ölçütleri) bir aydan daha uzundur.	
G. Bu bozukluk, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.	
H. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. ilaç, alkol) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.	
Olup olmadığını belirtiniz: • Çözülme belirtileri gösteren: Kişinin belirtileri örselenme sonrası gerginlik bozukluğunun tanı ölçütlerini karşılamaktadır, ayrıca kişi, tetikleyici etkene yineleyici olarak yaşamaktadır: 1. Kendine yabancılaşma: Kişinin, zihinsel süreçlerinden ya da vücudundan koptuğu duygumunu yaşadığı, sanki bunlara dışarıdan bir gözlemciymiş gibi baktığı, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. sanki bir düş içindeymiş gibi olduğu duygusu; kendisinin ya da vücudunun gerçek dışı olduğu ya da zamanın yavaş aktığı duygusu). 2. Gerçek dışılık: Çevredekilerin gerçek dışı olduğuna ilişkin, sürekli ya da yineleyici yaşantılar (örn. kişinin çevresindeki dünya gerçek dışı, düşsel, uzak ya da çarpık olarak yaşanır). Not: Bu alttürün kullanılabilmesi için, çözülme belirtilerinin, bir maddenin (örn. bilinç kararmaları, alkol entoksikasyonu sırasındaki davranışlar) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel nöbetler) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamıyor olması gerekir. Varsa belirtiniz: Gecikmeli dışavurum gösteren: Olaydan sonra en az altı ay geçmeden tanı ölçütleri tam olarak karşılanmıyorsa (kimi belirtiler kısa bir süre içinde başlasa da).	

1.2.4. Etiyoloji

TSSB etiyojisi birçok teori ile açıklanmaya çalışılmıştır. Bu teorilerin öne çıkanları; dinamik teori, koşullanma modeli, kestirilemezlik ve kontrol edilemezlik modeli, bilişsel model, bilgi işleme modeli ve nörobiyolojik model olarak bilinmektedir. (10)

1.2.4.1. Dinamik teori

Freud'un tanımına göre travmatik yaşantı; önceden var olan, yatışmış ancak çözülmemiş bir ruhsal çatışmayı yeniden harekete geçirmektedir. Bu durum; regresyon, represyon, yapma-bozma, inkâr gibi savunma mekanizmalarının kullanılmasıyla sonuçlanmaktadır. Çocukluk çağında yaşanan ruhsal travma sonucunda afektif gelişimde duraklama olduğunu savunan görüşler de mevcuttur. Horowitz ise; travma yaşayan kişilerin travmayı inkâr ettiklerini ya da olayı tekrar yaşıyormuş gibi görüntüler ve/veya kötü rüyalar görerek kompulsif tekrarlar içinde olduklarını öne sürmüştür. (10,105)

1.2.4.2. Koşullanma Modeli

Mowrer'in iki-etmenli öğrenme teorisine dayanan bu model, travma sırasındaki nötral (yüksüz) uyanıların kaygı oluşturacak şekilde koşullanmış hale gelebileceğini öne sürmektedir. Bu durum pek çok gündelik anının travma hatırlatıcısına dönüşmesine neden olabilmekte ve kişi bu hatırlatıcıların yarattığı sıkıntıyı azaltabilmek için kaçınma davranışlarına başvurmaktadır. Bu modele göre; TSSB'de görülebilen amnezi kaygı uyandıran uyanılardan kaçınmaya; öfke ve agresyon ise yeniden yaşantılamaya belirtilerinin kişiye verdiği rahatsızlığın azaltılmasına hizmet ediyor olabilir. (10)

1.2.4.3. Kestirilemezlik ve Kontrol Edilemezlik Modeli

Korku tepkilerinin oluşumunda ve kalıcılışmasında kontrol edilemeyen ve öngörülemeyen stres etkenlerinin önemli bir rolü mevcuttur. Bu durum travmatik stres etkenlerinin ruhsal etkileri ve TSSB gelişiminin ilişkisinde de önemli olabilir. Bu modele göre; travmatik stres etkenlerinin öngörülebilir olması kişileri travmanın yıkıcı etkilerinden koruyabilir. (10,106,107)

1.2.4.4. Bilişsel ve Bilgi İşleme Modelleri

Bilişsel teorilerden bazıları; travmatik yaşantıların bireyin kendisine veya dünyaya dair bilişsel şemalarını sarstığını ve bunun sonucu olarak uyumsuz inançlar ortaya çıkarabileceğini ileri sürmektedir. Horowitz, bireyin tehdit algısı ve normal fizyolojik uyanıklık arasında ortaya çıkan çatışmaya değinmiş ve TSSB'nin ortaya çıkmasında bu durumun etkisini incelemiştir.

Bilgi işleme modeli ise, TSSB'nin sorunlu bir bilgi işleme sürecinin sonucu olarak ortaya çıkabileceğini öne sürmektedir. Olayı değerlendirme ve atıf teorileri travmatik bir olayın duygusal tepkilere yol açıp açmamasının kişi tarafından olayın nasıl değerlendirildiğine göre değiştiğini iddia etmektedir. Psikososyal bakış açıları ise, kişide ruhsal tepkilere yol açan durumun travmanın bireyin kontrol ve güvenlik algısını tahrip etmesi olduğunu ileri sürmektedir. (10,106,108,109) Ehlers ve Clark'ın 2000 yılında oluşturdukları bilişsel modelde ise; bireylerin travmayı ciddi ve güncel bir tehdit algısı şeklinde işlemlediklerinde TSSB'nin ortaya çıkabileceği öne sürülmektedir. Bu modele göre tehdit algısı başlıca iki faktör sonucunda ortaya çıkar: Travmanın ve/veya sonuçlarının olumsuz değerlendirilmesi ve travmatik belleğin otobiyografik belleğe entegrasyonunun bozulması. (110)

1.2.4.5. Nörobiyolojik Model

Erken yaşta karşılaşılan travmatik olayların merkezi sinir sistemi fonksiyonlarına ve anatomisine etki edebileceği bildirilmiştir. Ayrıca; nöroendokrin ve immünolojik regülasyonda da önemli değişikliklere sebep olabileceği ileri sürülmektedir. Serotonin, dopamin, noradrenalin, kortikosteroidler, endojen opioidler ve gama aminobütirik asit travmatik strese rol oynadığı bilinen nörotransmitterlerdir. TSSB tanılı çocuk ve ergenlerdeki nöroendokrin yanıtı inceleyen hipotalamo-pitüiter-adrenal (HPA) aksı ile ilgili çalışmalarda kortizol ve dehidroepiandrosteron sülfat (DHEA-S) gibi hormonların TSSB semptomları ile ilişkisi araştırılmaktadır. (97) TSSB tanılı çocuklar ile yapılan bazı beyin görüntüleme çalışmalarında; TSSB'li çocuklarda kontrol gruplarına göre intrakranial yapılarda hacim azalmaları tespit edilmiştir. Örneğin; Carrion ve arkadaşları 2007 yılındaki çalışmalarında hipokampus volümündeki azalmayı işaret ederek stresin hipokampusta bir hasara yol açabileceğini öne sürmüşlerdir. (10,111–113) 2010 yılında yapılan bir fMRI çalışmasında ise TSSB'nin çocuk ve ergenlerde bilişsel işlevler üzerin etkisi incelenmiş ve TSSB tanılı çocuk ve ergenlerde hipokampus aktivitesinin azaldığını, özellikle kaçınma/hissizleşme belirtileri ile ilişkili olarak gösterilmiştir. (114) Bir başka çalışmada ise superior temporal girus hacimlerinin azalması tespit edilmiştir. (97,115)

1.2.5. Klinik Özellikler

TSSB belirtileri ergenlerde erişkindekilere benzer şekilde seyreder ancak küçük çocuklarda tanıyı zorlaştıran farklılıklar mevcut olabilir. Çocukların özgün travma sonrası

tepkiler yaşıdığı ve sıklıkla bazı ek belirtiler gösterdikleri bilinmektedir. Kazanılmış gelişimsel becerilerde gerileme, ayrılık kaygısı veya yeni ortaya çıkan kaygılar, psikosomatik yakınmalar bu belirtiler arasında sayılabilir. Bu ve benzeri ek belirtilerin standart yapılandırılmış görüşme ve ölçeklerle değerlendirilemeyeceği iddia edilmiş ve yapılan çalışmalar ile ek belirtileri sorgulayan alternatif tanı ölçütleri geliştirilmiştir. DSM-V'in son versiyonunda da önerilen alternatif tanı ölçütleri ile uyumlu olarak küçük çocuklarda TSSB tanısı için ayrı bir bölüm oluşturulmuştur. (3,10,116) Bununla birlikte araştırmalara göre; travma sonrası belirtiler çocuklarda eşik altı şekillerde olabilir ve buna rağmen işlev kaybı görülebilir. Bu durum da çocuklarda TSSB tanısını güçleştiren etkenlerden biri olarak kabul edilmektedir. (10,117,118)

Çocuklarda en sık görülen TSSB belirtisi yeniden yaşantılama olarak kabul edilmektedir. Çocuklar; rüyalar, rahatsız edici düşünceler ve anılar ile travmayı yeniden yaşantıladıklarını bildirebilirler. Çocuklarda kaçınma belirtileri de görünmektedir. TSSB tanısından bağımsız olarak çocuklar travmatik olay ile ilgili direkt olarak konuşmayı reddedebilirler. Kaçınma ve duyarsızlaşma belirtileri öyle ciddi olabilir ki bu durum yeniden yaşantılama belirtilerini maskeleyebilir. Bunun sonucu olarak çocuğun travmadan etkilenmediğine dair hatalı izlenimler elde edinilebilir. Kaçınma davranışlarının varlığının, travmanın etkilerini değerlendirmeyi zorlaştırırsa da TSSB tanısı açısından bir ipucu olarak kabul edilmesi önerilmiştir. Aşırı uyarılma belirtilerinin de çocuklarda sık görüldüğü bilinmektedir. İrritabilite, uyku bozuklukları, dikkat sorunları, aşırı tetikte olma hali ve özellikle okul çocuklarında somatik belirtiler aşırı uyarılmışlık belirtileri açısından dikkatle incelenmelidir. (10,119,120)

Travmatik bir olayı her yaşayan kişinin farklı şekilde deneyimleyebileceği ve bu durumun TSSB gelişiminde önemli bir rolü olduğu bilinmektedir. TSSB'nin ortaya çıkmasını etkileyen etmenler arasında; kişinin yaşı, gelişim dönemi, cinsiyeti, travma öncesindeki mizacı, fiziksel sağlığı, önceki travmatik yaşantıları, travmanın türü, şiddeti ve süresi, kişinin aile işlevleri ve sosyal desteği, bağlanma özellikleri, savunma düzenekleri, psikiyatrik eş tanılar literatürde en çok araştırılan faktörlerdir. (10,90,97,118,121,122)

1.2.6. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

TSSB'ye en yaygın eşlik eden bozukluk majör depresif bozukluk olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte TSSB; yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal anksiyete bozukluğu, özgül fobiler, alkol-madde kullanım bozuklukları ile birlikte bulunabilir. Ayrıca; TSSB'de okul

başarısında düşme, kendine zarar verici davranışlar ve suicidal düşünceler görülebilir. Okul öncesi çocuklar için en yaygın görülen komorbidite ise karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve ayrılık kaygısı bozukluğu olarak bildirilmiştir. (10,118,123–128)

1.2.7. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu

Otizm ve travma, kökleri 20. yüzyılın psikanalitik teorisine dayanan bir tarihi paylaşırlar. Psikiyatri biliminin bu iki önemli alanı uzun bir süre boyunca ayrı ayrı geliştikten sonra, modern nöropsikiyatri çağında yeniden birleşmiş ve son yıllarda ortak araştırmalara konu olmaya başlamıştır. (12) Yeni yapılan bir bibliyometrik analize göre OSB’de travmatik yaşantılar ile ilgili araştırmalar 2005 yılında literatürün dikkatini çekmeye başlamış, 2015 yılından sonra ise önemli bir artış göstermiştir. (129)

1.2.7.1. OSB’de Travmatik Olay Yaşama Sıklığı

Travmatik yaşantıların ve olumsuz yaşam olaylarının çocuklar için hem fiziksel hem psikiyatrik rahatsızlıkların ortaya çıkmasında risk faktörü olduğu bilinmektedir. Özellikle tekrarlayıcı doğadaki travmatik yaşantılar bu riski arttırmaktadır. (8,9) Travmatik bir olayla karşılaşma riskinin dezavantajlı gruplardaki kişilerde daha fazla olduğu bilinmektedir. (130) Yapılan çalışmalarda; zihinsel veya gelişimsel geriliği olan gençlerde yaşitlarına göre 1,5-3 kat fazla istismara uğrama olasılığı bildirilmiştir. (9,131–133)

OSB’li çocukların, nörotipik yaşitlarına göre travmatik deneyimlere daha fazla maruz kaldığına dair öngörüler bulunmaktadır. (9) Farklı araştırmalar, OSB’li çocuklarda travmatik yaşantıların çeşitli oranlarda tespit edildiğini göstermiştir. Mandell ve arkadaşlarının (2005) yaptıkları çalışmada, toplum sağlığı kliniklerinde hizmet alan OSB’li gençlerin %30’unun çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı bildirilmiştir. (13) Bir başka çalışmada, İstanbul’daki bir üniversite hastanesine başvuran gençlerin %26.1’inde çeşitli travmatik yaşantılar tespit edilmiştir. (14) Minnesota’da yapılan bir araştırmada ise, OSB’li çocukların diğer çocuklara kıyasla daha fazla fiziksel istismara maruz kaldığı ve çocuk koruma sistemine daha fazla dahil olduğu belirtilmiştir. (9,134) 2019’da yayımlanan bir çalışmada, OSB’li çocukların fiziksel ihmal ve istismara maruz kalma olasılıklarının arttığı bulunmuştur. (135) Bir başka çalışmada ise; OSB’li çocukların travmatik olaylara maruz kalma riskinin, nörotipik akranlarına kıyasla iki kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. (15,136) Bu görüşleri temel alarak son yıllarda

yapılan çalışmalar ile otizm-çocukluk çağı travmaları ve suicidal düşünce-davranış arasındaki genetik korelasyonlar araştırılmaktadır. (137)

Bazı çalışmalar ise OSB'li çocukların OSB'li olmayanlar ile benzer oranda travmatik olaya maruz kaldığını öne sürmüştür. (8,92,133) OSB'li çocukların daha az çocukluk travmasına maruz kaldığı ile ilgili teoriler de mevcuttur. OSB'li çocukların sosyal olgunlaşma eksiklikleri nedeniyle potansiyel tehlikeli durumlarla daha az karşılaşma ihtimalleri ve içe dönük yapıları, farklı dünya algıları nedeniyle travmatik uyaranlara daha az duyarlı olma ihtimalleri (Örneğin; bir çocuğun sosyal alay etmeyi anlamlandıramazsa ondan korunabileceği görüşü gibi) literatürde tartışılmaktadır. (9,138) 2020 yılında yayımlanan bir çalışmada; OSB, gelişimsel geriliği olan ve farklı bir ruh sağlığı bozukluğu olan çocuklar karşılaştırılmıştır. OSB ve gelişimsel geriliği olan grupta diğer ruh sağlığı bozukluğu olan çocuklara göre daha düşük travma maruziyeti ve travma ile ilişkili bozukluk saptandığını ifade edilmiştir. Çalışmada bu durum; nörogelişimsel bozukluğu olan bu grupta çeşitli semptomların arka planındaki travma semptomlarını tanımada zorluklar yaşanabileceği, sosyal biliş farklılıkları nedeniyle çocukların ebeveynlere ve ruh sağlığı profesyonellerine daha az travma bildiriminde bulunmuş olabileceği veya ebeveyn bildirimlerindeki farklılıklardan kaynaklanabileceği şeklinde tartışılmıştır. (20) OSB'ye özgü bazı özelliklerin (sosyal izolasyon, sosyal olarak uygun davranışları benimsemekte zorluk, zihin kuramı eksiklikleri, dil becerilerinde yetersizlik gibi) bu bireylerin olumsuz yaşam deneyimleri ve travmatik olaylarla karşılaşma riskini arttırabileceği gibi ebeveynlerin bu durumu fark etmesini ve önlem almasını da zorlaştırabileceği öne sürülmüştür. Aynı zamanda OSB özellikleri nedeniyle çocukların travmayı algılamakta zorlanabilecekleri öngörülmüştür. (9,12,15,139)

Travmatik olay tanımı, olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma riski olarak daha geniş kapsamlı bir tanımla ele alındığında ise OSB'li çocukların çok yüksek sıklıklarda olumsuz yaşam olayları ile karşılaştığı sonucuna varılmaktadır. 2016 yılında yapılan bir çalışmada OSB'li çocukların ebeveynleri ile yapılan bir ankete göre, çocukların %82,1'inin son bir yıl içinde en az bir olumsuz yaşam olayı yaşadığı rapor edilmiştir. Bu çocukların büyük bir kısmında son bir yılda birden fazla olumsuz yaşam olayı bildirilmiş; fiziksel saldırı ve zorbalık en sık bildirilen, cinsel saldırı ise en az bildirilen olumsuz yaşam olayı olarak raporlanmıştır. (130) OSB'li çocukların, 4 veya daha fazla olumsuz yaşam olayı ile karşılaşma olasılığının sağlıklı kontrol grubundaki akranlarına göre iki kat yüksek olduğu bildirilmiştir. (8)

Sonuç olarak; OSB’li çocukların genel popölasyonla en az eşit düzeyde ve muhtemelen daha fazla oranda travmatik olaylara maruz kalma riski olduğu düşünölmektedir. (92)

1.2.7.2. OSB’de Travma Algısı

"Travmatik olay" kavramının nasıl tanımlanması gerektiğı, önemli bir tartışma konusu olmuştur. Zaman içinde, bazı olaylar daha önce travmatik olarak kabul edilmezken, daha sonraları potansiyel travma yaratan durumlar olarak görölmeye başlanmıştır. DSM'nin farklı versiyonlarında, travmatik olay kriterinin (A Kriteri) değışiklikler göstermesi de bu karmaşıklığı yansıtmaktadır. Ehlers ve Clark, TSSB’nin bilişsel modelinde kişinin öznel algısının TSSB’nin oluşumu ve prognozu üzerindeki etkisini vurgulamıştır. Travmanın bu öznel algısının OSB’li bireylerde daha da karmaşık olduğu düşünölmektedir. (3,9,15,25,38,110)

Otizme dair bazı özelliklerin geleneksel olarak tanımlanan travmatik olaylara maruz kalma riskini ve duyarlılığını arttırabilirken aynı zamanda travmatik potansiyele sahip olayların çeşitliliğini de genişletebileceğı öne sürölmüştür. OSB’li bireylerin alışılmadık ve atipik kaygıları olduğu bilinmektedir ve bu bireyler toplum örneğine kıyasla çok çeşitli stres kaynakları tariflemektedirler. (12,17,18) Travma kavramının bu özel popölasyonda DSM-V gibi güncel tanı kılavuzlarınca belirlenen “travmatik olay” kavramından daha farklı olabileceğı öngörölmektedir. (15,25)

OSB’li gençler ve yetişkinlerin tanımladıkları ve karşılaştıkları travmatik olaylar genellikle sosyal stresörler, zorbalık, yas, terk edilme, boşanma gibi ilişkişel faktörleri içermektedir. OSB’li yetişkinlerin otizm tanısı almayı, psikiyatrik değerdendirmeleri veya uygulamalı davranış analizi gibi bazı müdahaleleri travmatik olarak tanımladığını bildiren çalışmalar mevcuttur. (9,12,19,20,23,24) Yakın zamandaki bir çalışmada; rutinlerde değışiklik veya bazı duyusal uyarılar gibi OSB olmayan bireyler için önemsiz olabilecek olaylar OSB’li bireyler tarafından travmatik çocukluk deneyimleri olarak bildirilmiştir. (15,21)

1.2.7.3. OSB’de Travmanın Etkileri

Travmatik olaylara maruz kalan OSB bireyleri arasında travma ile ilişkişli bozuklukların yanı sıra anksiyete, depresif duygudurum, intihar düşüncesi ve teşebbüsü, uyum işlevlerinde düşme, hiperaktivite ve saldırganlık gibi farklı psikiyatrik semptomlar da gelişebilir. OSB’li

çocuklar ve gençlerde iletişim, sosyal etkileşim ve günlük yaşam motor becerileriyle ilgili eksikliklerin travmatik deneyimler tarafından kötüleştirilebileceği belirtilmiştir. (12–16) Tekrarlayan travmatik olaylara maruz kalma, öncesinde mevcut olan anksiyete bozuklukları, ebeveyn psikopatolojisi, sınırlı sosyal destek ve düşük zihinsel işlev travmatik stresi takiben daha olumsuz sonuçlarla ilişkilendirilmiştir. (9,140–142)

Araştırmalar, fiziksel ve cinsel istismara maruz kalan OSB'li çocukların uygun olmayan cinsel davranış ve saldırganlıkta bulunma olasılığının da daha yüksek olduğunu göstermiştir. (12–14) Non-verbal OSB bir çocuğun kardeşinin ölümüne sebep olduğu trajik bir vaka bildiriminde de fiziksel istismar öyküsü dikkat çekmektedir. (82) Suç geçmişi olan OSB'li bireylerde ise fiziksel istismar ve ihmal oranlarının daha yüksek olduğu belirtilmiştir. (12,143)

Son araştırmalar, otizme dair bazı özelliklerin travmanın olumsuz sonuçlarına katkı sağlayabileceğini, özellikle TSSB'nin gelişimini etkileyebileceğini göstermektedir. OSB’de görülebilen artmış korku tepkileri, bilişsel katılık ve duyuşsal uyaranlara karşı artmış duyarlılık gibi özelliklerin; olumsuz bir olayın travmatik olarak deneyimlenme olasılığını arttırabileceği belirtilmiştir. Bununla birlikte OSB’de görülebilen; iletişim zorlukları, duyguları ifade etmekte zorluk, sosyal izolasyon, bilişsek katılık ve düşüncelere takılı kalma eğilimleri gibi özelliklerin travmaya karşı koruyucu olan başa çıkma stratejilerini engelleyebileceği öne sürülmüştür. Örneğin; OSB’li kişilerdeki bilişsel esneklik eksikliği, ani ortaya çıkan olaylara uyum sağlamayı zorlaştırabilir. Zayıf merkezi bütünleştirme nedeniyle ayrıntılara aşırı odaklanılabilir, genel bağlamdan uzaklaşılabilir, sosyal alt metinleri okuma konusunda zorlanılabilir ve OSB’li kişi kendisini çaresiz hissedebilir. (9,25,144) Travmanın işlenmesinde kilit role sahip olan duygu tanıma ve düzenleme konusunda da OSB’li bireylerin sıklıkla zorlandığı bilinmektedir. Bu durum tekrarlayıcı davranışlar gibi uyumsuz baş etme becerilerine sebep olabilir. Bununla birlikte bu bireylerde görülen yüksek psikiyatrik komorbidite oranı zorlanan nöropsikolojik sisteme ek bir yük bindirebilir. Tüm bu mekanizmalar, psikiyatrik hastalıkların ve travma ile ilişkili bozuklukların gelişimini kolaylaştırabilir. (9,15,145–148)

1.2.7.4. OSB’de TSSB ve Özellikleri

Literatürde OSB’de TSSB sıklığı konusunda farklı sonuçlar bildirilmiştir. Mehtar ve Mukaddes'in 2011 yılında yaptıkları çalışmada OSB’li gençlerin %26'sında travma öyküsünün bulunduğunu ve potansiyel travmatik olaylara maruz kalanların %67'sinin TSSB belirtilerini sergilediğini (genel örnekleme göre %17) belirtmişlerdir. 2007 ve 2013 yıllarında yapılan iki

farklı çalışmada ise OSB'li gençlerde TSSB %0 ve %3 oranında bildirilmiştir. Zihinsel yetersizliği olmayan OSB'li erişkinleri inceleyen bir çalışmada ise TSSB oranı %7 saptanmıştır. (9,14,26,27,149) Yapılan bir başka çalışmada ise; OSB'li çocukların başka bir psikiyatrik rahatsızlığı olan çocuklara göre daha düşük travma maruziyeti ve travma ile ilişkili tanı oranları olduğu saptanmıştır. (9,12,20) 2020 yılında yapılan bir çalışmada, erişkin OSB'li bireyler nörotipik kontrolleri ile karşılaştırılmış ve daha fazla TSSB oranı saptanmıştır. (19) Benzer şekilde; Rumball ve arkadaşları 59 OSB'li erişkinle yaptıkları çalışmalarında OSB'li bireylerin daha geniş bir yaşam olayı yelpazesini travmatik olarak deneyimlediklerini ve daha yüksek TSSB oranlarını rapor etmişlerdir. (25)

OSB'li bireylerde TSSB'nin semptom profillerini araştıran çalışmalarda; DSM-V travma tanımına uygun olan ve olmayan olaylarla OSB'de TSSB gelişebileceği gözlemlenmiştir OSB'li yetişkinlerde tipik yetişkinlere kıyasla daha fazla TSSB oranları saptanmış ve bellek fonksiyonundaki eksikliklerle OSB'deki TSSB'nin ilişkili olduğu öne sürülmüştür. TSSB'de görülen yeniden yaşantılama ve aşırı uyarılmışlık belirtilerinin OSB'li kadınlarda sık görülebileceğini bildiren yayınlar olduğu gibi cinsiyetin OSB'deki TSSB semptomlarıyla ilişkili bulunmadığı yayınlar da mevcuttur. Ayrıca OSB'li bireylerde tekrarlayan travmalara maruz kalındığında Kompleks TSSB semptomlarının ortaya çıkabileceği öne sürülmüştür. (19,25,78) (12,150,151) Kildahl ve arkadaşlarının çalışmalarına göre; zihinsel geriliği olan OSB'li bireylerde bazı DSM-V temelli TSSB kriterleri rapor edilirken, yeniden yaşantılama ve kaçınma gibi temel travmatik belirtiler daha az rapor edilmektedir. Benzer gruplarla çalışan ruh sağlığı çalışanları ise kaçınma belirtilerinin daha genel ve istemsiz olarak ortaya çıkabileceğini, yeniden yaşantılamanın ise çeşitli davranışlarda veya kendine zarar verme gibi semptomlarda görülebileceğini belirtmektedir. (6,15,152,153) 2022 yılında yayımlanan ve OSB'li erişkinlerle yapılan bir araştırmada; OSB'de artmış TSSB sıklığı ile birlikte artmış uyarılmışlık, bilişler ve duygudurumda olumsuz değişiklikler kümelerinde de daha yüksek puanlar saptanmıştır. Bununla birlikte OSB'de TSSB'ye brooding ruminasyonun (kara kara düşünmek) eşlik ettiği ve bilişsel esnekliği hedefleyen müdahalelerin OSB tanılı bireylerde travma sonrası belirtilerin hafifletilmesine yardımcı olabileceği ileri sürülmüştür. (77)

Travma belirtileri sorgulanmadıkça TSSB'nin genellikle tespit edilemediği bilinmektedir. (154) (25) Buna rağmen araştırmalarda; OSB ile ilgilenen profesyonellerin sadece %10'unun düzenli ve kapsamlı olarak travma belirtilerini taradığı tespit edilmiştir. (155)

1.2.7.5. OSB ve TSSB'nin Paylaştığı Ortak Mekanizmalar

OSB ve TSSB nörobiyolojik olarak incelendiğinde, patolojik örtüşmeleri bulunmuştur. Duygu düzenlemesinde önemi bilinen amigdala ve prefrontal korteks arasındaki bağlantılarda değişiklikler OSB, TSSB ve kronik çocukluk travması olan bireylerde görülmektedir. Duygu düzenleme zorluklarının, OSB'de anksiyete bozukluğu ve diğer psikiyatrik bozuklukların gelişimine katkıda bulunabileceği ileri sürülmüştür.(9,145,148) Erken yaşam stresine özellikle duyarlı olan amigdala aynı zamanda korku sonlanmasında görevlidir. Hem TSSB hem de OSB'de HPA aksının düzensizleşmesi görülür. Bu aks, birçok bedensel fonksiyonun yanı sıra stres düzenlemesinde de önemlidir. OSB'li çocuklar, OSB olmayan çocuklara göre yeni ve tehditkar uyarılara karşı aşırı kortizol yanıtı gösterir ve beklenen tehdit algısında bu yanıt artar. Bu durumun; OSB'li çocuklarda doğuştan gelen bir nörobiyolojik savunmasızlığı ya da zaten meydana gelmiş bir travmayı işaret edebileceği öne sürülmüştür. (9,156–158)

Hem OSB'nin hem de travmanın; bilişsel işlevleri, uyum becerilerini, sosyal etkileşimi ve tekrarlayıcı davranışları etkileyebileceği bilinmektedir. Çalışmalar, geçmişte kurum bakımında olan çocukların otizm benzeri semptomlar gösterme oranının yüksek olduğunu ve bazılarının tam tanı kriterlerini karşıladığını göstermektedir. İstismar ve ihmal gibi travmatik deneyimlerin çalışma belleğini etkileyebileceği ve dil gecikmelerine neden olabileceği bilinmektedir. Böyle bir travmatik olay yaşayan çocuklarda gelişimsel gerilemeler olabilir, iştah-uyku alışkanlıkları değişebilir, adaptif becerilerde gerileme veya bazı davranışsal sorunlar gözlemlenebilir. Bu semptomlar genellikle erken dönemde ortaya çıkar ve zamanla destekleyici ortamlarda düzelme eğilimi gösterir. Bununla birlikte; travmaya maruz kalan çocuklarda görülen ve travmanın işlenmesini kolaylaştırdığına inanılan tekrarlayıcı oyunlar da otizmdeki tekrarlayıcı davranışlarla karışabilmektedir. Travmatik yaşantılar sonrasında dikkat sorunları, aşırı uyarılmışlıkla ilgili belirtiler görülebilmekte ve dissosiyasyona bağlı uygunsuz sosyal yanıtlar ortaya çıkabilmektedir. Bu belirtilerin de okul çağındaki çocuklarda OSB tanısı ile karışabileceği ifade edilmiştir. (9,92)

TSSB'nin ortaya çıktıktan sonra OSB semptomlarını ağırlaştırabileceği ileri sürülmüştür. Kerns ve arkadaşları 2015 yılındaki derlemelerinde; Wood ve Gadow'un 2010 yılındaki OSB'de anksiyete modelini temel alarak OSB'de travma modelini oluşturmuşlardır. Travmanın bir kişinin gelişimsel yolunu değiştirebileceğini ve gelecek travmalara karşı hassasiyeti arttırılabileceğini belirtmişlerdir. Modele göre; TSSB bir kez ortaya çıktığında OSB

özelliklerini ve semptomlarını ağırlaştırabilir. Duyusal problemlerde artış, dürtüsellik, irritabilite, kendine zarar verici davranışlar gibi semptomlar ortaya çıkartabilir veya bunları güçlendirebilir. Nörobiyolojik anomalileri (amigdalanın işlevsel bağlantıları gibi) etkileyebilir. Kişi olumsuz duygulardan kaçınmak için tekrarlayan davranış veya sosyal kaçınma gibi uygun olmayan baş etme stratejileri kullanabilir. Travmatik stresle başa çıkmaya yönelik bu girişimler sonuç olarak OSB semptomlarının ortaya çıkışını arttırabilir, aynı zamanda uyumsal esneklik ve işlevselliği azaltabilir. Tüm bu mekanizmalar diğer psikiyatrik hastalıkların gelişmesine sebep olabilir. Travma nedeniyle artmış olan bu psikiyatrik hassasiyetler kişinin tekrar travma yaşama olasılığının arttığı bir kısır döngüye sebep olabilir. (13,14,16,22,144,159)

Sonuç olarak; OSB'ye özgü nörobiyolojik mekanizmalar ve OSB'deki öznel algılama farklılıkları nedeniyle bu bireylerin travmatik olaylara ve stresli durumlara karşı daha duyarlı oldukları öngörülmektedir. Bu özellikler; OSB'li bireylerin hem travmatik deneyimleri farklı ve belki de daha yoğun bir şekilde yaşamasına, hem de TSSB belirtilerini daha ağır veya farklı bir şekilde deneyimlemesine yol açabilir. OSB ve travma belirtileri arasındaki örtüşme ve otizmde travmanın farklı ifade biçimleri nedeniyle OSB'de TSSB belirtilerinin saptanmasında zorluklar yaşanmaktadır. (12,15,22)

