



T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**FARKLI NÖBET TİPLERİ DENEYİMLEYEN PEDIATRİK EPİLEPSİ
HASTALARINDA ALGILANAN DAMGALANMA VE ZİHİN KURAMI
DÜZEYİNİN SOSYAL ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ**

Hacer Büşra ASLAN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Dilara Füsun İÇAĞASIOĞLU

İSTANBUL-2024

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
KLİNİK PSİKOLOJİ YÜKSEK LİSANS PROGRAMI
YÜKSEK LİSANS TEZİ

FARKLI NÖBET TİPLERİ DENEYİMLEYEN PEDIATRİK EPİLEPSİ
HASTALARINDA ALGILANAN DAMGALANMA VE ZİHİN KURAMI
DÜZEYİNİN SOSYAL ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ

Hacer Büşra ASLAN

Tez Danışmanı

Prof. Dr. Dilara Füsun İÇAĞASIOĞLU

İSTANBUL-2024

YEMİN METNİ

Bu çalışmanın kendi tez çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi beyan ederim.

25.11.2024

Hacer Büşra Aslan

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam boyunca bilgi birikimiyle bana destek olan değerli tez danışmanın Prof. Dr. Dilara Füsun İçağasıoğlu hocama çok teşekkür ederim.

Eğitim hayatım boyunca destekleriyle her zaman yanımda olan ve başaracağıma her zaman inanan anneme, bana olan güvenini her zaman hissettiren babama ve başarımda da başarısızlığımda da yanımda olan kardeşime teşekkürlerimi borç bilirim.

Çocukluğumda nöbetler geçirirken bana yaşıttım olan bir arkadaştan daha fazlası olarak bir abla gibi yanımda duran EEG gecelerinde benimle sabahlayan, okul hayatım boyunca da beni her zaman destekleyen arkadaşım Beyzanur Odabaş Doktaş’a, lisans hayatımız boyunca hayaller kurduğumuz ve başarmak için adımlar atarken birbirimize her zaman danıştığımız, desteğini benden hiçbir zaman eksik etmeyen arkadaşım Günay Sağır’a ve anksiyete ataklarımı rahatlatan, bana benden daha çok inanan ve güvenen arkadaşım Rabia Subaşı’na teşekkürlerimi sunarım.

Veri toplama süreci boyunca beni ekip arkadaşları olarak gören ve yardımcı olan Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nörolojisi polikliniği hocalarım Prof. Dr. Nilüfer Eldeş Hacıfazlıoğlu ve Doç. Dr. Emek Uygur’a ve poliklinikte veri toplama sürecimi kolaylaştıran değerli ekibine çok teşekkür ederim.

Bu süreçte çalışmama katılmayı kabul eden, benimle deneyimlerini ve sorunlarını paylaşan çocuklara ve ailelerine çok teşekkür ederim.

ÖZET

FARKLI NÖBET TİPLERİ DENEYİMLEYEN PEDIATRİK EPİLEPSİ HASTALARINDA ALGILANAN DAMGALANMA VE ZİHİN KURAMI DÜZEYİNİN SOSYAL ANKSİYETE ÜZERİNE ETKİSİ

Epilepsi dünyada yaygın olan nörolojik hastalıklardan biridir. Çocuk yaş grubunu etkileyen bu hastalık fiziksel, psikolojik ve sosyal etkilere sahiptir. Psikolojik etkileri arasında sosyal anksiyete bozukluğu sık görülmektedir. Epilepsinin sosyal getirilerinden olan algılanan damgalanma ve nöbetlerin bilişsel bozulmalara yol açması sonucu zihin kuramı düzeyinin etkilenmesi sosyal anksiyete bozukluğunun gelişmesine neden olabilmektedir.

Bu araştırmanın temel amacı farklı nöbet tipleri deneyimleyen 10-18 yaş aralığındaki pediatrik epilepsi hastalarının algılanan damgalanma ve zihin kuramı düzeylerinin sosyal anksiyete üzerine etkisini incelemektir. Bu amaç doğrultusunda Algılanan Damgalanma Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma Testi Çocuk Formu (GZOT- ÇF) ve Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği (ÇSAÖ-YF) ölçeklerinden alınan puanların nöbet tiplerine göre analizi yapılmış ve birbirleri üzerindeki etkileri incelenmiştir. Bunun yanında Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) kullanılarak genel anksiyete düzeyleri incelenmiştir.

Araştırmaya 10-18 yaş aralığında 39 jeneralize, 30 fokal ve 12 absans nöbet geçiren 81 çocuk hasta katılmıştır. Yapılan analiz sonucuna göre pediatrik epilepsi hastalarının nöbet tiplerinin sosyal anksiyete ve algılanan damgalanma düzeyleri üzerinde etkiye sahip olmadığı, zihin kuramı düzeyleri ve sosyal anksiyete arasında, algılanan damgalanma ve sosyal anksiyete arasında, zihin kuramı düzeyi ve algılanan damgalanma arasında ve farklı nöbet tiplerinin algılanan damgalanma ve zihin kuramı düzeyleriyle birlikte ele alındığında sosyal anksiyete üzerinde etkisi olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Algılanan damgalanma, epilepsi, sosyal anksiyete, zihin kuramı

ABSTARCT

Epilepsy is one of the most common neurological diseases in the world. This disease, which affects the childhood age group, has physical, psychological and social effects. Among its psychological effects, social anxiety disorder is frequently seen. The perceived stigma and cognitive impairments caused by seizures, which are social outcomes of epilepsy, can lead to the development of social anxiety disorder, which can affect the theory of mind level.

The main purpose of this study is to examine the effects of perceived stigma and theory of mind levels on social anxiety in pediatric epilepsy patients between the ages of 10-18 who experience different seizure types. For this purpose, the scores obtained from the Perceived Stigma Scale, Reading the Mind in the Eyes Test Child Form (GZOT-CF) and Social Anxiety Scale for Children (ÇSAÖ-YF) scales were analyzed according to seizure types and their effects on each other were examined. In addition, general anxiety levels were examined using the Childhood Anxiety Screening Scale (CAS).

The study included 81 children aged 10-18 years with 39 generalized, 30 focal and 12 absence seizures. According to the analysis results, the seizure types of pediatric epilepsy patients had no effect on social anxiety and perceived stigma levels, but there were differences between theory of mind levels and social anxiety, between perceived stigma and social anxiety, between theory of mind level and perceived stigma, and when different seizure types were considered together with perceived stigma and theory of mind levels, it was seen that there was an effect on social anxiety.

Keywords: Perceived stigma, epilepsy, social anxiety, theory of mind

İÇİNDEKİLER

YEMİN METNİ	i
TEŞEKKÜR	ii
ÖZET	iii
ABSTARCT.....	iv
İÇİNDEKİLER	v
TABLolar DİZİNİ	viii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	x
1. GİRİŞ.....	1
1.1.Problem Durumu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	4
1.3 Sayıtlılar.....	4
1.4 Sınırlılıklar	4
2. GENEL BİLGİLER	5
2.1. Epilepsi Tanımı.....	5
2.1.1. Epilepsinin Tarihçesi	6
2.1.1.1. Epilepsinin Epidemiyolojisi, İnsidans ve Prevalansı	8
2.1.1.1.A. Epilepsinin Etiyolojisi.....	10
2.1.1.1.B. Epilepsinin Sınıflandırılması.....	13
2.1.1.1.C. Epilepsi Nöbet Türleri.....	15
2.1.1.1.D. Çocukluk Çağında Epilepsi ve Epilepsi Sendromları	19
2.1.1.1.E. Pediatrik Epilepsi Hastalarında Görülen Psikoloji Bozukluklar	22
2.2. Sosyal (Toplumsal) Anksiyete Bozukluğunun Tanımı.....	25
2.2.1. Sosyal (Toplumsal) Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi, İnsidans ve Prevalansı.....	27
2.2.1.1. Sosyal (Toplumsal) Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi.....	29

2.2.1.1.1. Sosyal (Toplumsal) Anksiyete Bozukluğunun Ayırıcı Tanısı ve Komorbiditesi	33
2.2.1.1.2. Epilepsili Çocuk Hastalarda Sosyal (Toplumsal) Anksiyete Bozukluğu	38
2.3. Algılanan Damgalanmanın Tanımı.....	40
2.3.1. Algılanan Damgalanmanın Risk Faktörleri	41
2.3.1.1. Epilepsili Çocuk Hastalarda Algılanan Damgalanma	43
2.4. Zihin Kuramının Tanımı	45
2.4.1. Zihin Kuramının Bileşenleri	46
2.4.1.1. Zihin Kuramının Gelişimi.....	47
2.4.1.1.1. Epilepsili Çocuk Hastalarda Zihin Kuramı Gelişimi ve İlgili Durumlar	50
3. GEREÇ VE YÖNTEM	53
3.1. Araştırmanın Modeli	53
3.2. Araştırmanın Örneklemi	53
3.3. Veri Toplama Araçları	53
3.3.1. Demografik Bilgi Formu	53
3.3.2. Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ).....	53
3.3.3. Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği (ÇSAÖ).....	54
3.3.4. Algılanan Damgalanma Ölçeği.....	54
3.3.5. Gözlerden Zihin Okuma Testi- Çocuk Formu (GZOT- ÇF)	54
3.4. Verilerin Toplanması	55
3.5. Verilerin Analizi	55
4. BULGULAR	56
4.1. Örneklem Grubunun Sosyodemografik Bulguları	56
4.2. Katılımcıların Epilepsiye İlişkin Bulguları.....	58
4.3. Ölçeklerin Güvenirlik Analizleri Bulguları	60
4.4. Ölçeklerin Normallik Dağılımlarına İlişkin Bulgular.....	64
4.5. Katılımcıların Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular	65

4.6. Farklı Nöbet Tiplerinin Algılanan Damgalanma, Zihin Kuramı ve Sosyal Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular.....	68
4.7. Farklı Nöbet Tipleri Deneyimleyen Pediatrik Epilepsi Hastalarında Değişkenler Arası Korelasyon Analizleri	70
4.7.1. Ölçek Puanları ve Sosyodemografik Veriler Arası Korelasyon Analizleri	70
4.7.2. Ölçek Puanları ve Epilepsi Değişkenleri Arası Korelasyon Analizi	72
4.7.3. Ölçekler Arası Korelasyon Analizi.....	74
4.8. Değişkenler Arası Çoklu Regresyon Analizi.....	74
5. TARTIŞMA.....	76
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	81
KAYNAKLAR	84
EKLER	111
Ek 1. Demografik Bilgi Formu	111
Ek 2. Algılanan Damgalanma Ölçeği	113
Ek 3. Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği (Yenilenmiş Biçim).....	114
Ek 4. Çocukluk Çağı Kaygı Tarama Ölçeği (ÇATÖ).....	115
Ek 5. Gözlerden Zihin Okuma Testi Çocuk Formu.....	117
Ek 6. Ölçek İzni	176
Ek 7. Etik Kurul Onay Formu.....	177