1.2.7.6. Bir Travmatik Yaşantı Olarak Zorbalık

OSB'de zorbalığa maruz kalma riskinin fazla olduğu literatürde birçok kez gösterilmiştir. (12,160,161) Örneğin; 2013 yılında yapılan bir çalışmada OSB'li çocukların %44-77'sinin son bir aylık dönemde zorbalığa maruz kaldığı bildirilmiştir. Bu oranın, nörotipik gelişim gösteren çocuklarda gözlenen %2-17'lik orana kıyasla oldukça yüksek olduğu belirtilmiştir. (12,27,162) Zorbalığa maruz kalmak, TSSB tanı kriterleri ile ilgili tartışmalara konu olmasıyla birlikte, genel popülasyonda da travmatik bir olay olarak kabul edilmekte, olumsuz yaşam deneyimleri ile ilgili çalışmalara konu olmakta ve kronik bir stres kaynağı olarak post-travmatik tepkilere yol açabileceği düşünülmektedir. 2021 yılında OSB'li çocuklar üzerine yapılan bir çalışma, zorbalığın yüksek TSSB puanlarıyla anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu göstermiştir. (163–165)

1.3. Çözölme (Dissosiyasyon) Bozuklukları

1.3.1. Tanım ve Tarihçe

İnsan zihinsel işlevlerinin bileşenleri olan bellek, bilinç, algılama, duygular, motor kontrol, davranışlar ve kimlik normalde bir bütün halinde bulunur. Dissosiyasyon kavramı, normal şartlarda bir bütün halinde bulunan bu işlevlerde bir ayrışmanın ve/veya bir süreksizliğin olması olarak tanımlanmıştır. (11)

Dissosiyasyon tanım olarak kopma-ayırışma anlamına gelmektedir. Bağ kurma anlamına gelen ‘assosiasyon’ sözcüğünün karşılığıdır. İlginç olarak; tanım olarak ayrışma anlamına gelse de dissosiyasyon, bireyin travmatik yaşantılara karşı ruhsal yapısının bütünlüğünü korumaya ve ruhsal yapısını bir arada tutmaya çalışması sonucunda ortaya çıkmaktadır. Gelişimsel dönemde karşılaşılan tekrarlayıcı travmatik yaşantılara, kaygı verici dışsal durumlara veya kişinin iç dünyasının rahatsızlık verici uyaranlarına karşı bir savunma mekanizması olduğu kabul edilmektedir. Bu rahatsızlık verici uyaranların veya travmatik yaşantıların üstesinden gelme çabası olarak başlayan dissosiyatif durum, zamanla uyumsal olmayan bir hal alabilir. Savunma mekanizmalarının birçoğu gibi işlevsel bir amaç için kullanılması beklenen dissosiyasyon, amacının dışında (Örneğin; çok ağır biçimde veya devamlı surette) kullanıldığında çeşitli semptomlara neden olabilir. (11,166)

Dissosiyasyon bozukluklarının tarihi muhtemelen modern psikiyatri tarihinin öncesine dayanmaktadır ve modern psikiyatri tarihinin gelişiminin her safhasında farklı betimlemelerle yer aldığı söylenebilir. (167,168) Eski çağlardan beri; birçok kültürün tarihini anlatan hikayelerde posesyon (tutulma-çarpılma) olarak bahsedilen veya bir varlığın kişiye egemen olması (cin, şeytan gibi) şeklinde yaşantılar rapor edilmiştir. Bu alandaki modern çalışmaların, 19. yüzyıl sonlarında Pierre Janet ile başladığı kabul edilir. (11) Batı tıp literatüründe 19. yüzyıl sonlarına doğru “histeri” olarak tanımlanan ve özellikle kadınlarda görüldüğü öne sürülen yaşantılar rapor edilmeye başlanmıştır. (167) Pierre Janet, kişilerin travmatik yaşantılarını unutma ve normal bilinçten ayırma gibi eğilimlerinin olduğunu dile getirmiştir. (169) 20. yüzyılda daha ayrıntılı incelenen dissosiyatif bozukluklar sınıflandırılmaya başlanmıştır. (38,170–172)

Çocuk ve ergen dissosiyatif bozukluğunun tarihi de erişkin dissosiyatif bozukluklarla paralel ilerlemiştir. 19. Yüzyılda ilk modern tanımlamalar yapılmıştır. (173) Despine’in Estelle

adlı 11 yaşındaki vakası bildirilen ilk çocuk Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (DKB) vakası olarak kabul edilir. Despine dönemin yaklaşımlarıyla örtülü bir psikoterapi süreci yürütmüş ve 1840 yılında DKB psikoterapisi için geçerli ilkeleri yayınlamıştır (174) 1980’li yıllarda az sayıda çocuk-ergen olgu çalışması yayımlanmıştır. (175) (176) 1990 sonrası ise konu ile ilgili vaka serileri başlamıştır. Artan bildirimler klinik profillerin elde edilmesini ve travmanın dissosiyasyon yaşantılarının öncülü bir etken olduğunun fark edilmesini sağlamıştır. (177,178) Türkiye’de de aynı yıllarda dissosiyasyon için özelleşmiş kliniklerin kurulması, erişkin-çocuk-ergen vaka bildirimleri ve uluslararası alanda ses getiren yayınların yazılması ile dissosiyasyonun tarihsel sürecine önemli katkılarda bulunulmuştur. (11,168,179–181)

1.3.2. Epidemiyoloji

Dissosiyatif bozuklukların görülme sıklıkları değişkendir. Yapılan çalışmalarda; DKB sıklığı %1-1,5 oranında tespit edilmiştir ancak esnetilen DSM-V tanımı ile bu oranın %2-3 olmasının beklendiği belirtilmiştir. (11) (182) Dissosiyatif amnezi yaygınlığı ile ilgili de farklı raporlamalar mevcuttur. Türkiye’de kadınlarda %7.3 olarak bulunmuştur. (11,182,183) ABD’de Depersonalizasyon - Derealizasyon Bozukluğu için yaşam boyu yaygınlık %1 ile %3 aralığında belirtilmekteyken, depersonalizasyon bozukluğunun sıklığı Türkiye’de (Sivas) kadınlarda %2.4 olarak bulunmuştur. (11,182)

Dissosiyatif yaşantıların günlük yaşamda da görülebileceği bilinmektedir. Patolojik dissosiyasyon ile bu durumu ayırmak gerekmektedir. Patolojik dissosiyasyon; normal dissosiyasyondan miktar, şiddet ve tür olarak farklıdır ve özel şartlar altında oluştuğu bilinmektedir. (168) Dissosiyatif Bozukluk kavramı patolojik dissosiyasyonun klinik isimlendirmesidir. Genel popülasyonun %10’unda bir dissosiyatif bozukluğun bulunduğu rapor edilmiştir. Dissosiyatif bozuklukların birçoğu çocukluk döneminde başlamasına rağmen az miktarı çocukluk döneminde tanınabilmektedir. Dissosiyatif bozukluklar için, ülkemizde yetişkin psikiyatrisine ortalama başvuru yaşının 22-23 olduğunun belirtilmesine rağmen; 12 yaş altında tanı alan kısım %3, 12-19 yaş arasında tanı alan kısmı ise %8 olarak belirtilmiştir. (11,168) İstanbul Tıp Fakültesi çocuk ve ergen psikiyatri kliniğinde yapılan bir çalışmaya göre, polikliniğe başvuruda bulunan ergenlerde herhangi bir dissosiyatif bozukluğa rastlanma oranı %45.2; DKB oranı ise %16.4 olarak tespit edilmiştir. (184) Çocukluk çağında doğru tanının konulabilmesi önem arz etmektedir, çünkü bu yaş grubunda dissosiyatif bozuklukların daha kolay ve daha hızlı bir şekilde tedavi edilebilmesi mümkündür. Bununla birlikte; çocukluk

çağında tespit edilemediği için tedavi imkanı bulamayan olgularda ergenlik dönemi ve sonrasında yıkıcı-impulsif davranışlar, madde kullanımı, kendine zarar verici davranışlar, riskli cinsel yaşantılar ve intihar eğilimi gibi hayati tehdit edici durumlar görülebilmektedir. (11)

En kapsamlı dissosiyatif bozukluk olarak kabul edilen Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu'nda (Kimlik Çözülmesi Bozukluğu) bellek, bilinç, algılama, duygular, motor kontrol, davranışlar ve kimlik gibi işlevlerin hemen hepsinin etkilendiği bilinmektedir. Bu işlevlerin tamamının değil de bir bölümünün etkilendiği durumlar ise diğer dissosiyatif bozuklukları oluşturur. Bunlar; Unutkanlık Çözülmesi (Dissosiyatif Amnezi) (Füglü veya Fügsüz), Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon) / Gerçek dışılık (Derealizasyon) Çözülmesi ve Tanımlanmış Diğer Bir Çözülme Bozukluğu ve Tanımlanmamış Çözülme Bozukluğu olarak sınıflanmıştır. Tanımlanmış Diğer Bir Çözülme Bozukluğu grubunda; karışık çözülme belirtileriyle giden süreğen ve yineleyen sendromlar, uzun süreli ve yoğun bir biçimde baskı altında tutularak inandırılmaya bağlı kimlik bozukluğu, gerginlik yaratan olaylara bağlı akut çözülme tepkileri, çözülme esrimesi (trans) yer almaktadır. (3,11)

DSM-I'de psikonörotik bozukluklar kategorisinde "dissosiyatif reaksiyon" terimi yer almaktaydı. (171) DSM-II'de ise "histerik nöroz" kategorisi ile dissosiyatif durumlar tanımlanmış ve içeriğinde konversiyon veya dissosiyatif alt tiplerle sınıflanmıştı. (172) "Histeri" kavramı DSM-III'te farklı tanısal alanlara dağıtılmıştır. DSM-III'e göre dissosiyatif bozuklukların temel özelliği, "bilinç, kimlik veya motor davranışın normalde bütünleştirici işlevlerinde değişiklik" olarak kabul edilmiştir. Konversiyon bozuklukları ise somatoform bozukluklarla gruplandırılmıştır. (39) DSM-III-R'de dissosiyatif bozuklukların temel özelliği vurgulanırken "motor davranış" yerine "bellek" kullanılmış, DSM-IV'te ise "algı" bu listede yer almıştır. (38,170) Son olarak, DSM-V tüm bu listeyi kapsamış ve dissosiyatif bozuklukları, "bilinç, bellek, kimlik, duygu, algı, beden temsili, motor kontrol ve davranışın bütünleştirilmesinde bozukluklar" olarak tanımlamıştır. Bununla birlikte; DSM-V'te DKB tanısı A ve B kriteri esnetilmiş, yaşantıların hasta tarafından bildirilmesi yeterli kabul edilmiş, kişilik durumlarının kontrolü ele alma şartı kaldırılmıştır. Dissosiyatif Füğ ayrı bir bozukluktan ziyade Dissosiyatif Amnezinin alt tipi şeklinde tanımlanmıştır. Depersonalizasyon Bozukluğu tanısı ise Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon) / Gerçek dışılık (Derealizasyon) Çözülmesi olarak genişletilmiştir. Özetle; günümüzde, DSM-V dissosiyatif bozuklukları beş ana kategoriye ayırmaktadır: Dissosiyatif Amnezi, Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu,

Depersonalizasyon/Derealizasyon Bozukluğu, Dissosiyatif Bozukluk - Diğer Tanımlanmış ve Tanımlanmamış (3,168,185)

1.3.3. Etiyoloji

1.3.3.1. Çocukluk Çağı Travmaları

Dissosiyatif bozukluklar, psikiyatrik hastalıklar içerisinde etiyolojik olarak çevresel faktörler ile ilişkisi en sık bildirilmiş olan bozukluklardır. DKB’de çocukluk çağı travmaları sıklıkla bildirilmekte hatta DKB çocukluk çağı istismarının sebep olduğu kronik bir travma sonrası dissosiyatif psikopatoloji olarak tanımlanmaktadır. (11,168,173)

Erken yaşam deneyimleri olarak baş edemeyeceği durumlarla karşılaşan çocuklar (istismar-ihmal gibi) fiziksel olarak kurtulma imkanının bulunmadığı bu durumlarla mücadele edebilmek için gerçeği değiştirme, hayalleştirme, içsel-zihinsel kaçış odakları bulma gibi yollara başvurulabilir. Travma tekrarlayıcı şekilde devam ederse bu dissosiyatif beceriler aşırı veya anormal şekilde kullanılarak patolojik durumlara yol açabilir. Bu sayede çocuk travmanın kurbanı rolünden çıkmaya çalışır ve ruhsal homeostazisini korumaya çabalar; travma ile ilgili anı, duygu ve düşünceleri bilinçten uzaklaştırmış hatta koparmış olur. Dissosiyatif savunmanın travmatik yaşantılarda iki önemli işlevi vardır: Travmanın ani ve yıkıcı etkisinden uzaklaşmak ve fiziksel çaresizlik durumuna rağmen denetimi yitirme hissi ile baş etmeyi sağlamak. (166)

Birçok DKB vakasında, çocukluk çağında tekrarlayan şekilde invazif, korkutucu ve acı verici tıbbi müdahalelere maruz kalma öyküsü bulunduğu bilinmektedir. Bu tıbbi müdahalelerin, DKB vakalarında ayrıca travmatik bir etki yapabileceği ileri sürülmüştür. (11)

1.3.3.2. Aile Ortamı ve Bağlanma

Kişinin yaşadığı aile ortamı ve çevresel koşullar, istismar ve ihmal gibi travmatik yaşantılardan bağımsız olarak dissosiyasyon şiddeti ile ilişkili gözükmektedir. “Görünürde normal aile” olarak tanımlanan ve açık bir kötü muamele gözükmeyen ancak örtülü işlev bozuklukları mevcut olan aileler tanımlanmıştır. Ebeveynler arasında geçimsizlik, aldatma, sevgi gösterememe, çocuklar arasında ayırım yapma veya önemli sırların varlığı gibi ilişkisel sorunlar bulunabilir. (11,173,186)

Dissosiyatif Bozukluklar'ın bağlanma bozuklukları ile de ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Dissosiyasyon, John Bowlby'nin ebeveyn kaybı yaşayan çocuklarda tanımladığı ayrılık etkisine benzetilmiş ve birincil bağlanma figürünün kaybı ya da ilgisizliğinin, travmatik deneyimlerle birleştiğinde dissosiyatif bozukluklara yol açabileceği belirtilmiştir. Ayrıca, Liotti tarafından 1992 yılında D-tipi olarak adlandırılan özgün bir bağlanma bozukluğunun da dissosiyasyon gelişimine yatkınlığı artırabileceği öne sürülmüştür.(11,168,187,188)

1.3.3.3. Hayali Arkadaş

Erişkin DKB tanılı bireylerin çoğunluğunun çocukluk döneminde hayali arkadaşları olduğu bilinmektedir. Aynı şekilde, dissosiyatif bozukluğu tanısı konulan çocukların %84'ünün hayali arkadaşları olduğu tespit edilmiştir. Bu normatif hayali arkadaşların travmanın devam etmesiyle alter kişiliklere dönüşebileceği veya DKB'li bireylerde ilk olarak hayali arkadaşlar olarak ortaya çıkan alterlerin daha sonra içselleştirilmiş bir kişilik haline dönüşebileceği ileri sürülmüştür. (168)

1.3.3.4. Nörobiyolojik Etkenler

1.3.3.4.1. Orbitofrontal Model (Orbitofrontal Hipotez)

DKB nörobiyolojisinde son yıllarda 'orbitofrontal hipotez' öne çıkmaktadır. Erken psikolojik travmadan etkilendiği bilinen orbitofrontal lobu merkez alan bir model üzerinde çalışmalar yoğunlaşmıştır. Buna göre; orbitofrontal lobda hipoperfüzyon, normal kontrollere göre amigdala ve hipokampusta küçülme tespit edilmiştir. Ayrıca parahipokampal girus hacminde azalma tespit edilmiştir ve bu durumun dissosiyasyon ile güçlü şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir. (189–192)

Orbitofrontal korteksin (OFK), insan beyninde son gelişen bölgelerden biri olduğu ve duygu kontrolündeki önemi bilinmektedir. Schore'a göre, orbitofrontal korteks gelişimi, duygu düzenlemesi ve bağlanma arasında ilişkiler mevcuttur. Çocuklukta fiziksel istismara maruz kalmış çocuklarda, bu bölgenin hacmi daha küçüktür ve bu durum sosyal yaşamdaki zorluklarla ilişkilidir. (193,194) Bu gözlemlerle uyumlu şekilde ve nörogelişimsel bir yaklaşımla Forrest 2001 yılında, DKB için "orbitofrontal modeli" önermiştir. Buna göre, orbitofrontal korteksin inhibitör işlevleri ile birtakım zihinsel durumların (Örneğin, dissosiyatif

kimliklerin) gelişiminde önemli olabileceğini ileri sürmektedir. OFK'nın inhibitör rolü, çocuğun travmatik veya stresli deneyimleri esnasında ortaya çıkan çelişkili benlik temsillerini veya bilişsel sistemleri baskılamada önemli bir rol oynayabilir. Bu baskılama; günlük yaşamda bireyin işlevselliğini korumasını sağlamaya çalışırken, farklı kimlikler veya benlik parçalarının ayrılmış bir şekilde deneyimlenmesine ve bireyin diğer kimliklerin deneyimlerini hatırlamadığı amnezi engellerinin oluşumuna katkıda bulunabilir. (195)

1.3.3.4.2. Lateralizasyon ve Bağlantılar

Dissosiyatif bozuklukların nörobiyolojisiyle ilgili yapılan çalışmalar, lateralizasyon ve beyin bölgeleri arasındaki bağlantılar üzerine de odaklanmaktadır. Örneğin, sağ yarımkürenin sağ amigdala, sağ hipokampus ve anterior singulat ile birlikte travmatik anıları işleme ve post-travmatik süreçleri yönlendirme üzerinde önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Sol prefrontal korteks (PFK) ise dissosiyatif fenomenlerle ilişkilendirilmiştir. Sol prefrontal korteksin, TSSB'nin dissosiyatif alt tipi veya DKB belirtileriyle ilişkili olabileceği düşünülmektedir. (196–198)

Allan Schore; sağ beynin, duygusal stresörlerle başa çıkabilmek için dissosiyasyon gibi savunma mekanizmalarında temel bir rol oynayabileceğini ileri sürmüştür. Nörobiyolojik verilere göre ise; dissosiyasyonun temel belirtileri sol beyin yarımküresiyle ve özellikle sol PFK ile ilişkilendirilmektedir. Diğer beyin yapılarında hacim azalması görülürken, dissosiyatif fenomenlerle ilişkilendirilen sol PFK kalınlığının olası bir nörokoruyucu mekanizmayı işaret edebileceği ileri sürülmüştür. (197–199)

Çocukluk çağında yaşanan olumsuz deneyimlerin nörobiyolojik etkilerinin incelemelerinde; iki yarımkürenin (özellikle korpus kallozum) veya önemli beyin bölgelerinin aralarındaki bağlantıların azaldığını rapor eden çalışmalar mevcuttur. (198,200–202)

Dissosiyasyon bozukluklarında genetik faktörlerin rolü birçok spekülasyon içerse de yapılan öncü çalışmalara göre genetik etmenlerin önemli olduğu düşünülmektedir. Dissosiyatif amneziye dair nörobiyolojik çalışmalarda organik amnezik bozukluklara benzer bulgular rapor edilmiştir. Bununla birlikte; depersonalizasyona yol açabilen nörotransmitter sistemleri tanımlanmıştır. (Glutamat-NMDA (N-metil-D-aspartat) reseptör antagonistleri, opioidler, halüsinojenler, kannabinoidler gibi) (168)

1.3.4. Tanı Ölçütleri

1.3.4.1. Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (Kimlik Çözülmesi Bozukluğu)

DKB; temel belirtilerin kimlik ve bellek ile ilgili olduğu, farklı kişilik durumlarının aynı kişide birbirinin yerini alarak varlığını sürdürmesi durumudur. İleri derecede ayrılmış bu alter kişilikler, düşünce süreci ve eylem başlatma yetisine sahiptir. DSM-IV tanımlamasına göre yapılan çalışmalarda DKB sıklığı %1-1.5 olarak tespit edilmiş olup DSM-V'in genişletilen tanımına göre bu oranın %2-3 düzeyine yükselmesi beklenmektedir. Klinik popülasyonlarda kadınlarda daha fazla görülmekle birlikte, genel popülasyonda ve ergenlerde cinsiyet oranları arasında fark saptanmamaktadır. DKB'nin birincil belirtileri arasında depersonalizasyon, derealizasyon, amnezi, kimlik konfüzyonu ve kimlik alterasyonu bulunur. Ancak, DKB'nin tanınmasını sağlayacak olan bulgularının ikincil belirtiler olduğu söylenmektedir. Klinik başvurular da genellikle bu ikincil belirtiler ve eş tanılar sebebiyle olmaktadır. Hastanın zamanının çoğunluğunu kapsayan ev sahibi kişiliğinin, genellikle kronik olarak depresif semptomlar gösterdiği bilinmektedir. (11) DSM-V'e göre Dissosiyatif Kimlik Bozukluğu (Kimlik Çözülmesi Bozukluğu) tanısı "Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları" bölümünde yer almaktadır.

Tablo 2-3. DSM-V'e göre DKB Tanı Ölçütleri

Kimlik Çözülmesi Bozukluğu 300.14 (F44 .8)
A. İki ya da ikiden çok ayrı kişilik durumu ile belirli kimlik bölünmesi. Bu durum, kimi kültürlerde cin çarpması yaşantısı olarak tanımlanır. Kimlikte bu bölünme, kendilik duyumunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin belirgin olarak bozulmasını kapsar ve duygulanım, davranış, bilinçlilik, bellek, algı, biliş ve/ya da duyuşal-motor işlevsellikte bununla ilişkili değişiklikler bulunur. Bu belirti ve bulgular, başkalarınca gözlenebilir ya da kişi bunları bildirir.
B. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, günlük olayları, önemli kişisel bilgileri ve/ya da örseleyici olayları anımsarken yineleyici boşluklar olması.
C. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

- D. Bu bozukluk, genel kabul gören kültürel ya da dinsel bir uygulamanın bir bölümü değildir. Not: Çocuklarda bu belirtiler İmgesel oyun arkadaşları ya da başka düşlemsel oyunlarla daha iyi açıklanamaz.
- E. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. alkol entoksikasyonu sırasında ortaya çıkan bilinç kararmaları ya da davranış kargaşaları) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel nöbetler) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

1.3.4.2. Dissosiyatif Amnezi (Unutkanlık Çözülmesi)

Dissosiyatif amnezi, kişisel bilgilerin normal bir unutkanlıkla açıklanamayacak şekilde hatırlanamamasıdır. Kişi anılarını ve bu anılar ile ilişkili duygu ve düşüncelerini hatırlamayabilir. Amnezi genellikle ani bir şekilde başlayıp biter ancak yavaş başlangıçlı (baş ağrısı veya bilinç bulanıklığının eşlik edebildiği) olan dissosiyatif amneziler de bildirilmektedir. Dissosiyatif amneziye füğ eşlik edebilir veya etmeyebilir. Füğ, bellek kaybına eşlik eden amaçlı veya şaşkınca dolaşma ile karakterize bir durumdur. Klinikte en çok görülen lokalize (sınırlı) tipte amnezidir. Bu durum; genellikle travmatik bir olay sonrası birkaç saati hatırlamama şeklindedir, belirli ve sınırlı bir zaman dilimine özgüdür. Seçici amnezide belirli bir zamandaki olayların bir kısmı hatırlanamaz. Sistemik amnezide ise belirli ve birbirleri ile ilişkili bazı olaylara özgü amnezi gelişir. Sürekli tip amnezi ise belirli bir zamandan itibaren olan olayları hatırlamakta güçlük ve güncel olayları hemen unutma ile karakterizedir. Genelleşmiş tip amnezide ise kişi hayatının tümünü hatırlamaz. (11) DSM-V'e göre Dissosiyatif Amnezi (Unutkanlık Çözülmesi) tanısı “Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları” bölümünde yer almaktadır.

Tablo 2-4. DSM-V'e göre Dissosiyatif Amnezi Tanı Ölçütleri

Unutkanlık Çözülmesi (Dissosiyatif Amnezi) 300 .12 (F44.0)

A. Sıradan bir unutkanlıkla açıklanamayacak bir biçimde, genellikle örseleyici ya da gerginliği tetikleyici nitelikte, özyaşamöyküsüyle ilgili bilgileri anımsayamama.

B. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

C. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. alkol ya da kötüye kullanılan başka bir madde, bir ilaç) ya da nörolojiyi ilgilendiren bir durumun ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel nöbetler, gelip geçici geniş çaplı unutkanlık, kapalı baş yaralanması/çarpmayla baş yaralanmasının kalıntısı, nörolojiyi ilgilendiren başka bir durum) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, kimlik çözülmesi bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu, akut gerginlik bozukluğu, bedensel belirti bozukluğu, majör ya da ağır olmayan nörobilişsel bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Kodlama notu: Kaçış çözülmesi (dissosiyatif füğ) olmayan unutkanlık çözülmesi için kod 300.12 (F44.0)'dir. Kaçış çözülmesi ile birlikte unutkanlık çözülmesi için kod 300.13 (F44.1)'dir.

Varsa belirtiniz:

- 300.13 (F44.1) Kaçış çözülmesi ile birlikte: Kimliğini ya da diğer önemli özyaşamöyküsel bilgilerini unutmanın eşlik ettiği, görünüşte amaçlı gezinti ya da şaşkın bir biçimde dolaşma.

1.3.4.3. Depersonalizasyon (Kendine Yabancılaşma) - Derealizasyon (Gerçek Dışılık) Bozukluğu

Kişinin kendisine veya çevresine yabancılaştığı duygusu içinde olmasını tanımlar. Yaşayanlar tarafından; gerçek olmama, kendi vücudunu dışarıdan izleme, kendisini robot gibi hissetme, el-ayaklarının farklı olduğunu hissetme, duyguları hissedememe, yaşadığını hissedememe gibi tanımlanabilir. Derealizasyonda kişi; çevrenin gerçekdışı, farklı, uzak olduğunu hissedebilir. (11) DSM-V'e göre Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon) / Gerçek Dışılık (Derealizasyon) Çözülmesi tanısı "Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları" bölümünde yer almaktadır.

Tablo 2-5. DSM-V'e göre Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon) / Gerçek Dışılık (Derealizasyon) Çözülmesi Tanı Ölçütleri

Kendine Yabancılaşma (Depersonalizasyon)/ Gerçek Dışılık (Derealizasyon Çözülmesi 300.6 (F48.1) A. Sürekli ya da yineleyici, kendine yabancılaşma, gerçek dışılık yaşantıları ya da her ikisinin birlikte olduğu yaşantıların varlığı: 1. Kendine yabancılaşma (Depersonalizasyon): Kişinin düşünceleri, duyguları, duyumları, vücudu ya da eylemleriyle ilgili olarak gerçek dışılık, kendinden kopma ya da dışarıdan bir gözlemciymiş gibi olduğu yaşantıları (örn. algısal değişiklikler, zaman algısında çarpıklık, kendiliğin gerçek dışılığı ya da yokluğu, duygusal ve/ya da bedensel uyuşma). 2. Gerçek Dışılık (Derealizasyon): Çevredekilerle ilgili olarak gerçek dışılık ya da kopukluk yaşantıları (örn. insanlar ya da nesneler gerçekdışı, düşsel, sisli, cansız ya da görsel açıdan çarpık olarak yaşantılanır). B. Bu kendine yabancılaşma ya da gerçek dışılık yaşantıları sırasında gerçeği değerlendirme bozulmamıştır. C. Bu belirtiler, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

- D. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. nöbetler) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.
- E. Bu bozukluk, şizofreni, panik bozukluğu, majör depresyon bozukluğu, akut gerginlik bozukluğu, örselenme sonrası gerginlik bozukluğu ya da başka bir çözülme bozukluğu ile daha iyi açıklanamaz.
- F. Bu belirtiler, bir maddenin (örn. alkol entoksikasyonu sırasında ortaya çıkan bilinç kararmaları ya da davranış kargaşaları) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. kompleks parsiyel nöbetler) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

1.3.4.4. Tanımlanmış Diğer Bir Çözülme Bozukluğu

1.3.4.4.1. Karışık çözülme belirtileriyle giden süregelen ve yineleyen sendromlar

Genellikle DKB'nin eşik altı durumlarını tanımlamak için kullanılan bir tanıdır. Kendilik duygusunda belirgin olmayan kesintiler, kimlik dalgalanmaları veya posesyon dönemleri mevcuttur ancak dissosiyatif amnezi yoktur. (3,11)

1.3.4.4.2. Uzun süreli ve yoğun bir biçimde baskı altında tutularak inandırılmaya bağlı kimlik bozukluğu

Tehdit ve telkin altında bırakılma, beyin yıkama, işkence görme, olağandışı inançları olan topluluklar tarafından devşirilme gibi durumlar kimlik değişikliklerine sebep olabilir veya kişide kendisine veya yaşamına dair sorgulamalara yol açabilir. (3,11)

1.3.4.4.3. Gerginlik yaratan olaylara bağlı akut çözülme tepkileri

Stres yaratan yaşantıların ardından hemen ortaya çıkan bir aydan kısa dissosiyatif tabloları tanımlar. (3,11)

1.3.4.4.4. Çözülme Esrimesi (Dissosiyatif Trans)

Belirli bir noktaya odaklanma veya çevreye verilen tepkide azalma şeklinde ortaya çıkan ve işlev bozukluğuna sebep olan epizotları tanımlar. (3,11)

DSM-V'e göre Tanımlanmış Diğer Bir Çözölme Bozukluğu tanısı “Çözölme (Dissosiyasyon) Bozuklukları” bölümünde yer almaktadır.

Tablo 2-6. DSM-V'e göre Tanımlanmış Diğer Bir Çözölme Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Tanımlanmış Diğer Bir Çözölme Bozukluğu 300.15 (F44.89) Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, çözölme bozukluklarının belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların çözölme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmış diğer çözölme bozuklukları kategorisi, çözölme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce tartışılmak istendiğinde kullanılır. Yazarken, “tanımlanmış diğer çözölme bozuklukları” diye yazmanın ardından özel neden yazılır (örn. “çözölme esrimesi [trans]”). “Tanımlanmış diğer” adı kullanılarak belirlenebilecek görünümüler için örnekler şunlardır: 1. Karışık çözölme belirtileriyle giden süreğen ve yineleyen sendromlar: Bu kategori, kendilik duyumunda ve eylemlerini yönetebilirlik algısında sürekliliğin çok belirgin olmadan bozulduğu kimlik bozuklu-ğunu ya da unutkanlık çözölmesi olmadığını bildiren bir kişide ortaya çıkan kimlik değışikliklerini ya da cin çarpması yaşantısı dönemlerini kapsar. 2. Uzun süreli ve yoğun bir biçimde baskı altında tutularak inandırılmaya bağı kimlik bozukluğu: Yoğun bir biçimde, baskı altında inandırılmaya çalışılan kişiler (örn. beyin yıkama, zihin denetimi, tutsakken görüş aşılama, işkence, uzun bir süre siyasal olarak tutuklu kalma, tarikatlar/mezhepler ya da terör örgütlerine girme), uzun süreli kimlik değışiklikleri ya da bilinçli bir biçimde kimliğini sorgulama durumu gösterebilirler.
--

3. Gerginlik yaratan olaylara bağı akut çözülme tepkileri: Bu kategori, kimi zaman yalnızca birkaç saat ya da gün süren, bir aydan daha kısa süreli, gelip geçici, akut durumlar içindir. Bu durumlar, bilinçlilik durumunun kısıtlı olması ile belirlidir; kendine yabancılaşma; gerçek dışılık; algısal bozukluklar (örn. zamanın yavaşlaması, makropsi); kısa unutkanlıklar; gelip geçici stupor ve/ya da duyuşsal-motor işlevsellikte değişiklikler (örn. analjezi, paralizi).

4. Çözülme esrimesi (trans): Bu durum, çevresel uyaranlara karşı derin bir tepkisizlik ya da duyarsızlık ile kendini gösteren, yakın çevreyi, birden, tam olarak ya da bir ölçüde ayımsayamama ile belirlidir. Söz konusu tepkisizliğe, kişinin ayırımında olmadığı ve/ya da denetim altında tutamadığı küçük basmakalıp hareketler (örn. parmak devinimleri) eşlik edebileceği gibi, gelip geçici paralizi ya da bilinç yitimi de eşlik edebilir. Çözülme esrimesi, genel kabul gören kültürel ya da dinsel bir uygulamanın bir bölümü değildir.

1.3.4.5. Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluğu

DSM-V'e göre Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluğu tanısı “Çözülme (Dissosiyasyon) Bozuklukları” bölümünde yer almaktadır.

Tablo 2-7. DSM-V'e göre Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Tanımlanmamış Çözülme Bozukluğu 300.15 (F44.9)

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, çözülme bozukluklarının belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların çözülme bozuklukları tanı kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır. Tanımlanmamış, diğer çözülme bozuklukları kategorisi, çözülme bozukluklarından herhangi özgül biri için tanı ölçütlerini karşılamamanın özel nedeni klinisyenlerce belirlenmek istenmediğinde ve daha özgül bir tanı koymak için yeterli bilgi olmadığı durumlarda (örn. acil servis koşullarında) kullanılır.

1.3.5. Otizm Spektrum Bozukluğu ve Dissosiyatif Bozuklukların İlişkisi

OSB’de dissosiyasyon araştırmaları son yıllarda başlamış görünmesine rağmen, bu konuya olan ilgi daha eski tarihlere dayanmaktadır. Uzun yıllar boyunca araştırmacılar, otizmdeki gerçeklik algısını ve otizme dair özelliklerin bireylerin algısını nasıl değiştirebileceğini anlamaya çalışmıştır ve bu anlama çabası günümüzde hala sürmektedir. (203–206) OSB’li bireylerin zihinsel deneyimleri hakkında çok az şey bilinmektedir. (206,207)

OSB’de hayal kurma, soyut düşünme, gerçek dışını anlamlandırabilme gibi kavramlarda belirgin zorlanmanın olduğu uzun yıllardır bilinmektedir. Bu durum önceleri meta-temsili (meta-representasyonel) eksiklik kavramı ile zihin kuramı becerileri ve hayali oyunlar kapsamında incelenmiştir. Buna göre; bilişsel sistemde iki tür temsil olduğu teorisi öne sürülmüştür. Algılanan nesnenin birincil temsili ile birlikte gerçeklikten bağımsız bir temsili daha oluşturularak zihinselleştirildiği tanımlanmıştır. Otizmlili çocuklarda birincil temsillerin oluşabildiği ancak ikincil temsillerin oluşmasında anormallikler olduğu ve taklit oyunlarında bu nedenle zorluklar yaşadıkları ileri sürülmüştür. (203)

1996 yılında Scott ve Baron-Cohen yaptıkları bir araştırma ile otizmde gerçek dışı kavramını ve hayal gücünü incelemişlerdir. Çalışmada; yaşları 8-16 arasında değişen 15 otizmlili çocuktan birtakım nesnelerin gerçek ve gerçek dışı versiyonlarını çizmeleri istenmiş, sonuçlar zihinsel yetersizliği olan ve nörotipik kontrol grupları ile karşılaştırılmıştır. Çalışmacılar; OSB’li çocukların nesnelerin gerçek temsillerini çizmede başarılı olduklarını ancak gerçekdışı değişiklikleri hayal etme kısmında zorlandıklarını göstermişlerdir. Buna göre; otizmlili çocukların gerçekdışı değişiklikleri temsil etme yetilerinin zihinsel engelli çocuklardan daha zayıf olduğunu öne sürmüşlerdir. Aynı zamanda yaptıkları kontrollü deneyler ile bu zorluğun çocuğun yaratıcılık kapasitesindeki veya yürütücü işlevlerindeki spesifik bir eksiklikten kaynaklanmadığını göstermişlerdir. Buna göre; otizmde hayal gücü ve gerçekdışı kavramlarını anlamlandırabilme becerisinde sınırlı bir yetenek olduğunu iddia etmişlerdir. (205)

OSB’li erişkinlerle yapılan bir çalışma otizmde ‘self agency’ (öz eylem) yetisini değerlendirmiştir. Buna göre; OSB’de genel anlamda zihinleştirme (mentalizing)/zihin kuramı becerilerinin (başkasının düşünce, inanç veya niyetini anlama ve tahmin etme yeteneği) etkilendiği/azaldığı gösterilmiştir. Bununla birlikte, OSB’li bireylerde öz eylem yetisinin (bireyin kendi eylemlerinin kaynağı olduğunu bilmesi) korunduğunu belirtmişlerdir. Bu

bireylerde görülen sosyal etkileşimdeki zorlukların, zihin kuramı yeteneklerindeki bozulma ile ilişkilendirilebileceğini öne sürmüşlerdir. Araştırmacılar öz eylem yetisinin korunmasının; otizmlili bireylerin kendi davranışlarının farkında olma ve bu davranışları kontrol etme yeteneklerinin olduğunu gösterebileceğini ifade etmişlerdir. (208) Buna karşın 2015 yılında yazılan bir derlemede; Yüksek İşlevli Otizm (YİÖ) ve Asperger Sendromu olan bireylerin öz eylem yeteneklerinin kısıtlı olduğu ve bunun bir sonucu olarak kendi içsel duyuşsal motor ipuçlarına daha az güvendikleri, dışsal ipuçlarına ise daha fazla güvendikleri belirtilmiştir. İçsel ipuçlarına azalmış duyarlılığın, otizmde gözlemlenen zihin kuramı bozuklukları ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. (209) Bununla birlikte; OSB'li bireylerin, sosyal-iletişim zorlukları nedeniyle azalmış psikolojik öz-bilgiye sahip oldukları, buna karşın fiziksel öz-bilgilerinin sağlam olduğu ve bu durumun yetersiz detaylandırılmış bir benlik kavramı oluşturduğunu savunan teoriler mevcuttur. (210)

Son zamanlarda ortaya atılan bazı teoriler ile otizmdeki savunma mekanizmaları incelenmeye çalışılmıştır. Bazı teorisyenlere göre; sosyal ilişkilerde zorlanan OSB'li bireylerin bir savunma mekanizması olarak geri çekilmeyi kullandıkları ifade edilmiştir. (211) Cancino Botello ve arkadaşları 2016 yılında yayımladıkları yazılarında, otizmlili bireylerin çevreden gelen duyuşsal bilgileri farklı algılayabildiklerini (duyuş organlarında aşırı duyarlılık veya duyarsızlaşma) hatırlatmış ve bu bireylerde görülen tekrarlayıcı-kısıtlayıcı davranışların, rahatsız edici olarak algıladıkları bu uyarılara karşı bir savunma mekanizması olabileceğini ileri sürmüşlerdir. Buna göre, otizmlili bireylerin; çevrelerinden gelen uyarıları düzenlemek, kendilerini korumak ve kontrol etmek amacıyla tekrarlayıcı veya sınırlayıcı davranışlar sergileyebileceklerini ifade etmişlerdir. Ayrıca; otizmlili bireylerin duyuşsal algılamalarındaki farklılıkların anlaşılmasının bu kişilerin ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik müdahaleler geliştirmek için öneminden bahsetmişlerdir. (212)

Otizmde interosepsiyon becerileri de önemli bir inceleme konusudur. İnterosepsiyon, kişinin kendi bedeninin içsel durumunu doğru şekilde algılayabilme yeteneğini ifade eder ve duyuşsal bilinçlilik ve öz farkındalıkla ilişkilidir. Vücut içindeki duyuşsal sinyalleri almak, fark etmek, işlemek ve bütünleştirmekten oluşur. (213,214) 49 otizmlili çocuk ile yapılan bir çalışma interosepsiyon becerisini kalp atışı doğrulama görevi ile ölçmeye çalışmıştır. Katılımcılardan belirli bir süre boyunca kalp atışlarını saymaları ve sonunda kaç kalp atışı hissettiklerini raporlamaları istenmiş, interosepsiyon yetenekleri ve otizmin çekirdek belirtileri ile ilişkisi anlaşılmasına çalışılmıştır. (215)

Otizmli bireylerde aleksitimi de (duyguları tanımlama, anlama ve ifade etme zorluğu) sık görülen bir bulgudur. (216) Zdankiew ve arkadaşları 2011 yılında 205 erişkin ile yaptığı çalışmalarında; OSB tanılı bireylerin interoseptif duyarlılıklarının ve aleksitimi düzeylerinin normal popülasyona göre daha yüksek olduğunu, bu nedenle bu kişilerde somatoform bozuklukların daha çok görülebileceğini ileri sürmüşlerdir. Somatik dissosiyasyon ölçeği kullanarak öznel deneyimleri ölçtükleri çalışmalarında; kişide interoseptif sinyallere olan artmış duyarlılığın, bu duyguları anlama ve anlamlandırma zorluğu ile birleşerek yanlış yorumlamalara yol açabileceği ifade edilmiştir. Bu durumun semptomların kaynağını doğru şekilde belirlemekte zorluğa neden olduğu ve semptomların somatik bir hastalık olarak yorumlanmasını kolaylaştırdığı belirtilmiştir. (214)

Otizmli bireylerin kendilik algıları, gerçeklik ve gerçekdışı kavramları algılayışları muhtemel uzun yıllar sürecek disiplinler arası tartışmaların konusudur. Bununla birlikte; otizmli bireylerde komorbiditelerin sıklıkla görülmesi, travmatik yaşantıların, yoğun stres ve depresif yaşantıların sıklıkla bildirilmesi verbalizasyon becerileri kısıtlı olan bu grupta dissosiyatif yaşantıların olabileceğini düşündürmektedir. (7,9,15,28,80,217) OSB'li bireylerin dissosiyatif yaşantılarını tanımlayan çalışmalar çok az sayıda olmasına rağmen literatürde bu konu ile ilgili araştırmalar son yıllarda artış göstermiştir. (28)

Knoll'un 2008 yılında yaptığı çalışma, New York eyaletinde yaşayan 187 çocuğu (6-16 yaş) içermektedir. Katılımcılar; 79 YİO, 42 yüksek işlevli olmayan otizmli çocuk ve 66 adet nörotipik kontrol olarak belirlenmiştir. Ebeveynlere verilen bir ölçek ile değerlendirilen çocuklardan; nörotipik olarak gelişen grubun, somatizasyon alt ölçeğinde OSB gruplarına benzer puanlar aldığı görülmüştür. Çocuğun gastrointestinal problemler, kulak-burun-boğaz enfeksiyonları gibi semptomlarını ve doktor ziyaretlerini incelemekte olan bu somatizasyon alt ölçeğinde; YİO grubu yüksek işlevli olmayan otizm grubundan anlamlı olarak daha yüksek puan almıştır. (218) Bir başka çalışma ise; 38 otizmli çocuk ve ergenin nörotipik gelişen kontrol grubuyla karşılaştırılması şeklinde tasarlanmıştır. Otizm grubundaki çocuk ve ergenlerin standardize bir ölçek ile değerlendirilmesi sırasında somatizasyon alt ölçeği puanlarının nörotipik gelişen gruba kıyasla daha yüksek olduğu belirtilmiştir. Ancak çalışmacılar, somatizasyon alt ölçeği puanlarının gerçek somatizasyon semptomlarını yansıtmaktan ziyade, otizmli popülasyonda daha fazla tıbbi sorun ve bakım verenin tıbbi endişelerinin bir sonucu olabileceğini ifade etmişlerdir. (219) Somatik semptomların fazla olması bazı çalışmalarda somatik dissosiyasyon olarak değerlendirilmiştir. (204) Yapılan bir

çalışmada; 171 otizimli çocuk anksiyete bozuklukları açısından değerlendirilmiş ve daha yüksek anksiyete düzeyleri ile ilişkilendirilen faktörler araştırılmıştır. Buna göre; katılımcıların %43'ünün en az bir anksiyete bozukluğu için ölçek kesme puanlarını aştığı belirtilmiştir. Bununla birlikte daha yüksek anksiyete seviyelerinin; daha yüksek IQ (Intelligence Quotient) seviyeleri, işlevsel dil kullanımının varlığı ve daha yüksek düzeyde stereotipik davranışlar ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmada; 12 hastada somatizasyon bozukluğu tespit edilmiş ve bunlardan 7 tanesinin 70 üzeri IQ'ya sahip olduğu belirtilmiştir. (220)

Son yıllarda güncel bir konu olarak çalışmaların artış gösterdiği maladaptif daydreaming (uyumsuz hayal kurma) dissosiyatif bozukluklarla ilişkilendirilmektedir. (221) Malaptif daydreaming ile ilgili otizmde de bildirimler mevcuttur. 386 erişkin otizimli katılımcıyı içeren bir poster bildiriminde; hayallere ve düşüncelere dalma eğiliminin otizm özellikleri ile ilişkisi incelenmiştir. Araştırma sonuçlarına göre, otizm özellikleri yüksek olan bireylerde maladaptif hayal kurma semptomları daha yaygın olarak görülmektedir. Otizm şiddeti yüksek olan kişiler daha az şiddette otizme sahip kişilerle karşılaştırıldığında gündüz düşlerinde daha fazla şiddet ve trajik içerik sıklığı bildirilmiştir. Katılımcılar en yaygın hayal edilen kimliklerinin "kendinin daha iyi bir versiyonu" (%63) veya yeni bir kimlik (%54) olduğunu belirtmişlerdir. "Gerçek" kendini (%29), bir ünlüyü (%18) veya tanıdığı birini (%7) hayal etmek ise daha az yaygın olarak rapor edilmiştir. OSB'li bireylerde içsel hikayelere olan bu düşkünlüğün sosyal duygusal ihtiyaçlara ikincil olarak ortaya çıkıyor olabileceği ileri sürülmüştür. (207) 2023 yılında yayımlanan çalışmalarında ise West ve arkadaşları OSB tanısı olan ve olmayan erişkinlerin hayal kurma alışkanlıklarını değerlendirmişlerdir. Buna göre; OSB'li yetişkinlerin %42'sinde yoğun hayal kurma deneyimleri tanımlanmıştır. OSB tanısı olmayanlarda ise bu hayal kurma deneyimlerinin geniş otizm fenotipi özellikleri ile ilişkili olduğu ileri sürülmüştür. OSB'deki zihinsel deneyimlerin daha detaylı incelenmesi ve anlaşılmasının, bu popülasyon için müdahalelerin ve desteğin geliştirilmesine yardımcı olabileceği vurgulanmıştır. (206)

Otizimde dissosiyatif yaşantılara dair vaka bildirimleri ve araştırmalar da son yıllarda artış göstermiştir. Storch ve arkadaşları tarafından 2012 yılında 72 çocuk ve ergen ile yapılan bir anksiyete ölçeğinin geçerlilik güvenilirlik çalışmasında; katılımcıların %18'inin depersonalizasyon ve derealizasyon yaşantılarının olduğu bildirilmiştir. (222) (223) Rinaldi ve arkadaşları 2019 yılında, 8 dissosiyatif bozukluğu olan çocuğun hastane yatışlarını inceledikleri yazılarında bu çocuklardan bir tanesinin otizm olduğunu belirtmişlerdir.

Çalışmanın sonucunda; dissosiyatif bozukluğu olan pediatrik popülasyonun hastane yatışı ile tedaviye olumlu yanıt verebileceği ancak dissosiyatif bozukluğu olmayan hastalara göre yatış sürelerinin uzun olabileceği ve ebeveyn memnuniyetlerinin daha az olabileceği vurgulanmıştır. Otizm ve dissosiyasyon birlikteliği hakkında ek bilgi verilmemiştir. (224) Bir başka vaka bildiriminde ise OSB ve OKB'si olan 21 yaşında bir erkek hastanın uzun süreli bir dissosiyatif epizot geçirdiğinden bahsedilmiştir. Yazarlar; menenjit, ensefalit, deliryum, ilaçla tetiklenmiş bir psikotik epizot, dissosiyatif amnezi gibi ayırıcı tanıları arasında Tanımlanmamış Dissosiyatif Bozukluk ön tanısını ve olgunun hastane yatış sürecini sunmuşlardır. (225) Son olarak; 2022 yılında Libdeh ve arkadaşları 13 yaşında OSB tanısı olan bir erkek çocuğunun; son 6 ayda ortaya çıkan, ani başlayan ve sonlanan, tekrarlayıcı dolaşma nöbetleri nedeniyle bir nöroloji polikliniğine başvurması ile tanı konulan bir dissosiyatif füğ vakasını sunmuşlardır. Epilepsi öyküsü olmayan hastanın dolaşma nöbetlerinin sıklıkla kendisi için stres verici olaylardan sonra başladığı (beklenmedik gürültüler, diş hekimine gitme, sınıf arkadaşı ile tartışma gibi) belirtilmiştir. Ve bu dolaşma nöbetleri sırasında kendisi için olağandışı uzak ve bilinmez yerlere yürümesine rağmen güvende kaldığı, yoğun trafikli yollardan geçmediği, ebeveynlerini tanımadığı ve tam bir amnezi halinde olduğu rapor edilmiştir. (226)

Reuben ve arkadaşları 2021 ve 2022 yıllarında aynı veri seti üzerinde yaptıkları iki ardışık çalışma ile otizmlili erişkin bireylerde travma ve dissosiyasyon bozukluklarını incelemişlerdir. 2021 yılındaki ilk çalışma; 687 OSB tanılı yetişkine, çevrimiçi bir anket aracılığıyla travmatik deneyimlerinin ve ilişkili faktörlerin sorulmasına dayanmaktadır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre; katılımcıların %72'si cinsel saldırı, rahatsız edici veya istenmeyen cinsel deneyimler veya fiziksel saldırıya uğradığını bildirmiştir. Katılımcıların %44'ü ise TSSB kriterlerini karşılamıştır. Çalışmacılar, TSSB tanısı alanların çoğunluğunun interpersonal travma (IPT) (kişiler arası travma) yaşayanlar olduğunu göstermişlerdir. Bununla birlikte; IPT'nin psikoform ve somatoform dissosiyasyonla anlamlı bir şekilde ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir. Çalışmaya göre; katılımcıların %94'ü psikoform dissosiyasyonu gösteren ölçeğin en az bir alt ölçeğinde klinik olarak anlamlı bir aralıkta puan almış ve %83'ü ise bir dissosiyatif bozukluğa karşılık gelen bir puan almıştır. Somatoform dissosiyasyon ölçeğinden yüksek puan alanların oranı ise %32 olarak belirtilmiştir. Özetle; katılımcıların çoğunluğunun klinik olarak önemli düzeylerde psikoform ve somatoform dissosiyasyon yaşadıklarını ve dissosiyasyon düzeylerinin IPT deneyimlemiş olanlarda anlamlı olarak daha yüksek olduğunu raporlamışlardır. (227) Çalışmacılar önceki araştırmalarında OSB'li yetişkinlerin ölçek sonuçlarında TSSB için eşik değeri aşanların yüzdesi ile profesyonel olarak TSSB tanısı

konulanların yüzdesi arasında önemli bir fark olduğunu görmüşlerdir. (%44'e karşı %20) (227) Bunun üzerine 2022 yılında aynı veri seti ile bir araştırma daha yapmışlar ve bu farklılığın nedenlerini incelemişlerdir. Bu sırada bu grupta dissosiyasyonu tekrar incelemişler ve psikoform dissosiyasyon veya somatoform dissosiyasyonun, diğer faktörler kontrol edildiğinde TSSB tanısı için bir yordayıcı olmadığını tespit etmişlerdir. Bununla birlikte; dissosiyasyonun diğer belirleyicilerle olan ilişkisi ve etkileşiminin daha fazla araştırma gerektiren bir konu olduğunu vurgulamışlardır. (204)

Son olarak 2022 yılında otizmde dissosiyatif bozuklukları kapsamlı bir şekilde ele alan bir derleme yayımlanmıştır. Otizmde dissosiyasyonun ortaya çıkabileceği olası durumlar, eşlik eden psikiyatrik hastalıklar, literatürde bugüne kadar yapılan bazı araştırmalar tartışılmış ve dissosiyatif yaşantılar yaşadığını ifade eden otizmlili bireylerin öznel yaşantılarından örnekler paylaşılmıştır. Literatürdeki kısıtlı bilgi nedeniyle tedavi veya müdahale seçenekleri hakkında bilgi paylaşılammıştır. Otizmlili bireylerde dissosiyasyonun nedenleri, etkileri ve sınıflandırılması ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu ifade edilmiştir. (28)(228)

OSB'li bireylerde, travmatik yaşantılara sık rastlanması, dirençli depresyon, anksiyete bozukluğu gibi komorbid durumların sık görülmesi, maladaptif daydreaming gibi içsel yaşam deneyimleri bildirmeleri onların dissosiyatif yaşam deneyimlerini merak konusu haline getirmiştir. (9,14,27,207,217) OSB'deki içsel yaşantıları anlayabilmek, bu konudaki bilgiler günümüzde sınırlı olduğu için zor görünmektedir. OSB'de kendilik algısının ve öz eylem yetilerinin nasıl olduğu ve OSB'li kişilerin travmatik deneyimlerden nasıl etkilendiği ile ilgili bilgilerimiz henüz kısıtlıdır. (12,29,208–210) Orbitofrontal hipotez gibi modern nörobiyoloji ve psikiyatri biliminin birlikte çalışması ile otizmde görülen bu çok boyutlu ve karmaşık deneyimler anlamlandırılmaya çalışılmaktadır. (195,198) Bununla birlikte eğitim, tanılama ve müdahale imkanlarının gelişmesi ile otizmlili bireylerin toplumda görünürlüğü artmış ve otizmlili bireyler çeşitli forumlar, çevrim içi yayınlar ve kitaplar ile kendilerini ifade etmeye çalışmaya ve bu bireylerden bazıları dissosiyatif yaşantıları olduğunu bildirmeye başlamıştır. (1,229) Tüm bu faktörler göz önüne alındığında, otizmde dissosiyasyon bozukluklarını araştırmanın gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu konuyu daha fazla araştırmak, hem bu karmaşık bozuklukların daha iyi anlaşılmasına, hem de daha etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesine yardımcı olabilir.

Mevcut çalışmanın başlıca amaçları; OSB tanılı çocuk ve ergenlerin travmayı yaşayış, algılama, ifade etme biçimlerini değerlendirmek; bu grupta daha önce araştırılmamış olan

dissosiyatif yaşantılar ile ilişkisini incelemek ve OSB’de dissosiyatif yaşantılara yol açabilecek yapısal ve çevresel faktörlerin araştırılmasıdır.

Hipotezler

- 1- OSB’de travmatik yaşantılar ve TSSB daha sık görülür; bununla ilişkili olarak dissosiyatif yaşantılar beklenebilir.
- 2- OSB’de görülen dissosiyatif yaşantılar çocukluk ağı olumsuz yaşam deneyimleri ile ilişkilidir. (ocukluk ağı travması, zorbalık gibi)
- 3- OSB’de dissosiyatif yaşantılar otizm çekirdek belirtileri ile ilişkilidir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde örneklemin özellikleri, araştırma sürecinde kullanılan veri toplama araçları ve araştırmanın protokolü ile ilgili bilgiler yer almaktadır.

3.1. Örneklem

Araştırmanın örneklemini; 15.04.2023 – 01.06.2023 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran veya aynı poliklinikte takip edilmekte olan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve işleme ölçütlerini karşılayan 12-18 yaş arası DSM-V kriterlerine göre OSB tanısını karşılayan 59 hastadan oluşmaktadır.

3.1.1. Çalışmaya Dahil Edilme Kriterleri:

- 1) 12-18 yaş aralığında olmak,
- 2) DSM-V'e göre OSB tanı ölçütlerini karşılamak,
- 3) Standardize testler ile ölçülen IQ puanının 70 ve üzerinde olması,
- 4) Okuma-yazma biliyor olmak,
- 5) Genel tıbbi durumu bozan akut ya da kronik fiziksel bir hastalığının bulunmaması,
- 6) Nörolojik hastalığının bulunmaması,
- 7) Görme ve işitme engelinin bulunmaması,
- 8) Son 1 ay içerisinde belirgin stres faktörü yaşanmamış olması,
- 9) Son 1 aydır aynı ilaç ve doz ile stabil bir hastalık seyrine sahip olunması,
- 10) 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremzedesi olunmaması,

11) Gönüllü Bilgilendirme ve Onay Formu’nu katılımcının ailesinin imzalamış olması ve katılımcının kendisinin ve ailesinin çalışmaya katılmayı kabul etmesi olarak belirlenmiştir.

3.1.2. Çalışmaya Dahil Edilmeme Kriterleri:

- 1) Genel tıbbi durumu bozan akut ya da kronik fiziksel bir hastalığının bulunması,
- 2) Nörolojik hastalığının bulunması,
- 3) Görme veya işitme engelinin olması,
- 4) Zihinsel yetersizlik, psikotik bozukluk, bipolar bozukluk eş tanı varlığı,
- 5) Alkol ya da madde kullanım bozukluğu öyküsünün olması,
- 6) Okuma-yazma bilmiyor olmak,
- 7) Son 1 ay içerisinde belirgin stres faktörü yaşanmış olması,
- 8) Katılımcının kendisinin veya ailesinin çalışmaya katılmayı kabul etmemesi,
- 9) 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremzedesi olması olarak belirlenmiştir.

3.2. Araçlar

3.2.1. Sosyodemografik Veri Formu:

Çalışmaya dahil edilen tüm katılımcılar için araştırmacılar tarafından bir sosyodemografik veri formu hazırlanmıştır. Çalışmaya katılan çocuklar ve ebeveynlerine ait sosyodemografik özellikler, tıbbi ve psikiyatrik özgeçmişler öncelikle bu form ile sorgulanmaktadır. Ayrıca form içinde ebeveynlere yönelik çocuklarının yaşamış olabilecekleri zorbalık ve travmatik yaşantılarla ilgili bilgi bölümler mevcuttur.

Sosyodemografik veri formu üç temel bölümden oluşmaktadır:

a) Sosyodemografik veriler ve adres bilgileri: Bu ilk bölümde; çocuğun adı, soyadı, doğum tarihi, cinsiyeti, iletişim bilgileri, kardeş sayısı, eğitim durumu, özel eğitim süresi, tıbbi ve psikiyatrik özgeçmişi, varsa ilaç kullanımı; anne ve babanın yaşları, meslekleri, eğitim durumları, tıbbi ve psikiyatrik özgeçmişleri, varsa ilaç kullanımları, ailenin aylık geliri, medeni durumu, akraba evliliğinin olup olmadığı ve geniş ailenin psikiyatrik özgeçmişi sorgulanmaktadır.

b) Gebelik ve Doğum öyküsü: Gebeliğin planlı olup olmadığı, çocuğun doğum şekli, zamanı ve doğumdaki kilosu, annenin gebelik sürecinde alkol, sigara ve/veya madde kullanımı, annenin gebelik sürecinde ilaç kullanımı, gebelik ve doğum sürecinde komplikasyon varlığı sorgulanmaktadır.

c) Çocuğa ait özellikler: Çocuğun dil becerilerinin gelişimi, regresyon öyküsü, kendine zarar verici davranışlarının olup olmadığı, öz bakım becerileri, acı verici tıbbi müdahale veya ameliyat öyküsü, madde/alkol/sigara kullanımının olup olmadığı, hastane yatışının olup olmadığı gibi bazı ek bilgiler sorulmaktadır. Bununla birlikte bu bölümde; ebeveynlere yönelik ek sorular mevcuttur. Bunlar; çocuğun OSB tanısı ile ilgili bilgisinin olup olmadığı, çocuğun sosyal desteği (kaç arkadaşı olduğu, sorunlarını kimlerle paylaştığı gibi), ders başarısı (ders başarısında düşüş olup olmadığı), travmatik bir yaşantısının olup olmadığı (DSM-V'e göre travma tanımı yapıldıktan sonra), zorbalığa uğrayıp uğramadığı, zorbalığa uğruyorsa zorbalığın aileye göre şiddetinin sorgulanmasına yönelik sorulardır. (EK-3)

3.2.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni

Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - DSM 5 - Türkçe

Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY- DSM-5-T)

Çocuk ve ergenlerin geçmişteki ve güncel psikopatolojilerini DSM-V tanı ölçütlerine dayanarak değerlendirmek amacıyla kullanılabilen, yarı yapılandırılmış ve klinisyen tarafından uygulanan bir görüşme çizelgesidir. Çizelgenin ilk şekli; 1985 yılında Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) olarak Chambers ve arkadaşları tarafından oluşturmuş, ileriki versiyonları ise DSM-III ve DSM-IV tanı kriterlerine göre düzenlenmiş ve Kaufman ve arkadaşları tarafından “Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli” olarak güncellenmiştir. (230,231)

Görüşme çizelgesi başlıca üç bölümden oluşur: İlk bölümde; çocuk ve ailenin sosyodemografik özellikleri, şikayetler, tıbbi durumlar, psikiyatrik öz geçmişler, çocuğun gelişim öyküsü, çocuğun okuldaki ve evdeki işlev durumu ve yaşıt ilişkileri değerlendirilmektedir. İkinci bölüm; son iki aya ait olan şu anki durum ve geçmiş yaşantıları değerlendiren tarama sorularından oluşmaktadır. Üçüncü bölüm ise DSM-V'e göre tanıları doğrulayabilmek amacıyla oluşturulmuştur. Duygulanım bozuklukları, psikotik bozukluklar, anksiyete bozuklukları, davranış bozuklukları, travma ile ilişkili bozukluklar, madde kötüye kullanımı ve diğer bozukluklar açısından tamamlayıcı kontrol listelerini içermektedir. ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T ebeveyn ve çocuk ile bireysel görüşme şeklinde uygulanır ve çocuk ile ilgili olabilecek tüm kaynaklardan (çocuk, ebeveyn, okul) elde edilen bilgiler değerlendirilerek sonlandırılır.

2013 yılında; Kaufman ve arkadaşları DSM-V tanı kriterlerine göre çizelgeyi gözden geçirmiş ve güncel versiyonunu oluşturmuştur. DSM-V temelli güncel versiyonun Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Ünal ve arkadaşları tarafından yapılmıştır. (232) Mevcut çalışmada ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T; katılımcıların klinik tanılarını doğrulama, değerlendirme ve eş tanımlar açısından tarama amacıyla kullanılmıştır. (EK-4)

3.2.3. Çocukluk Çağı Otizm Değerlendirme Ölçeği (ÇODÖ)

Childhood Autism Rating Scale (CARS)

Schopler ve arkadaşları 1980 yılında o döneme değin otizm tanılmasında kabul edilen ölçekleri ve kabulleri derleyerek otizmi ayırt edebilmek için gereken temel ve önemli olabilecek özellikleri birleştirmiş ve yeni bir ölçek geliştirmişlerdir. Başlangıçta Çocukluk Psikozu Değerlendirme Ölçeği (ÇPDÖ) olarak adlandırılan bu ölçeğe daha sonrasında ise Çocukluk Otizmi Değerlendirme Ölçeği (ÇODÖ) adını vermişlerdir. (233) ÇODÖ; otizm belirtileri olan çocuklara tanı koyabilmek ve gelişimsel geriliği olan çocuklar ile otizmlilerden ayırmak için geliştirilmiş, klinisyen tarafından uygulanan bir değerlendirme aracıdır. ÇODÖ'nün ayırt edici özelliği klinik sezgi yerine davranışsal ve gözlemsel verilere dayanması ve bu sayede objektif bir değerlendirme imkanı sunmasıdır. 2 yaş ve üzeri olgularda uygulanabilen bu ölçek, aileden ve çocuk ile ilgili diğer kişilerden alınan bilgilere ve çocuğun direkt gözlemlenmesi ile elde edilen verilere dayanır. Otizm şiddetinin “hafif-orta” ve “ağır” olarak derecelendirilmesine olanak sağlar.