TABLÖLAR DİZİNİ

Sayfa

Tablo 1 Katılımcıların Cinsiyet, Yaş ve Eğitim Durumlarına İlişkin Bulgular	56
Tablo 2 Aileye İlişkin Veriler	57
Tablo 3 Epilepsiye İlişkin Veriler	59
Tablo 4 Algılanan Damgalanma Ölçeği Güvenirlik Analizi	60
Tablo 5 Gözlerden Zihin Okuma Testi Güvenirlik Analizi.....	61
Tablo 6 Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği (ÇSAÖ-YF) Güvenirlik Analizi	62
Tablo 7 Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği Güvenirlik Analizi	63
Tablo 8 Ölçeklerin Normallik Dağılımları Bulguları	64
Tablo 9 Katılımcıların Algılanan Damgalanma Ölçeği Bulguları.....	65
Tablo 10 Nöbet Tiplerine Göre Gözlerden Zihin Okuma Testi Bulguları.....	66
Tablo 11 Nöbet Tiplerine Göre Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği- Yenilenmiş Formu (ÇSAÖ-YF) Bulguları	66
Tablo 12 Katılımcıların Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Bulguları	68
Tablo 13 Nöbet Tipinin Algılanan Damgalanma Üzerinde Etkisine İlişkin Bulgular	69
Tablo 14 Nöbet Tipinin Zihin Kuramı Üzerinde Etkisine İlişkin Bulgular	69
Tablo 15 Nöbet Tiplerinin Sosyal Anksiyete Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular	70
Tablo 16 Nöbet Tipinin Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Üzerinde Etkisine İlişkin Bulgular	70
Tablo 17 Algılanan Damgalanma ve Sosyodemografik Değişkenler Korelasyon Analizi ...	71
Tablo 18 Gözlerden Zihin Okuma Testi ve Sosyodemografik Değişkenler Korelasyon Analizi	71
Tablo 19 Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği ve Sosyodemografik Değişkenler Korelasyon Analizi	72
Tablo 20 Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği ve Sosyodemografik Değişkenler Korelasyon Analizi	72
Tablo 21 Algılanan Damgalanma Düzeyi ve Nöbet Değişkenleri Arası Korelasyon Analizi Bulguları	73
Tablo 22 Zihin Kuramı Düzeyi ve Nöbet Değişkenleri Arası Korelasyon Analizi Bulguları	73
Tablo 23 Sosyal Anksiyete Düzeyi ve Nöbet Değişkenleri Arası Korelasyon Analizi Bulguları	73
Tablo 24 Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) ve Nöbet Değişkenleri Arası Korelasyon Analizi Bulguları	74
Tablo 25 Ölçekler Arası Korelasyon Analizi	74

Tablo 26 Değişkenlerin Sosyal Anksiyete Düzeyi Üzerinde Etkisine Çoklu Regresyon Analizi Bulguları	75
Tablo 27 Regresyon Modeli Özet İstatistikleri	75



SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

Kısaltma/Simgesi	Tanım
AES	Amerika Epilepsi Topluluğu
APA	Amerikan Psikiyatri Birliği
BRE	Benign Rolandik Epilepsi
ÇATÖ	Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği
ÇKB	Çekingen Kişilik Bozukluğu
ÇSAÖ-YF	Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği Yenilenmiş Formu
DEHB	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
DSM	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı
EEG	Elektroensefalogram
GZOT-ÇF	Gözlerden Zihin Okuma Testi Çocuk Formu
ILAE	Uluslararası Epilepsiyle Savaş Derneği
MR	Mental Retardasyon
MRI	Manyetik Rezonans Görüntüleme
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
PET	Pozitron Emisyon Tomografi
TSSB	Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu

1. GİRİŞ

1.1.Problem Durumu

Epilepsi toplumda oldukça sık görülen nörolojik bir hastalıktır (Yeşiltaş, 2009). Dünya geneline bakıldığında Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre yaklaşık 50 milyon kişinin epilepsi hastası olduğu bilinmektedir (World Health Organization, 2023). Türkiye genelinde bu sayının yaklaşık 750.000 olduğu ve bu hastaların yaklaşık 400.000'nin çocuk yaş gurubundan oluştuğu bilinmektedir (Okuyaz, İpek, Ögenler, Yıldırım, & Okuyaz, 2022). Epilepside birincil semptom nöbetlerdir. Beynin bir bölümünde ya da genelinde nöronların ani ve aşırı deşarjı sonucu meydana gelen nöbetler kendi içerisinde farklı türlere ayrılmaktadır. Genel olarak fokal, jeneralize ve bilinmeyen sınıfa ayrılan bu nöbetlerin klinik tablosu da farklılaşabilmektedir.

Epilepside nöbetler farklı şekilde meydana gelebilmektedir. Fokal nöbetler beynin tek bir noktasının etkilenmesi sonucu meydana gelir ve motor ve motor olmayan şeklinde sınıflandırılan bu nöbetlerde bazı hastalar tekrarlayan hareketler gibi otomatizmler deneyimlerken bazı hastalar nöbetlerin etkilediği beyin bölgesinde bir bozulma deneyimlemektedirler. Jeneralize nöbetlerde nöbet görünümü daha ciddi bir şekilde olabilmektedir. Vücudun bir tarafı ya da iki tarafında kasılma, titreme ve bayılma gibi durumlar bu nöbet türünde gözlemlenebilmektedir. Jeneralize nöbetlerden biri olan absans nöbetlerdeyse hasta dalmış gibi görünmekte ve bu nöbetler her zaman anlaşılamayabilmektedir.

Nöbetlerin farklı şekilde meydana gelmesi bu hastalığa sahip olan yetişkin ve çocukları birçok yönden etkileyebilmektedir. Nöbetlerin nörolojik yönünün yanında psikolojik yönü de oldukça önemlidir. Yapılan araştırmalarda epilepsinin çocukları psikolojik açıdan etkilediği ve farklı ruhsal bozukluklar geliştirmelerine neden olduğu görülmektedir (Jones, Austin, Caplan, Dunn, Plioplys, & Salpekar, 2008; Besag, Gobbi, Aldenkamp, Caplan, Dunn, & Sillanpää, 2016). Epilepsili çocuk hastalarda depresyon, anksiyete bozuklukları ve Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) en sık görülen psikiyatrik bozukluklar arasındadır (Ekinci & Toros, 2013). Nöbetlerin psikolojik etkileri bu hastalarda kaygı bozukluklarının oldukça sık görülmesine neden olmaktadır.

Nöbetlerin başlangıç yaşı, şiddeti ve süresi epilepsili çocuk hastaları psikolojik olarak etkilemektedir. Erken başlangıç yaşı epilepsinin psikolojik yönü açısından önemlidir. Çocuk ve ergen yaş grubu için Freud'un psikoseksüel gelişim basamaklarına

bakıldığında özellikle 6-12 yaş arası kapsayan latent dönem ve 12 yaş sonrasında ergenlik dönemini kapsayan genital dönemde akran ilişkileri ön plana çıkmakta ve arkadaş grupları arasında kabul görme, bir gruba dahil olma gibi durumlara önem verilmektedir. Bu durumların ön planda olduğu bu yaşlarda başlayan nöbetler çocukların arkadaşları içinde nöbet geçirerek farklı görünmesi korkusuna neden olabilmektedir. Duyulan korku ve kaygı sosyal olarak geri çekilmeye ve sosyal anksiyete bozukluğuna neden olabilmektedir. Aynı zamanda nöbetlerin beklenmedik zaman ve mekanlarda meydana gelmesiyle çocuklar güvendikleri figürlerin yakınında olmasını isteyebilmekte ve ayrılık anksiyetesi geliştirebilmektedir (Şengül, & Kurudirek, 2022). Nöbetlerin şiddeti açısından bakıldığında, nöbetlerin şiddeti arttıkça kişinin yaşam kalitesi etkilenebilmektedir. Yaşam kalitesinin azalması depresyon gibi psikopatolojilerin gelişmesine neden olabilmektedir (Johnson, Jones, Seidenberg, & Hermann, 2004). Bunun yanında nöbet türlerinin fiziki görünümüne göre dışarıdan farklı bir izlenim vermesi de çocukları etkileyebilmektedir.

Nöbet türlerinin klinik görünümü farklıdır. Nöbetlerin etkilediği beyin bölgeleri ve fiziki görünümü psikopatolojiyi etkileyebilmektedir. Fokal nöbetler beynin belirli bir bölgesinde meydana gelerek beynin spesifik bir duygusal, davranışsal ya da bilişsel işlevini etkileyebilmekte ve farklı psikopatolojilerin gelişmesine neden olabilmektedir. Jeneralize nöbetlerde bu durum beynin geneline yayılmakta ve beynin etkilenen alanları ve nöbetlerin oluşturduğu stres gibi faktörler psikopatoloji gelişmesine yol açabilmektedir. Absans nöbetler jeneralize nöbetler içinde sınıflandırılmaktadır. Bunun yanında bu nöbet türünün ayrı olarak incelenmesi önemlidir. Çünkü absans nöbetlerin klinik görünümü hafif bir seyir izlemektedir. Dışardan bakıldığında bir yere dalmış ya da seğirme şeklinde olan bu nöbetlerin psikopatoloji üzerine etkisinin değerlendirmesi oldukça azdır. Yapılan bir araştırmada bu üç nöbet türünün psikoloji üzerine etkisine bakıldığında, fokal nöbetlerin %63, jeneralize nöbetlerin %55 oranında psikopatolojiyi etkilediği, absans nöbetlerin etkisininse daha düşük bir düzeyde olduğu görülmüştür (Dunn, Austin, & Perkins, 2009).

Nöbetlerin beklenmedik yer ve zamanda geliştiği anksiyete bozukluklarının gelişmesine neden olurken, bu nöbetlerin dışardan nasıl algılanacağı, insanların kişi hakkındaki düşünce ve yargıları epilepsili çocuk hastalarda damgalanma algısını arttırmakta ve sosyal anksiyete bozukluğunun gelişmesine neden olabilmektedir. Algılanan damgalanma olarak adlandırılan bu durum epilepsili çocuk hastalarda sık

görülmektedir. Algılanan damgalanma, kişinin hastalığından dolayı yargılanacağı ve aşağılanacağı korkusu olarak tanımlanmaktadır (Scambler, & Hopkins, 1990). Bunun yanında karşısındaki kişinin duygu, düşünce, niyet, istek ve inançları tahmin etme becerisi olarak tanımlanan zihin kuramı da epilepsiden etkilenebilmekte ve insanların bakışlarını doğru bir şekilde yorumlanmamasına yol açabilmektedir (Singer, & Tusche, 2014). Özellikle nöbet şiddetinde artış beynin daha fazla etkilenmesine ve bilişsel bozulmalara neden olabilmektedir. Nöbetlerin meydana geldiği beyin bölgesinde bilişsel işlevlerin etkilenmesiyle zihin kuramında bozulmalar olabilmektedir. Dorsomedial frontal korteks ve temporoparietal kavşak gibi zihin kuramında önemli olan yapıların nöbetler nedeniyle etkilenmesi bu açıdan önemlidir (Watanabe, 2024). Sosyal etkileşimlerde karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini anlamak için kullanılan zihin kuramının bozulması karşısındaki kişinin zihinsel durumlarını doğru bir şekilde yorumlayamamasına neden olabilmekte bu nedenle damgalanma algısı artabilmektedir. Zihin kuramında bozulma ve damgalanma algısında artış sosyal yeterliliği ve iletişimi etkilemektedir.

Sosyal anksiyete bozukluğu epilepsili çocuk hastalarda oldukça sık görülen anksiyete bozukluklarından biridir. Sosyal anksiyete bozukluğu, kişinin sosyal ortamlarda ve etkileşimler sırasında küçük düşmek ve rezil olmak gibi durumlardan korku ve kaygı duyması sonucu fiziksel kaygı semptomları gösterme, göz kontağı kurmama, sosyal ortam ve etkileşimlerden kaçınma gibi semptomlar gösterdiği bir bozuktur (Köroğlu, 2013). Epilepsiyle sosyal anksiyete bozukluğunun ilişkisine bakıldığında, nöbetler sonrasında insanlar tarafından güçsüz, hasta ya da yetersiz olarak değerlendirilebilecekleri, küçük duruma düşecekleri, akranları tarafından reddedilecekleri korku ve kaygısıyla ortaya çıkabilmektedir (Lee vd., 2021). Bilişsel işlevlerdeki bozulmalar, nöbetlerin şiddeti, başlangıç yaşı ve türü gibi faktörler bir araya gelerek sosyal anksiyete bozukluğunun gelişmesine neden olabilmektedir.

Epilepsinin getirdiği psikolojik etkiler epilepsili çocuk hastaların yaşam kalitesinin belirlenmesi ve erken tanı ve tedaviyle bu etkilerin en aza indirilmesi yönünde çalışmalar yapılabilmesi bakımından önemlidir. Literatüre bakıldığında epilepsi hastalarında sosyal anksiyete, algılanan damgalanma ve zihin kuramıyla ilgili araştırmalar mevcut olmakla birlikte üç değişkenin birlikte incelendiği bir araştırmaya rastlanamamıştır. Yapılan diğer araştırmaların da çocuk yaş grubundan ziyade yetişkin

epilepsi hastalarıyla yapılması bu konunun araştırmaya değer bir konu olduğunu göstermektedir.

1.2. Araştırmanın Amacı

Bu araştırma farklı nöbet türleri yaşayan epilepsili çocuk hastaların algıladıkları damgalanma ve zihin kuramı düzeyine bakarak, her iki değişkenin sosyal anksiyete üzerindeki etkisini gözlemlemek ve değişkenler arası ilişkinin varlığını bilimsel bir gerçeklikle sunulabilmeyi amaçlamaktadır. Araştırmanın bir başka amacı ise epilepsili çocuk hastaların sahip oldukları hastalığın psikolojik yönünü anlamak ve deneyimlerine dair iç dünyalarına ışık tutmaktır.

1.3 Sayıtlar

Araştırma kapsamında söz konusu değişkenler geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış olan test ve ölçeklerle yapılmıştır. Kullanılan bu test ve ölçekler yapılan araştırma konusuyla tutarlı ve gerekli yeterliliğe sahiptir. Yapılan test ve ölçekleri cevaplayan kişiler doğru ve kendilerini yansıtan cevaplar vermişlerdir. Bunun yanında seçilen örneklemin araştırma evrenini temsil ettiği kabul edilmektedir.

1.4 Sınırlılıklar

Araştırmanın hedeflenen örneklem sayısı daha fazla olmasına rağmen İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü Eğitim ve Tescil Birimine yapılan başvurular sonucunda üç araştırma merkezi olarak seçilen eğitim ve araştırma hastanesinin ikisi araştırmanın hastane içinde yürütülmesini reddetmiş ve araştırma tek merkezli olarak yürütülmüştür. Bu nedenle katılımcı sayısı kısıtlı bir sayıda kalmıştır.

Literatürde epilepside sosyal anksiyete ve epilepsisi olan çocuklarda sosyal anksiyete konusundan birçok araştırma mevcut olmasına karşın Türkiye’de spesifik olarak epilepsi ve sosyal anksiyeteyi bir araya getiren çalışmalar azdır. Bu nedenle araştırmanın literatür ve tartışma kısmında daha çok yabancı kaynaklardan yararlanılmıştır. Bu durum kültürel bir dayanak sunmada yetersizdir.

Araştırma farklı nöbet tiplerini deneyimleyen epilepsili çocuk hastalarla yapılmıştır. Bununla birlikte, katılımcı sayısına ulaşmadaki kısıtlılık nedeniyle her nöbet tipi için yeterli ve eşit sayıda hastaya ulaşılamamıştır.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Epilepsi Tanımı

Epilepsi toplumda sık görülen kronik nörolojik problemlerden biridir. İnsanlık tarihine bakıldığında farklı yüzyıllarda çeşitli yaklaşım ve tanımlamaların yapıldığı bu hastalık, günümüz kaynaklarında kortikal nöronların anormal ve aşırı deşarjı sonucu ortaya çıkan klinik belirti ve bulguların tümü olarak tanımlanmaktadır (Yücel, 2022; Günbey, & Turanlı, 2021). Epilepsinin tanımı, yapılan araştırmalar ve klinik gözlemler ışığında ana çerçeve esas alınarak zaman içerisinde yenilenmiş ve güncel haline ulaşmıştır. Epilepsinin tanı ve tedavisi hakkında bilgi aktarımı sağlamak, bu hastalıkla ilgili araştırmalarda bulunmak amacıyla 1909'da kurulan Epilepsiye Karşı Savaş Derneği (ILAE; International League Against Epilepsy), 2005 yılında epilepsiyi, epileptik nöbet geçirmeye kalıcı yatkınlık durumunun nörolojik, bilişsel, psikolojik ve sosyal sonuçlar doğurması şeklinde tanımlamıştır (Fisher vd., 2005). Bu tanım doğrultusunda bireyin epilepsi tanısı alabilmesi için en az bir epileptik nöbet geçirmesi gerekmektedir (Fisher vd., 2005). Dernek daha sonrasında operasyonel bir tanım yapmak amacıyla 2017 yılında epilepsinin tanımını tekrar yapmıştır. Bu çerçevede epilepsi “Yirmi dört saatten daha uzun aralıklarla meydana gelen iki veya daha fazla provoke edilmemiş veya refleks nöbetlerin olması ya da sonraki on yıl boyunca %60 ya da daha fazla oranda tek bir provoke edilmemiş veya refleks nöbet geçirme riskinin olması yahut bir epilepsi sendromunun olması” şeklinde tanımlanmıştır (Fisher vd., 2017).

Toplumda epilepsi denildiğinde akla ilk gelen bulgu nöbetlerdir. Nitekim, epilepsi nöbetlerin eşlik ettiği bir bozukluktur. Bununla birlikte, epilepsi ve nöbet kavramları birbirleri yerine kullanılmaktadır. Halk arasında birbiri yerine kullanılan bu iki kavramın ayrımını yapmak önemlidir. Nöbet kavramı, beyinde geçici klinik belirtilere neden olan, nöronların aşırı ve senkronize bir şekilde ateşlenmesi sonucu ortaya çıkan tablo olarak tanımlanmaktadır (Carlson, 2014). Nöbetler hastalıklarla ortaya çıkan semptomlar olarak açıklanabilirken, epilepsi bu nöbetlerin tekrarlaması durumudur. Kafa travmaları, alkol zehirlenmesi, inme, metabolik rahatsızlıklar, hipoglisemi (düşük kan şekeri), hiperglisemi (yüksek kan şekeri) gibi diğer tıbbi durumlar da nöbetlere neden olabilir (provoke nöbetler), bu nöbetler tekrarlanmaz ve epilepsi olarak açıklanamaz (Bambal, Çakıl, & Ekici, 2011). Bu sebeple epilepsi ve nöbet kavramlarını ayrı ayrı incelemek önem teşkil etmektedir.

Epilepsi farklı türlere ve nöbet türlerine sahiptir. ILAE 2017 revizyonu ile birlikte epilepsileri, nöbet türü, epilepsi türü ve epilepsi sendromlarına göre sınıflamıştır.

Epileptik nöbet türleri fokal başlangıçlı, jeneralize başlangıçlı ve başlangıcı bilinmeyen türde nöbetler olarak üç kategoride sınıflandırılmıştır. Her bir tür alt başlıklara sahiptir. Epilepsilerin türlerine göre sınıflandırılması dört kategoriye ayrılmış ve epilepsi türleri, jeneralize epilepsiler, fokal epilepsiler, kombine jeneralize ve fokal epilepsiler ve bilinmeyen olarak sınıflandırılmıştır. Epilepsilerin sınıflamasında son basamak ise sendromlardır. Epilepsi sendromları, nöbet tiplerinin ve beyin görüntüleme bulgularının birlikte görülme eğilimine sahip olan özellikler bütünüdür ve birçok başlık altında incelenmektedir (Scheffer vd., 2017).

Dünya nüfusunda önemli bir orana sahip olan epilepsi hastalığı geçmişten bugüne dikkat çekmiş, farklı tanımlamalarda bulunulmuştur. Üzerine birçok araştırma yapılan bu hastalık nöbetlerin görüldüğü, nörolojik, psikolojik ve sosyal getirileri olan bir hastalık olarak tanımlanmaktadır (Bambal, Çakıl, & Ekici, 2011). Tanı ve tedaviye karar bakımından önemli olması sebebiyle nöbet ve epilepsi kavramalarının tanımlarının birbirinden ayrılması gerekmektedir. ILAE, tanı koyma ve tedavi yöntemine karar vermede hekimlere daha geniş bir perspektif sunması açısından epilepsiyi nöbet türleri, epilepsi türleri ve epilepsi sendromlarına göre sınıflandırmıştır.

2.1.1. Epilepsinin Tarihçesi

Geçmiş yüzyıllardan bugüne epilepsi hakkında farklı görüşler ortaya atılmış, yaşanan yüzyıl ve çevreye göre farklı tanımlamalar yapılmıştır. Tıptaki gelişmeler ve alanda yapılan araştırmalarla birlikte, günümüzde epilepsinin doğası, ortaya çıkış nedenleri, ülkeler bazında görülme sıklıkları gibi etmenler bilinmekte ve epilepsiyle ilgili daha derinlemesine araştırmalar yapılmaktadır. Bununla birlikte, geçmiş dönemlerde epilepsi doğaüstü güçlere atfedilmiş ve metafizik kavramlarla açıklanmaya çalışılmıştır.

Epilepsi tarihine bakıldığında, epilepsi hakkındaki ilk yazılı kaynaklarla milattan önce 2000’li yıllarda Mezopotamya’da karşılaşılmaktadır. Yine milattan önceki yüzyıllara bakıldığında Mısır ve Babil kaynaklarında epilepsi ve epileptik nöbetlerle ilgili tanım ve tariflemelere denk gelinmektedir (Yücel, 2022). Antik Yunan’a bakıldığında ise hastalığın ve bazı semptomların bazı mitolojik tanrılarla açıklandığı ve günahkarlara verilen ilahi ceza olarak kabul edildiği görülmektedir (Magiorkinis, Sidiropoulou, Diamantis, 2010). Aristoteles’in epileptik hastalarla ilgili hipoteziyse, bu hastaların kara safraya sahip olduğu ve bu safranın hastalığın nedeni olabileceği yönündedir (Yücel, 2022). Bununla birlikte bazı toplumlar hastalığın tanrı tarafından gönderilen kötü bir işaret olduğunu, hastaların cin ve şeytan tarafından ele geçirildiği yönünde görüşlere

sahip olarak bu hastaları şeytan çıkarma ve büyü yapma gibi uygulamalara maruz bırakmışlardır.

Hipokrat’la birlikte epilepsiye olan yaklaşımlarda bir farklılaşma olmuştur. Hipokrat epilepsinin nedenini beyin fonksiyonlarındaki bozulmalarla açıklayarak hastalığın tıbbi kökeni hakkında bir görüş ortaya koymuştur. Bunun yanında, bebeğin anne karnında yaşadığı durumların epilepsiye neden olabileceğini, korku ve ağlama gibi ruhsal faktörlerin ve güneş, sıcaklık ve rüzgar gibi coğrafi durumların hastalıkta bir etkisi olabileceğine dair bilgiler vermiştir (Yücel,2022; Magiorkinis, Sidiropoulou, Diamantis, 2010).