ÇODÖ; ‘İnsanlarla İlişki’, ‘Taklit’, ‘Duygusal Tepki’, ‘Vücut Kullanımı’, ‘Nesne Kullanımı’, ‘Değişikliklere Uyum Sağlama’, ‘Görsel Tepki’, ‘Dinleme Tepkisi’, ‘Tat, Koku ve Dokunma Tepkileri ve Kullanımı’, ‘Korku veya Ürkeklik’, ‘Sözel İletişim’, ‘Sözel Olmayan İletişim’, ‘Etkinlik Düzeyi’, ‘Entelektüel Yanıtın Düzeyi ve Uygunluğu’ ve klinisyenin davranışları otizm belirtileri açısından genel olarak değerlendirmesi ile elde edilen ve ilk başta doldurulması önerilen ‘Genel İzlenimler’ maddesi ile 15 alt başlıktan oluşmaktadır. Her madde 1-4 puan arasında yarımsar derecelik artışlar ile puanlanmaktadır. (1 puan= Çocuğun davranışı yaş grubu için normal sınırlarda, 2= Hafif derecede anormal davranışlar, 3= Orta derecede anormal davranışlar, 4= Aşırı derecede anormal davranışlar) Toplam puan 15 ve 60 puan arasında değişim gösterebilir. (15-30= Otizm yok; 30-37= Hafif-Orta Derecede Otizm; 38-60= Ağır Derecede Otizm)

ÇODÖ’nün Türkçe’ye uyarlanması ilk olarak Sucuoğlu ve ark. (1996) tarafından yapılmıştır. (234) Sonrasında Gassaloğlu, Baykara ve ark. (2016) tarafından geçerlilik ve güvenilirlik kapsamı genişletilmiştir ve otizm tanısı için kesim puanı 29,5 olarak belirlenmiştir. (235) Bununla birlikte; OSB tanısı için kesim puanının daha düşük olması gerektiğini savunan çalışmalar mevcuttur. (236) Mayes ve arkadaşları 2011 yılında yaptıkları bir çalışmada; yaş ilerledikçe ve IQ puanı arttıkça ÇODÖ toplam puanının düşebileceğini belirtmiş, YİO ve Asperger Bozukluğu olan çocuklar için ÇODÖ kesim puanının 25,5 olmasını önermişlerdir. (237) (EK-5)

3.2.4. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği) (ÇÇTÖ); Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994 yılında Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) adıyla çocukluk ve ergenlik dönemindeki ihmal ve istismar yaşantılarını geriye dönük olarak değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçek; ilk olarak 70 maddeden oluşacak şekilde geliştirilmiş olup, 1995 yılında 54 madde olarak ve 1998 yılında ise 28 maddelik kısa form olarak düzenlenmiştir. Ölçeğin ana hedefi; fiziksel, cinsel, emosyonel (duygusal) istismar ile fiziksel ve emosyonel ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak değerlendirmektir. Ölçek 12-18 yaş arası için de güvenilir ve geçerli bulunmuştur. (238–240) Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Vedat Şar ve arkadaşları tarafından 2012 yılında yapılmıştır. (241)

Ölçekte; duygusal istismarı değerlendiren 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddeler, fiziksel istismarı değerlendiren 9, 11, 12, 15, 17 numaralı maddeler, fiziksel ihmali değerlendiren 1,2, 4, 6, 26 numaralı maddeler, duygusal ihmali değerlendiren 5, 7, 13, 19, 28 numaralı maddeler ve cinsel istismarı değerlendiren 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddeler bulunmaktadır. Beşli likert tipi ölçeğin yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık şeklindedir. Her soru 1-5 arası puanlandırılarak toplam puan ve beş altı grup puanı hesaplanabilmektedir. Ölçek puanlanmasında; öncelikle ters maddeler düzenlenir ve bu maddelerden alınan puanlar ters çevrilir. (Örneğin; 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana dönüştürülür.) Bunlar olumlu ifadeler içeren madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28. maddelerdir. Bunun dışında ölçekteki üç madde travmanın minimizasyonunu ölçmekte, toplam puana etki etmemektedir. Bu nedenle bu maddeler de olumlu ifade içermesine rağmen ters çevirmeye gerek yoktur. Bu maddelerin amacı travmanın inkar düzeyini ölçmektir. Buna göre; madde 10, 16 ve 22 minimizasyon ile ilgili maddelerdir ve bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek puan) dikkate alınır ve 1 puan olarak sayılır. Toplam minimizasyon puanı 0-3 arasındadır. ÇÇTÖ toplam puanı ise beş altı puanın toplanması ile elde edilir.

Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmasında Şar ve arkadaşları; cinsel ve fiziksel istismar alt grupları için 5 puanın aşılmasının pozitif bildirim olarak sayılmasını; fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu puanın 7, duygusal ihmal için 12 ve ölçeğin toplam puanı için ise 35 puan olmasının uygun olabileceğini ifade etmişlerdir. (241) (EK-6)

3.2.5. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ)

Pynoos ve arkadaşları (1987) tarafından çeşitli travmatik yaşantılar sonrasında çocuk ve ergenlerdeki stres tepkilerini değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş 20 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. (242) 1988 yılında ölçek Pynoos ve Nader tarafından yeniden gözden geçirilmiş ve düzenlenmiştir. (243) ÇTSS-TÖ; 5’li likert tiptedir ve her bir madde ‘Hiçbir zaman’, ‘Çok az bir zaman’, ‘Az bir zaman’, ‘Çoğu zaman’, ‘Pek çok zaman’ olarak değişen yanıtlar içerir. Ölçeğin 1 ve 2. maddeleri travmatik yaşantının varlığını; 3, 4, 5, 6, 17, 19. maddeleri yeniden yaşantılamayı; 7, 8, 9, 10, 14, 16. maddeleri kaçınmayı; 11, 12, 15, 20. maddeleri ise artmış uyarılmışlık belirtilerini değerlendirmektedir. Kalan iki madde ise yas (madde 13) ve regresyon (madde 18) ile ilişkilidir.

Ölçek puanlanmasında; 7., 12., 15. maddeler ters puanlanan maddelerdir ve bu maddelerden alınan puanlar ters çevrilir. (Örneğin; 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana

dönüştürülür.) Toplam puanlamaya göre; 12-24 arası puanlar hafif düzeyde, 25-39 arası puanlar orta düzeyde, 40-59 arası puanlar ağır düzeyde, 60 ve üstü puanlar ise çok ağır düzeyde TSSB belirtilerini işaret etmektedir. Toplam puanın 40 ve üzerinde olmasının (ağır düzey ve çok ağır düzey) klinik TSSB tanısı ile korele olduğu gösterilmiştir. (244) Buna uygun olarak; bu araştırmada ölçeğin kesme puanı 40 olarak kabul edilmiştir.

Ölçeğin Türkçe geçerlik-güvenirlik çalışması Erden ve arkadaşları tarafından 1999 yılında yapılmıştır. (245) (EK-7)

3.2.6. Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (E-DYÖ)

Özgün adı Adolescent Dissociative Experiences Scale (ADES) olan bu ölçek, Armstrong ve arkadaşları tarafından 1997 yılında ergen yaş grubunda dissosiyatif yaşantıları taramak amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. (246) E-DYÖ tanı koydurucu bir ölçek değildir, tarama amaçlıdır ve dissosiyatif yaşantıların şiddetini ölçmekte faydalıdır. Ölçek 30 maddeden oluşmakta ve her bir madde 0-10 arasında (0- Hiçbir zaman; 10- Her zaman) puanlanmaktadır. Kişiden belirli bir yaşantıyı ne sıklıkta yaşadığını 0 ile 10 arasındaki bir sayıyı işaretleyerek puanlaması istenmektedir. Ölçek ortalama puanı; tüm maddelere verilen puanların toplamının toplam madde sayısı olan 30'a bölünmesi ile elde edilir. Maddeler; dissosiyatif yaşantıları temel olarak dört alanda inceler: Dissosiyatif amneziyi araştıran 2, 5, 8, 12, 15, 22, 27. maddeler; absorbsiyon ve imajinatif katılımı (hayallere dalma) araştıran 1, 7, 10, 18, 24, 28. maddeler; pasif etkilenmeyi inceleyen 4, 14, 16, 19, 23. maddeler ve depersonalizasyon ve derealizasyon yaşantılarını değerlendiren 3, 6, 9, 11, 13, 17, 20, 21, 25, 26, 29, 30. maddeler. Dissosiyatif amnezi maddeleri; bilgi işleme sürecinde dissosiyatif kopmaları yansıtan deneyimlerdeki hafıza boşluklarını inceler. Absorbsiyon ve imajinatif katılım maddeleri, gerçekliğin kaybolduğu anları ve bu davranışın kronikleşmesi durumunda gerçeklik ile hayal gücü arasında yaşanabilecek karışıklığı değerlendirmektedir. Pasif etki maddeleri, bireyin kendi bedeni ve duyguları üzerinde kontrol sahibi olmadığı deneyimleri tanımlar. Depersonalizasyon ve derealizasyon maddeleri, kişinin kendi bedeninden ve dünyadan kopuk hissetmesini yansıtır. (246)

E-DYÖ'nün Türkçe geçerlik ve güvenirliği Zoroğlu ve ark. tarafından 2002 yılında yapılmıştır. (247) (EK-8)

3.2.7. Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form (CABS-9)

Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form (CABS-9), Vessey ve arkadaşları tarafından 2019 yılında zorbalığa uğrayan öğrencileri tespit edebilmek amacıyla geliştirilmiş bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin orijinal hali olan Child-Adolescent Bullying Scale (CABS) ilk olarak 22 maddeden oluşturulmuş, daha sonra aynı çalışma grubu tarafından kısa forma dönüştürülmüştür. (248) Kısa form ile kalabalık uygulama alanlarında kolaylıkla kullanılabilmesi amaçlanmıştır. Likert tipi ölçekte; “1= Kesinlikle Katılmıyorum, 2= Katılmıyorum, 3= Katılıyorum, 4= Kesinlikle Katılıyorum” şeklinde kodlanabilen 9 soru bulunmaktadır. Ters kodlanmış madde bulunmamaktadır. Ölçeğin toplam puanı, her madde için belirlenmiş olan sayısal puanlar toplanarak hesaplanmaktadır. CABS-9 toplam puanının 9-17 arasında olması çocuğun zorbalık davranışlarına hiç veya çok az düzeyde maruz kaldığını; 18-26 arasında olması çocuğun zorbalık davranışlarına orta derecede maruz kaldığını; 27-36 arasında olması ise çocuğun zorbalık davranışlarına yüksek derecede maruz kaldığını göstermektedir.

Ölçeğin Türkçe uyarlaması orijinal haline uygun olarak 10-18 yaş arasındaki çocuk ve ergenler ile yapılmıştır. Ölçeğin güvenirlik çalışmasında elde edilen Cronbach alfa iç tutarlık katsayısı, ölçeğin toplam puanı için 0,88 olarak hesaplanmıştır. (249) (EK-9)

3.3. Araştırmanın Protokolü

Araştırma 01.04.2023 - 15.06.2023 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda gerçekleştirilmiştir. İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirilmiştir ve etik açıdan uygun bulunmuştur. (EK-1) Katılımcıların ebeveynlerine araştırmanın amacı ve yöntemi ile ilgili ayrıntılı bilgi içeren bir onam formu verilmiş ve yazılı onayları alınmıştır. (EK-2) Katılımcı ergenler araştırma ile ilgili bilgilendirilmiş ve sözel onayları alınmıştır.

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda OSB tanısı ile takip edilen hastaların ebeveynlerine telefon ile ulaşılmış ve çalışmaya katılmak için 01.04.2023-15.06.2023 tarihleri arasında kliniğimize davet edilmişlerdir. Katılımcılara ulaşmak için, iletişim bilgisi olarak kliniğimizde kayıtlı olan telefon numaraları kullanılmıştır.

Araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynler, OSB tanısı olan çocukları ile birlikte kliniğimize davet edilmiş, araştırma hakkında bilgi verilmiş ve katılımcılar ile psikiyatrik tanılarının doğrulanabilmesi ve değerlendirilebilmesi amacıyla görüşmeler yapılmıştır. Her katılımcı ve ailesi ile 30 dakika süren ön görüşmeler yapılmış, sosyodemografik bilgileri alınmış ve OSB tanıları doğrulanmıştır. OSB tanılarını derecelendirebilmek amacıyla ÇODÖ klinisyen tarafından uygulanmıştır. Çalışma için uygunluk kriterlerini karşılayan katılımcılar (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) ile aktif psikiyatrik tanılar ve eş tanılar açısından değerlendirilmiştir. Araştırmada güncel klinik durum değerlendirilmiştir. Katılımcı ile yapılan görüşmede; DSM-V'e göre travma tanımı katılımcıya açıklanmış, anladığından emin olunmuş ve ardından travmatik yaşantı varlığı ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T içerisinde yer alan travmatik yaşantılar listesi ile değerlendirilmiştir. Bu listedeki 'diğer' kısmına yazılan ve DSM-V'e göre travma kabul edilmeyen yaşantılar da ayrıca kaydedilmiştir. Katılımcı travmatik yaşantı tarifliyorsa ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T'nin TSSB eki ile tekrar değerlendirilmiştir. Travmatik yaşantı tarifleyen katılımcılara aynı zamanda yarı yapılandırılmış ÇTSS-TÖ uygulanmıştır. Bununla birlikte; tüm katılımcılara ÇÇTÖ, E-DYÖ ve CABS-9 öz bildirim ölçekleri verilmiştir ve katılımcılar çocukluk çağı travmaları, dissosiyatif yaşantıları ve zorbalık algıları açısından taranmışlardır. Daha sonra aile ile görüşme yapılmış, aileden anamnez alınmış ve çocuğun travmatik yaşantıları ile ilgili ebeveynlerden de bilgi alınmıştır. Tüm görüşmeler tek oturumda gerçekleştirilmiştir.

Araştırma süresince 191 hastanın bilgileri incelenmiş, 105 hasta işleme kriterlerini karşılamadığı için çalışmaya dahil edilmemiştir. İşleme kriterlerini karşılayan 86 hastaya ulaşılmış, 8 hasta araştırmaya katılmayı kabul etmediği için, 4 hasta ise IQ testine katılmayı kabul etmediği için araştırmaya dahil edilememiştir. Daveti kabul eden 74 katılımcı ile görüşme yapılmıştır. 10 hasta yapılan standardize testlerde IQ'sunun 70 altında çıkması sebebiyle, 2 hasta nörolojik komorbiditesi nedeniyle, 3 hastanın ise klinik muayenesinde OSB tanı kriterlerini artık karşılamadığının görülmesi üzerine işleme kriterlerini karşılamadığı için çalışmadan dışlanmıştır.

3.4. İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenler ortalama, standart sapma (SS) ve minimum-maksimum değerleri ile, kesikli değişkenler ise sayı (yüzde) ile raporlandı. Sürekli değişkenler normal dağılımı histogramların görsel değerlendirilmesi ve Shapiro-Wilk testi ile kontrol edildikten sonra

normal dağılan 2 grup arasındaki sürekli veriler bağımsız t-testi ile, normal dağılmayan gruplar Mann-Whitney-U testi ile karşılaştırıldı. Sürekli değişkenler ve kesikli değişkenler arasındaki ilişki ise Ki-kare testi veya Fisher'ın kesin testi ile analiz edildi. Normal dağılan numerik veriler için korelasyon analizinde Pearson, normal dağılmayan numerik veriler için korelasyon analizinde Spearman Korelasyon analizi kullanıldı. Bağımsız değişkenleri kullanarak sürekli bir bağımlı değişkeni modellemek için lineer regresyon yöntemi kullanıldı. İstatistiksel analiz SPSS sürüm 26.0 (IBM, New York, ABD) programı ile yapıldı ve $p < 0,05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.



4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Veriler

Araştırmaya 15 Nisan 2023 - 1 Haziran 2023 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine başvuran DSM-V kriterlerine göre OSB tanısı alan 12-18 yaş arasında olup dahil edilme kriterlerine uyan 59 hastanın verileri alınmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması 14,3 (Standart sapma (SS): 1,8, minimum (min) – maksimum (maks): 12-18) olduğu ve 47'sinin (%79,7) erkek olduğu görülmüştür. Katılımcıların birlikte yaşadığı kişi sayısı ortalaması 3,2 (SS: 1,1, min-maks: 1-8) ve kardeş sayısı ortalaması 1,2 (SS: 1,1, min-maks: 0-6) olduğu bulunmuştur. 56 (%94,9) katılımcının okula devam ettiği, 3'ünün (%5,1) okula devam etmediği, ortalama okula gitme yılının 8,3 (SS: 1,9, min-maks: 5-12) olduğu görülmüştür. 32 (%54,2) hastanın ise özel eğitim aldığı görülmektedir. Katılımcıların 17'sinin (%28,8) örgün eğitime devam ettiği, 39'unun (%66,1) kaynaştırma öğrencisi olduğu ve 3'ünün (%5,1) özel eğitim sınıfına (ÖES) devam ettiği görülmüştür. Katılımcıların özel eğitime ortalama 5,4 (SS 4,2, min-maks:0-14) yıl devam ettiği görülmüştür. Katılımcıların IQ değerleri sınır/borderline (70-90 IQ arası) ve normal (>90 IQ) olarak gruplandığında; 34 katılımcının sınır/borderline (%57,6) ve 25 katılımcının da normal (%42,4) IQ değerlerine sahip olduğu görülmüştür. Örneklemin yaş, cinsiyet, kardeş sayısı, IQ, okul ve özel eğitime katılma durumu, eğitime devam etme sürelerine ilişkin veriler **Tablo 4-1**'de gösterilmiştir.

Tablo 4-1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Veriler

Ortalama (SS, min-maks) / Sayı (Yüzde)		
Yaş		14,3 (1,8, 12-18)
Cinsiyet	Erkek	47 (%79,7)
	Kız	12 (%20,3)
Birlikte yaşadığı kişi sayısı		3,2 (1,1, 1-8)
Kardeş sayısı		1,2 (1,1, 0-6)
Okula Devam Durumu	Devam ediyor	56 (%94,9)
	Devam etmiyor	3 (%5,1)
	Okula Devam Süresi	8,3 (1,9, 5-12)

Özel Eğitim Süresi		5,4 (4,2, 0-14)
Sınıf Türü	ÖrgünEğitim	17 (%28,8)
	Kaynaştırma	39 (%66,1)
	ÖES	3 (%5,1)
Özel Eğitim	Alıyor	32 (%54,2)
	Almıyor	27 (%45,8)
IQ	70-90	34 (%57.6)
	>90	25 (%42.4)

Katılımcıların ebeveynlerinin özellikleri incelendiğinde; annelerin ortalama yaşının 42,4 (SS: 5,2, min-maks: 32-55) olduğu ve tamamının sağ olduğu görülmüştür. Katılımcılarının annelerinin ortalama eğitim sürelerinin 10,2 (SS: 4,8, min-maks: 0-18) yıl olduğu görülmüştür. Ayrıca; 16'sının (%27,1) çalıştığı, 13'ünün (%22,0) tıbbi hastalık tanısı olduğu görülmüştür. 12 (%20,3) annede psikiyatrik hastalık tanısı olduğu, bunlardan 5'inde (%8,5) majör depresyon bozukluğu, 5'inde (%8,5) anksiyete bozukluğu ve 2'sinde (%3,4) birden fazla psikiyatrik tanı olduğu görülmüştür. Katılımcıların babalarının ortalama yaşının 46,6 (SS 6,7, min-maks: 35-65) olduğu ve 56'sının (%94,9) sağ olduğu görülmüştür. Katılımcıların babalarının ortalama eğitim sürelerinin 9,8 (SS 4,1, min-maks: 0-16) olduğu görülmüştür. Ayrıca; 49'unun (%83,1) çalıştığı, 7'sinde (%11,9) tıbbi hastalık olduğu görülmüştür. 6 (%10,2) katılımcının babasında psikiyatrik hastalık tanısı olduğu, bunlardan 3'ünde (%5,1) majör depresyon bozukluğu, 1'inde (%1,7) anksiyete bozukluğu ve 2'sinde (%3,4) birden fazla psikiyatrik tanı olduğu görülmüştür. Anne-babalardan 4'ünün (%6,8) ayrı yaşadığı (boşanmış olduğu), 52'sinin (%88,1) birlikte yaşadığı ve 3'ünün (%5,1) vefat nedeniyle ayrıldığı görülmüştür. Ayrı olan 4 anne-babanın ise ortalama 9,5 (SS: 1,7, min-maks: 7-11) yıl ayrı olduğu bulunmuştur. Aile gelir durumları incelendiğinde; 24 (%40,7) ailenin asgari ücret ve altında gelir elde ettiği bulunmuştur. 6 (%10,2) anne-baba evliliğinin akraba evliliği olduğu görülmüştür. Ailedeki psikiyatrik bozukluklar incelendiğinde ise 19 (%32,2) hastanın ailesinde 1. kuşakta (anne, baba, kardeş) psikiyatrik hastalık tanısı olduğu, 1. kuşaktaki tanılar arasında en sık olarak 8 (%13,6) kişide anksiyete bozukluğu tespit edilmiş, 2. sıklıkta görülen bozukluğun ise 4 (%6,8) kişide bulunan MDB olduğu görülmüştür. 25 (%42,4) katılımcının 2. kuşak akrabalarında psikiyatrik hastalık bulunduğu ve 2. kuşakta en sık görülen hastalığın 7 (%11,9) kişide mevcut olan şizofreni olduğu görülmüştür. Örneklemin ebeveynlerine ait sosyodemografik veriler **Tablo 4-2'**de gösterilmiştir.

Tablo 4-2. Katılımcıların Ebeveynlerine İlişkin Veriler

Ortalama (SS, min-maks) / Sayı (Yüzde)		
Yaş	Anne	42,4 (5,2, 32-55)
	Baba	46,6 (6,7, 35-65)
Eğitim Süresi	Anne	10,2 (4,8, 0-18)
	Baba	9,8 (4,1, 0-16)
Çalışma Durumu	Anne	16 (%27,1)
	Baba	49 (%83,1)
Tıbbi Hastalık	Anne	13 (%22,0)
	Baba	7 (%11,9)
Psikiyatrik Hastalık	Anne	12 (%20,3)
	Baba	6 (%10,2)
Ebeveyn Birlikteliği	Birlikte Yaşıyor	52 (%88,1)
	Ayrı Yaşıyor/Boşanmış	4 (%6,8)
	Ebeveynlerden Biri Vefat Etmiş	3 (%5,1)
Aile Gelir Durumu	Asgari ücret ve altı	24 (%40,7)
	Asgari ücret üstü	35 (%59,3)
Akraba Evliliği	6 (%10,2)	

4.2. Gebelik Dönemi ile İlgili Değişkenler

Katılımcıların annelerinin gebelik süreçleri incelendiğinde; 47 (%79,7) katılımcının annelerinin gebeliklerinin planı olduğu, 12 (%20,3) katılımcının annelerinin gebeliklerinin ise planlı olmadığı görülmüştür. Tüm katılımcıların anneleri, gebelikleri süresince alkol veya madde tüketmediklerini beyan etmişlerdir. 2 (%3,4) katılımcının annelerinin gebelik süresince sigara içtikleri, 12'sinin (%13,6) ise ilaç kullandıkları görülmüştür. 12 (%20,3) katılımcının anneleri gebelikleri süresince komplikasyonları olduğunu beyan etmişlerdir. 6 (%10,2) katılımcı erken (prematür), 52 (%88,1) katılımcı zamanında (matür), 1 (%1,7) katılımcı ise geç (postmatür) olarak doğum bildirmiştir. 7 (%11,9) katılımcının doğumunda komplikasyon olduğu bilgisi alınmıştır. Doğum ağırlıkları incelendiğinde; 5 (%8,5) katılımcının 1500-2500 gr arası, 54 (%91,5) katılımcının ise 2500-4500 gr arasında doğum ağırlıkları bildirdikleri

görülmüştür. 12 (%20,3) katılımcının ise doğum sonrasında kuvözde kaldığı görülmüştür. Örneklemenin gebelik ve doğum süreçlerine ilişkin veriler **Tablo 4-3**'te gösterilmiştir.

Tablo 4-3. Gebelik ve Doğum Süreçlerine İlişkin Veriler

		Sayı (Yüzde)
Planlı Gebelik	Evet	12 (%20,3)
	Hayır	47 (%79,7)
Gebelikte Alkol Kullanımı		0 (%0)
Gebelikte Madde Kullanımı		0 (%0)
Gebelikte Sigara Kullanımı		2 (%3,4)
Gebelikte İlaç Kullanımı		8 (%13,6)
Doğum Zamanı	Erken Doğum	6 (%10,2)
	Miadında Doğum	52 (%88,1)
	Geç Doğum	1 (%1,7)
Doğumda Komplikasyon		7 (%11,9)
Doğum Kilosu	1500-2500 gram	5 (%8,5)
	2500-4500 gram	54 (%91,5)
Doğum Sonrası Kuvözde Kalma		12 (%20,3)

4.3. Katılımcı ile İlgili Değişkenler

Katılımcılara ait özellikler incelendiğinde; 13 (%22,0) katılımcıda ek bir fiziksel hastalık öyküsü olduğu; 47 katılımcının (%79,7) psikiyatrik tedavi aldığı; 12 tanesinin (%20,3) ise herhangi bir psikiyatrik tedavi almadığı saptanmıştır. En sık olarak 13 (%22,0) çocukta dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu nedeniyle ilaç kullanımı olduğu görülmüştür.

Katılımcıların eş tanılarına bakıldığında; 13 tanesinde (%22,0) Major Depresif Bozukluk, 4 tanesinde (%6,8) Ayrılık Kaygısı Bozukluğu, 7 tanesinde (%11,9) Sosyal Fobi, 19 tanesinde (%32,2) Özgül Fobi, 8 tanesinde (%13,6) Yaygın Anksiyete Bozukluğu, 20 tanesinde (%33,9) Obsesif Kompulsif Bozukluk, 2 tanesinde (%3,4) Enürezis (Noktürnal), 1 tanesinde (%1,7) Enkoprezis, 1 tanesinde (%1,7) Anoreksiya Nervosa, 57 tanesinde (%96,6) Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, 17 tanesinde (28,8) Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, 12 tanesinde (%20,3) İstençdışı Hareket (Tik) Bozuklukları, 2 tanesinde (%3,4)

Deri Yolma Bozukluğu, 2 tanesinde (%3,4) Çocuklukta Başlayan Akıcılık Bozukluğu (Kekeleme), 4 tanesinde (%6,8) Konuşma Sesi (Artikülasyon) Bozukluğu eş tanısı bulunmaktaydı. Katılımcılardan 58 tanesinde (%98,3) herhangi bir nedenle psikiyatrik servis yatışı bulunmamaktayken 1 adet (%1,7) katılımcının Anoreksiya Nervoza sebebiyle hastane yatışı bulunmaktaydı.

42 (%71,2) katılımcı öz bakımında bağımsız iken, 17 (%28,8) katılımcının ise kısmi bağımlı olduğu görülmüştür. 11 (%18,6) katılımcıda konuşma bozukluğu olduğu, 34 (%57,6) katılımcıda ise konuşmada gecikme olduğu görülmüştür. Katılımcılarda ilk kelimeyi söyleme yaşı ay olarak ortalama 21,0 (SS: 13,6, min-maks: 6-60) ay, ilk cümleyi söyleme yaşının ise ortalama olarak 37,5 (SS: 9,7, min-maks:14-84) ay olduğu görülmüştür. 9 (%15,3) katılımcıda regresyon öyküsü olduğu, 4 (%6,8) katılımcıda ise kendine zarar verici (self-mutilatif) davranış öyküsü olduğu görülmüştür. Hiçbir katılımcının madde kullanmadığı, 1 (%1,7) katılımcının alkol, 1 (%1,7) katılımcının sigara kullandığı görülmektedir. 1 (%1,7) katılımcının hastane yatışı olduğu, 6 (%10,2) katılımcının ise ders başarısında düşüş olduğu görülmüştür. Ders başarısında düşüş olan katılımcıların ortalama ders başarısı düşüş yılının 1,2 (SS 0,4, min-maks: 0-2) yıl olduğu bulunmuştur. Ortalama OSB tanı alma yaşı 7,1 (SS 3,9, min-maks:1,5-15) olarak bulunmuştur. 18 (%30,5) hastanın OSB tanısını bildiği görülmüştür. 21 (%35,6) katılımcı hiç arkadaşı olmadığını, 27 (%45,8) katılımcı 1-2 arkadaşı olduğunu, 11 (%18,6) katılımcı ise 2'den fazla arkadaşı olduğu beyan etmiştir. 18 (%30,5) katılımcının geçmişinde operasyon öyküsü olduğu görülmüştür. 17 (%28,8) katılımcının aileleri çocuklarının herhangi bir zorbalığa uğramadığını, 19 (%32,2) katılımcının aileleri çocuklarının bazen zorbalığa uğradığını, 23 (%39,0) katılımcının aileleri ise çocuklarının sıklıkla zorbalığa uğradığını belirtmişlerdir. Katılımcılara ilişkin veriler **Tablo 4-4**'te gösterilmiştir.

Tablo 4-4. Katılımcılara İlişkin Veriler

	Sayı (Yüzde) / Ortalama (SS, min-maks)
Regresyon	9 (%15,3)
Kendine Zarar Verici Davranış	4 (%6,8)
OSB Tanı Alma Yaşı	7,1 (3,9, 1,5-15)
OSB Tanısını Bilme Durumu	18 (%30,5)
İlk Kelime (ay)	21,0 (13,6, 6-60)
İlk Cümle (ay)	37,5 (19,7, 14-84)

Ek Fiziksel Hastalık		13 (%22,0)
Psikiyatrik İlaç Kullanımı		47 (%79,7)
Operasyon Öyküsü		18 (%30,5)
Aileye göre Zorbalık	Hiç	17 (%28,8)
	Bazen	19 (%32,2)
	Sıklıkla	23 (%39,0)
Arkadaş Sayısı	0	21 (%35,6)
	1-2	27 (%45,8)
	2'den fazla	11 (%18,6)
Öz-bakım Becerileri	Bağımsız	42 (%71,2)
	Kısmi	
	Bağımlı	17 (%28,8)

4.4. Klinik ile İlişkili Değişkenler

4.4.1. Travmatik Yaşantı ve Etkileri ile İlişkili Değişkenler

Yapılan yarı yapılandırılmış klinik görüşmelerde; DSM travma tanımına uyan travmatik yaşantı (DSM Travmatik Yaşantı) bildiren 12 (%20.3) kişi mevcuttu. 47 (%79.7) katılımcı DSM travma tanımına uygun bir travmatik yaşantı bildirmedi. 24 katılımcı (%40.6) DSM travma tanımına uymayan travmatik yaşantıları (DSM Dışı Travmatik Yaşantı) olduğunu bildirdi. (Katılımcılardan 14 tanesi (%23.7) travmatik yaşantı olarak zorbalığı beyan ettiler. 10 katılımcı ise %16.9 ise başka bir yaşantıyı travmatik olarak belirtti.) DSM ve DSM dışı travmatik yaşantılar birlikte değerlendirildiğinde ise katılımcıların 32 tanesinin (%54.2) travmatik yaşantı tariflediği, 27 tanesinin (%45.8) ise herhangi bir travmatik yaşantı tariflemediği görülmüştür. DSM'ye uygun travmatik yaşantı tarifleyen 12 kişiden 2 tanesinde (%16,6) ÇTTS-TÖ'de 40 ve üzeri puan saptanmıştır. DSM ve DSM dışı travmatik yaşantılar birlikte değerlendirildiğinde ise travmatik yaşantı bildiren 32 hastanın 9 tanesinde (%28,1) ÇTSS-TÖ'de 40 ve üzeri puan saptanmıştır. Örneklemin travmatik yaşantı ve etkileri ile ilişkili veriler **Tablo 4-5.**'te gösterilmiştir.

Tablo 4-5. Travmatik Yaşantı ve Etkilerine İlişkin veriler

		Sayı (Yüzde)
DSM	Evet	12 (%20.3)
Travmatik Yaşantı	Hayır	47 (%79.7)
DSM Dışı	Evet	24 (%40.6)
Travmatik Yaşantı	Hayır	35 (%59,4)
DSM + DSM Dışı	Evet	32 (%54.2)
Travmatik Yaşantı	Hayır	27 (%45.8)
DSM	ÇTTS-TÖ > 40	2 (%16,6)
DSM + DSM Dışı	ÇTTS-TÖ > 40	9 (%28,1)
Travmatik Yaşantı		

4.4.2. Ölçek Puanları ve Karşılaştırmaları

Katılımcılara görüşmeci tarafından otizm şiddetlerini değerlendirmek amacıyla ÇODÖ uygulanmış, travmatik yaşantı tarifleyen katılımcılara yarı yapılandırılmış ÇTSS-TÖ ölçeği uygulanmış ve tüm katılımcılardan çocukluk çağı travmatik yaşantılarını değerlendirmek için ÇÇTÖ, dissosiyatif yaşantıları değerlendirmek amacıyla E-DYÖ ve zorbalık yaşantılarının araştırılması için CABS-9 ölçeğini doldurmaları istenmiştir. Bu ölçeklere dair toplam ve alt skorlar aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Katılımcılara uygulanan ÇODÖ ölçeğinin sonuçlarına göre; ortalama ÇODÖ skoru 28.15 ± 2.69 şeklindeydi. CABS-9 ölçeğinin sonuçlarına bakıldığında; toplam puanların ortalaması 20.03 ± 6.98 olarak hesaplanmıştır. Tüm katılımcılar ölçeği doldurmuştur. ÇÇTÖ puanlarına bakıldığında; 55 hastanın ölçeği doldurabildiği görülmüştür. ÇÇTÖ toplam puanı (ÇÇTÖ-T) ortalama 35.02 ± 9.89 olarak saptanmıştır. ÇÇTÖ minimizasyon (ÇÇTÖ-MİN) alt alanı ortalama 1.22 ± 1.18 ; ÇÇTÖ fiziksel istismar (ÇÇTÖ-Fİ) alt alanı ortalama 5.87 ± 2.33 , ÇÇTÖ cinsel istismar (ÇÇTÖ-Cİ) alt alanı ortalama 5.33 ± 1.79 , ÇÇTÖ emosyonel istismar (ÇÇTÖ-Eİ) alt alanı ortalama 8.09 ± 4.49 , ÇÇTÖ fiziksel ihmal (ÇÇTÖ-FİH) alt alanı ortalama 6.22 ± 1.94 , ÇÇTÖ emosyonel ihmal (ÇÇTÖ-EİH) alt alanı ortalama 9.45 ± 4.08 şeklindedir. ÇTSS-TÖ'yü travma tarifleyen 32 katılımcıdan 27 tanesi doldurabilmiştir ve ortalama toplam puan 29.48 ± 16.61 olarak tespit edilmiştir.