Doğu tıbbındaysa gelişmeler daha farklı bir yön izlemiştir. Doğulu alimlerden Ali ibn al-Abbas al Majusi nöbetlerin beyindeki sıvı kaynaklı olduğundan bahsetmiş, İbn-i Sina epilepsiyi beyindeki damarların tıkanması sonucu ortaya çıktığını öne sürmüştür (Yücel, 2022). İbn-i Sina, El- Kanun fi’t-Tıbb kitabında, epilepsinin temel mekanizmalarından, farklı türlerinden, nedenlerinden ve tedavi yöntemlerinden bahsetmekte ve epilepsiyi kan, balgam, kara safra ve sarı safra türleri olarak dört farklı türe ayırmıştır (Dadmehr vd., 2018). Batı’da Hipokrat sonrası bu tarz görüşler kabul edilmeye başlansa da asıl gelişmeler Rönesans döneminde olmuştur. Rönesansla birlikte her alanda olduğu gibi tıp alanında da gelişmeler yaşanmış ve epilepsi alanında da çeşitli araştırma ve incelemeler hız kazanmıştır. On altıncı ve on yedinci yüzyıllarda sinir hastalıkları kavramının gelişmesiyle birlikte, epilepsinin nedenleri hakkında farklı görüşler ortaya atılmış ve bazı epileptik sendromların tanımlamaları yapılmıştır (Reynolds,& Trimble, 2009; Daras, Bladin, Eadie, & Millett, 2008; Yücel, 2022). On sekizinci yüzyıla gelindiğinde Samuel August Tissot, nöbetleri grand ve petit olarak ayırarak bu alanda bir sınıflama yapmıştır. Hastalık ve nöbetlerle ilgili bugün için temel teşkil eden fikirlere bakıldığında, on dokuzuncu yüzyılda Dr. Robert Bently Todd nöbetlere elektiriksel deşarjların neden olduğuna dair bir görüşte bulunmuş (Kaculini, Tate-Looney, & Seifi, 2021), bu yüzyılın sonlarında John Hughling Jakson vaka incelemeleriyle epilepsiyi “sinir dokunun arasına gelen, aşırı ve düzensiz boşalım” olarak tanımlamıştır (Komşuoğlu, 2007; Yücel, 2022).

Epilepsi hastalığı hakkında yapılan incelemeler, etiyolojisinin anlaşılmasına dair çalışmalar, oldukça yaygın olan bu hastalığın tanımı ve tedavi yöntemleri hakkında yapılan araştırmalarla birlikte 1909 yılında Epilepsiye Karşı Savaş Derneği kurulmuştur. ILAE’nin kurulmasıyla birlikte epilepsinin tanı ve tedavisine yönelik standart tanımlar ve

tedavi yöntemlerine dair çalışmalar yapılmaya başlanmıştır. Böylece kurumsal bir dayanakla birlikte epilepsi alanında yapılan çalışmalar hız kazanmıştır. Epilepsinin anlaşılmasına ve araştırmalara ön ayak olan bir diğer kuruluşa Amerika Epilepsi Topluluğudur. 1936'da Amerika Epilepsi Topluluğu'nun (AES; American Epilepsy Society) kurulması da epilepsi alanındaki, araştırma, eğitim ve tedavi yöntemlerine dair çalışmalara katkı sağlamıştır (Panteliadis, 2017).

Yirminci yüzyılda epilepsiyle ilgili olan önemli gelişmelerden biri de 1929'da elektroensefalogramın (EEG) geliştirilmesiyle birlikte olmuştur. EEG'nin ortaya çıkışı ve araştırmacılar tarafından kullanılması epilepsi tanısı konmasında, tedavin izlenmesinde, epileptik nöbetlerin beyindeki yerlerinin tespiti ve kaynağına dair olası nedenleri sunmasında uzmanlar için önemli bir yarar sağlamıştır (Panteliadis, 2017; Schmidt, & Shorvon, 2016). Epilepsinin altında yatan nedenleri anlamak açısından uzmanlarca yapılan klinik gözlemler, EEG kullanımı ve alanda yapılan incelemelerle birlikte yirminci yüzyılın sonlarında manyetik rezonans görüntüleme (MRI) ve pozitron emisyon tomografisinin (PET) geliştirilmesi beynin yapısal ve fonksiyonel işlevlerini incelemede uzmanlara yardımcı olmuş ve epilepsinin daha iyi anlaşılmasını sağlamıştır (Panteliadis, 2017).

Dünya bazında oldukça yaygın görülen epilepsi hastalığı, yüzyıllardır oluşum yeri, nedenleri ve tedavi yöntemleri bakımından araştırılmıştır. Başlangıçta kiminin tanrıların verdiği bir ceza olarak gördüğü kiminin kutsal hastalık olarak nitelendirildiği bu hastalık günümüzde araştırılmaya ve yeni bulgularla hastalık hakkında farklı ve detaylı bilgiler elde edilmeye devam edilmektedir.

2.1.1.1. Epilepsinin Epidemiyolojisi, İnsidans ve Prevalansı

Epidemiyoloji bir toplumda, görülen bir hastalığın görülme sıklığı (insidans), yaygınlık (prevalans) ve dağılımını inceleyen, hastalıkla ilgili önlem ve kontrolünü yapan bir bilim dalıdır (Karakaş, 2017; Bonita, Beaglehole, & Kjellström, 2006). Epilepsiyi anlamak açısından epidemiyolojisinin bilinmesi oldukça önemlidir. Epilepsideki epidemiyolojik çalışmalar sayesinde hastalığın ülkeler, cinsiyet ve yaş bazında görülme sıklıkları, yaygınlıkları ve dağılımları belirlenerek nedenler ve genetik özelliklerine ilişkin çıkarımlarda bulunulabilmektedir (İşcan, 2022). Uluslararası Epilepsiyle Savaş Derneği (ILAE) epidemiyolojik çalışmalarda bulunmaktadır ve derneğin epidemiyoloji komisyonu bu alandaki çalışmalar için bir terminoloji sunmuştur (Yeni, & Bora, 2013).

İnsidans bir hastalığın toplumda görülme sıklığını ifade eder. Nüfusta yıl başına tanı alan yeni epilepsi vakalarının 100.000 kişiye oranını göstermektedir (Camfield, & Camfield, 2015). Dünyada 50 milyon epilepsi hastası olduğu bilinmektedir (Bambal, Çakıl, & Ekici, 2011). Bu sayı bağlamında, epilepsi görülme sıklığının 100.000 kişi başına 61,4 kişi/yıl olduğu saptanmıştır (İşcan,2022). Epilepsi görülme sıklığına farklı değişkenler açısından bakılacak olunursa sosyoekonomik açıdan düşük milli gelire sahip ülkelerde insidansın yüksek olduğu görülebilmektedir. Düşük ve orta milli gelire sahip olan ülkelerde epilepsi insidans oranı risk faktörlerine daha fazla maruz kalma ihtimalinin olması sebebiyle 139/ 100.000 olarak görülmektedir (Camfield, & Camfield, 2015). Bunun yanında gelişmiş ülkelerde bu oranın daha düşük olduğu görülebilmektedir. Yaş bağlamında epilepsi insidansına bakıldığında hastalığın çocuk ve yaşlı nüfusta görülme sıklığının daha fazla olduğu bilinmektedir (Baykan, & Gökyiğit, 2013). Özellikle 0-2 yaş ve 60 yaş üstü nüfusta insidans oranı daha yüksektir (Akdağ, Algin, & Erdinç, 2016). Çocuklarda epilepsi insidansı, 100.000 kişi başına 33.3-82 vaka olarak saptanmıştır, gelişmemiş ülkelereyse bu rakam artmaktadır (Camfield, & Camfield, 2015). Epilepsi insidansının yüksek olduğu diğer bir yaş grubu olan 65 yaş üstüne bakıldığında oran 127/10.000 olarak görülmektedir (Doğan, 2015). Çocuk ve yaşlı yaş grubunda fazla görülen bu hastalığın yetişkin nüfusta görülme sıklığı ise oldukça düşüktür. Cinsiyet bağlamından bakıldığında yapılan araştırmalarda insidans oranının kadınlara göre erkeklerde daha yüksek olduğu, bununla birlikte, cinsiyetler arası fark oldukça az olduğu görülmektedir (Banerjee, Filippi, & Hauser, 2009; Hauser, Annegers, & Kurland, 1993). Nöbet tiplerinin insidansına bakıldığında her bir nöbet tipi ve epilepsi sendromu için insidans oranlarına dair veriler olmamakla birlikte, farklı ülkelerde yapılan araştırmalarda fokal nöbetlerin jeneralize nöbetlere göre daha sık görüldüğü bulunmuştur (Banerjee, & Hauser, 2008). Türkiye’de insidans çalışmalarına bakıldığında, literatürde bu alanda yapılan sadece bir çalışmaya rastlanılmıştır. Eskişehir’de yapılan bu çalışmada epilepsi insidans oranı 15 yaşından sonra bölgesel olarak %4,36 olarak bulunmuştur (Çelikkaş vd., 2010). Türkiye genelinde yapılan herhangi bir çalışmaya bulunmamaktadır.

Prevalans bir toplumda belirli bir zamanda hastalığa sahip olan bireylerin oranını göstermektedir (Bell, Neligan, & Sander, 2014). Dünya genelinde epilepsinin %1 prevalansa sahip olduğu tahmin edilmektedir, bununla birlikte farklı ülkelerde yapılan çalışmalara bakıldığında bölgeler ve ülkeler bazında prevalans oranları risk faktörlerinin dağılımı ve metodolojik farklılıklar nedeniyle değişiklik gösterebilmektedir (Bambal,

2011). Dünya genelinde epilepsi prevalansı 1000 kişi başına 7.6 olarak bildirilmektedir (İşcan 2022). Bazı prevalans çalışmaları sadece aktif epilepsi prevalansını ölçerken bazıları remisyonadaki vakaları da dahil etmektedir (İşcan 2022; Fiest vd. 2017). Aktif epilepsi prevalansına bakıldığında 1000 kişi başına 4-10 olduğu görülmektedir (Akdağ vd., 2016). Bununla birlikte, yaşam boyu prevalans oranına bakıldığında bu oranın 1000 kişi başına 7.9 olduğu görülmüştür (Beghi,2020). İnsidans değerlerinde görülen farklılıklar prevalans oranlarında da görülmektedir. Yapılan birçok araştırmada düşük gelir düzeyi olan ülkelerde prevalans oranları daha yüksek olarak görülmüştür (Fiest vd. 2017; Bell, Neligan, & Sander, 2014). Düşük gelir düzeyine sahip ülkelerde prevalans oranı 1000 kişi başına 8.75 olarak ölçülürken yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde bu oran 1000 kişi başına 5.18 olarak görülmektedir (Beghi, 2020). Cinsiyet açısından bakıldığında insidans oranları olduğu gibi hastalığın yaygınlığı erkeklerde kadınlara göre daha fazla olduğu görülmektedir (Banerjee, Filippi, & Hauser, 2009). Türkiye'deki prevalans çalışmalarına bakıldığında farklı illerde yürütülen çalışmalar olduğu görülmektedir. Trabzon'da 0-17 yaş arasını kapsayan bir çalışmada prevalans oranı 1000 kişi başına 8.6 olarak bulunmuştur (Topbaş, 2012). Kayseri şehir merkezinde yapılan bir başka çalışmada ise epilepsi prevalansı 1000 kişi başına 8 olarak bulunmuştur (Canpolat vd., 2014). Daha kapsamlı olarak yapılan bir çalışmada 0-16 yaş arası çocuklarda aktif epilepsi prevalansı 1000 kişi başına 8 olarak bulunmuştur (Serdaroğlu vd. 2004).

Epilepsi insidans ve prevalans değerleri hem risk faktörlerindeki farklılıklar hem ülkelerin gelişmiş seviyesine bağlı olarak tanı koymada kullanılan yöntemlerdeki farklılıklar hem de metodolojik farklılıklar sebebiyle ülkeden ülkeye değişiklik gösterebilmektedir. Yapılan araştırmalara bakıldığında ülkelerin gelişmişlik seviyesi, ülkelerin gelir seviyesi, epilepsinin görülme yaşı ve epilepsi türüne bağlı olarak artış ya da azalış gösterebilmektedir. Bunun yanında, cinsiyet açısından bakıldığında insidans ve prevalans farkının oldukça az olduğunu ve bu farkın, sosyokültürel nedenlerden dolayı kadınların hastalıklarını saklıyor olabilecekleriyle açıklanabileceğini söylemektedir (Beghi, 2020). Çocuklardaki oranlarda aynı doğrultuda olduğu görülmektedir. Birçok çalışmada kız ve erkek çocuklarda insidans ve prevalans oranlarının oldukça yakın olduğu görülmüştür (Camfield, & Camfield, 2015).

2.1.1.1.A. Epilepsinin Etiyolojisi

Epilepsi etiyolojisi, hastalığın ve nöbetlerin nedenlerinin belirlenmesidir. Bu nedenlerin belirlenmesi tanı koyma ve izlenecek olan tedavi yolunu belirlemede

önemlidir. Uluslararası Epilepsiyle Savaş Derneği (ILAE), epilepsi etiyolojisini, yapısal, genetik, enfeksiyonel, metabolik, immünite ve bilinmeyen grup olarak sınıflamıştır (İçağasıoğlu, 2022). Bununla birlikte, etiyoloji kategorileri birbirinden bağımsız olarak düşünülmemelidir ve hastanın epilepsisi birden çok etiyolojik kategoriden kaynaklanabilir (Schaffer vd., 2017; Balestrini vd., 2021).

Epilepsiyi oluşturan birçok farklı etiyoloji vardır. Bunlardan biri olan genetik etiyolojiler epilepsilerde sıklıkla görülmektedir. Genetik etiyolojiye dayanan epilepsiler nöbetlerin ve hastalığın ortaya çıkmasına neden olan bir gen mutasyonu, tek gen defekti ya da kalıtım gibi farklı genetik nedenlerin olduğu anlamına gelmektedir (Schaffer vd., 2017; Şahin &Bebek, 2017). Genetik etiyolojiler epilepsilerde sıklıkla görülmektedir. Geçmiş sınıflandırma çalışmalarında idiyopatik olarak sınıflandırılan bu epilepsiler epilepsi etiyolojisinde %70 rol oynamaktadır (Hız Kurul, 2016; Hildebrand vd., 2013). Genetik nedenler farklı durumlardan kaynaklanabilir. Bunlardan biri hastalığın aileden kalıtsal olarak geçmesidir. Ailesinde epilepsi geçmişi olan bireylerde epilepsi görülme riskinin arttığı gözlemlenmektedir (Hauser, 2016). Bununla birlikte, genetik ve kalıtım eş kavramlar olarak nitelendirilemez çünkü bazı hastalarda ailede epilepsi geçmişi olmasına rağmen genetik neden farklı bir gen mutasyonundan kaynaklanabilir ve nöbetlere neden olabilir (Schaffer vd., 2017). Genetik alt yapıya sahip olan epilepsilerde hangi genlerin mutasyona uğradığına dair çalışmalar yapılmaktadır. Hastaların bazısında genetik etiyoloji tek gen defektlerinden kaynaklanırken bazılarında birden fazla gendeki mutasyonlar etkili olabilmektedir (Hız Kurul, 2016). Literatüre bakıldığında, genlerde görülen mutasyonların birçoğu nöronların uyarılma eşliğini kontrol eden iyon kanallarında görülmektedir (Şahin &Bebek, 2017). Bu durum nöbetlerin oluşum sürecini açıklamaktadır. Genetik etiyolojiye sahip en sık görülen epilepsiler arasında Dravet Sendromu, GLUT1 eksikliği, selim ailesel neonatal konvülsiyonlar, jeneralize epilepsi ve febril nöbetler, infantil dönem ciddi myoklonik epilepsi ve otozomal dominant frontal lob epilepsisi vardır (İçağasıoğlu, 2022; Şahin &Bebek, 2017).

Epilepsinin bir diğer nedeniyse yapısal etiyolojilerdir. Yapısal etiyolojiler, beynin yapısal olarak incelenmesini sağlayan nörogörüntüleme teknikleri ışığında görüntü çıktılarındaki anormalliklerdir (İçağasıoğlu, 2022). Bu etiyolojiler inme, travma, beyin tümörleri, kortikal gelişimde yaşanan anormallikler olarak görülebilmektedir. İnme, travma ve enfeksiyon gibi sonradan kazanılan durumlar epilepsiye neden olabildiği gibi kortikal gelişimde görülen malformasyonlar gibi genetik nedenler de yapısal bir ilişkinin

görüldüğü olmasından dolayı yapısal etiyolojiler olarak sınıflandırılabilir (Schaffer vd., 2017). Epilepsinin yapısal etiyolojisine eşlik eden hastalıklara bakıldığında Hipokampal skleroz (HS), post travmatik nöbetler (PTN), Sturge- Weber sendromu (SWS) ve vasküler malformasyonlar görülmektedir (İçağasıoğlu, 2022).

Epilepsi etiyolojilerinden biri de enfeksiyona bağlı ortaya çıkan epilepsilerdir. Dünya çapında epilepsinin en yaygın nedeni olarak görülen enfeksiyonel etiyoloji, nöbetlerin enfeksiyonel bir nedene bağlı olarak ortaya çıkmasıyla oluşmaktadır (Schaffer vd., 2017; İçağasıoğlu, 2022). Bakteriler, viral enfeksiyonlar, parazit ve mantarların içinde bulunduğu bu enfeksiyonlar beyin dokusuna zarar verebilmekte ve iltihaplanmayı tetikleyerek nöbetlere neden olabilmektedir (Balestrini vd., 2021). Nörosistiserkoz, tüberküloz, HIV, serabral sıtma ve Japon ensefaliti epilepsiye neden olan enfeksiyonlar arasında sayılmaktadır (Nickels & Noe, 2021). Bu enfeksiyonların görülme oranları coğrafi konuma ve ülkelerin gelişmişlik seviyelerine bağlı olarak farklılaşmaktadır. Genellikle gelişmekte olan ülkelere daha sık görülen bu enfeksiyonlar temizlik ve beslenme koşullarından etkilenmektedir. Afrika ülkeleri gibi gelişmemiş ülkelere zayıf sanitasyon ve yetersiz beslenme koşulları merkezi sinir sistemi enfeksiyonlarının görülme riskini arttırmaktadır (Sander, 2004). Örneğin nörosistiserkoz, Latin Amerika, bazı Asya ve Afrika ülkeleri gibi daha düşük gelirli ülkelere görülebilmektedir (Vezzani vd., 2016). Bu bağlamda, düşük ve orta gelirli ülkelere temizlik ve beslenme koşullarının iyileştirilmesiyle birlikte enfeksiyonlara bağlı epilepsinin önlenilebileceği görülmektedir (Nickels, & Noe, 2021).

Metabolik epilepsiler, epilepsinin etiyolojik sınıflandırmasında yer alan başka bir neden olarak görülmektedir. Metabolik bir nedene bağlı olarak ortaya çıkan bu epilepsiler beyinde doğrudan meydana gelen bir metabolik değişiklikten ya da dolaylı olarak biyokimyasal değişimlerden kaynaklanabilmektedir (Schaffer vd., 2017). Bu etiyolojiler doğuştan genetiğe bağlı olarak ortaya çıkabileceği gibi sonradan kazanılmış da olabilmektedir. ILAE'nin sınıflamasında ayrı bir grup olsa da metabolik bozuklukların beyinde yapısal anormalliklere ve genetik etiyolojilere sahip olduğu görülmektedir (Balestrini vd., 2021). Genetik mutasyonların yanında, enerji metabolizmasında görülen bozukluklar, amino asit metabolizması bozuklukları, glikoz taşıma bozuklukları, nörotransmitter yollarındaki bozulmalar gibi durumlar metabolik epilepsinin nedenleri arasında görülmektedir (Reddy, & Saini, 2021). Bu etiyolojilerin doğru olarak sınıflanması için tanı ve özelleştirilmiş tedavi açısından önemlidir.

Epilepsinin bir diğer nedeni olan bağışıklık sistemine bağlı bozukluklar immün etiyoloji olarak adlandırılmaktadır. İmmüneye bağı bu epilepsilere bağışıklık sisteminde meydana gelen hasarlar ve iltihaplanmalar neden olmakta ve bu nedenler sonucunda epileptik nöbetler görülmektedir (Vezzani, Lang, & Aronica, 2016; Schaffer vd., 2017). Bu etiyolojik gruba giren epilepsilerin tanınması özellikle önemlidir çünkü immün epilepsiler geleneksel antiepileptik ilaçlara yanıt vermeyebilmektedir (Nickels, & Noe, 2021).

Tıptaki gelişmelerle yeni tanı koyma yöntemlerinin bulunması ve kullanılmasıyla birlikte epilepsinin altında yatan birçok neden anlaşılrsa ve sınıflandırılmalar yapılsa da bazı nedenler hala bilinmemektedir. Epilepsinin bilinmeyen bu nedenlerini ILAE bilinmeyen etiyolojiler olarak sınıflamaktadır.

Epilepsi etiyolojileri, birçok değişkene bağı olarak görüldüğü toplumlar, coğrafi bölgeler ve yaşlara göre farklılaşmaktadır. Epilepsi etiyolojileri, epidemiyolojik değerlerde olduğu gibi toplumların gelişmişlik ve gelir düzeylerine, yaşanan coğrafyaya ve tıptaki gelişmelerle zamana göre farklılık gösterebilmektedir. Örneğin enfeksiyonel etiyolojiye sahip hastalar daha çok gelir düzeyi düşük ülkelerde görülmektedir. Günümüzde tıp dünyasında yaşanan gelişmelerle birlikte bazı perinatal sorunların önlenmesi, enfeksiyonel nedenlerin önüne geçilebilmesi gibi durumlarla birlikte bu nedenlere bağı epilepsiye sahip hasta sayılarında geçmiş yıllara kıyasla farklılıklar gözlemlenebilmektedir (Balestrini vd., 2021).

Epilepsinin etiyolojisi yaşla birlikte değişebilmektedir. Yaşamın erken dönemlerinde başlayan epilepsilerde genetik temelli nedenler daha yaygınken yaşlılık döneminde epilepsinin ortaya çıkış nedeni vasküler ve nörodejeneratif hastalıklar olduğu görülebilmektedir (Çokar, 2021). Epilepsinin çocuklarda etiyolojisine bakıldığında, genetik temelli nedenler yaygın olarak görülmekte bununla birlikte doğum sırasında yaşanan komplikasyonlar, beyin gelişimindeki bozukluklar çocuklarda görülen etiyolojiler arasında sayılabilmektedir (Balestrini vd., 2021).