Katılımcıların, 19 tanesi E-DYÖ'yü dolduramamıştır. 11 adet katılımcı ölçeği doldururken dikkatinin dağıldığını ve/veya sıkıldığını ifade etmiş, 2 tanesi ölçeği doldururken belirgin irritabilite gösterdiği için ölçek doldurmaya yarıda bırakmış ve 6 tanesi de ölçeği doldurmak istemediğini ifade etmiştir. Ölçeği doldurabilen 40 adet katılımcının E-DYÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 83.88 ± 60.15 ve E-DYÖ'den aldıkları ortalama puanların ortalaması 2.76 ± 2.00 şeklindedir. E-DYÖ doldurabilen 40 kişinin ortalama puanlarına bakıldığında; 5'i (%12.5), ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliğindeki dissosiyatif bozukluk kesim puanı olan 6,2 ve üstünde puan almıştır. Orijinal ölçek kesim puanı olan 4,9 kesim puanı olarak alındığında ise 6 kişinin (%15) ortalaması bu puanın üzerinde saptanmıştır. Orijinal ölçek TSSB kesim puanı için ortalama 3,7 puan önermiştir. Buna göre, araştırmadaki 10 kişinin (%25) kesim puanının üzerinde ortalama puan aldığı görülmüştür. Ölçeğin Türkçe geçerlik güvenirliğinde ise TSSB için kesim puanı 3,9 olarak belirlenmiş ve araştırmadaki 9 kişide (%22.5) bu kesim puanının üzerinde bir ortalama puan tespit edilmiştir. ÇTSS-TÖ'ye göre 40

ve üzerinde puan alan 8 kişiden 4'ünün (%50) E-DYÖ ortalama puanı 3,9'un üstünde saptanmıştır. Örneklemin ölçek puanları ile ilişkili veriler **Tablo 4-6. ve 4-7.**'de gösterilmiştir.

Tablo 4-6. Ölçek Puanları

	Ortalama $\pm$ SS
ÇODÖ-T (N:59)	28.153 $\pm$ 2.69
ÇÇTÖ-T (N:55)	35.02 $\pm$ 9.89
ÇTSS-T (N:27)	29.48 $\pm$ 16.61
E-DYÖ-T (N:40)	83.88 $\pm$ 60.15
E-DYÖ-Ort	2.76 $\pm$ 2.00
CABS-9-T (N:59)	20.03 $\pm$ 6.98

Sayısal değişkenler için ortalama $\pm$ SS olarak verilmiştir.

N: Kişi sayısı, SS: Standart sapma

Tablo 4-7. ÇÇTÖ-Alt Ölçek Puanları

(N:55)	Ortalama $\pm$ SS
ÇÇTÖ-T	35.02 $\pm$ 9.89
ÇÇTÖ-MİN	1.22 $\pm$ 1.18
ÇÇTÖ-Fİ	5.87 $\pm$ 2.33
ÇÇTÖ-Cİ	5.33 $\pm$ 1.79
ÇÇTÖ-Eİ	8.09 $\pm$ 4.49
ÇÇTÖ-FİH	6.22 $\pm$ 1.94
ÇÇTÖ-EİH	9.45 $\pm$ 4.08

Sayısal değişkenler için ortalama $\pm$ SS olarak verilmiştir.

N: Kişi sayısı, SS: Standart sapma

4.4.3. Travmatik Yaşantı Tarifleyen ve Tariflemeyen Grupların Ölçek

Puanlarına İlişkin Veriler

DSM'ye göre travmatik yaşantısı olan ve olmayan hastalarda ÇODÖ puanları karşılaştırıldığında travmatik yaşantısı olanlar (ortalama 27,5, SS:2,8) ile olmayanlar (ortalama 28,3, SS:2,7) arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0.249$). Ortalama E-DYÖ puanları (E-DYÖ-Ort) (travmatik yaşantısı olanlar ortalama 3,0, SS:2,1, travmatik yaşantısı olmayan 2,7, SS: 2,0), E-DYÖ toplam puanları (E-DYÖ-T) (travmatik yaşantısı olanlar ortalama 92,0, SS: 63,5, travmatik yaşantısı olmayan ortalama 82,2, SS: 60,3), E-DYÖ Depersonalizasyon-Derealizasyon (E-DYÖ-Dp-Dr) alt alanı puanları (travmatik yaşantısı olanlar ortalama 33,1, SS: 31,1, travmatik yaşantısı olmayan ortalama 31,5, SS: 28,7), E-DYÖ Amnezi (E-DYÖ-A) alt alanı puanları (travmatik yaşantısı olanlar ortalama 19,0, SS: 12,6, travmatik yaşantısı

olmayan ortalama 19,2, SS: 14,4), E-DYÖ-Pasif Etkilenme alt alanı puanları (travmatik yaşantısı olanlar ortalama 14,86, SS: 9,75) , travmatik yaşantısı olmayan ortalama 12,73, SS: 10,93), E-DYÖ Hayallere Dalma (E-DYÖ-H) alt alanı puanları (travmatik yaşantısı olanlar ortalama 25,0, SS: 17,2, travmatik yaşantısı olmayan ortalama 18,7, SS 12,5) ve CABS-9 toplam puanları (travmatik yaşantısı olanlar ortalama 20,7, SS: 7,0, travmatik yaşantısı olmayan ortalama 19,9, SS: 7,0), her iki grupta benzer bulunmuştur. ($p= 0,593$, $p= 0,593$, $p= 0,901$, $p= 0,915$, $p= 0,453$, $p= 0,413$, $p=0,932$) DSM'ye göre travma tarifleyen ve tariflemeyen gruplara ilişkin veriler **Tablo 4-8.**'de gösterilmiştir.

Tablo 4-8. DSM'ye göre Travmatik Yaşantısı Olan ve Olmayanlarda Ölçeklerin Karşılaştırılması

	Travmatik yaşantısı olan / Ortalama (SS)	Travmatik yaşantısı olmayan/ Ortalama (SS)	z	p
ÇODÖ Total Puan	27,5 (2,8)	28,3 (2,7)	-1.154	0.249
E-DYÖ Ortalama Puan	3,0 (2,1)	2,7 (2,0)	-0.534	0.593
E-DYÖ-Dp-Dr	33,1 (31,1)	31,5 (28,6)	-0.125	0.901
E-DYÖ-Amnezi	19,0 (12,6)	19,2 (14,4)	-0.107	0.915
E-DYÖ-Pasif Etkilenme	14,86 (9,75)	12,73 (10,93)	-0.750	0.453
E-DYÖ-Hayallere Dalma	25,0 (17,2)	18,7 (12,5)	-0.819	0.413
CABS-9 Toplam Puan	20,7 (7,0)	19,9 (7,0)	-0.085	0.932
ÇÇTÖ-T	37,91 (10,39)	34,30 (9,75)	-1,257	0,209
ÇÇTÖ-Fİ	6,09 (1,75)	5,82 (2,47)	-1,249	0,212
ÇÇTÖ-Cİ	5,00 (0,0)	5,41 (2,0)	-0,714	0,475
ÇÇTÖ-Eİ	9,45 (5,26)	7,75 (4,28)	-0,986	0,324
ÇÇTÖ-FİH	6,73 (1,55)	6,09 (2,02)	-1,874	0,061
ÇÇTÖ-EİH	10,36 (4,67)	9,23 (3,95)	-0,701	0,483
ÇÇTÖ-MİN	0,91 (1,13)	1,30 (1,19)	-1,044	0,297

Not: p: Mann Whitney U testi p değeri

Travmatik yaşantısı olan hastalarda (DSM'ye göre veya değil) travmatik yaşantı saptanan ve saptanmayan gruplar arasında ÇODÖ Total puan (travmatik yaşantı olan ortalama: 28,1, SS: 2,6, olmayan ortalama: 28,2, SS: 2,8), E-DYÖ Ortalama puan (travmatik yaşantı olan ortalama: 3,1, SS: 2,0, olmayan ortalama: 2,3, SS: 2,0), E-DYÖ Toplam puan (travmatik yaşantı olan ortalama: 92,8, SS: 58,3, olmayan ortalama: 70,5, SS: 60,9), E-DYÖ Depersonalizasyon-deralizasyon alt alanı (travmatik yaşantı olan ortalama: 36,0, SS: 28,9, olmayan ortalama: 25,4, SS: 28,1), E-DYÖ Amnezi alt alanı (travmatik yaşantı olan ortalama: 20,3, SS: 13,0, olmayan ortalama: 17,6, SS: 15,7), E-DYÖ Pasif Etkilenme alt alanı (travmatik yaşantı olan ortalama: 13,1 SS: 10,6, olmayan ortalama: 13,1 SS: 11,1) puanları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. ($p=0,820$, $p=0,267$, $p=0,256$, $p=0,261$, $p=0,553$, $p=0,991$). E-DYÖ Hayallere Dalma alt ölçek puanı; travmatik yaşantısı olanlarda (ortalama: 23,5, SS: 13,7), olmayanlara göre (ortalama: 14,4, SS: 11,4) daha yüksek bulunmuştur. ($p=0,034$). CABS-9 Toplam puanı travmatik yaşantısı olanlarda (ortalama: 22,3, SS: 6,0), olmayanlara göre (ortalama: 17,4, SS: 7,2) daha yüksek bulunmuştur ($p=0,006$). Travmatik yaşantı tarifleyen (DSM'ye göre veya değil) ve tariflemeyen gruplara ilişkin veriler **Tablo 4-9.**'da gösterilmiştir.

Tablo 4-9. Travmatik Yaşantısı (DSM'ye göre veya değil) Olan ve Olmayan Gruplarda Ölçeklerin Karşılaştırılması

	Travmatik yaşantısı olan	Travmatik yaşantısı olmayan	p	t/z değeri
ÇODÖ Total Puan	28,1 (2,6)	28,2 (2,8)	0,820 ^a	0.229
E-DYÖ Ortalama Puan	3,1 (2,0)	2,3 (2,0)	0,267 ^a	-1.126
E-DYÖ-Dp-Dr	36,0 (28,9)	25,4 (28,1)	0,261 ^a	-1.141
E-DYÖ-Amnezi	20,3 (13,0)	17,6 (15,7)	0,553 ^a	-0.599
E-DYÖ-Pasif Etkilenme	13,1 (10,6)	13,1 (11,1)	0,991 ^a	0.012
E-DYÖ-Hayallere Dalma	23,5 (13,7)	14,4 (11,4)	0,034^a	-2.198
CABS-9 Toplam Puan	22,3 (6,0)	17,4 (7,2)	0,006^a	-2.853
ÇÇT-T	36,34 (10,73)	33,54 (8,8)	0.331 ^b	-0.973
ÇÇTÖ-Fİ	6,07 (2,96)	5,65 (1,35)	0.874 ^b	-0.158
ÇÇTÖ-Cİ	5,62 (2,45)	5,0 (0,0)	0.177 ^b	-1.351
ÇÇTÖ-Eİ	8,55 (4,78)	7,58 (4,17)	0.493 ^b	-0.685
ÇÇTÖ-FİH	6,28 (1,57)	6,15 (2,31)	0.423 ^b	-0.801
ÇÇTÖ-EİH	9,72 (4,29)	9,15 (3,90)	0.670 ^b	-0.425
ÇÇTÖ-MİN	0,93 (1,1)	1,54 (1,20)	0.057 ^b	-1.902

Not: p^a: Bağımsız t testi p değeri; p^b: Mann Whitney U testi p değeri

4.4.4. ÇTSS-TÖ ve E-DYÖ ile İlişkili Veriler

ÇTSS-TÖ total puanı için 40 altı ve üstü çıkan hastalarda E-DYÖ ve alt alanları karşılaştırıldığında E-DYÖ puanlarının ortalaması, ÇTSS-TÖ değeri 40 üzeri olan hastalarda (ortalama 4,3, SS: 1,8), 40 altında olan hastalara göre (ortalama 2,4, SS: 1.9) daha yüksek bulunmuştur. ($p=0,014$) E-DYÖ toplam puanı ÇTSS-TÖ puanı 40 üzeri olan hastalarda (ortalama 130,4, SS: 54,1), 40 altında olan hastalara göre (ortalama 72,3, SS: 56,6) daha yüksek bulunmuştur ($p=0,013$). E-DYÖ-Dp-Dr ve E-DYÖ-Hayallere Dalma alt alanları ÇTSS-TÖ 40 üzeri olan hastalarda daha yüksek saptanmışken E-DYÖ-Pasif etkilenme ve E-DYÖ-Amnezi alt ölçek puanları arasında bir fark saptanmamıştır ($p=0,004$, $p=0,006$, $p=0,083$, $p=0,360$). ÇTSS-TÖ ve E-DYÖ arasındaki karşılaştırmalar ile ilgili veriler **Tablo 4-10.**'da verilmiştir.

Tablo 4-10. ÇTSS-TÖ ve E-DYÖ Karşılaştırılması

	ÇTSS-TÖ <40 Ortalama(SS)	ÇTSS-TÖ >40 Ortalama (SS)	z	p
E-DYÖ-Ort	2,4 (1,9)	4,3 (1,8)	-2,452	0,014
E-DYÖ-T	72,3 (56,5)	130,4 (54,1)	-2,622	0,013
E-DYÖ-Dp-Dr	25,3 (25,1)	57,6 (28,8)	-3,166	0,004
E-DYÖ-Pasif Etkilenme	11,8 (10,7)	18,3 (9,4)	-1,557	0,083
E-DYÖ-Amnezi	18,3 (14,1)	22,8 (13,9)	-0,798	0,360
E-DYÖ-Hayallere Dalma	16,8 (12,6)	31,8 (10,0)	-3,107	0,006

Not: p=Mann Whitney U testi p değeri

4.4.5. Korelasyon Analizleri

ÇTSS-TÖ toplam puanı (ÇTSS-TÖ-T), E-DYÖ ortalama puanı, E-DYÖ-Dp-Dr, ÇODÖ Toplam Puanı (ÇODÖ-T), CABS-9 Toplam Puanı (CABS-9-T) ve ÇÇTÖ toplam puanı ve alt ölçekleri arasındaki korelasyon incelendiğinde ÇTSS-TÖ değişkeninin; E-DYÖ-Ort ve E-DYÖ-Dp-Dr ile güçlü korele olduğu; ÇODÖ, CABS-9, ÇÇTÖ toplam puanı ve alt grupları ile korele olmadığı görülmektedir. E-DYÖ-Ort değişkeninin; E-DYÖ-Dp-Dr ile çok yüksek korele, ÇÇTÖ toplam puanı ile orta korele, ÇÇTÖ minimizasyon puanı ile negatif zayıf korele, ÇÇTÖ Fiziksel istismar ve emosyonel istismar alt ölçekleri ile orta korele olduğu görülmektedir. ÇODÖ sadece ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal alt ölçeği ile zayıf koreledir. CABS-9-T;

ÇÇTÖ Toplam puanı ve ÇÇTÖ Emosyonel istismar alt ölçeği ile zayıf koreledir. ÇÇTÖ Toplam puanı, ÇÇTÖ alt ölçekleri ile orta ile yüksek arası koreledir. Korelasyon analizlerine ilişkin veriler **Tablo 4-11.**'de gösterilmiştir.

Tablo 4-11. Korelasyon Analizlerine İlişkin Veriler

	ÇTSS- TÖ-T	E- DYÖ- Ort	E- DYÖ- Dp-Dr	ÇODÖ- T	CABS- 9-T	ÇÇTÖ- T	ÇÇTÖ- Min	ÇÇTÖ- Fİ	ÇÇTÖ- Cİ	ÇÇTÖ- Eİ	ÇÇTÖ- FİH	ÇÇTÖ- EİH
ÇTSS- TÖ-T	1	,609 ,003	,708 <0,001	-,106 ,598	,149 ,458	,097 ,646	-,150 ,475	-,124 ,554	,230 ,269	,048 ,821	-,072 ,731	,103 ,624
E- DYÖ- Ort	,609 ,003	1	,962 <0,001	-,097 ,553	,305 ,056	,462 ,003	-,348 ,028	,428 ,006	,153 ,345	,438 ,005	,192 ,234	,207 ,199
E- DYÖ- Dp-Dr	,708 <,001	,962 <,001	1	-,100 ,539	,282 ,078	,441 ,004	-,315 ,048	,400 ,011	102 ,533	,461 ,003	,176 ,279	,183 ,258
ÇODÖ- T	-,106 ,598	-,097 ,553	-,100 ,539	1	-,036 ,789	-,115 ,403	,047 ,735	,266 ,050	-,088 ,522	-,066 ,634	,316 ,019	,085 ,535
CABS- 9	,149 ,458	,305 ,056	,282 ,078	-,036 ,789	1	,270 ,046	-,205 ,133	,011 ,936	,175 ,201	,444 ,001	,034 ,805	,025 ,855
ÇÇTÖ- T	,097 ,646	,462 ,003	,441 ,004	,115 ,403	,270 ,046	1	-,463 <,001	,684 <,001	,306 ,023	,756 <,001	,640 <,001	,728 <,001
ÇÇTÖ- Min	-,150 ,475	-,348 ,028	-,315 ,048	,047 ,735	-,205 ,133	-,463 <,001	1	-,131 ,341	-,034 ,804	-,311 ,021	-,344 ,010	-,535 <,001
ÇÇTÖ- Fİ	-,124 ,554	,428 ,006	,400 ,011	,266 ,050	,011 ,936	,684 <,001	-,131 ,341	1	,328 ,014	,404 ,002	,493 <,001	,239 ,079
ÇÇTÖ- Cİ	,230 ,269	,153 ,345	,102 ,533	-,088 ,522	,175 ,201	,306 ,023	-,034 ,804	,328 ,014	1	,010 ,942	,043 ,756	,085 ,536
ÇÇTÖ- Eİ	,048 ,821	,438 ,005	,461 ,003	-,066 ,634	,444 ,001	,756 <,001	-,311 ,021	,404 ,002	,010 ,942	1	,252 ,063	,323 ,016
ÇÇTÖ- FİH	-,072 ,731	,192 ,234	,176 ,279	,316 ,019	,034 ,805	,640 <,001	-,344 ,010	,493 <,001	,043 ,756	,252 ,063	1	,501 <,001
ÇÇTÖ- EİH	,103 ,624	,207 ,199	,183 ,258	,085 ,535	,025 ,855	,728 <,001	-,535 <,001	,239 ,079	,085 ,536	,323 ,016	,501 <,001	1

4.4.6. Regresyon Analizleri

Regresyon analizinde E-DYÖ-Ortalama (E-DYÖ-Ort) değişkenini açıklamak için üç farklı spesifikasyon kullanılmıştır.

İlk modelde CABS-9 Toplam Puan, ÇÇTÖ-Toplam Puan, ÇTSS-TÖ kategorik (ÇTSS-TÖ-KAT) (Kesme puanı 40 alınarak) ve yaş açıklayıcı değişkenleri kullanılmıştır. Bunların arasında; ÇÇTÖ-Toplam Puan, E-DYÖ-Ort değişkeninin $< \%1$ ($p=0.006$) anlamlılıkta bir açıklayıcısıdır ve pozitif bir katsayıya sahiptir. Yaş da pozitif bir katsayıya sahip olmakla birlikte sadece $< \%10$ anlamlılık göstermektedir ($p=0.064$). Diğer değişkenler anlamlı değildir. R^2 0.41, düzeltilmiş R^2 ise 0.34'tür. Bağımsız değişkenler bağımlı değişkendeki varyansın $\%41$ 'ini açıklamakta, bağımsız değişken sayısına göre düzeltme yapıldığında bu sayı $\%34$ 'e düşmektedir. Regresyonun F değeri 6.10'dur ve $p=0.001$ 'dir.

İkinci modelde “stepwise” regresyon metoduna göre birinci modelde en düşük p-değerine sahip CABS-9 Toplam puanı çıkarılarak bağımsız değişken sayısı üçe indirilmiştir. ÇÇTÖ-Toplam Puan pozitif bir katsayıyla E-DYÖ-Ort değişkeninin $< \%1$ ($p=0.003$) anlamlılıkta bir açıklayıcısı olmaya devam etmiştir. Yaş değişkeni de yine pozitif bir katsayıyla $< \%5$ anlamlılık göstermiştir ($p=0.045$). ÇTSS-TÖ-KAT istatistiksel olarak anlamlı bir katsayıya sahip değildir. R^2 0.40'a düşmüş, düzeltilmiş R^2 ise 0.35'e yükselmiştir. Regresyonun F değeri 7.86'dır ve p değeri 0.001'den küçüktür.

Son modelde ÇTSS-TÖ-KAT da çıkarılarak iki bağımsız değişkenle regresyon yapılmıştır. ÇÇTÖ-Toplam puan hala $< \%1$ ($p=0.002$) anlamlılığa sahiptir. Katsayısı 0.085'tir. ÇÇTÖ ölçeğindeki bir puanlık artış, E-DYÖ-Ort ölçeğinde 0.085 puanlık bir artışa neden olmaktadır. Yaş değişkeni bu modelde $< \%1$ anlamlılık göstermiştir ($p=0.006$) ve katsayısı 0.431'dir. Bir yaş daha büyük olmak E-DYÖ-Ort puanını 0.431 artırmaktadır. Bu spesifikasyonda R^2 0.36, düzeltilmiş R^2 ise 0.33 olmuştur. Regresyonun F değeri 10.52'dir ve p değeri 0.0002'dir. (<0.001)

Regresyon analizlerine ilişkin veriler **Tablo 4-12.**'de gösterilmiştir.

Tablo 4-12. Regresyon Analizlerine İlişkin Veriler

Yordayıcı	β	β için %95 Güven Aralığı	Standart Hata	p
Model 1 (R²: 0.411, p: 0.001)				
CABS-9-T	0.037	-0.042, 0.115	0.039	0.352
ÇÇTÖ-T	0.076	0.023, 0.128	0.026	0.006
ÇTSS-TÖ- KAT	0.970	-0.492, 2.432	0.720	0.187
YAŞ	0.310	-0.020, 0.640	0.162	0.064
Model 2 (R²: 0.396, p<0.001)				
ÇÇTÖ-T	0.081	0.030, 0.132	0.025	0.003
ÇTSS-TÖ- KAT	1.012	-0.444, 2.467	0.718	0.167
YAŞ	0.333	0.008, 0.659	0.160	0.045
Model 3 (R²: 0.362, p<0.001)				
ÇÇTÖ-T	0.085	0.033, 0.136	0.025	0.002
YAŞ	0.431	0.134, 0.728	0.147	0.006

β : Regresyon katsayısı

5. TARTIŞMA

Bu araştırma; 12-18 yaş arası, IQ puanı 70 ve üzerinde olan OSB tanılı çocukların travmatik olayları yaşayış, algılama ve ifade biçimlerini anlamaya çalışmak; bu grupta dissosiyatif yaşantıların varlığını incelemek ve dissosiyatif yaşantılara yol açabilecek yapısal ve çevresel faktörleri değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Sonuç olarak; OSB’de travmatik yaşantıların ve TSSB’nin sık görülebileceği, travmatik yaşantılarının nörotipik gelişen akranları ile benzerlik ve farklılıklar içerebileceği ve bu grubun çeşitli dissosiyatif yaşantılarının olabileceği sonucuna varılmıştır. Mevcut çalışma; OSB’li çocuk ve ergen popülasyonunda dissosiyatif yaşantıları ve ilişkili faktörleri inceleyen bildiğimiz kadarı ile literatürdeki ilk çalışmadır.

5.1. Sosyodemografik Verilerin ve Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Çalışma örnekleminde E/K oranı yaklaşık 4/1 şeklindedir. Son CDC verilerinde OSB’nin erkeklerde kızlardan yaklaşık 4 kat fazla görüldüğü bildirilmiştir. Çalışmadaki bulgular da literatür bilgisi ile uyumludur. (4,7,52)

Çalışmadaki eş tanı oranlarına bakıldığında; DEHB %96,6 (n=57), MDB %22 (n=13), Kaygı Bozukluğu %49,2 (n=29) (En sık Özgül Fobi: %32,2 (n=19)), OKB %33,9 (n=20) olarak bulunmuştur. Yapılan çalışmalarda; OSB’de en sık komorbiditenin DEHB olduğu ve sıklığının %28-83 arasında olduğundan söz edilmektedir. (5,7,72,73) Bu çalışmanın örnekleminde de en sık eş tanı DEHB olarak bulunmuş ancak OSB’de DEHB’nin görülme sıklığının üzerinde bir sıklık tespit edilmiştir. Bu durumun nedeninin, kliniğimizin çevre illerden başvurular alan bir 3. basamak üniversite hastanesi olmasının olabileceği düşünülmüştür. Örnekleimde görülen; MDB, OKB ve Kaygı Bozukluğu eş tanı oranları literatürle uyumlu olup, her üç durumun da OSB’de nörotipik popülasyona göre sık görüldüğü bilinmektedir. (7,36,75,76,142) Yapılan çalışmalara göre OSB’li bireylerde MDB’de suisid riskini arttıran bir faktör olarak komorbidite önemli bulunmuştur. Bu nedenle bu popülasyonda literatürde nispeten daha az araştırılan TSSB ve Dissosiyatif Bozukluğu gibi eş tanıların değerlendirilmesi özellikle önemli olabilir. (7,36,69,71,72,79–81)

Katılımcılara uygulanan ÇODÖ ölçeğinin sonuçlarına göre; ortalama ÇODÖ skoru 28.15 ± 2.69 şeklinde saptanmıştır. Yapılan çalışmalarda; otizm tanısı için ÇODÖ kesim puanı 29.5 olarak bildirilmiştir. Bununla birlikte; yaş ilerledikçe ve IQ puanı yükseldikçe ÇODÖ

puanının düşebileceği belirtilmiştir ve hafif düzeyde OSB için ÇODÖ kesim puanının 25.5 olmasını öneren çalışmalar mevcuttur. (235–237) Araştırma örnekleminin ÇODÖ toplam puanlarının da bu çalışmalarla uyumlu şekilde dağıldığı görülmektedir.

CABS-9 ölçeğinin sonuçlarına bakıldığında; toplam puanlar ortalama 20.03 ± 6.98 olarak hesaplanmıştır. Bu ölçeğe göre; 18-26 arası puanlar zorbalık davranışına orta derecede maruziyeti işaret etmektedir. ÇÇTÖ Toplam Puanı ortalama 35.02 ± 9.89 , ÇÇTÖ-Fİ ortalama 5.87 ± 2.33 , ÇÇTÖ-Cİ ortalama 5.33 ± 1.79 , ÇÇTÖ-Dİ ortalama 8.09 ± 4.49 ile kesim puanlarının üzerinde saptanmıştır. Ölçeği doldurabilen 40 adet katılımcının E-DYÖ'den aldıkları toplam puan ortalaması 83.88 ± 60.15 ve E-DYÖ'den aldıkları ortalama puanların ortalaması 2.76 ± 2.00 şeklindedir. (241,246–249)

Araştırma sırasında; ölçek kullanımı ve anlamlandırılmasıyla ilgili zorluklar, dissosiyatif yaşantıları değerlendirmek amacıyla kullanılan standart ölçeklerin OSB'de uygulanmasının zorluğuna işaret etmektedir. Örneğin, 19 katılımcı E-DYÖ'yü tamamlayamamıştır. Ölçeği tamamlayabilen 40 katılımcının E-DYÖ'den elde ettiği toplam puanlar ortalama 83.88 ± 60.15 , ortalama puanlar ise 2.76 ± 2.00 'dir. Bu sonuçlar katılımcıların ölçeği tamamen anladıkları anlamına gelmeyebilir. Ölçek skorlarındaki belirgin belirtilere rağmen, bu maddeler hakkında sorular sorduğumuzda, katılımcılar genellikle ifade etmekte zorluk çekmişlerdir ve katılımcıların genellikle “Açıklayamıyorum, anlatamıyorum.” şeklinde yanıtlar verdikleri tespit edilmiştir. Bu durum; çocukların genellikle soyut ifadeler içeren ölçeği anlamlandıramaması nedeni ile olabileceği gibi OSB'deki iletişim becerilerinde ve kendilerini ifade etme yetilerindeki zorluklar nedeniyle anlamlandırmış olmalarına rağmen sözel olarak ifade edememeleri nedeniyle de olabilir. Tüm bu nedenlerle; katılımcıların ölçek puanları dikkatle ele alınmalıdır. İlerleyen çalışmalarda OSB'de dissosiyatif yaşantıların değerlendirilmesinde; uygun ölçeklerin yapılandırılmış muayene teknikleri ile birlikte uygulanması; OSB'li bireyler için özelleştirilmiş, somut ve basit anlatımlı, olabildiğince kısa ölçeklerin geliştirilmesi faydalı olacaktır.

5.2. Travmatik Yaşantı ve TSSB ile ilgili Verilerin Değerlendirilmesi

Travma algısının sübjektif doğası ve DSM-V'in A kriterinin sınırları nörotipik popülasyon için literatürde tartışılmaktadır. ICD-11 bu konuda birtakım farklı yaklaşımlar benimsemiştir. (43,250,251) OSB'li bireylerin travma algısı konusu, bu tartışmaya daha karmaşık bir boyut kazandırmaktadır. Otizme dair bazı özelliklerin; geleneksel olarak

tanımlanan travmatik olaylara maruz kalma riskini ve duyarlılığını arttırabilirken aynı zamanda travmatik potansiyele sahip olayların çeşitliliğini de genişletebileceği öne sürülmüştür. OSB'li bireyler alışılmadık kaygılar ve toplum örneklemine göre çok çeşitli stres kaynakları tariflemektedirler. (12,17,18) Bu nedenlerle; travma kavramının bu özel popülasyonda standart kılavuzlarda belirlenen “travmatik olay” kavramından daha farklı olabileceği ileri sürülmüştür. (15,25) OSB'li bireyler tarafından sosyal stresörler, terk edilme, yas, boşanma gibi ilişkisel faktörler travmatik olarak sıklıkla tanımlanmıştır. Bununla birlikte; rutinlerde değişiklik yaratan olaylar, çeşitli duyuşsal uyarılar, otizm tanısı almak, psikiyatrik değerlendirmeler ve bazı eğitim müdahaleleri gibi OSB olmayan bireyler için önemsiz olabilecek özgün travmatik deneyimler bildirilmiştir. (12,15,19–24)

Bu araştırmada da benzer durumlara rastlanmıştır. Örneğin, özel ilgi alanı hayvanlar olan OSB'li bir genç, bir inek tarafından tekmelenmesini travmatik bir olay olarak dile getirmiştir. Bu örnekte olduğu gibi, otizmlili çocukların özel ilgi alanlarına dair olayları daha yoğun yaşantılamaya ve bu olayların otizmlili çocuklarda travmatik bir etki yaratma ihtimali değerlendirilmelidir. Bir başka OSB'li genç ise, arkadaşlarının şaka yollu üzerine attıkları ölü bir kuş olayını unutamadığını ifade etmiştir. Bu durumu anlatırken, bedensel belirtileri o kadar yoğunlaşmıştır ki öğürmeye başlamıştır. Bu nedenlerle; mevcut çalışmada çocukların travmatik olarak ifade ettikleri tüm olaylar kaydedilmiştir. Analizler sırasında bu olaylar DSM travma tanımına uygun olanlar ve olmayanlar şeklinde ayrılmış ve farklı analizlerle değerlendirilmiştir.

Çalışmada; DSM travma tanımına uyan travmatik yaşantı bildiren 12 kişi (%20.3) bulunmuştur. DSM dışı travmatik yaşantılar da değerlendirmeye dahil edildiğinde, bu sayının 32 (%54.2) katılımcıya çıktığı görülmüştür. DSM'ye uygun travmatik yaşantıları tarifleyen 12 katılımcıdan ÇTTS-TÖ ile TSSB için eşik değerin üzerinde kabul ettiğimiz 40 ve üzeri puan alan iki katılımcı (%16.6) bulunmuştur. DSM ve DSM dışı travmatik yaşantıları birlikte değerlendirdiğimizde ise 9'unda (%28.1) ÇTTS-TÖ ile TSSB belirtileri saptanmıştır. Yarı yapılandırılmış klinik görüşmelerimiz de ölçek sonuçları ile uyumlu bulunmuştur. DSM'ye göre travmatik yaşantısı olan ve olmayan katılımcılar arasında ölçek değerleri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamaktadır. Ancak, travma kavramı genelleştirildiğinde ve DSM dışı travmatik yaşantılar da değerlendirmeye dahil edildiğinde durum değişmektedir. E-DYÖ Hayallere Dalma alt ölçek puanı, travmatik yaşantısı olanlarda olmayanlara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,034$). Benzer şekilde, CABS-

9 toplam puanı travmatik yaşantısı olan çocuklarda, olmayanlara kıyasla anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur ($p=0,006$). Bu bulgular; otizmlı çocuk ve ergenlerde travma algısının DSM kapsamından daha geniş ve muhtemelen daha farklı kriterlerle değerlendirilmesi gerektiğini literatürle paralel bir şekilde desteklemektedir. (9,12,25)

Daha önce de belirtildiği gibi literatürde farklı oranlar verilmekteyse de genel olarak otizmlı çocukların maruz kaldığı travmatik yaşantıların tipik gelişim gösteren çocuklara göre daha sık olduğu kabul edilmektedir. (9,15,136,249) OSB'li erişkinlerde travma maruziyeti ve TSSB oranlarının sık olduğu bilinmektedir. (19) (25) OSB'li çocuk ve ergenlerde TSSB sıklığı ile ilgili çelişkili sonuçlar bildirilmektedir. Mehtar ve Mukaddes'in 2011 yılındaki çalışmalarında; OSB'li gençlerde travma öyküsü %26 oranında bulunmuş ve potansiyel travmatik olay yaşayanların %67'sinde TSSB belirtileri tespit edilmiştir. (Genel örnekleme göre %17) 2007 ve 2013 yıllarında gerçekleştirilen iki ayrı araştırmada ise OSB'li gençlerde TSSB %0 ve %3 oranlarında raporlanmıştır. 2019 yılında yapılan bir çalışmada ise OSB'li çocuklar ile farklı bir psikiyatrik rahatsızlığı olan çocuklar karşılaştırılmış ve OSB'li çocuklarda daha düşük travma maruziyeti ve travma ile ilişkili tanı saptamışlardır. (9,12,14,20,26,27)

Çalışmada saptadığımız TSSB oranları nörotipik popülasyonla genel olarak uyumludur. OSB popülasyonu açısından bakıldığında da Türkiye'de yapılmış bir önceki çalışma ile uyumlu görülmektedir. (14) Her ne kadar çalışmaların örneklem grupları ve metodolojileri farklı olsa da bu durum, OSB'deki travma sonrası stres bozukluğu fenomenolojisinde kültürel farklılıkların nörotipik popülasyonda olduğu gibi incelemeye değer olduğunu işaret etmektedir. (252)

Çalışmada tespit edilen öznel bir bulgu; otizmlı çocukların gerçekten etkilendikleri olayları travmatik yaşantı olarak dile getirmeyebilecekleri veya verbal olarak ifade etmekte zorlanabilecekleridir. Travma deneyimi olmadığını belirten bazı katılımcıların ÇÇTÖ puanlarının yüksek saptandığı gözlemlenmiştir. Bu tür durumları tespit etmek için ailelerden bilgi almak ve olaylara dair spesifik sorular sormak yararlı olabilir. Örneğin, ailelerinden öğrendiğimiz kadarı ile sınıf arkadaşları tarafından topluca uygulanan fiziksel saldırılara maruz kalan iki çocuk, bu durumu travmatik olarak algılamamışlar veya muayenede belirtmemişlerdir. Kaçınma davranışlarının travmayı maskeleyebileceği ve bu sebeple travma ile ilişkili bozuklukların tespit edilemeyebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Travma belirtileri sorgulanmadıkça TSSB'nin genellikle tespit edilemediği bilinmektedir. (25,154)

Buna rağmen araştırmalarda; OSB ile ilgilenen profesyonellerin sadece %10'unun düzenli ve kapsamlı olarak travma belirtilerini taradığı tespit edilmiştir. (155) Bu nedenle, OSB'li çocuk ve ergenlerde travmatik olayları tespit etmek amacıyla ailelerden bilgi almak, spesifik olaylara yönelik sorular sormak ve ölçekler kullanmak daha etkili olabilir.

Sonuç olarak, otizmli çocuklarda travmatik yaşantıların tespiti ve değerlendirilmesi, bu çocukların atipik ifade şekilleri ve belirli yaşantıları farklı yoğunluklarda deneyimlemeleri nedeniyle karmaşık bir süreç olabilir. Bu nedenle, bu süreçte daha geniş bir perspektiften yaklaşmak, ailelerden bilgi almak, spesifik olaylara yönelik sorular sormak ve uygun ölçekler kullanmak önem taşımaktadır.

5.3. Dissosiyatif Yaşantıların Değerlendirilmesi

Dissosiyatif patolojiler; travma ile ilişkili bozukluklar, çocukluk çağı travmaları, bağlanma bozuklukları, aile dinamikleri (görünürde normal aile gibi), nörobiyolojik faktörler, bilişsel ve üstbilişsel (metakognitif) süreçler, genetik yatkınlık gibi birçok etiyolojik faktör ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte dissosiyasyona yatkınlık oluşturduğu düşünülen telkine yatkınlık, fantezi eğilimi, aleksitimi gibi savunmasızlık faktörleri tanımlanmıştır. (253–255) Bu çalışmada; dissosiyatif yaşantıları ortaya çıkarabileceği bilinen çocukluk çağı travmaları, TSSB, zorbalık gibi etkenlerin OSB'li çocuk ve ergenlerde dissosiyatif yaşantılar ile ilişkisi incelenmiştir. Bununla birlikte; otizm belirtileri ve çeşitli sosyodemografik verilerin bu grupta dissosiyatif yaşantılar ile ilişkisini değerlendirilmeye çalışılmıştır. Çalışma sonuçlarına göre; E-DYÖ ölçeğindeki ortalama puanlar ile çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt alanları arasında korelasyonlar mevcuttur. Bununla birlikte TSSB semptomları gösteren OSB'li ergenlerde E-DYÖ ortalama puanlarının daha yüksek olduğu sonucu raporlanmıştır. Otizm belirtilerinin şiddeti ile özel bir korelasyon saptanmamıştır. Ayrıca; zorbalık yaşantılarının OSB'li popülasyonda dissosiyatif yaşantılar ile ilişkili olma ihtimali tartışılmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre E-DYÖ ortalama puanının; ÇÇTÖ toplam puan, ÇÇTÖ fiziksel istismar ve emosyonel istismar alt ölçekleri ile orta korele olduğu görülmektedir. Ayrıca yapılan regresyon analizinde de yordayıcı bir faktör olarak ÇÇTÖ toplam puanı öne çıkmıştır. Bulgularımıza göre; ÇÇTÖ ölçeğindeki bir puanlık artış, E-DYÖ-Ort ölçeğinde 0.085 puanlık bir artışa neden olmaktadır. Çocukluk çağı travmaları (istismar-ihmal) nörotipik popülasyonda dissosiyatif bozuklukların ortaya çıkması için en önemli etiyolojik faktörlerden biri olarak kabul edilmektedir. (11,168,173,254–257) 2018'de yapılan meta-analizde

Vonderlin ve arkadaşları istismar ve ihmal geçmişi olan bireylerin olmayan bireylere göre daha fazla dissosiyasyon yaşadığını tespit etmişlerdir. Cinsel ve fiziksel istismar gibi vücut bütünlüğünü tehdit eden istismar türleri; daha erken başlangıç yaşı, daha uzun süreli istismara maruz kalma, ebeveyn istismarı gibi faktörler daha yüksek dissosiyasyon puanları ile ilişkilendirilmiştir. Bununla birlikte; şiddet tanıklığı, duygusal istismar ve ihmal, fiziksel ihmal durumlarının da dissosiyatif patolojiler ile güçlü ilişkisi bilinmektedir. (255,258–260) Çalışmanın bulguları; nörotipik popülasyonda olduğu gibi OSB’li ergenlerde de çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif yaşantıların ilişkili olabileceğini ve bu grupta da çocukluk çağı travmalarının bir etiyolojik faktör olarak dikkate alınması gerektiğini işaret ediyor olabilir. Bu konunun aydınlatılması için daha geniş örneklemli, uzunlamasına tasarlanmış ve yapılandırılmış dissosiyatif bozukluk görüşme araçları ile desteklenmiş çalışmalara ihtiyaç vardır.

Bu araştırmada; ÇTSS-TÖ total puanlarına göre TSSB için eşik değeri kabul edilen 40 puan altı ve üstü çıkan hastalarda E-DYÖ ve alt alanları karşılaştırılmıştır. Buna göre; E-DYÖ puanlarının ortalaması, ÇTSS-TÖ toplam puanı 40 üzeri olan hastalarda, 40 altında olan hastalara göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ($p=0,014$) Bununla birlikte; E-DYÖ alt ölçeklerinden depersonalizasyon-derealizasyon ve hayallere dalma alt ölçek puanları ÇTSS-TÖ değeri 40 üzerindeki hastalarda daha yüksek saptanmışken, pasif etkilenme ve amnezi alt ölçek puanları arasında bir fark saptanmamıştır ($p=0,004$, $p=0,006$, $p=0,083$, $p=0,360$). Yapılan korelasyon analizlerinde de ÇTSS-TÖ değişkeninin, E-DYÖ ortalama ve E-DYÖ-Dp-Dr ile güçlü korele olduğu görülmüştür. Ancak ileri analizlerde bu değişkenin E-DYÖ ortalama puanı için bir yordayıcı olmadığı görülmüştür.

Yapılan çalışmalarda; dissosiyasyon deneyimi ile travmaya maruz kalma arasında güçlü ilişkiler bulmuştur. Dissosiyasyon travmaya verilen yaygın bir tepki olarak kabul edilmektedir. Travmaya bağlı dissosiyatif yaşantıların, travma veya travmayla ilgili uyaranlarla başa çıkmak ve/veya bu uyaranlardan kopabilmek için bir savunma mekanizması olabileceği ileri sürülmüştür. Travma ile ilişkili dissosiyasyon peri-travmatik (travma sırasında) veya post-travmatik (travma sonrasında) olarak ortaya çıkabilir. Bu akut tepkiler zamanla kalıcı hale gelirse dissosiyasyonun günlük şekilde deneyimlendiği kronik bir duruma dönüşebilirler. Dissosiyasyon görülen TSSB daha çok yeniden yaşantılama, suicidal eğilim ve işlevsellikte bozulma gibi artmış semptomatik profil ile bilinmektedir. TSSB'deki veya kompleks TSSB'deki dissosiyasyon tipik olarak hafif veya orta derecede şiddetlidir. Yıkıcıdır ancak

dissosiyatif bozukluklardaki kadar aşırı veya yaygın değildir. Örneğin, TSSB'de, kendilik algısında çarpıtmalar olabilir, ancak DKB'de olduğu gibi tam bir kimlik ayrışması olmayabilir. (150,255,261–263) Reuben ve arkadaşlarının 2021 ve 2022'deki çalışmaları, otizmlili yetişkinlerde travma ve dissosiyasyon bozukluklarını incelemiş ve bu bireylerin önemli derecede kişiler arası travma yaşadığını ve yüksek seviyede dissosiyasyon deneyimlediğini ortaya koymuştur. Ancak, psikoform ve somatoform dissosiyasyonun, diğer faktörler kontrol edildiğinde TSSB tanısı için bir yordayıcı olmadığı ve dissosiyasyonun diğer belirleyicilerle olan ilişkisi ve etkileşiminin daha fazla araştırma gerektirdiği belirtilmiştir. (28,204,227) Mevcut çalışmanın sonuçlarına göre de OSB'li çocuk ve ergenlerde de travma ile ilişkili dissosiyasyondan bahsedilebilir ve OSB'de TSSB'nin dissosiyatif alt tiplerini değerlendirmek önemli olabilir.

Mevcut çalışmada; zorbalık yaşantılarını değerlendiren CABS-9 ölçeğinin toplam puanları ile dissosiyatif yaşantıları değerlendiren E-DYÖ'nün ortalama puanları arasında sınırdan ve zayıf bir korelasyon saptanmıştır. Ancak; regresyon analizlerinde zorbalığa maruz kalmak bir yordayıcı olarak saptanmamıştır. Buna karşın; bu popülasyonun maruz kaldığı zorbalığın etkilerinin değerlendirilmesinin önemli olduğu düşünülmektedir. Nörotipik popülasyonda zorbalık ve dissosiyasyonun ilişkili olabileceğine dair tartışmalar mevcuttur. Buna göre zorbalık mağduriyeti sonrası ortaya çıkan dissosiyasyon TSSB'ye eşlik edebilir veya TSSB'den bağımsız olarak çeşitli psikiyatrik bozukluklarla birlikte bulunabilir. (264–266) Otizmde ise zorbalık maruziyeti nörotipik popülasyonun çok üstünde sıklıkta görülmektedir. (160,162) Çalışmada saptanan zorbalık ile ilgili sonuçlar değerlendirilirken; örneklem sayısının küçük olmasının ve çalışılan özel popülasyonun zorbalıkla ilişkilendirilen yaşantıların bir kısmını zorbalık olarak algılamaması nedeniyle bildirimde bulunmakta yaşayabileceği zorlukların göz önünde bulundurulması faydalı olacaktır.

Bu çalışmanın amaçlarından biri de otizm belirtileri ve dissosiyatif yaşantılar arasındaki ilişkiyi değerlendirmektir. Elde edilen sonuçlara göre; ÇODÖ toplam puanları ile E-DYÖ ölçeği toplam puanları, ortalama puanları veya alt alanları arasında herhangi bir ilişki saptanamamıştır. Bu durum ÇODÖ ölçeğinin katılımcı popülasyonun otizm belirtilerini değerlendirmek için uygun bir ölçek olmamasından kaynaklanıyor olabilir. Bu nedenle; hafif OSB belirtileri olan çocuk ve ergenleri değerlendirmek için oluşturulmuş ölçeklerin kullanılması ve otizm belirtileri ile dissosiyatif bozuklukların arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi ileriki çalışmalar için faydalı olabilir.

Çalışmada; yaş ve dissosiyatif yaşantılar arasında bir ilişki saptanmıştır. Yapılan regresyon analizlerine göre; bir yaş daha büyük olmak E-DYÖ Toplam puanını 0.431 artırmaktadır. Literatürde; nörotipik popülasyon için dissosiyasyon ve yaş arasındaki ilişki karmaşıktır ve çocukluktan yetişkinliğe kadar farklı dönemlerde çeşitli şekillerde görünebilir. Erişkinlikte, dissosiyasyonun yaş ile negatif korelasyon gösterdiği bilinmektedir. (267) Çocuk ve ergen popülasyonunda ise; dissosiyatif davranışın, bilişsel gelişim boyunca büyük ölçüde değiştiği ve bu değişimin patolojik seviyeleri belirlemeyi zorlaştırdığı öne sürülmüştür. Yaş artışının dissosiyasyon üzerindeki etkisinin bireyin gelişim aşamasına ve bilişsel yeteneklerine bağlı olarak değiştiği kabul edilmektedir. Daha büyük çocuklar ve ergenler genellikle daha küçük çocuklara göre daha fazla dissosiyatif semptom gösterir, DKB tanısı ergenlerde çocuklara göre daha sık tespit edilmektedir. (173,178,259) Buna göre çalışmada saptanan OSB'li ergenlerde yaş ile artan dissosiyasyon belirtileri, nörotipik akranlarına dair literatürle uyumlu görünmektedir. Yaş ile artan dissosiyatif belirtiler; semptomların ergenlik döneminde daha belirgin hale gelmesi, daha büyük yaştaki çocukların ölçekleri daha iyi anlaması ve kendilerini daha iyi ifade edebilmesi gibi durumlarla kısmen ilişkili olabilir.

OSB'li bireylerin zihinsel deneyimleri literatürde uzun yıllardır merak konusu olmasına rağmen hakkında çok az şey bilinmektedir. (203,206,207) OSB'deki içsel yaşantıları anlayabilmek amacıyla; bu bireylerin hayal gücü, gerçekdışı gibi kavramları anlamlandırabilme ve ifade etme becerileri, benlik algıları, öz eylem yetileri, interoseptif duyarlılıkları ve aleksitimi düzeyleri literatürde incelenmiştir. (205,214) (208,209) OSB'li bireylerde, travmatik yaşantıların ve TSSB'nin incelenmeye başlanması, dirençli depresyon, anksiyete bozukluğu gibi komorbid durumların ve suisidal eğilimlerin sık görülmesi, sosyal duygusal ihtiyaçlara ikincil olarak ortaya çıktığı ileri sürülen maladaptif daydreaming gibi içsel yaşam deneyimleri bildirimleri onların dissosiyatif yaşam deneyimlerini merak konusu haline getirmiştir. (14,22,27,80,206,207,217) Orbitofrontal hipotez gibi modern nörobilim çalışmaları ile otizmde görülen bu çok boyutlu ve karmaşık deneyimler anlamlandırılmaya çalışılmaktadır. (195,198) Bununla birlikte eğitim, tanılama ve müdahale imkanlarının gelişmesi ile otizmlili bireylerin toplumda görünürlüğü artmış ve otizmlili bireyler çeşitli forumlar, çevrim içi yayınlar ve kitaplar ile kendilerini ifade etmeye çalışmaya ve bazıları dissosiyatif yaşantıları olduğunu bildirmeye başlamıştır. (1,229)(1,229) Otizmde dissosiyatif yaşantılara dair vaka bildirimleri ve araştırmalar da son yıllarda artış göstermiştir. (224–226) 2012 yılında 72 çocuk ve ergen ile yapılan bir anksiyete ölçeğinin geçerlik-güvenirlik çalışmasında; katılımcıların %18'inin depersonalizasyon ve derealizasyon yaşantılarının olduğu bildirilmiştir. (222,223) 2021 ve

2022 yılında OSB’li erişkinler ile yapılan iki çalışmada da OSB’de TSSB ve dissosiyatif yaşantılar incelenmiştir. 2022 yılındaki bir derlemede ise; dissosiyasyondan OSB’de az tanınabilen bir semptom olarak bahsedilmiş ve literatürdeki kısıtlı bilgi nedeniyle tedavi veya müdahale seçenekleri hakkında bilgi paylaşılamamıştır. Otizmli bireylerde dissosiyasyonun nedenleri, etkileri ve sınıflandırılması ile ilgili daha fazla araştırmaya ihtiyaç olduğu ifade edilmiştir. (28,204,227) Bu araştırmanın sonuçlarına göre; OSB’de dissosiyatif yaşantıların olabileceği düşünülmektedir. Bu yaşantıların aydınlatılması için yapılandırılmış görüşmeler içeren, geniş örneklemlili ve uzunlamasına tasarlanmış çalışmalara ihtiyaç vardır. Bununla birlikte; OSB’li bireylerdeki içsel yaşantıların anlaşılabilmesi için özelleştirilmiş ölçekler oluşturulması faydalı olabilir.



6. SONUÇ ve ÖNERİLER

Mevcut çalışma ile OSB’de travmatik yaşantılar, travmatik yaşantıların etkileri, dissosiyatif yaşantılar ve dissosiyatif yaşantıları etkileyen faktörler incelenmeye çalışılmıştır. Çalışmanın sonuçlarına göre; OSB’de travmatik yaşantılar sıklıkla görülebilir, OSB’li çocuk ve ergenlerin travmatik yaşantıları nörotipik gelişen yaşlıları ile benzerlik ve farklılıklar içerebilir. Bununla birlikte çalışmada; OSB tanılı çocuk ve ergenlerin dissosiyatif yaşantılarının olabileceği öngörülmüştür. OSB’de saptanan dissosiyatif yaşantıların TSSB ile birlikte görülebileceği ve çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olarak ortaya çıkabileceği düşünülmektedir.

Mevcut çalışmanın sonuçları değerlendirilirken çeşitli kısıtlılıklar da göz önünde bulundurulmalıdır. Travmatik yaşantıların sorgulanması sırasında olabilecek eksik bildirim, fazla bildirim veya yanlış/farklı anımsama olasılıkları göz önünde bulundurulmalıdır. OSB’li çocuk ve ergenler yukarıda tartışılan bazı faktörler nedeniyle bazı travmatik deneyimleri bildirmeyebilirler. Çalışma nispeten küçük bir örneklem grubundan oluşmaktadır. Bu istatistiksel analizlerin gücünü ve bulguların genellenebilirliğini sınırlayabilir. Diğer bir kısıtlılık komorbid psikiyatrik bozuklukların (özellikle DEHB’nin varlığının) dışlanamaması ve DEHB’nin dissosiyatif belirtiler ile ilişkisinin ayrıştırılamamasıdır. Bununla birlikte; çalışmada yalnızca hafif OSB belirtileri olan grup ele alınmıştır. Orta-Ağır OSB grubu için farklı semptom, sonuç ve tartışmalar mevcut olabilir. Mevcut çalışma kesitsel bir çalışmadır. Uzunlamasına dizayn edilecek çalışmalarda farklı bulgular elde edilebilir. Son olarak mevcut çalışma sıklıkla öz bildirim ölçeklerinin kullanıldığı bir çalışmadır. Yapılandırılmış görüşme yöntemleri ile farklı bulgular elde edilebilir.

Mevcut çalışmanın çeşitli güçlü yanları bulunmaktadır. Mevcut çalışma bildiğimiz kadarıyla literatürde OSB tanılı çocuk ve ergenlerde dissosiyasyon yaşantılarına etki eden faktörleri inceleyen ilk çalışmadır. Çalışma sonuçları; OSB’de dissosiyatif yaşantıların görülebileceğine ve bu durumun çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile ilişkili olabileceğine işaret etmektedir. Bununla birlikte; OSB tanılı çocuk ve ergenlerde travma algısı, travmatik yaşantılar ve etkilerinin incelenmesinin önemine işaret etmektedir.

Tüm bu faktörler göz önüne alındığında, otizmde dissosiyasyon bozukluklarını araştırmanın gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Bu konuyu daha fazla araştırmak; OSB’de travmatik yaşantıların derinliğinin anlaşılmasında, OSB’deki içsel yaşantıların

kavranabilmesinde, tanı maskelenmesinin önlenmesinde ve bu sayede daha etkili tedavi yöntemlerinin geliştirilmesinde yardımcı olabilir.



7. KAYNAKLAR

1. Higashida N. The Reason I Jump: The Inner Voice of a Thirteen-Year-Old Boy with Autism. Reprint edition. New York: Random House Publishing Group; 2016. 208 s.
2. Higashida N. Neden Mi Zıplıyorum ? On Üç Yaşındaki Otizmlili Bir Çocuğun Kaleminden. Beyaz Balina Yayınları; 2022. 168 s.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition. 5th edition. Washington, D.C: American Psychiatric Publishing; 2013. 947 s.
4. Maenner MJ, Warren Z, Williams AR, Amoakohene E, Bakian AV, Bilder DA, vd. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2020. MMWR Surveill Summ. 24 Mart 2023;72(2):1-14.
5. Brookman-Frazee L, Stadnick N, Chlebowski C, Baker-Ericzén M, Ganger W. Characterizing psychiatric comorbidity in children with autism spectrum disorder receiving publicly funded mental health services. Autism. Kasım 2018;22(8):938-52.
6. Kildahl AN, Helverschou SB, Bakken TL, Oddli HW. “If we do not look for it, we do not see it”: Clinicians’ experiences and understanding of identifying post-traumatic stress disorder in adults with autism and intellectual disability. Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities. 2020;33(5):1119-32.
7. Mukaddes NM. Otizm Spektrum Bozuklukları – Tanı ve Takip [İnternet]. 3. Baskı. Simurg Art; 2023 [a.yer 02 Temmuz 2023]. Erişim adresi: <https://www.simurgart.com/kitap-detay/otizm-spektrum-bozukluklari-prof-dr-nahit-motavalli/>
8. Hoover DW, Kaufman J. Adverse childhood experiences in children with autism spectrum disorder. Curr Opin Psychiatry. Mart 2018;31(2):128-32.
9. Kerns CM, Newschaffer CJ, Berkowitz SJ. Traumatic Childhood Events and Autism Spectrum Disorder. J Autism Dev Disord. Kasım 2015;45(11):3475-86.
10. Karakaya I, (Editör) Akay A, (Editör) Ercan ES. Travma ve Stresle İlişkili Bozukluklar. İçinde: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 2. bs Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2021.
11. Sar V. Dissosiyatif Bozukluklar (Dissociative Disorders). İçinde 2017.
12. Haruvi-Lamdan N, Horesh D, Golan O. PTSD and autism spectrum disorder: Comorbidity, gaps in research, and potential shared mechanisms. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy. Mayıs 2018;10(3):290-9.
13. Mandell DS, Walrath CM, Manteuffel B, Sgro G, Pinto-Martin JA. The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings. Child Abuse & Neglect. 01 Aralık 2005;29(12):1359-72.
14. Mehtar M, Mukaddes NM. Posttraumatic Stress Disorder in individuals with diagnosis of Autistic Spectrum Disorders. Research in Autism Spectrum Disorders. Ocak 2011;5(1):539-46.
15. Ng-Cordell E, Wardell V, Stewardson C, Kerns CM. Anxiety and Trauma-Related Disorders in Children on the Autism Spectrum. Curr Psychiatry Rep. Mart 2022;24(3):171-80.
16. Valenti M, Ciprietti T, Egidio CD, Gabrielli M, Masedu F, Tomassini AR, vd. Adaptive Response of Children and Adolescents with Autism to the 2009 Earthquake in L’Aquila, Italy. J Autism Dev Disord. 01 Haziran 2012;42(6):954-60.
17. Evans DW, Canavera K, Kleinpeter. FL, Maccubbin E, Taga K. The Fears, Phobias and Anxieties of Children with Autism Spectrum Disorders and Down Syndrome: Comparisons with Developmentally and Chronologically Age Matched Children. Child

Psychiatry Hum Dev. 01 Eylül 2005;36(1):3-26.

18. Kerns CM, Kendall PC, Berry L, Souders MC, Franklin ME, Schultz RT, vd. Traditional and atypical presentations of anxiety in youth with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord.* Kasım 2014;44(11):2851-61.
19. Haruvi-Lamdan N, Horesh D, Zohar S, Kraus M, Golan O. Autism Spectrum Disorder and Post-Traumatic Stress Disorder: An unexplored co-occurrence of conditions. *Autism.* 01 Mayıs 2020;24(4):884-98.
20. Hoch JD, Youssef AM. Predictors of Trauma Exposure and Trauma Diagnoses for Children with Autism and Developmental Disorders Served in a Community Mental Health Clinic. *J Autism Dev Disord.* 01 Şubat 2020;50(2):634-49.
21. Kerns CM, Lankenau S, Shattuck PT, Robins DL, Newschaffer CJ, Berkowitz SJ. Exploring potential sources of childhood trauma: A qualitative study with autistic adults and caregivers. *Autism.* Kasım 2022;26(8):1987-98.
22. Kerns CM, Newschaffer CJ, Berkowitz SJ. Traumatic Childhood Events and Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord.* Kasım 2015;45(11):3475-86.
23. Kupferstein H. Evidence of increased PTSD symptoms in autistics exposed to applied behavior analysis. *Advances in Autism.* 03 Ocak 2018;4:00-00.
24. Taylor JL, Gotham KO. Cumulative life events, traumatic experiences, and psychiatric symptomatology in transition-aged youth with autism spectrum disorder. *Journal of Neurodevelopmental Disorders.* 27 Temmuz 2016;8(1):28.
25. 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;13(12):2122-32.
26. de Bruin EI, Ferdinand RF, Meester S, de Nijs PFA, Verheij F. High Rates of Psychiatric Co-Morbidity in PDD-NOS. *J Autism Dev Disord.* 01 Mayıs 2007;37(5):877-86.
27. Storch EA, Sulkowski ML, Nadeau J, Lewin AB, Arnold EB, Mutch PJ, vd. The phenomenology and clinical correlates of suicidal thoughts and behaviors in youth with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* Ekim 2013;43(10):2450-9.
28. Reuben K, Parish A. Dissociation in Autism Spectrum Disorders: An Under-Recognized Symptom. *İçinde* 2022.
29. Uddin LQ. The self in autism: An emerging view from neuroimaging. *Neurocase.* Haziran 2011;17(3):201-8.
30. Bleuler E. The theory of schizophrenic negativism. White WA, editör. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1912;39:50-7, 133-9, 195-202, 274-9.
31. Sher DA, Gibson JL. Pioneering, prodigious and perspicacious: Grunya Efimovna Sukhareva's life and contribution to conceptualising autism and schizophrenia. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2023;32(3):475-90.
32. Wolff S. The history of autism. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* Ağustos 2004;13(4):201-8.
33. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child.* 1943;2:217-50.
34. Asperger H. Die „Autistischen Psychopathen“ im Kindesalter. *Archiv f Psychiatrie.* 01 Haziran 1944;117(1):76-136.
35. Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. *Psychol Med.* Şubat 1981;11(1):115-29.
36. Tanıdır C, Mukaddes NM, (Editör) Akay A, (Editör) Ercan ES. Otizm Spektrum Bozuklukları. *İçinde: Çocuk Ve Ergen Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları.* 2021.
37. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision. 5th edition. Washington, DC: Amer Psychiatric Pub Inc; 2022. 1050 s.
38. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental

- Disorders DSM-IV. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994. 886 s.
39. American Psychiatric Association. DSM-III: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. 3rd edition. Washington, D.C: The American Psychiatric Association; 1985. 494 s.
40. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Subsequent edition. Washington, DC: Amer Psychiatric Pub Inc; 2000. 943 s.
41. McPartland J, Volkmar FR. Autism and related disorders. *Handb Clin Neurol*. 2012;106:407-18.
42. World Health Organization (WHO). ICD-8: International Classification of Diseases, Revision 8 (1965).
43. World Health Organization (WHO) 2019/2021. ICD-11: International classification of diseases (11th revision). [İnternet]. [a.yer 02 Temmuz 2023]. Erişim adresi: <https://icd.who.int/browse11>
44. Baio J. Prevalence of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2014. *MMWR Surveill Summ* [İnternet]. 2018 [a.yer 02 Temmuz 2023];67. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/67/ss/ss6706a1.htm>
45. Baio J. Prevalence of Autism Spectrum Disorders — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008. [a.yer 02 Temmuz 2023]; Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss6103a1.htm#>
46. Christensen DL. Prevalence and Characteristics of Autism Spectrum Disorder Among Children Aged 8 Years — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2012. *MMWR Surveill Summ* [İnternet]. 2016 [a.yer 02 Temmuz 2023];65. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/ss/ss6503a1.htm>
47. Fombonne E. The epidemiology of autism: A review. *Psychological Medicine*. 1999;29(4):769-86.
48. Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Fombonne E, Laska E, Lim EC, vd. Prevalence of Autism Spectrum Disorders in a Total Population Sample. *AJP*. Eylül 2011;168(9):904-12.
49. Lotter V. Epidemiology of autistic conditions in young children. *Soc Psychiatry*. 01 Mart 1967;1(4):163-73.
50. Rice C. Prevalence of Autism Spectrum Disorders --- Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2002. [a.yer 02 Temmuz 2023]; Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5601a2.htm#>
51. Harris E. Autism Prevalence Has Been on the Rise in the US for Decades—And That’s Progress. *JAMA* [İnternet]. 03 Mayıs 2023 [a.yer 21 Mayıs 2023]; Erişim adresi: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2804698>
52. Fombonne E. Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry*. 2005;66 Suppl 10:3-8.
53. Bailey A, Luthert P, Dean A, Harding B, Janota I, Montgomery M, vd. A clinicopathological study of autism. *Brain*. Mayıs 1998;121 (Pt 5):889-905.
54. Courchesne E, Webb SJ, Schumann C. From Toddlers to Adults: The Changing Landscape of the Brain in Autism. İçinde: *Autism Spectrum Disorders*. 2011. s. 611-31.
55. Kemper TL, Bauman M. Neuropathology of infantile autism. *J Neuropathol Exp Neurol*. Temmuz 1998;57(7):645-52.
56. Minshew NJ, Williams DL. The new neurobiology of autism: cortex, connectivity, and neuronal organization. *Arch Neurol*. Temmuz 2007;64(7):945-50.
57. Schumann CM, Noctor SC, Amaral DG. Neuropathology of Autism Spectrum Disorders: Postmortem Studies. İçinde: Amaral D, Geschwind D, Dawson G, editörler. *Autism Spectrum Disorders* [İnternet]. Oxford University Press; 2011 [a.yer 02 Temmuz 2023].