2.1.1.1.B. Epilepsinin Sınıflandırılması

Epilepsinin dünya genelinde sık görülen bir hastalık olması bu alanda araştırmaların ve tıbbi çalışmaların artmasına neden olmaktadır. Bu alanda çalışan uzmanlar ve araştırmacıların çalışmalarında daha sistematik bir şekilde ilerlemesi içinse epilepsinin sınıflandırması önemli bir rol oynamaktadır. Epilepsiye tarihsel süreçte

bakıldığında ilk sınıflandırmanın 1954 yılında üç grup olacak şekilde yapıldığı görülmektedir (Menderes, &Serdaroğlu, 2022). Uluslararası Epilepsiyle Savaş Derneği (ILAE) tarafından 1969 yılında semptoma ve etiyolojiye dayalı bir sınıflandırma yapılmıştır (Anwar, Khan, Nadeem, Pervaiz, Ali, & Cheema, 2020). Sonraki yıllarda tıptaki gelişmeler ve yapılan araştırmalarla birlikte sınıflandırmalar revize edilmiş ve 2017 yılında ILAE'nin yayımladığı güncel halini almıştır.

Epilepsi sınıflaması, etiyolojik sınıflamada da olduğu gibi doğru tanının koyulması ve uygun tedavi yönteminin seçilmesi bakımından önemlidir. Bunun yanında, yapılan araştırmalar için daha anlaşılır bir çerçeve sağlamaktadır (Korff, & Scheffer, 2013). Bu nedenle, epilepsi sınıflandırmasının, yapılan ve sonraki yıllarda yapılacak olan çalışmaların klinik ve akademik bağlamda önemi büyüktür.

Epilepsi sınıflaması, ILAE tarafından nöbet türü, epilepsi türü ve epilepsi sendromu olmak üzere üç seviyede yapılmaktadır. Bu sınıflandırmalara göre, uzmanın ilk karar vermesi gereken sınıflama, nöbet türüdür (Wirrell, 2021). Nöbet türleri kendi içerisinde fokal başlangıçlı, jeneralize başlangıçlı ve başlangıcı bilinmeyen olarak üç gruba ayrılmaktadır. Her bir grupsa kendi alt sınıflamasına sahiptir. Fokal başlangıçlı nöbetler, beynin bir alanında meydana gelen nöbetlerdir. ILAE'nin 2017'de sunduğu basit sınıflamaya göre fokal nöbetler farkındalığın korunduğu ve farkındalığın bozulduğu nöbetler, motor başlangıçlı ve motor başlangıcı olmayan ve fokalden bilateral tonik-kloniğe dönüşen nöbetler olarak alt sınıflara ayrılmıştır. Genişletilmiş sınıflamaya göreyse motor başlangıçlı ve motor başlangıçlı olmayan nöbetler daha fazla ayrıntılandırılmışlardır (Fisher vd., 2017). Jeneralize başlangıçlı nöbetler, beynin her iki tarafını da etkileyen nöbetlerdir. Bu nöbetler motor ve motor olmayan (absans) nöbetler olarak ikiye ayrılmakta ve sınıflamanın basit ve genişletilmiş sınıflamasına göre alt gruplara ayrılmaktadır. Başlangıcı bilinmeyen nöbetler, ortaya çıkan semptomların diğer iki nöbet grubuna uymaması sonucunda yapılan sınıflamadır (Wirrell, 2021). Diğer nöbetler gibi başlangıcı bilinmeyen nöbetler alt gruplara ayrılmıştır.

Epilepsi sınıflandırmasında ikinci aşama epilepsi türünün sınıflandırılmasıdır. Epilepsi türleri, fokal, jeneralize, kombine jeneralize ve fokal ve bilinmeyen epilepsiler olarak sınıflandırılır. Her bir epilepsi türünde farklı nöbet tipleri görülebilmektedir. Fokal epilepsiler tek hemisferi kaplayan ya da beyinde bir veya birkaç alanda meydana gelen nöbetlerin görüldüğü epilepsilerken, jeneralize epilepsiler, iki hemisferde de meydana gelen nöbetler sonucu ortaya çıkmaktadır (Scheffer vd., 2017; Johnson, 2019). Kombine

jeneralize ve fokal epilepsilerse, fokal ve jeneralize nöbetlerin birlikte görüldüğü epilepsilerdir (Wirrell, 2021). Yetersiz görüntüleme nedeniyle ya da fokal veya jeneralize nöbet grubuna girmediği için bilinmeyen nöbetler sınıfına girmesi nedeniyle her iki epilepsi türü sınıflandırmasına dahil olamayan epilepsilerse bilinmeyen epilepsiler olarak sınıflandırılmaktadır (Scheffer vd., 2017).

Epilepsi sınıflandırmasında üçüncü aşama epilepsi sendromunun sınıflandırılmasıdır. Epileptik sendromlar, elektroensefalografi (EEG) gibi görüntüleme bulguları, nöbetlerin başlangıç yaşı, nöbetlere neden olabilecek tetikleyiciler ve aile öyküsü gibi faktörlerin belirlenmesiyle sınıflandırılmaktadır (Turanlı & Öztoprak, 202; Scheffer vd., 2017). Yenidoğan, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik döneminde farklı sendromlar görülmektedir.

2.1.1.1.C. Epilepsi Nöbet Türleri

Epilepsi nöbetlerin tekrarlamasıyla birlikte ortaya çıkmaktadır. Nöbetlerse herkeste aynı şekilde görülmediği gibi her hastada beynin farklı bir alanını etkileyebilmektedir. Bunun sonucundaysa dışarıdan bakıldığında da farklı görülen nöbet tipleri ortaya çıkmaktadır.

Epilepsi nöbet tipleri, fokal başlangıçlı nöbetler, jeneralize başlangıçlı nöbetler ve başlangıcı bilinmeyen nöbetler olarak üçe ayrılmaktadır. Beynin farklı alan ve miktarında elektriksel deşarja neden olan nöbetlerin her biri kendi sınıflaması içinde alt gruplara sahiptir. ILAE 2017 sınıflamasında nöbetleri basit ve genişletilmiş olarak sınıflamıştır. Bu sınıflandırmada nöbet tiplerinin isimleri genel çerçevede aynı kalırken her bir nöbetin alt grubunun ayrıntılandırılmasında farklılıklar vardır. Basit sınıflandırma ele alındığında, fokal nöbetler motor ve motor olmayan nöbetler olarak sınıflandırılmış ve daha ayrıntılı olarak sınıflamak isteyen uzmanlar için farkındalığın korunduğu ve farkındalığın bozulduğu nöbetler olarak ayrılmıştır (Menderes & Serdaroğlu, 2022). Jeneralize nöbetler, yine motor ve motor olmayan nöbetler olarak sınıflandırılmıştır. Bu bağlamda motor nöbetler tonik klonik ve diğer motor nöbetler olarak ayrılırken motor olmayan nöbetler içinde absans nöbetlere yer verilmiştir. Bilinmeyen başlangıçlı nöbetlerdeyse jeneralize nöbetlerde olduğu gibi motor nöbetler içerisinde tonik- klonik ve diğer motor nöbetler vardır. Bilinmeyen nöbetlerde de motor olmayan nöbetler görülebilmektedir (Cavanna, 2018). ILAE'nin 2017 genişletilmiş sınıflandırmasına bakıldığında, fokal nöbetlerdeki motor nöbetler, otomatizmler, atonik, klonik, epileptik spazm, hiperkinetik, myoklonik ve tonik olarak sınıflandırılırken, motor başlangıcı olmayan nöbetler

otonomik, davranışsal tutukluk, bilişsel, duygusal ve duyusal nöbetler olarak sınıflandırılmıştır. Daha önce sekonder jeneralizasyon olarak isimlendirilen nöbet tipi 2017 genişletilmiş sınıflandırmasına göre fokalden bilateral tonik-kloniğe dönüşen nöbet olarak sınıflandırılmıştır (Menderes & Serdaroğlu, 2022). Genişletilmiş sınıflandırmada jeneralize başlangıçlı nöbetlerse, tonik- klonik, klonik, tonik, myoklonik, myoklonik-tonik-klonik, myoklonik- atonik ve epileptik spazmları içeren motor nöbetler ve tipik, atipik, myoklonik ve göz kapağı myoklonisi içeren absans nöbetler olarak sınıflandırılmıştır. Başlangıcı bilinmeyen nöbetler aynı şekilde motor ve motor olmayan olarak ayrılmıştır. Motor nöbetler kendi içerisinde tonik-klonik ve epileptik spazm olarak ayrılırken, motor olmayanlar davranışsal tutukluğu içermektedir. Bu nöbet tipinde ayrıca sınıflandırılmayan nöbetlerde görülebilmektedir (Fisher, 2017).

a. Fokal Başlangıçlı Nöbetler

Fokal kelime anlamı olarak odaksal, belli bir bölgede sınırları belirli olarak kalan anlamına gelmektedir (Tıp Terimleri Sözlüğü, 2021). Bu bağlamda fokal nöbetlerde bir hemisferde sınırlı kalarak ortaya çıkan nöbetler olarak tanımlanmaktadır. Beynin bir bölgesinden kaynaklanan bu nöbetler beynin farklı ya da birkaç bölgesine yayılabilmektedir (Dilber, 2020). Fokal nöbetlerin görüldüğü farklı beyin bölgeleri nöbetlerin dışardan gözlemlenen belirtilerinde de farklılıklar ortaya çıkarmaktadır (Worden, 2022). Örneğin beynin görme alanı olan oksipital lobda meydana gelen bir elektriksel artış hasta da görsel bir belirtiye frontal lobda meydana gelen bir elektriksel deşarj hiperomotor aktiviteye neden olabilmektedir (Stafstrom, & Carmant, 2015; Worden, 2022).

Fokal nöbetler farkındalığın bozulduğu ve farkındalığın korunduğu olmak üzere iki gruba ayrılmaktadır. Farkındalığın bozulmuş olduğu fokal nöbetlerde hasta dış uyaranlara herhangi bir şekilde cevap verememekte ve durumu hatırlamayabilmektedir (Stafstrom, & Carmant, 2015). Fokal nöbetlerin sonraki sınıflandırmasıysa motor başlangıçlı ve motor başlangıçlı olmayan nöbetlerdir. Motor başlangıçlı nöbetler genişletilmiş sınıflandırmaya göre birkaç şekilde görülebilir. Örneğin otomatizmler istemsiz ve tekrarlayan hareketleri içerirken, klonik nöbetlerde ritmik seğirmeler ve myoklonik nöbetlerde geçici ve düzensiz seğirmeler olarak görülebilmektedir (Liyanagedera, Williams, & Bracewell, 2017). Motor başlangıçlı olmayan nöbetler de birkaç şekilde görülebilmektedir. Örneğin otonomik nöbetlerde otonom sinir sistemi aktivitelerinde artış görülebilmekte, bilişsel nöbetlerde bilişsel fonksiyonlar

bozulabilmekte ve davranışsal tutukluk nöbetlerinde davranışlarda donma gözlemlenebilmektedir (Fisher, 2017). Zaman zaman, bazı hastalarda nöbetler fokal olarak başlamışken diğer alanlara yayılabilmektedir.