- 2023]. s. 0. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1093/med/9780195371826.003.0100>
58. Casanova MF, van Kooten IAJ, Switala AE, van Engeland H, Heinsen H, Steinbusch HWM, vd. Minicolumnar abnormalities in autism. *Acta Neuropathol.* Eylül 2006;112(3):287-303.
59. Geschwind DH, Levitt P. Autism spectrum disorders: developmental disconnection syndromes. *Curr Opin Neurobiol.* Şubat 2007;17(1):103-11.
60. Kana RK, Libero LE, Moore MS. Disrupted cortical connectivity theory as an explanatory model for autism spectrum disorders. *Phys Life Rev.* Aralık 2011;8(4):410-37.
61. Abrahams BS, Geschwind DH. Connecting genes to brain in the autism spectrum disorders. *Arch Neurol.* Nisan 2010;67(4):395-9.
62. Gillberg, Coleman. *The Biology of the Autistic Syndromes (Clinics in Developmental Medicine)* 3rd Edition. 2000.
63. Mukaddes NM, Hergüner S, Tanidir C. Psychiatric disorders in individuals with high-functioning autism and Asperger's disorder: similarities and differences. *World J Biol Psychiatry.* Aralık 2010;11(8):964-71.
64. Rutter M, Silberg J, O'Connor T, Simonoff E. Genetics and child psychiatry: II Empirical research findings. *J Child Psychol Psychiatry.* Ocak 1999;40(1):19-55.
65. Hertz-Picciotto I, Korrick SA, Ladd-Acosta C, Karagas MR, Lyall K, Schmidt RJ, vd. Maternal tobacco smoking and offspring autism spectrum disorder or traits in ECHO cohorts. *Autism Research.* 2022;15(3):551-69.
66. Quinlan CA, McVeigh KH, Driver CR, Govind P, Karpata A. Parental Age and Autism Spectrum Disorders Among New York City Children 0-36 Months of Age. *Matern Child Health J.* Ağustos 2015;19(8):1783-90.
67. Sandin S, Schendel D, Magnusson P, Hultman C, Surén P, Susser E, vd. Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents. *Mol Psychiatry.* Mayıs 2016;21(5):693-700.
68. Ghaziuddin M. *Mental health aspects of autism and Asperger syndrome.* London, England: Jessica Kingsley Publishers; 2005. 252 s. (Mental health aspects of autism and Asperger syndrome).
69. Mukaddes NM, Fateh R. High rates of psychiatric co-morbidity in individuals with Asperger's disorder. *World J Biol Psychiatry.* Mart 2010;11(2 Pt 2):486-92.
70. Wing L. Problems of Categorical Classification Systems. İçinde: Volkmar FR, Paul R, Klin A, Cohen D, editörler. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders* [Internet]. 1. bs Wiley; 2005 [a.yer 03 Temmuz 2023]. s. 583-605. Erişim adresi: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470939345.ch21>
71. Karakoç Demirkaya S, Tutkunkardaş MD, Mukaddes NM. Assessment of suicidality in children and adolescents with diagnosis of high functioning autism spectrum disorder in a Turkish clinical sample. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2016;12:2921-6.
72. Lai MC, Kasee C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, vd. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Psychiatry.* Ekim 2019;6(10):819-29.
73. Simonoff E, Pickles A, Charman T, Chandler S, Loucas T, Baird G. Psychiatric Disorders in Children With Autism Spectrum Disorders: Prevalence, Comorbidity, and Associated Factors in a Population-Derived Sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 01 Ağustos 2008;47(8):921-9.
74. Hallett V, Lecavalier L, Sukhodolsky DG, Cipriano N, Aman MG, McCracken JT, vd. Exploring the manifestations of anxiety in children with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* Ekim 2013;43(10):2341-52.
75. van Steensel FJA, Bögels SM, Perrin S. Anxiety Disorders in Children and Adolescents with Autistic Spectrum Disorders: A Meta-Analysis. *Clin Child Fam Psychol*

Rev. 01 Eylül 2011;14(3):302-17.

76. Postorino V, Kerns CM, Vivanti G, Bradshaw J, Siracusano M, Mazzone L. Anxiety Disorders and Obsessive-Compulsive Disorder in Individuals with Autism Spectrum Disorder. *Curr Psychiatry Rep*. 30 Ekim 2017;19(12):92.
77. Golan O, Haruvi-Lamdan N, Laor N, Horeish D. The comorbidity between autism spectrum disorder and post-traumatic stress disorder is mediated by brooding rumination. *Autism*. 01 Şubat 2022;26(2):538-44.
78. Rumball F, Brook L, Happé F, Karl A. Heightened risk of posttraumatic stress disorder in adults with autism spectrum disorder: The role of cumulative trauma and memory deficits. *Res Dev Disabil*. Mart 2021;110:103848.
79. Hofvander B, Delorme R, Chaste P, Nydén A, Wentz E, Ståhlberg O, vd. Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*. 10 Haziran 2009;9:35.
80. Kölves K, Fitzgerald C, Nordentoft M, Wood SJ, Erlangsen A. Assessment of Suicidal Behaviors Among Individuals With Autism Spectrum Disorder in Denmark. *JAMA Netw Open*. 04 Ocak 2021;4(1):e2033565.
81. Stewart ME, Barnard L, Pearson J, Hasan R, O'Brien G. Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: A review. *Autism*. 2006;10(1):103-16.
82. Mukaddes NM, Topcu Z. Case report: homicide by a 10-year-old girl with autistic disorder. *J Autism Dev Disord*. Mayıs 2006;36(4):471-4.
83. Varcin KJ, Herniman SE, Lin A, Chen Y, Perry Y, Pugh C, vd. Occurrence of psychosis and bipolar disorder in adults with autism: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 01 Mart 2022;134:104543.
84. Zappella M. Early-onset Tourette syndrome with reversible autistic behaviour: A dysmaturational disorder. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2002;11(1):18-23.
85. Mayes SD, Zickgraf H. Atypical eating behaviors in children and adolescents with autism, ADHD, other disorders, and typical development. *Research in Autism Spectrum Disorders*. Ağustos 2019;64:76-83.
86. Mazurek MO, Sohl K. Sleep and Behavioral Problems in Children with Autism Spectrum Disorder. *J Autism Dev Disord*. Haziran 2016;46(6):1906-15.
87. Bozkurt H, Mukaddes NM. Catatonia in a child with autistic disorder. *Turk J Pediatr*. 2010;52(4):435-8.
88. Duncan A, Tamm L, Birnschein AM, Becker SP. Clinical correlates of sluggish cognitive tempo in adolescents with autism spectrum disorder. *Autism*. Ağustos 2019;23(6):1354-62.
89. Kurita H. School refusal in pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*. Mart 1991;21(1):1-15.
90. Copeland WE, Keeler G, Angold A, Costello EJ. Traumatic Events and Posttraumatic Stress in Childhood. *Archives of General Psychiatry*. 01 Mayıs 2007;64(5):577-84.
91. McLaughlin KA, Koenen KC, Hill ED, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, vd. Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in a national sample of adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ağustos 2013;52(8):815-830.e14.
92. Stavropoulos KKM, McPartland JC, editörler. Differential diagnosis of autism spectrum disorder. New York, NY: Oxford University Press; 2022. 240 s.
93. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, van der Kolk B, Pynoos R, Wang J, vd. A developmental approach to complex PTSD: childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress*. Ekim 2009;22(5):399-408.
94. Hoover DW, Romero EMG. The Interactive Trauma Scale: A Web-Based Measure for Children with Autism. *J Autism Dev Disord*. Nisan 2019;49(4):1686-92.
95. Layne CM, Greeson JKP, Ostrowski SA, Kim S, Reading S, Vivrette RL, vd.

- Cumulative trauma exposure and high risk behavior in adolescence: Findings from the National Child Traumatic Stress Network Core Data Set. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2014;6(Suppl 1):S40-9.
96. Saigh PA, Bremner JD. The history of posttraumatic stress disorder. *İçinde: Posttraumatic stress disorder: A comprehensive text*. Needham Heights, MA, US: Allyn & Bacon; 1999. s. 1-17.
 97. Usta DMB. Travma sonrası stres bozukluğu olan adölesanlarda emdr tedavisi etkinliğinin ve plazma kortizol/DHEA-S düzeylerinin değişiminin araştırılması. 2017.
 98. Levy DM. Psychic trauma of operations in children. *American Journal of Diseases of Children*. 1945;69:7-25.
 99. Terr LC. Childhood traumas: an outline and overview. *Am J Psychiatry*. Ocak 1991;148(1):10-20.
 100. Cuffe SP, Addy CL, Garrison CZ, Waller JL, Jackson KL, McKeown RE, vd. Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Şubat 1998;37(2):147-54.
 101. Hamblen J, Barnett E. PTSD in children and adolescents. *National Center for PTSD*; 2014.
 102. Turgoose DP, Kerr S, De Coppi P, Blackburn S, Wilkinson S, Rooney N, vd. Prevalence of traumatic psychological stress reactions in children and parents following paediatric surgery: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Paediatr Open*. 16 Temmuz 2021;5(1):e001147.
 103. Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Richardson D, Canobbio R, vd. Posttraumatic stress disorder in peers of adolescent suicide victims: predisposing factors and phenomenology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Şubat 1995;34(2):209-15.
 104. Rezayat AA, Sahebdel S, Jafari S, Kabirian A, Rahnejat AM, Farahani RH, vd. Evaluating the Prevalence of PTSD among Children and Adolescents after Earthquakes and Floods: a Systematic Review and Meta-Analysis. *Psychiatr Q*. Aralık 2020;91(4):1265-90.
 105. Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, 3rd ed. Arlington, VA, US: American Psychiatric Publishing, Inc.; 2000. xiv, 597 s. (Psychodynamic psychiatry in clinical practice, 3rd ed).
 106. Başoğlu M. Psikolojik Travma Sonrası Stres Hastalığı-Psikobiyolojik Kuramlar, Tedavide Yeni Gelişmeler ve Güncel Konular. *Türk Psikiyatri Dergisi*. 1992;3(1).
 107. Foa EB, Zinbarg R, Rothbaum BO. Uncontrollability and unpredictability in post-traumatic stress disorder: an animal model. *Psychol Bull*. Eylül 1992;112(2):218-38.
 108. McCann IL, Sakheim DK, Abrahamson DJ. Trauma and Victimization: A Model of Psychological Adaptation. *The Counseling Psychologist*. 01 Ekim 1988;16(4):531-94.
 109. Southwick SM, Krystal JH, Morgan CA, Johnson D, Nagy LM, Nicolaou A, vd. Abnormal noradrenergic function in posttraumatic stress disorder. *Arch Gen Psychiatry*. Nisan 1993;50(4):266-74.
 110. Ehlers A, Clark DM. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther*. Nisan 2000;38(4):319-45.
 111. Carrion VG, Weems CF, Reiss AL. Stress predicts brain changes in children: a pilot longitudinal study on youth stress, posttraumatic stress disorder, and the hippocampus. *Pediatrics*. Mart 2007;119(3):509-16.
 112. Carrion VG, Weems CF, Ray RD, Glaser B, Hessel D, Reiss AL. Diurnal salivary cortisol in pediatric posttraumatic stress disorder. *Biol Psychiatry*. 01 Nisan 2002;51(7):575-82.
 113. De Bellis MD, Baum AS, Birmaher B, Keshavan MS, Eccard CH, Boring AM, vd. Developmental traumatology part I: biological stress systems**See accompanying Editorial, in this issue. *Biological Psychiatry*. 15 Mayıs 1999;45(10):1259-70.

114. Carrión VG, Haas BW, Garrett A, Song S, Reiss AL. Reduced Hippocampal Activity in Youth with Posttraumatic Stress Symptoms: An fMRI Study. *J Pediatr Psychol*. Haziran 2010;35(5):559-69.
115. De Bellis MD, Keshavan MS, Frustaci K, Shifflett H, Iyengar S, Beers SR, vd. Superior temporal gyrus volumes in maltreated children and adolescents with ptsd. *Biological Psychiatry*. 01 Nisan 2002;51(7):544-52.
116. Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ, Larrieu JA. Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Şubat 1995;34(2):191-200.
117. Carrion VG, Weems CF, Ray R, Reiss AL. Toward an empirical definition of pediatric PTSD: the phenomenology of PTSD symptoms in youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Şubat 2002;41(2):166-73.
118. Pfefferbaum B. Posttraumatic stress disorder in children: A review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(11):1503-11.
119. Caldwell BA, Redeker N. Sleep and trauma: an overview. *Issues Ment Health Nurs*. 2005;26(7):721-38.
120. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ekim 1999;38(10):1214-22.
121. Boyden J, Mann G. Children's Risk, Resilience, and Coping in Extreme Situations. *Handbook for Working With Children and Youth; Pathways to Resilience Across Cultures and Contexts*. 01 Ocak 2005;
122. Masten AS, Best KM, Garmezy N. Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*. 1990;2(4):425-44.
123. Brown LK, Houck CD, Hadley WS, Lescano CM. Self-cutting and sexual risk among adolescents in intensive psychiatric treatment. *Psychiatr Serv*. Şubat 2005;56(2):216-8.
124. Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E. Traumas and posttraumatic stress disorder in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Ekim 1995;34(10):1369-80.
125. Kotler M, Iancu I, Efroni R, Amir M. Anger, impulsivity, social support, and suicide risk in patients with posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2001;189(3):162-7.
126. Scheeringa MS. Developmental considerations for diagnosing PTSD and acute stress disorder in preschool and school-age children. *Am J Psychiatry*. Ekim 2008;165(10):1237-9.
127. Scheeringa MS, Zeanah CH, Myers L, Putnam FW. New findings on alternative criteria for PTSD in preschool children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Mayıs 2003;42(5):561-70.
128. Yule W. Post-traumatic stress disorder in child survivors of shipping disasters: the sinking of the "Jupiter". *Psychother Psychosom*. 1992;57(4):200-5.
129. Hernández-González O, Fresno-Rodríguez A, Spencer-Contreras RE, Tárraga-Mínguez R, González-Fernández D, Sepúlveda-Opazo F. Research Mapping of Trauma Experiences in Autism Spectrum Disorders: A Bibliometric Analysis. *Healthcare (Basel)*. 28 Nisan 2023;11(9):1267.
130. Pfeffer RD. Childhood Victimization in a National Sample of Youth with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*. 2016;13(4):311-9.
131. Hibbard RA, Desch LW, and the Committee on Child Abuse and Neglect, and Council on Children With Disabilities. *Maltreatment of Children With Disabilities*.

Pediatrics. 01 Mayıs 2007;119(5):1018-25.

132. Reiter S, Bryen DN, Shachar I. Adolescents with intellectual disabilities as victims of abuse. *J Intellect Disabil.* Aralık 2007;11(4):371-87.

133. Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities: a population-based epidemiological study. *Child Abuse & Neglect.* 01 Ekim 2000;24(10):1257-73.

134. Hall-Lande J, Hewitt A, Mishra S, Piescher K, LaLiberte T. Involvement of Children With Autism Spectrum Disorder (ASD) in the Child Protection System. *Focus Autism Other Dev Disabl.* 01 Aralık 2015;30(4):237-48.

135. McDonnell CG, Boan AD, Bradley CC, Seay KD, Charles JM, Carpenter LA. Child maltreatment in autism spectrum disorder and intellectual disability: results from a population-based sample. *Journal of Child Psychology and Psychiatry.* 2019;60(5):576-84.

136. Berg KL, Shiu CS, Acharya K, Stolbach BC, Msall ME. Disparities in adversity among children with autism spectrum disorder: a population-based study. *Dev Med Child Neurol.* Kasım 2016;58(11):1124-31.

137. Warrier V, Baron-Cohen S. Childhood trauma, life-time self-harm, and suicidal behaviour and ideation are associated with polygenic scores for autism. *Mol Psychiatry.* Mayıs 2021;26(5):1670-84.

138. Happé F, Frith U. The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord.* Ocak 2006;36(1):5-25.

139. Kerns CM, Newschaffer CJ, Berkowitz S, Lee BK. Brief Report: Examining the Association of Autism and Adverse Childhood Experiences in the National Survey of Children's Health: The Important Role of Income and Co-occurring Mental Health Conditions. *J Autism Dev Disord.* Temmuz 2017;47(7):2275-81.

140. Cohen JA, Bukstein O, Walter H, Benson SR, Chrisman A, Farchione TR, vd. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with posttraumatic stress disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* Nisan 2010;49(4):414-30.

141. 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 & Neglect.* 01 Temmuz 2015;45:135-42.

142. Trelles Thorne M del P, Khinda N, Coffey BJ. Posttraumatic Stress Disorder in a Child with Autism Spectrum Disorder: Challenges in Management. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* Ağustos 2015;25(6):514-7.

143. Im DS. Trauma as a Contributor to Violence in Autism Spectrum Disorder. *J Am Acad Psychiatry Law.* Haziran 2016;44(2):184-92.

144. Wood JJ, Gadow KD. Exploring the nature and function of anxiety in youth with autism spectrum disorders. *Clinical Psychology: Science and Practice.* 2010;17(4):281-92.

145. Mazefsky CA, Herrington J, Siegel M, Scarpa A, Maddox BB, Scahill L, vd. The Role of Emotion Regulation in Autism Spectrum Disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry.* 01 Temmuz 2013;52(7):679-88.

146. Orsmond GI, Krauss MW, Seltzer MM. Peer Relationships and Social and Recreational Activities Among Adolescents and Adults with Autism. *J Autism Dev Disord.* 01 Haziran 2004;34(3):245-56.

147. Stevens NR, Gerhart J, Goldsmith RE, Heath NM, Chesney SA, Hobfoll SE. Emotion Regulation Difficulties, Low Social Support, and Interpersonal Violence Mediate the Link Between Childhood Abuse and Posttraumatic Stress Symptoms. *Behavior Therapy.* 01 Mart 2013;44(1):152-61.

148. White SW, Mazefsky CA, Dichter GS, Chiu PH, Richey JA, Ollendick TH. Social-cognitive, physiological, and neural mechanisms underlying emotion regulation impairments: understanding anxiety in autism spectrum disorder. *Int J Dev Neurosci.* Aralık 2014;39:22-

36.

149. Strunz S, Dziobek I, Roepke S. [Comorbid psychiatric disorders and differential diagnosis of patients with autism spectrum disorder without intellectual disability]. *Psychother Psychosom Med Psychol*. Haziran 2014;64(6):206-13.
150. Herman JL. Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*. 1992;5(3):377-91.
151. King R, Desaulnier CL. Commentary: Complex post-traumatic stress disorder. Implications for individuals with autism spectrum disorders—Part II. *Journal on Developmental Disabilities*. 2011;17(1):47-59.
152. Kildahl AN, Helverschou SB, Bakken TL, Oddli HW. “Driven and Tense, Stressed Out and Anxious”: Clinicians’ Perceptions of Post-Traumatic Stress Disorder Symptom Expressions in Adults with Autism and Intellectual Disability. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 02 Temmuz 2020;13(3):201-30.
153. Kildahl AN, Bakken TL, Iversen TE, Helverschou SB. Identification of Post-Traumatic Stress Disorder in Individuals with Autism Spectrum Disorder and Intellectual Disability: A Systematic Review. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 03 Nisan 2019;12(1-2):1-25.
154. Solomon SD, Davidson JR. Trauma: prevalence, impairment, service use, and cost. *J Clin Psychiatry*. 1997;58 Suppl 9:5-11.
155. Kerns CM, Berkowitz SJ, Moskowitz LJ, Drahota A, Lerner MD, Usual Care for Autism Study (UCAS) Consortium, vd. Screening and treatment of trauma-related symptoms in youth with autism spectrum disorder among community providers in the United States. *Autism*. Şubat 2020;24(2):515-25.
156. Corbett BA, Mendoza S, Wegelin JA, Carmean V, Levine S. Variable cortisol circadian rhythms in children with autism and anticipatory stress. *J Psychiatry Neurosci*. Mayıs 2008;33(3):227-34.
157. Jansen LMC, Gispen-de Wied CC, van der Gaag RJ, van Engeland H. Differentiation between autism and multiple complex developmental disorder in response to psychosocial stress. *Neuropsychopharmacology*. Mart 2003;28(3):582-90.
158. Pechtel P, Pizzagalli DA. Effects of early life stress on cognitive and affective function: an integrated review of human literature. *Psychopharmacology*. 01 Mart 2011;214(1):55-70.
159. Solomon L, Peltz L. Separation, Autism, and Residential Treatment. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. Şubat 2008;17(1):26-8.
160. Cappadocia MC, Weiss JA, Pepler D. Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*. Şubat 2012;42(2):266-77.
161. Zeedyk SM, Rodriguez G, Tipton LA, Baker BL, Blacher J. Bullying of youth with autism spectrum disorder, intellectual disability, or typical development: Victim and parent perspectives. *Res Autism Spectr Disord*. 01 Eylül 2014;8(9):1173-83.
162. van Roekel E, Scholte RHJ, Didden R. Bullying Among Adolescents With Autism Spectrum Disorders: Prevalence and Perception. *J Autism Dev Disord*. 2010;40(1):63-73.
163. Bitsika V, Sharpley CF. Direct and Inverse Correlates of Post-Traumatic Stress Disorder among School-Age Autistic Boys. *Int J Environ Res Public Health*. 16 Mayıs 2021;18(10):5285.
164. Idsoe T, Dyregrov A, Idsoe EC. Bullying and PTSD symptoms. *J Abnorm Child Psychol*. Ağustos 2012;40(6):901-11.
165. Newman ML, Holden GW, Delville Y. Coping with the stress of being bullied: Consequences of coping strategies among college students. *Social Psychological and Personality Science*. 2011;2(2):205-11.
166. Sar V. Çoğul kişilik kavramı ve dissosiyatif bozukluklar (Multiple personality

- concept and the dissociative disorders). *Psikiyatri Dünyası*. 21 Haziran 2000;4:7-11.
167. Ellenberger HF. *The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry*. New York: Basic Books; 1981. 976 s.
168. Zoroğlu SS, (Editör) Akay A, (Editör) Ercan ES. *Çocuk ve Ergenlerde Disosiyatif Bozukluklar. İçinde: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. 2. Baskı. Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği; 2021.
169. Van der Hart O, Brown P, Van der Kolk BA. Pierre Janet's treatment of post-traumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*. 1989;2(4):379-95.
170. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-III-R*. 3rd ed., rev edition. Washington, DC: American Psychiatric In; 1987. 608 s.
171. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: Dsm-I Original Edition*. 1952.
172. Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association. *DSM-II Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Second Edition)*. 1968.
173. Putnam FW. Child Development and Dissociation. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 01 Nisan 1996;5(2):285-302.
174. Kluft RP. Treatment of multiple personality disorder: A study of 33 cases. *Psychiatric Clinics of North America*. 1984;7(1):9-29.
175. Kluft RP. *Childhood Antecedents of Multiple Personality*. American Psychiatric Pub; 1985. 276 s.
176. Fagan J, McMahon PP. Incipient multiple personality in children: Four cases. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1984;172(1):26-36.
177. Coons PM. Confirmation of childhood abuse in child and adolescent cases of multiple personality disorder and dissociative disorder not otherwise specified. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 1994;182(8):461-4.
178. Hornstein NL, Putnam FW. Clinical phenomenology of child and adolescent dissociative disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. Kasım 1992;31(6):1077-85.
179. Zoroglu S, Ü T, Öztürk M, Sar V. Dissociative disorders among children and adolescents: an evaluation of 36 cases. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 01 Ocak 2001;1:197-206.
180. Zoroglu S, Sar V, Yargic I. Dissociative identity disorder in adolescence: Two cases. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*. 01 Ocak 1997;5:43-52.
181. Zoroglu S, Yargic I, H T, M O, Sar V. Dissociative Identity Disorder in Childhood: Five Turkish Cases. *Dissociation*. 01 Aralık 1996;9:250-7.
182. Lynn SJ, Polizzi C, Merkelbach H, Chiu CD, Maxwell R, van Heugten D, vd. Dissociation and Dissociative Disorders Reconsidered: Beyond Sociocognitive and Trauma Models Toward a Transtheoretical Framework. *Annu Rev Clin Psychol*. 09 Mayıs 2022;18:259-89.
183. Sar V, Akyüz G, Doğan O. Prevalence of dissociative disorders among women in the general population. *Psychiatry Res*. 15 Ocak 2007;149(1-3):169-76.
184. Sar V. Dissociation in Turkey. *Newsletter (European Society for Trauma and Dissociation)*. 23 Aralık 2014;3:4-10.
185. Malhotra N, Gupta N. Dissociative Disorders: Reinvention or Reconceptualization of the Concept? *Indian Journal of Social Psychiatry*. Kasım 2018;34(Suppl 1):S44.
186. Yanık M. *Bölünmüş Zihinler*. İstanbul Tıp Kitabevi; 2018. 163 s.
187. ALYANAK B. A Case Study: Comorbidity of Reactive Attachment Disorder and Dissociative Disorder. *TURKISH JOURNAL CLINICAL PSYCHIATRY*. 2000;3(3):203-8.
188. Liotti G. Disorganized/disoriented attachment in the etiology of the dissociative disorders. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*. 1992;5(4):196-204.
189. Ehling T, Nijenhuis ERS, Krikke AP. Volume of discrete brain structures in complex

- dissociative disorders: preliminary findings. *Prog Brain Res.* 2008;167:307-10.
190. Sar V, Unal SN, Ozturk E. Frontal and occipital perfusion changes in dissociative identity disorder. *Psychiatry Res.* 15 Aralık 2007;156(3):217-23.
191. Sar V, SN Ü, E K, T K, Öztürk E. HMPAO SPECT study of cerebral perfusion in dissociative identity disorder. *Journal of Trauma and Dissociation.* 01 Ocak 2001;2:5-25.
192. Vermetten E, Schmahl C, Lindner S, Loewenstein RJ, Bremner JD. Hippocampal and Amygdalar Volumes in Dissociative Identity Disorder. *Am J Psychiatry.* Nisan 2006;163(4):630-6.
193. Hanson JL, Chung MK, Avants BB, Shirtcliff EA, Gee JC, Davidson RJ, vd. Early Stress Is Associated with Alterations in the Orbitofrontal Cortex: A Tensor-Based Morphometry Investigation of Brain Structure and Behavioral Risk. *J Neurosci.* 02 Haziran 2010;30(22):7466-72.
194. Schore AN. The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology. *Development and Psychopathology.* Ocak 1996;8(1):59-87.
195. Forrest K. Toward an Etiology of Dissociative Identity Disorder: A Neurodevelopmental Approach. *Consciousness and cognition.* 01 Ekim 2001;10:259-93.
196. DePierro J, D'Andrea W, Frewen P, Todman M. Alterations in positive affect: Relationship to symptoms, traumatic experiences, and affect ratings. *Psychol Trauma.* Eylül 2018;10(5):585-93.
197. Mutluer T, Şar V, Kose-Demiray Ç, Arslan H, Tamer S, Inal S, vd. Lateralization of Neurobiological Response in Adolescents with Post-Traumatic Stress Disorder Related to Severe Childhood Sexual Abuse: the Tri-Modal Reaction (T-MR) Model of Protection. *J Trauma Dissociation.* 2018;19(1):108-25.
198. Sar V. Childhood Trauma and Dissociative Disorders. *İçinde* 2020. s. 333-65.
199. Schore AN. Relational trauma and the developing right brain: The neurobiology of broken attachment bonds. *İçinde: Relational trauma in infancy: Psychoanalytic, attachment and neuropsychological contributions to parent–infant psychotherapy.* New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2010. s. 19-47.
200. Bloom JS, Hynd GW. The role of the corpus callosum in interhemispheric transfer of information: excitation or inhibition? *Neuropsychol Rev.* Haziran 2005;15(2):59-71.
201. Rinne-Albers M, Boateng C, Van der Werff S, Lamers-Winkelmann F, Rombouts S, Vermeiren R, vd. Preserved cortical thickness, surface area and volume in adolescents with PTSD after childhood sexual abuse. *Scientific Reports.* 24 Şubat 2020;10.
202. Teicher MH, Dumont NL, Ito Y, Vaituzis C, Giedd JN, Andersen SL. Childhood neglect is associated with reduced corpus callosum area. *Biol Psychiatry.* 15 Temmuz 2004;56(2):80-5.
203. Leslie A. Pretense and representation: The origins of theory of mind. *Psychological Review.* 01 Ekim 1987;94:412-26.
204. Reuben K. Posttraumatic Stress Disorder in Autistic Adults: Correlates of Meeting DSM-5 Criteria and Predictors of Professional Diagnosis. 2022 [a.yer 13 Haziran 2023]; Erişim adresi: https://scholarworks.gsu.edu/iph_theses/755
205. Scott FJ, Baron-Cohen S. Imagining Real and Unreal Things: Evidence of a Dissociation in Autism. *Journal of Cognitive Neuroscience.* 01 Temmuz 1996;8(4):371-82.
206. West MJ, Somer E, Eigsti IM. Immersive and Maladaptive Daydreaming and Divergent Thinking in Autism Spectrum Disorders. *Imagination, Cognition and Personality.* Haziran 2023;42(4):372-98.
207. WEST MJ, SOMER E, EIGSTI IM. The Association between Autism Traits and Maladaptive Daydreaming. *INSAR VIRTUAL* 2020; 2020.
208. David N, Gawronski A, Santos NS, Huff W, Lehnhardt FG, Newen A, vd.