Fokal başlangıçlı nöbetler özellikle çocukluk çağında oldukça fazla karşılaşılan nöbetlerdir. Perinatal dönemde yaşanan durumlar, doğum sırasında ya da doğum sonrasında beyinde meydana gelen travmatik hasarlar ve immün nedeler gibi durumlar fokal epilepsilere neden olabilmektedir (Turanlı, & Öztoprak, 2022). Fokal nöbetlerin farklı ortaya çıkış nedenleri ve görülen semptomlar, hastaya yaklaşım ve tedavide de farklılıklara neden olmaktadır.

b. Jeneralize Başlangıçlı Epilepsiler

Jeneralize başlangıçlı nöbetler, beynin her iki hemisferinde de meydana gelen elektriksel deşarj sonucu oluşan nöbetlerdir. Nöronal ağın bir noktasından başlayan ve beynin diğer alanlarına yayılan bu nöbetlerde nöronal deşarjın her iki hemisferi de etkilemesinden dolayı farkındalık bozulmakta ve bu nedenle farkındalığın korunup korunmadığına dair bir sınıflandırma yapılmamaktadır (Aktan, 2022; Cavanna, 2018). Bununla birlikte jeneralize nöbetler motor ve motor olmayan olarak iki alt sınıfa ayrılmaktadır.

Motor başlangıçlı jeneralize nöbetler kendi içerisinde yediye ayrılmaktadır. Bunlardan ilki ve en sık görüleni tonik- klonik nöbetlerdir (Aktan, 2022). Grand-mal olarak da isimlendirilen bu nöbetler iki fazdan oluşur. Tonik- klonik nöbet geçiren bir kişi, tonik fazda vücut kaskatı kesilirken, sonrasında gelen klonik fazda sürekli ve ritmik şekilde olan titremeler meydana gelmektedir (Fisher, 2017). Bir diğer motor başlangıçlı jeneralize nöbet tonik nöbetlerdir. Genel olarak uykuda meydana gelen ve bilinç bozukluğunun olduğu bu nöbetlerde vücudun etkilenen bölümünde kaslarda sertleşme meydana gelmektedir (Worden, 2022; Liyanagedera vd., 2017). Klonik nöbetlerdeyse ritmik ve tekrarlayıcı bir şekilde meydana gelen titreme hareketleri görülmektedir (Leach & O'Dwyer, 2011; Aktan, 2022). Myoklonik nöbetlerse ani kas kasılmalarının olduğu nöbetlerdir. Bu nöbetler her zaman epileptik olmayabilir ve epilepsi hastası olmayan kişilerde de görülebilir (Engel, 2013). Nöbetler bir kasın ya da birkaç kas grubunun istemsiz ve kısa süreli olarak kasılmasıyla meydana gelmektedir (Worden, 2022). Myoklonik nöbetler, myoklonik absans, tonik- klonik ve atonik olarak görülebilmektedir (Aktan, 2022). Atonik nöbetlerse tonik nöbetlerde görülen kas sertleşmesinin tersi bir

durum söz konusudur. Atonik nöbetlerde kas tonusunda (gerginliği) ani bir azalma ya kayıp meydana gelmektedir (Engel, 2013; Fisher vd., 2017). Epileptik spazmlarsa genellikle bebeklik çağında ortaya çıkan ve gövdede kaslarda meydana gelen hareket değişimleridir (Fisher vd. 2017; Liyanagedera vd., 2017).

Motor olmayan jeneralize nöbetler absans nöbetler olarak isimlendirilmiştir. Absans nöbetler hastanın daldığı izlenimi veren kısa süren nöbetlerdir. Bu nöbetler ani meydana gelmekte ve bilinç kaybı görülmektedir (Worden, 2022; Aktan, 2022). Absans nöbetler kendi içerisinde tipik ve atipik absans nöbetler olarak sınıflandırılmıştır (Aktan, 2022). Tipik absans nöbetler, ani bir şekilde hareket kaybının gözlemlendiği, bilinç kaybının olduğu ve gün içerisinde tekrarlayan nöbetlerdir. Bu nöbetlerde hasta sabit bir bakışa sahip olabilmekte ve çocuklarda dikkat eksikliğiyle karıştırılabilmektedir (Pembegül Yıldız, Bektaş, & Çalışkan, 2018). Ciddi nörolojik bozuklukla ilişki olan atipik absans nöbetlerde tipik absans nöbetlere göre daha uzun bir bilinç bozukluğu söz konusudur (Snead III, 1995; Velazquez, Huo, Dominguez, Leshchenko, & Snead III, 2007). Bu nöbetlerde süreç daha karmaşık bir şekilde gerçekleşmekte ve herhangi bir davranışsal duraksama gözlemlenmeyebilmektedir (Cortez, McKerlie, & Snead III, 2001). Bir diğer motor olmayan jeneralize nöbet olan myoklonik absans nöbette bilinç tamamen bozulmayabileceği gibi tam bilinç kaybı da olabilmekte bilinç bozukluğunda değişkenlik gözlemlenmektedir (Bureau & Tassinari, 2005; Güleç & Demirbilek, 2020). Bu nöbetlerde günde birkaç kez omuz, kollar ve bacaklarda ritmik sızramalar meydana gelmektedir (Bureau & Tassinari, 2005). Göz kapağı myoklonisi, gözün kapatılmasıyla birlikte göz kapaklarında meydana gelen hızlı ve ritmik sızramalar, titremeler ve bazen de gözlerin yukarı doğru kayması şeklinde görülmektedir (Fisher, 2017; Koçak, Ceren Akgör, Akyol Gürses, & Yıldırım, 2021). Bilinç bozukluğu her zaman olmamakla birlikte hafif bir seyirde meydana gelebilmektedir (Kurtkaya Koçak vd., 2021). Jeavons Sendromu olarak da isimlendirilen bu nöbetler sıklıkla tiklerle karıştırılmakta ve yanlış ve gecikmiş tanı konulmasına neden olmaktadır (Mayo, Gómez-Manjón, Fernández-Martínez, Camacho, Martínez, & Benito-León, 2021; Worden, 2022).

Jeneralize nöbetler birçok çocukta görülmektedir. Nöbetlerin başlangıç yaşlarına bakıldığında genellikle 2-15 yaş arasında başladığı görülmektedir (Asadi-Pooya, Emami & Sperling, 2012; Pembegül vd., 2018). Yaşamın erken yıllarında başlayan bu nöbetlerin tanı ve tedavisi için doğru bir sınıflandırılma gerekmektedir. Jeneralize nöbetlerin doğru

bir şekilde sınıflandırılması fokal nöbetlerde olduğu gibi önemlidir. Sınıflandırma hastalığın tedavisini ve dolayısıyla seyrini etkileyebilmektedir.

c. Başlangıcı Bilinmeyen Nöbetler

Başlangıcının fokal ya da jeneralize olduğu bilinmeyen nöbetler ILAE tarafında başlangıcı bilinmeyen nöbetler olarak sınıflandırmıştır. Diğer nöbet sınıflarında olduğu gibi bu nöbetlerde de motor ve motor olmayan nöbetler vardır. Tonik- klonik ve epileptik spazmlar motor nöbetler içerisinde sınıflandırılırken davranışsal tutulum, motor olmayan nöbetler içerisinde sınıflandırılmaktadır. Herhangi bir nöbet tipine uymayan nöbetlerse sınıflandırılmayan nöbetler içerisinde gruplandırılmıştır. Başlangıcı bilinmeyen nöbet sınıfının oluşturulma nedeni ILAE sınıflandırma grubunun tanı koyarken yüksek bir kesinlik oranı istemesidir ve bu orana uymaması halinde, nöbetler başlangıcı bilinmeyen nöbetler olarak sınıflandırılmaktadır (Fisher vd., 2017).

2.1.1.1.D. Çocukluk Çağında Epilepsi ve Epilepsi Sendromları

Çocukluk çağı nörolojik bozukluklarına bakıldığında, epilepsinin bu yaş grubunda en sık karşılaşılan hastalık olduğu görülmektedir (Jan, 2005). Genetik, yapısal, metabolik, immun ve enfeksiyona bağlı olarak ortaya çıkabilen bu hastalık kişinin yaşamını erken yaşta etkilemeye başlamaktadır. Epilepsinin karakteristik özelliği olan nöbetlerin farklılaşması hastalıkta bireysel farklılıkları da ortaya çıkarmaktadır. Çocuklarda nöbet tiplerinin farklılaşması gibi nöbetlerin oluşum yaşı da farklılaşabilmektedir. Bazı nöbet tipleri yeni doğan ve bebeklerde görülmezken, bazı nöbetlerin genel bir oluşum yaşı bulunmaktadır (Jan, 2005). Uluslararası Epilepsiyle Savaş Derneği (ILAE) bu farklılaşmayı göz önüne alarak hastalarda görülen nöbet tipleri, bu nöbetlerin oluşum yaşı, klinik özellikler ve nörogörüntüleme bulgularının ortaklaştığı durumları sendromlar olarak tanımlamıştır (Schaffer, vd., 2017; Muthugovindan, & Hartman, 2010). ILAE'nin ilk olarak 1989 yılında sınıflandırdığı bu sendromlar son olarak 2010 yılında revize edilmiştir (Günbey, & Turanlı, 2022). ILAE sendromları oluşum yaşına göre sınıflamıştır. Buna göre sendromlar, yenidoğan dönemi, süt çocukluk dönemi, çocukluk dönemi ve ergenlik- yetişkinlik dönemi olmak üzere dört başlıkta sınıflandırılmaktadır.

Çocuk yaş grubunda oldukça yaygın olarak görülen epilepsi yenidoğan sendromları açısından bakıldığında, bu yaş grubunda epileptik sendromların sıkça ortaya çıktığı görülmektedir (Günbey, & Turanlı, 2022). Selim idiyopatik yenidoğan nöbeti, selim ailevi yenidoğan nöbeti, Ohtahara sendromu ve erken myoklonik ensefalopati

yenidoğan döneminde görülen sendromlardır. Bu sendromlardan selim idiyopatik ve selim ailevi yenidoğan nöbetleri iyi bir seyir izlemekte ve herhangi bir nörobilişsel gerilik gözlemlenmemektedir. Bununla birlikte Ohtahara sendromu ve erken myoklonik ensefalopatide süreç kötü bir şekilde devam etmekte ve psikomotor gerilik görülmektedir (Özmen, Tatlı, & Ekici, 2011).

Süt çocuğu yaş grubu epileptik sendromları; genetik epilepsi febril nöbet artı, West sendromu, Dravet sendromu, süt çocukluğunun myoklonik epilepsisi, Doose sendromu ve ilerleyici olmayan hastalıklardaki myoklonik ensefalopati olarak sınıflandırılmıştır (Günbey, & Turanlı, G. 2022; Muthugovindan, & Hartman, 2010; Pearl, 2018). Bu sendromlar içerisinde de her birinin oluşum yaşı, nedenleri seyri ve çocuk üzerindeki etkisi farklı olabilmektedir. Örneğin West sendromu genelde 4-7. aylar arasında meydana gelmekte (Muthugovindan, & Hartman, 2010) ve hastaların önemli bir kısmında bilişsel etkilenme görülmektedir (Günbey, & Turanlı, 2022). Dravet sendromu da West sendromu gibi ağır bir seyir izlemektedir (Özmen, vd., 2011). Doose sendromundaysa düşmeler görülebilmekte ve uzun süren nöbetler çocuğu bilişsel olarak etkileyebilmektedir, bu noktada hastalığın seyri değişkenlik gösterebilmektedir (Ahakoud, El Mouhı, Belghıtı, Bouguenouch, & Chaoukı, 2023). Bununla birlikte, süt çocukluğu myoklonik epilepsisi 6 ay- 3 yaş arası çocuklarda ortaya çıkabilmekte ve küçük bir kısmı hariç hastalarda bilişsel işlevlerde herhangi bir bozukluk gözlemlenmemektedir (Özmen, vd., 2011). Bu sendromlardan genetik epilepsi febril nöbet artı (GEFS+) olarak isimlendirilen epileptik sendromsa çocuk yaş gurunda çok sık görülmektedir (Günbey, & Turanlı, 2022). GEFS+ 6 ay- 5 yaş arası çocuklarda ortaya çıkabilmekte ve iyi bir seyir izlemektedir ve biliş ve davranış üzerine etkisi görülmemektedir (Camfield & Camfield, 2015).