- Dissociation Between Key Processes of Social Cognition in Autism: Impaired Mentalizing But Intact Sense of Agency. *J Autism Dev Disord*. Nisan 2008;38(4):593-605.
209. Zalla T, Sperduti M. The sense of agency in autism spectrum disorders: a dissociation between prospective and retrospective mechanisms? *Front Psychol*. 08 Eylül 2015;6:1278.
 210. Lind SE. Memory and the self in autism: A review and theoretical framework. *Autism*. Eylül 2010;14(5):430-56.
 211. Ghosn F, Vázquez MÁ, García-Blanco A. An emotional approach to autism spectrum disorder. İçinde: *The role of emotions in mental illness*. Hauppauge, NY, US: Nova Science Publishers; 2018. s. 117-35. (Mental illnesses and treatments).
 212. Cancino Botello MC, Peña Serrano A, Canseco Navarro MDLA, Hernández Sánchez JM, Molina López F. Strange behavior as defense mechanism related to sensorial impairment in autism. *Eur psychiatr*. Mart 2016;33(S1):S347-S347.
 213. Barrett LF, Simmons WK. Interoceptive predictions in the brain. *Nat Rev Neurosci*. Temmuz 2015;16(7):419-29.
 214. Zdankiewicz-Ścigała E, Ścigała D, Sikora J, Kwaterniak W, Longobardi C. Relationship between interoceptive sensibility and somatoform disorders in adults with autism spectrum traits. The mediating role of alexithymia and emotional dysregulation. Aspell JE, editör. *PLoS ONE*. 24 Ağustos 2021;16(8):e0255460.
 215. Palser ER, Fotopoulou A, Pellicano E, Kilner JM. Dissociation in How Core Autism Features Relate to Interoceptive Dimensions: Evidence from Cardiac Awareness in Children. *J Autism Dev Disord*. Şubat 2020;50(2):572-82.
 216. Hill E, Berthoz S, Frith U. Brief Report: Cognitive Processing of Own Emotions in Individuals with Autistic Spectrum Disorder and in Their Relatives. *J Autism Dev Disord*. Nisan 2004;34(2):229-35.
 217. Khachadourian V, Mahjani B, Sandin S, Kolevzon A, Buxbaum JD, Reichenberg A, vd. Comorbidities in autism spectrum disorder and their etiologies. *Transl Psychiatry*. 25 Şubat 2023;13(1):1-7.
 218. Knoll VA. Clinical and adaptive skill characteristics of children with autistic spectrum disorders using the Behavior Assessment System for Children, Second Edition. State University of New York at Buffalo ProQuest Dissertations Publishing; 2008.
 219. Mahan S, Matson JL. Children and adolescents with autism spectrum disorders compared to typically developing controls on the Behavioral Assessment System for Children, Second Edition (BASC-2). *Research in Autism Spectrum Disorders*. Ocak 2011;5(1):119-25.
 220. Sukhodolsky DG, Scahill L, Gadow KD, Arnold LE, Aman MG, McDougale CJ, vd. Parent-Rated Anxiety Symptoms in Children with Pervasive Developmental Disorders: Frequency and Association with Core Autism Symptoms and Cognitive Functioning. *J Abnorm Child Psychol*. Ocak 2008;36(1):117-28.
 221. Ross CA, Ridgway J, George N. Maladaptive Daydreaming, Dissociation, and the Dissociative Disorders. *Psychiatr Res Clin Pract*. Aralık 2020;2(2):53-61.
 222. The Research Units On Pediatric P. The Pediatric Anxiety Rating Scale (PARS): Development and Psychometric Properties. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. Eylül 2002;41(9):1061-9.
 223. Storch EA, Wood JJ, Ehrenreich-May J, Jones AM, Park JM, Lewin AB, vd. Convergent and Discriminant Validity and Reliability of the Pediatric Anxiety Rating Scale in Youth with Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*. Kasım 2012;42(11):2374-82.
 224. Rinaldi M, Ilzarbe D, Kyriakopoulos M. Hospital Admission for Severe Pediatric Dissociative Disorder. *J Nerv Ment Dis*. Mayıs 2019;207(5):406-9.
 225. Tong G, Groom K, Ward L, Naeem M. "This Is Not the Original Timeline": A Case

- Report of an Extended Dissociative Episode in a Healthy Young Male Accompanied with Severe Decline in Mental State. Kluge M, editör. Case Reports in Psychiatry. 03 Mayıs 2021;2021:1-4.
226. Libdeh AA, Brenner L, Quigg M. Recurrent Dissociative Fugue Episodes in a Child With Autism Spectrum Disorder. Clin Pediatr (Phila). Mart 2022;61(3):253-5.
227. Reuben KE, Stanzione CM, Singleton JL. Interpersonal Trauma and Posttraumatic Stress in Autistic Adults. Autism Adulthood. 01 Eylül 2021;3(3):247-56.
228. Reuben KE, Parish A. Dissociation in Autism Spectrum Disorders: An Under-Recognized Symptom.
229. Williams D. Nobody Nowhere: The Remarkable Autobiography of an Autistic Girl [İnternet]. Jessica Kingsley Publishers; 2009 [a.yer 25 Haziran 2023]. Erişim adresi: <http://gen.lib.rus.ec/book/index.php?md5=B56D28593B1B377CC6AB42274CAB9468>
230. Chambers WJ. The Assessment of Affective Disorders in Children and Adolescents by Semistructured Interview: Test-Retest Reliability of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children, Present Episode Version. Arch Gen Psychiatry. 01 Temmuz 1985;42(7):696.
231. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, vd. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): Initial Reliability and Validity Data. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Temmuz 1997;36(7):980-8.
232. Unal F, Oktem F, Cetin Cuhadaroglu F, Cengel Kultur SE, Akdemir D, Foto Ozdemir D, vd. 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). Turkish Journal of Psychiatry [İnternet]. 2019 [a.yer 16 Haziran 2023]; Erişim adresi: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u23408>
233. Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). J Autism Dev Disord. Mart 1980;10(1):91-103.
234. Sucuoğlu N, Akkök F, Bahar G, Öktem F. Otistik çocukların değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklere ilişkin bir çalışma. 3P Dergisi Psikoloji, Psikiyatri ve Psikofarmakoloji [İnternet]. 1996 [a.yer 10 Temmuz 2023];4. Erişim adresi: <https://avesis.hacettepe.edu.tr/yayin/b3184bc3-33a7-44df-99a9-22d192892a52/otistik-cocuklarin-degerlendirilmesinde-kullanilan-olceklere-iliskin-bir-calisma>
235. Incekas Gassaloglu S, Baykara B, Avcil S, Demiral Y. Validity and Reliability Analysis of Turkish Version of Childhood Autism Rating Scale. Turkish Journal of Psychiatry [İnternet]. 2016 [a.yer 06 Mayıs 2023]; Erişim adresi: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u11197>
236. Chlebowski C, Green JA, Barton ML, Fein D. Using the Childhood Autism Rating Scale to Diagnose Autism Spectrum Disorders. J Autism Dev Disord. Temmuz 2010;40(7):787-99.
237. Mayes SD, Calhoun SL, Murray MJ, Morrow JD, Yurich KKL, Cothren S, vd. Use of the Childhood Autism Rating Scale (CARS) for Children With High Functioning Autism or Asperger Syndrome. Focus Autism Other Dev Disabl. Mart 2012;27(1):31-8.
238. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, vd. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse & Neglect. Şubat 2003;27(2):169-90.
239. Bernstein DP, Ahluvalia T, Pogge D, Handelsman L. Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an Adolescent Psychiatric Population. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Mart 1997;36(3):340-8.

240. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J, Lovejoy M, Wenzel K, vd. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. Ağustos 1994;151(8):1132-6.
241. Şar V, Öztürk PskE, İKiKardeş E. Validity and Reliability of the Turkish Version of Childhood Trauma Questionnaire. *Türkiye Klinikleri J Med Sci*. 2012;32(4):1054-63.
242. Pynoos RS. Life Threat and Posttraumatic Stress in School-age Children. *Arch Gen Psychiatry*. 01 Aralık 1987;44(12):1057.
243. Pynoos RS, Nader K. Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: Research implications. 1988;
244. Pynoos RS, Goenjian A, Tashjian M, Karakashian M, Manjikian R, Manoukian G, vd. Post-traumatic Stress Reactions in Children After the 1988 Armenian Earthquake. *Br J Psychiatry*. Ağustos 1993;163(2):239-47.
245. Erden G, Kerimoğlu E, Kiliç EZ, Uslu Rİ. Çocuklar için travma sonrası stres tepki ölçeği: Türkçe geçerlik, güvenirlik ön çalışması. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 1999;6(3):143-9.
246. Armstrong JG, Putnam FW, Carlson EB, Libero DZ, Smith SR. Development and validation of a measure of adolescent dissociation: the Adolescent Dissociative Experiences Scale. *J Nerv Ment Dis*. Ağustos 1997;185(8):491-7.
247. Zoroglu SS, Sar V, Tuzun U, Tutkun H, Savas HA. Reliability and validity of the Turkish version of the adolescent dissociative experiences scale. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. Ekim 2002;56(5):551-6.
248. Strout TD, Vessey JA, DiFazio RL, Ludlow LH. The Child Adolescent Bullying Scale (CABS): Psychometric evaluation of a new measure. *Res Nurs Health*. Haziran 2018;41(3):252-64.
249. Kirici Ş, Ekşi H. ÇOCUK-ERGEN ZORBALIK ÖLÇEĞİ-9 KISA FORM: TÜRKÇE GEÇERLİK VE GÜVENİRLİK ÇALIŞMASI. 2022;
250. Brewin CR, Lanius RA, Novac A, Schnyder U, Galea S. Reformulating PTSD for DSM-V: life after Criterion A. *J Trauma Stress*. Ekim 2009;22(5):366-73.
251. Sachser C, Goldbeck L. Consequences of the Diagnostic Criteria Proposed for the ICD-11 on the Prevalence of PTSD in Children and Adolescents. *J Trauma Stress*. Nisan 2016;29(2):120-3.
252. Heim E, Karatzias T, Maercker A. Cultural concepts of distress and complex PTSD: Future directions for research and treatment. *Clinical Psychology Review*. 01 Nisan 2022;93:102143.
253. Öztürk E, Sar V. The “Apparently normal” family: a contemporary agent of transgenerational trauma and dissociation. *Journal of Trauma Practice*. 01 Ocak 2005;4:287-303.
254. Şar V, Dorahy MJ, Krüger C. Revisiting the etiological aspects of dissociative identity disorder: a biopsychosocial perspective. *Psychol Res Behav Manag*. 02 Mayıs 2017;10:137-46.
255. Vonderlin R, Kleindienst N, Alpers GW, Bohus M, Lyssenko L, Schmahl C. Dissociation in victims of childhood abuse or neglect: a meta-analytic review. *Psychol Med*. Kasım 2018;48(15):2467-76.
256. Guérin-Marion C, Sezlik S, Bureau JF. Developmental and attachment-based perspectives on dissociation: beyond the effects of maltreatment. *Eur J Psychotraumatol*. 14 Ekim 2020;11(1):1802908.
257. Mulder RT, Beautrais AL, Joyce PR, Fergusson DM. Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. *Am J Psychiatry*. Haziran 1998;155(6):806-11.
258. Brunner R, Parzer P, Schuld V, Resch F. Dissociative symptomatology and

- traumatogenic factors in adolescent psychiatric patients. *J Nerv Ment Dis.* Şubat 2000;188(2):71-7.
259. Schalinski I, Teicher MH. Type and timing of childhood maltreatment and severity of shutdown dissociation in patients with schizophrenia spectrum disorder. *PLoS One.* 2015;10(5):e0127151.
260. Teicher MH, Vitaliano GD. Witnessing Violence Toward Siblings: An Understudied but Potent Form of Early Adversity. *PLOS ONE.* 21 Aralık 2011;6(12):e28852.
261. Bremner JD, Southwick S, Brett E, Fontana A, Rosenheck R, Charney DS. Dissociation and posttraumatic stress disorder in Vietnam combat veterans. *Am J Psychiatry.* Mart 1992;149(3):328-32.
262. Carlson E, Dalenberg C, McDade-Montez E. Dissociation in posttraumatic stress disorder part I: Definitions and review of research. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy.* 01 Eylül 2012;4:479-89.
263. Hansen M, Ross J, Armour C. Evidence of the dissociative PTSD subtype: A systematic literature review of latent class and profile analytic studies of PTSD. *J Affect Disord.* 15 Nisan 2017;213:59-69.
264. Hamal M, Kekkonen V, Kraav SL, Kivimäki P, Rissanen ML, Hintikka J, vd. Depression and dissociation mediate the association between bullying victimization and self-cutting. *Nord J Psychiatry.* 14 Haziran 2023;1-10.
265. Penning SL, Bhagwanjee A, Govender K. Bullying boys: the traumatic effects of bullying in male adolescent learners. *J Child Adolesc Ment Health.* Aralık 2010;22(2):131-43.
266. Plexousakis SS, Kourkoutas E, Giovazolias T, Chatira K, Nikolopoulos D. School Bullying and Post-traumatic Stress Disorder Symptoms: The Role of Parental Bonding. *Front Public Health.* 09 Nisan 2019;7:75.
267. Sar V, Taycan O, Bolat N, Ozmen M, Duran A, Oztürk E, vd. Childhood trauma and dissociation in schizophrenia. *Psychopathology.* 2010;43(1):33-40.

8.2. Ek-2. Bilgilendirilmiş Gönüllü Onam Formu

VELİ/VASI İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

ARAŞTIRMANIN ADI: “Otizm Spektrum Bozukluğu olan Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Dissosiyatif Bozuklukların Araştırılması”

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 verebilmeniz gerekmektedir. Size özel hazırlanmış bu bilgilendirmeyi lütfen dikkatlice okuyun.

ÇALIŞMANIN AMACI NEDİR?

Otizm spektrum bozukluğu (OSB); sosyal iletişim ve etkileşim alanında belirgin yetersizlik, basmakalıp ve yineleyici (stereotipik) davranışlar, sınırlı ilgi alanları ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. OSB’ye birçok fiziksel ve ruhsal rahatsızlık eşlik edebilir. Bunlardan en sık olanları; epilepsi, gastrointestinal problemler, entelektüel yetersizlik, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, anksiyete bozukluğu olarak sayılabilir. Ancak OSB olgularında travma ve ilişkili bozuklukluklar hakkında bilgi sınırlıdır. OSB’li çocuk ve ergenlerin sosyal iletişim ve etkileşim alanlarındaki zorlukları nedeniyle travmatik olaylar yaşamaya daha açık olduğu öngörülmektedir. Travmatik olaylar sonucunda kişilerde travma ile ilişkili bozukluklar görülebilir (Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Dissosiyatif Bozukluklar gibi). Ayrıca bu hastalıklar tanılama aşamasında birçok farklı ruhsal rahatsızlıkla karışabilir. Çalışmamızın amacı, polikliniğimize başvuran Otizm Spektrum Bozukluğu olan ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Dissosiyatif Bozuklukların incelemesini yaparak otizmlili ergenlerin travmayı yaşayış, anlamlandırma ve ifade etmelerinde farklılıklar olup olmadığını, varsa bu farklılıkların kişiyi nasıl etkilediğini anlamaya çalışmaktır.

KATILMA KOŞULLARI NELERDİR?

Bu çalışmaya OSB teşhisi almış, 12-18 yaş arasındaki çocuklar katılabilecektir. Katılımcının; bilinen bir nörolojik rahatsızlığının bulunmaması, genel tıbbi durumunu bozan akut veya kronik bir fiziksel rahatsızlığının bulunmaması, görme veya işitme engelinin olmaması, okuma-yazma bilmesi, son 1 ay içerisinde belirgin bir stres faktörü yaşamamış olması, 6 şubat 2023 Kahramanmaraş depremzedesi olmaması gerekmektedir.

NASIL BİR UYGULAMA YAPILACAKTIR?

Bu araştırmaya katılmayı kabul ederseniz, sizden ve çocuğunuzdan bazı formları doldurmanız istenecektir. Öncelikle çocuğunuzun için sosyodemografik bilgi formunu doldurmanız istenecektir. Sonrasında eşlik eden hastalıkları tespit etmek için Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY/K-SADS-PL-DSM-5) uygulanacak, sizinle ve çocuğunuzla klinik görüşme gerçekleştirilecektir. OSB şiddetini belirlemek için Çocukluk Otizmi Değerlendirme Ölçeği-CARS uygulanacaktır. Ardından Travma ve ilişkili bozuklukları değerlendirebilmek için Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (CTQ-28), Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ), Ergen Dissosiyatif Yaşantılar Ölçeği (E-DYÖ), Çocuk-Ergen Zorbalık Ölçeği-9 Kısa Form (ÇEZÖ-9) doldurulacaktır. Daha sonra tüm katılımcılara yaşlarına uygun standardize zeka testleri uygulanacaktır. (12-16 yaş arasındaki katılımcılara Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (WISC-R) 16-18 yaş arasındaki katılımcılara ise Stanford Binet Zeka Testi uygulanacaktır.)

Anlamadığınız ya da okumakta zorlandığınız herhangi bir kısımda Araş. Gör. Dr. Melodi Dinçel size yardım edecektir. Bu çalışma esnasında daha önceden kullandığınız ilaçlarınız varsa kullanmaya devam edebilirsiniz, çalışma ile ilgili size bir ilaç verilmeyecek, kan-idrar-tükürük gibi herhangi bir vücut sıvı örneği alımı yapılmayacaktır.

SORUMLULUKLARIM NELERDİR?

Araştırma için yapılacak görüşmeye kendi imkanlarınızla gelmeniz istenecektir. Araştırmaya katıldığınız için rutin tedavi masraflarınız dışında bir parasal sorumluluk altına girmeyeceksiniz.

KATILIMIM NE KADAR SÜRECEK?

Bu araştırmada yer almanız için öngörülen süre görüşme başına yaklaşık 1 saat kadardır. Birden fazla görüşme planlanmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI YARARLAR NELERDİR?

Bu araştırma ile Otizm Spektrum Bozukluğu olan ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Dissosiyatif Bozuklukların incelemelerini yaparak otizmlili ergenlerin travmayı yaşayış, anlamlandırma ve ifade etmelerinde farklılıklar olup olmadığını, varsa bu farklılıkların kişiyi nasıl etkilediğini anlamaya çalışmaktır. Tıbbi literatürde bu konu ile ilgili bilgiler sınırlı durumdadır. OSB'ye eşlik eden bozuklukların anlaşılması OSB'nin tanı ve tedavi süreçlerine önemli katkılar sağlayabilir.

ÇALIŞMAYA KATILMA İLE BEKLENEN OLASI RİSKLER NELERDİR?

Çalışma sırasında ortaya çıkması beklenen herhangi bir istenmeyen etki veya risk bulunmamaktadır.

ARAŞTIRMA SÜRECİNDE BİRLİKTE KULLANILMASI SAKINCALI İLAÇLAR VEYA BESİNLER NELERDİR?

Çalışma esnasında tarafımızdan size herhangi bir ilaç uygulaması söz konusu olmayacağından çeşitli nedenlerle kullandığınız başka ilaçlarınız varsa bunları doktorlarınızın uygun gördüğü şekilde almaya devam ediniz.

HANGİ KOŞULLARDA ARAŞTIRMA DIŞI BIRAKILABİLİRİM?

Çalışma kriterlerine uymamanız halinde çalışma dışı bırakılabilirsiniz. Bu durum çocuğunuzun tedavisini etkilemeyecektir, poliklinik hekimi takibine devam edecektir.

ARAŞTIRMA SÜRESİNCE ARAMAM GEREKİRSE SİZE NASIL ULAŞABİLİRİM?

ÇALIŞMA KAPSAMINDAKİ GİDERLER KARŞILANACAK MIDIR?

Bu araştırma ile ilgili hiçbir tetkik, fizik muayene ve diğer araştırma masrafları sizden veya güvencesi altında bulunduğunuz resmi veya özel kurum veya kuruluşlardan talep edilmeyecektir.

ÇALIŞMAYI DESTEKLEYEN KURUM VAR MIDİR?

Bu çalışmayı destekleyen kurum İstanbul Üniversitesi'dir.

ÇALIŞMAYA KATILMAM NEDENİYLE ŞAHSIMA HERHANGİ BİR ÖDEME YAPILACAK MIDİR?

Bu çalışma gönüllülük esasına dayalı olup size herhangi bir 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 veya herhangi bir aşamada araştırmadan ayrılabilirsiniz. Araştırmanın sonuçları yukarıda belirtilen bilimsel amaçla kullanılacaktır. Araştırmaya katılmayı kabul etmemeniz veya araştırmadan ayrılmanız çocuğunuzun polikliniğimizdeki tedavi sürecini etkilemeyecektir.

ARAŞTIRMA ESNASINDA VERDİĞİM BİLGİLERİN GİZLİLİĞİ SAĞLANABİLECEK MİDİR?

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir. Tıbbi bilgilerinize sadece araştırmada yer alan kişilerle araştırmanın güvenilirliğini denetleyen kurum ve kuruluşlar ulaşabilirler.

Katılımcının Velisinin/Vasisinin Beyanı

Sayın Araş. Gör. Dr. Melodi Dinçel tarafından İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı'nda tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim. (Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim.) Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi. (Bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim).

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, Araş. Gör. Dr. Melodi Dinçel'e - numaralı telefon ve İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fak. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Süleymaniye Mahallesi Takvimhane Cad. No:19 adresinden ulaşabileceğimi biliyorum. Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımına ve hekim ile olan ilişkiye herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

- "Otizm Spektrum Bozukluğu olan Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Dissosiyatif Bozuklukların Araştırılması" araştırması kapsamında tarafımdan ve çocuğumdan alınan bilgilerin yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin veriyorum

- Otizm Spektrum Bozukluğu olan Ergenlerde Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Dissosiyatif Bozuklukların Araştırılması” araştırması kapsamında tarafımdan ve çocuğumdan alınan bilgilerin yukarıda bahsi geçen araştırmada kullanılmasına izin vermiyorum.

İmzalı bu formun bir kopyası bana verilecektir.



GÖNÜLLÜ ONAY FORMU

Yukarıda gönüllüye araştırmadan önce verilmesi gereken bilgileri gösteren metni okudum. Bunlar hakkında bana yazılı ve sözlü açıklamalar yapıldı. Bu koşullarla söz konusu klinik araştırmaya kendi rızamla hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

Gönüllünün Velisinin/Vasisinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Araştırma ekibinde yer alan ve yetkin bir araştırmacının

Adı-soyadı/ İmzası/ Tarih

Gerekliyse olur işlemine tanık olan kişinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

Yasal temsilcinin Adı-soyadı/ İmzası/Tarih/ Adresi (varsa telefon no., faks no,...)

8.3. Ek-3. Sosyodemografik Veri Formu

Tarih:/...../.....

No:

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Kimlik bilgileri:

Adı Soyadı:

Cinsiyeti: K() E()

Yaşı:

Doğum tarihi:

Telefon:

Birlikte yaşadığı kişiler:

Kardeş sayısı, yaşları ve cinsiyetleri:

Okula devam ediyor mu? 1-Evet 2-Hayır

Sınıfı:

Okula ne kadar süredir devam ediyor (yıl olarak) / haftada kaç saat?

Özel eğitime devam ediyor mu? 1-Evet 2-Hayır

Kaç yıldır devam ediyor?

El kullanımı: 1.Sağ 2.Sol 3.Ambidekster

Anne:

Yaşı:

Tahsil: 1-Yok () 2-Okuryazar () 3-İlkokul () 4-Ortaokul () 5- Lise () 6-Üniversite ()

Eğitim süresi (Yıl olarak) :

Aktif çalışma durumu: 1- Çalışmıyor 2- Çalışıyor (meslek)

Sağlık Durumu: 1-Sağlıklı 2- Tıbbi Hastalık:

3- Psikiyatrik Hastalık: 1-Var 2-Yok

Varsa tanıyı belirtiniz:Tedavi:

BABA:

Sağ mı?

Yaşı:

Tahsil: 1-Yok () 2-Okuryazar () 3-İlkokul () 4-Ortaokul () 5- Lise () 6-Üniversite ()

Eğitim süresi (Yıl olarak):

Aktif çalışma durumu: 1- Çalışmıyor 2- Çalışıyor (meslek....)

Sağlık Durumu: 1-Sağlıklı

2- Tıbbi Hastalık.....

3- Psikiyatrik Hastalık: 1-Var 2-Yok

Varsa tanıyı belirtiniz:

Tedavi:

Anne & Baba: 1) Birlikteler 2) Ayrılar

Ayrılık var ise kaç yıldır ve çocuk kiminle kalıyor lütfen belirtiniz:

Aile gelir durumu: Asgari ücret ve altı () Asgari ücret üstü ()

Akraba Evliliği: 1- Var 2- Yok

AKRABALAR:

Aşağıdaki psikiyatrik rahatsızlıklardan herhangi biri geniş ailenizde mevcutsa lütfen belirtiniz:

Bipolar bozukluk: 1-Var 2-Yok- Var ise akrabalık derecesi:

Depresyon: 1-Var 2-Yok- Var ise akrabalık derecesi:

Kaygı Bozukluğu: 1-Var 2-Yok- Var ise akrabalık derecesi:

Şizofreni: 1-Var 2-Yok- Var ise akrabalık derecesi:

Travma Sonrası Stres Bozukluğu: 1-Var 2-Yok- Var ise akrabalık derecesi:

Ailenizde göç etme öyküsü var mı? 1- Var. 2- Yok Var ise belirtiniz.

OSB

GEBELİK ve DOĞUM ÖYKÜSÜ

1- Planlı Gebelik: Evet () Hayır ()

2- Gebelik sırasında alkol kullanımı: Evet () Hayır ()

3- Gebelik sırasında madde kullanımı: Evet () Hayır ()

4- Gebelik sırasında sigara kullanımı: Evet () Hayır ()

5- Gebelik sırasında bir anormallik/komplikasyon varsa belirtiniz.

(Prenatal-natal-postnatal hipoksik doğum öyküsü, travmatik doğum, uzamış sarılık,...):

6- Gebelik sırasında ilaç kullanımı:

7- Gebelik Haftası (Haftasını belirtiniz): Prematüre () Zamanında () Postmatüre ()

8- Doğum sırasında bir anormallik/komplikasyon varsa belirtiniz:

9- Doğum kilosu: 1.500 mg'ın altında () 1.500-2.500 mg () 2.500-4.500 mg ()
4.500ve üstü ()

10- Doğum sonrası problemler oldu mu? Küvözde kalma öyküsü var mı?

ÇOCUK İLE İLGİLİ ÖZELLİKLER:

- 1- Çocuğun tanı konulmuş kronik bir hastalığı var mı? (Epilepsi, genetik sendrom, bilinç kaybına yol açan kafa travması vs.) 1- Var 2- Yok
Var ise ne olduğunu yazınız:
Belirttiğiniz hastalık için ilaç kullanımı varsa yazınız:
Non psikiyatrik ilaç kullanımı ve dozları (Şu an):
- 2- Psikiyatrik hastalık öyküsü? 1- Var 2- Yok Var ise ne olduğunu yazınız:
- 3- Psikiyatrik ilaç kullanımı? 1-Var 2-Yok Var ise ne olduğunu yazınız:
- 4- Klorpromazin ekivalan AP dozu:
- 5- Özbakım becerisi: Bağımlı() Bağımsız() Kısmi Bağımlı ()
- 6- Bilinen uyku bozukluğu: var() yok()
- 7- Konuşma bozukluğu: var() yok ()
- 8- Konuşma gecikmesi var mı? var () yok ()
- İlk kelimeler (Yaş): -2 kelime cümle (Yaş):
- 9- Katatoni öyküsü: var() yok()
- 10- Regresyon öyküsü: var() yok()
- 11- Self-mutilasyon: var() yok()
- 12- Madde/alkol/sigara kullanımı: var() yok()
- 13- Hastane yatışı: var () yok()
- 14- Ders başarısında düşüş? - Var ise ne zamandan beri olduğunu belirtiniz.
- 15- Çocuğun OSB tanısı kaç yaşında konuldu?
- 16- Çocuğa tanısı ile ilgili bilgi kaç yaşında verildi?
- 17- Çocuğun OSB tanısı ile ilgili psikoeğitimi var mı? - Var() - Yok ()
- 18- Çocuğun kaç tane yakın arkadaşı var?
- Hiç yok -1-2 tane - 3'ten fazla
- 19- Çocukluk çağında acı verici bir tıbbi müdahale veya ameliyat geçirdi mi?
- Evet - Hayır
- 20- Çocuğunuzun zorbalığa uğradığını düşünüyor musunuz? - Evet() - Hayır ()
Hangi tür zorbalığa uğradığını belirtiniz:
Sözlü() Fiziksel () Sosyal () Online()

8.4. Ek-4. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni

Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli - DSM 5 - Türkçe Uyarlaması

(ÇDŞG-ŞY- DSM-5-T)

ÇDŞG – ŞY DSM – 5 KASIM 2016

İçindekiler:

A. Tarama Görüşmesi

B. Ekler

- I. Depresyon ve Bipolar Bozukluklar Eki
- II. Şizofreni Spektrumu ve Diğer Psikotik Bozukluklar Eki
- III. Anksiyete Bozuklukları, Obsesif-Kompulsif Bozukluk ve Travma ile ilişkili Bozukluklar Eki
- IV. Nörogelişimsel, Yıkıcı ve Davranım Bozuklukları Eki
- V. Yeme Bozuklukları ve Madde ile ilişkili Bozukluklar Eki

Erken Başlangıçlı Duygulanım ve Anksiyete Bozuklukları için

İleri Düzey Müdahale ve Hizmet Araştırma Merkezi (ACISR)

Batı Psikiyatri Enstitüsü ve Kliniği

Çocuk ve Ergen Araştırma ve Eğitim (CARE)

Programı, Yale Üniversitesi

Türkçe Çeviri

Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) DSM-5 Kasım 2016'nın Türkçe çeviri ve geri-çevirisi Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üye ve yardımcıları tarafından yapılmıştır (Bu versiyon için katkıda bulunanlar: Fatih Ünal, Ferhunde Öktem, Füsun Çuhadaroğlu Çetin, S.Ebru Çengel Kültür, Devrim Akdemir, Dilşad Foto Özdemir, Halime Tuna Çak, Kevser Tıraş, Cihan Aslan, Merve Bilge Bekler, Büşra Sultan Doğan, Funda Kütük, Emine Taşyürek, Remzi Karaokur, Başak Karabucak, Burak Karakök, Yusuf Karaer, Abdülbaki Artık).

8.6. Ek-6. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ)

ÇOCUKLUK ÇAĞI RUHSAL TRAVMALAR ÖLÇEĞİ

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...					
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	1	2	3	4	5
2. Benim bakımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	1	2	3	4	5
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
6. Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Sevidiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
8. Anne babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
15. Vücutta kötüye kullanılmış olduğuma (dövme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
17. Bana o kadar kötü vuruluyordum ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.	1	2	3	4	5
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
19. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissedirlerdi.	1	2	3	4	5
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.	1	2	3	4	5
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5

8.7. Ek-7. Çocuklar için Travma Sonrası Stres Tepki Ölçeği (ÇTSS-TÖ)

ÇOCUKLARDA TRAVMA SONRASI STRES TEPKİ ÖLÇEĞİ*

Ad Soyad:.....

Tarih:...../...../.....

YÖNERGE: Yaşadığınız olay ile ilişkili aşağıda yer alan ifadelerden size en uygun olanı işaretleyiniz.

1. Bu (olay/olanlar) senin yaşındaki çocukların çoğunu çok üzecek ya da rahatsız edecek türden miydi?
(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman
2. Olayı düşündüğünde korku, endişe ya da sıkıntı hissediyor musun?
(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman
3. Olanlar aklından tekrar tekrar geçiyor mu? Yani olayla ilgili gözünün önünde görüntüler beliriyor mu, ya da aklına sesler geliyor mu?
(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman
4. Olayla ilgili düşünceler istemediğin halde tekrar tekrar aklına geliyor mu?
(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman
5. Olayla ilgili güzel ya da kötü rüyalar görüyor musun?
(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman
6. Sana olayın yine olabileceğini düşündüren şeyler var mı? Neler?
(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman
7. Arkadaşlarınla oynamak, spor yapmak ya da okuldaki etkinliklere katılmak gibi olaydan önce yapmaktan hoşlandığın şeyleri yapmayı şimdi de aynı şekilde seviyor musun?
(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman
8. İçin için kendini daha yalnız hissettiğin (ya da kendine kalmış gibi hissettiğin) oluyor mu? Sanki başkaları senin neler çektiğini gerçekte hiç anlamıyorlarmış gibi geliyor mu?
(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman
9. Kendini nasıl hissettiğini düşünmek bile istemeyecek kadar korku, sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?
(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman
10. Konuşamayacak ya da ağlayamayacak kadar korku sıkıntı ya da üzüntü duyduğun oluyor mu?
(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman
11. Eskisine göre (olaydan öncesine göre) şimdi daha kolay yerinden sıçırıyor musun, ya da daha tedirgin ve huzursuz bir halde misin?

(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman

12. İyi uyuyor musun?

(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman

13. (Olayla ilgili) "Keşke yapsaydım" dediğin bir şey var mı? Bunu yapmamış olduğun için kendini kötü ya da suçlu hissediyor musun? Ya da " Keşke yapmasaydım" diye düşündüğün bir şeyi yapmış olduğun için kendini kötü ya da suçlu hissediyor musun? Örneğin bir şeyin olmasını engellemediğin, birisine yardım etmediğin, ya da başkası kadar kötü bir duruma düşmediğin için?

(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman

14. Olanlarla ilgili düşünceler ve duygular örneğin okulda ya da evde öğrendiğin şeyler gibi başka şeyleri hatırlamana engel oluyor mu?

(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman

15. Eskisi (olay öncesi) kadar kolaylıkla dikkatini toplayabiliyor musun?

(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman

16. Başından geçenleri sana hatırlatan şeylerden uzak durmak istiyor musun?

(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman

17. Bir şey sana olayı anımsattığında ya da düşünmene neden olduğunda gerginlik ya da sıkıntı hissediyor musun?

(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman

18. Küçükken yaptığın ama bıraktığın bazı şeyleri olaydan beri yine yapmaya başladın mı? Örneğin, birisinin hep yanında olmasını istemek, birisiyle uyumak istemek, parmağını emmek, tırnaklarını yemek, ya da yatağına daha sık çiş ve kaka kaçırmak?

(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman

19. Olaydan beri eskisine göre daha fazla karın ağrısı, baş ağrısı çektiğin, ya da kendini daha sık hasta hissettiğin oluyor mu?

(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman

20. Eskiden olsa yapmayacağın davranışları şimdi yapmaktan kendini alıkoyamadığın oluyor mu? Örneğin, daha çok kavga etmek, daha az söz dinlemek, bisikletine daha dikkatsizce binmek, bir yerlere tırmanmak, birisine küfretmek, oyun sırasında ya da caddede karşıdan karşıya geçerken daha dikkatsiz davranmak?

(0) Hiçbir zaman (1) Çok az bir zaman (2) Az bir zaman (3) Çoğu zaman (4) Pek çok zaman