Çocukluk çağına gelindiğinde benign rolandik epilepsi (BRE), çocukluk çağı erken başlangıçlı oksipital epilepsi, geç başlangıçlı çocukluk çağı oksipital epilepsi, Landau- Kleffner Sendromu, çocukluk çağı absans epilepsisi ve Lennox- Gastaut sendromu görülen epilepsi sendromları arasındadır. Bu sendromlar arasında sentrotemporal dikenli benign çocukluk çağı epilepsisi olarak da adlandırılan benign rolandik epilepsi çocukluk çağında oldukça sık görülen bir sendromdur (Günbey, & Turanlı, 2022). Hastalık seyrinin iyi olduğu bu sendromda nöropsikolojik olarak bazı alanlarda gecikme olsa da bu sendroma sahip hastaların bilişsel becerilerinde herhangi bir sorun gözlemlenmemektedir (Pearl, 2018). Çocukluk çağı oksipital epilepsilerse erken ve geç başlangıçlı olarak görülmektedir. İki türde de psikomotor gelişim normal olmakla

birlikte geç başlangıçlı çocukluk çağı oksipital epilepside (Gastaut tipi) görsel halüsinasyonlar görülebilmektedir (Nordli Jr, Ferrie, & Panayiotopoulos, 2016). Landau-Klafter ve Lennox – Gastaut sendromları bilişsel işlevlerde bozulmalar ve psikolojik sorunlar eşlik etmektedir (Pearl, 2018; Muthugovindan, & Hartman, 2010). Çocukluk çağı absans epilepsisi hastalık seyrinin iyi olduğu ve erişkinlik dönemi öncesi iyileşmenin gerçekleşmesi beklenen sendromlardan biri olarak görülmektedir (Günbey, & Turanlı, 2022; Katyayan & Diaz-Medina, 2021). Psikolojik açıdan bakıldığında bu sendroma dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, anksiyete, bilişsel bozukluklar ve okulda başarısızlık gibi durumlar gözlenebilmektedir (Pearl, & Holmes, 2016; Katyayan & Diaz-Medina, 2021).

Ergenlik döneminde diğer dönemlerde olduğu gibi sendromların seyri ve etkileşimleri farklılaşmakta ve bazıları demans gibi dejeneratif sorunlara neden olabilmektedir (Pearl, 2018). Juvenil myoklonik epilepsi, juvenil absans epilepsi, progresif myoklonik epilepsi, hipokampal sklerozlu mezial temporal lob epilepsisi, işitsel özellikleri olan otozomal dominant kısmi/fokal epilepsi ve tek başına genelleştirilmiş tonik-klonik nöbetlerle epilepsi bu dönemde görülen epileptik sendromlardır. Bu dönemde juvenil myoklonik epilepsi en sık karşılaşılan epilepsi sendromlarından biriyken juvenil absans epilepsi ve progresif myoklonik epilepsi nadir olarak karşılaşılan sendromlarından biri olarak görülmektedir (Erdem Tilki & Coşkun, 2009). Progresif myoklonik epilepsi bilişsel bozulmanın olabildiği ve demansla sonuçlanan bir sendrom olarak görülmektedir (Wheless, & Kim, 2002). Hipokampal sklerozlu mezial temporal lob epilepsisi de oldukça sık olan epilepsi sendromlarından biri olarak görülmekte ve hipokampusün etkilendiği bu sendromda hafızayla ilgili sorunlar gözlemlenebilmektedir (Abou-Khalil, Gallagher & Macdonald, 2021). Bu sendromların ergenlik dönemini kapsayan yaşlarda ortaya çıkışı daha fazla olsa da bazı sendromlar küçük yaşlarda da başlayabilmekte ve aynı şekilde yetişkin yaşlarda da görülebilmektedir.

Epilepside yaşa bağlı olarak görülen daha fazla sayıda sendrom vardır. Çocukluk çağında sıkça görülen bu hastalıkta yapılan sınıflandırma tanı ve tedavi açısından avantaj sağlamaktadır. Yenidoğan, süt çocuğu, çocukluk ve ergenlik yaş grubunda ortaya çıkan epileptik sendromlar her yaş grubunu farklı şekilde etkilemekte, ortaya çıkış nedenlerine ve oluşum yaşına göre farklılaşan semptomlar aynı zamanda psikolojik olarak da hasta üzerinde farklı etkiler bırakabilmektedir.

2.1.1.1.E. Pediatrik Epilepsi Hastalarında Görülen Psikoloji Bozukluklar

Çocukluk çağında en sık görülen nörolojik bozukluklardan biri olan epilepsi beraberinde psikolojik bozuklukları da getirebilmektedir. Literatüre bakıldığında epilepsili çocuk hastalarda en sık karşılaşılan psikolojik bozukluklar arasında majör depresyon, anksiyete bozuklukları ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olduğu görülmektedir (Ekinci, & Toros, 2013). Genel anlamda pediatrik epilepsi hastalarında psikolojik bozukluk görülme sıklığı sağlıklı yaşlılarına göre 3-6 kat daha fazla olduğu saptanmıştır (Ott vd., 2003). Yüksek bir prevalans oranına sahip olan bu bozuklukların epilepsiyle ilişkisi farklı açılardan ele alınabilmektedir.

Epilepsiye eşlik eden bu bozukluklar farklı nedenlerden dolayı ortaya çıkabilmektedir. Bunlar arasında epilepsinin başlangıç yaşı, nöbetlerin seyri, süresi, ve şiddeti, ailenin çocuğa yaklaşımı, nöbet tipi ve algılanan damgalanma gibi faktörler sayılabilmektedir (Carlton-Ford, Miller, Brown, Nealeigh, & Jennings, 1995; Rodenburg, Wagner, Austin, Kerr, & Dunn, 2011; Austin, & Caplan, 2007). Birçok araştırmada nöbetlerin erken yaşlarda başlamasının davranış problemleri üzerine etkisinden bahsedilmektedir (Dunn, Austin, & Huster, 1997; Hoare, 1984; Hermann, Whitman, & Dell, 1989; Austin, 1988; Dodrill, 1992). Literatüre bakıldığında, ergenlik döneminde başlayan ve özellikle temporal lob epilepsisi olarak adlandırılan fokal epilepsilerde kişinin psikolojik bir bozukluk geliştirme ihtimalinin yüksek olduğu görülmektedir (Hermann, Schwartz, Karnes, & Vahdat, 1980). Ergenlik döneminde, çevrenin kişi üzerindeki etkisi oldukça fazladır. Bu dönemde sosyal olarak kabul görmek isteyen çocuklar özellikle akranları tarafından nasıl algılandıklarını önemserler. Bu bağlamda, ergenlik döneminin bu özellikleri yapılan araştırmanın sonuçlarıyla örtüşmekte ve ergenlik yaşlarında başlayan epilepsilerde psikolojik bozuklukların görülme ihtimali yüksek olarak değerlendirilmektedir. Bunun yanında nöbetlerin ne kadar aralıklarla yaşandığı, ne kadar sürdüğü ve şiddeti de psikolojik bozukluk oluşumu açısından önemlidir. Yapılan birçok çalışmada daha fazla sıklıkta ve şiddette meydana gelen çocuklarda davranış bozukluklarının görüldüğü bildirilmiştir (Dunn vd., 1997; Ferro, 2014). Epilepsili çocuklar farklı şekilde nöbetler deneyimlemektedirler. Bu nöbetlerin çocuğun psikolojisiyle ilişkisine bakıldığında atipik absans nöbeti olan çocuklarda psikososyal problemler daha fazla görülmektedir (Høie, Sommerfelt, Waaler, Alsaker, Skeidsvoll, & Mykletun, 2006). Yapılan diğer araştırmalarda geçmiş sınıflamada kompleks parsiyel olarak adlandırılan bilinç bozukluğunun eşlik ettiği fokal nöbetleri

olan çocuklarda psikopatoloji gelişme ihtimalinin yüksek olduğu saptanmıştır (Hoare, 1984). Spesifik nöbet tipleri açısından bakıldığında, tonik-klonik nöbetleri olan çocuklarda DEHB, davranış problemleri, madde kullanım bozukluğu gibi sorunlar görülürken fokal nöbetlerde depresyon, anksiyete bozuklukları ve somatik bozukluklar gibi durumlar görülebilmektedir (Shatla, El said Sayyah, Azzam, & Elsayed, 2011).

Erken yaşlarda ebeveyn çocuk ilişkisi hayati bir önem taşımaktadır. Çocuğun hayatını birçok yönden etkileyebilen bu ilişkinin niteliği iyileştikçe çocuğun psikolojik sağlamlılığı da o derecede iyi olacaktır. Epilepsisi olan çocuklar ve ebeveynleri arasındaki ilişkiye bakıldığında yapılan çalışmalarda aşırı koruyucu bir tutuma sahip olan ebeveynlerin bu davranışı çocukları üzerinde olumsuz bir etkiye neden olmakta bu da çocukta psikopatoloji gelişimine katkı sağlamaktadır (Rodenburg, Meijer, Deković, & Aldenkamp, 2005; Maj, Del Vecchio, Tata, Guizzaro, Bravaccio, & Kemali, 1987; Kitamoto, Kurokawa, Tomita, Maeda, Sakamoto, & Ueda, 1988; Hodes, Garralda, Rose, & Schwartz, 1999). Bunun yanında epilepsi, sadece çocuk için değil anne baba içinde stres doğuran bir hastalık olabilmektedir. Hastalığın anne babaya getirdiği sorumluluklar, hastalığın maddi ve manevi yükü ve ailedeki diğer kardeşlerin varlığı ebeveyni psikolojik açıdan etkilemektedir. Yapılan araştırmalarda epilepsili çocukların annelerinde depresyon oranlarının daha yüksek olduğu görülmüştür (Rodenburg vd., 2005; Kaşak, Kurt, Hesapçıoğlu, & Ceylan, 2023). Ebeveyn depresyonuysa çocuğun psikolojisini etkileyebilmekte ve bu da çocukta psikopatoloji oluşmasına neden olabilmektedir (Rodenburg vd., 2005).

Epilepsi sosyal açıdan ele alınacak olunursa, bu hastalığa sahip çocuk ve ergenlerin kendilerinin başkaları tarafından etiketlendiklerine karşı algıları psikolojik olarak onları etkileyebilmekte ve sonucunda psikopatoloji gelişebilmektedir. Algılanan bu damgalanma hissi çocuğun kendini sosyal ortamlardan izole etmesine ve özgüven düşüklüğüne neden olmaktadır (Ekinci, & Toros, 2013). Nöbet tipi ve nöbetlerin sıklığı gibi nöbete ilişkin bazı faktörler çocuk ve ergenlerin damgalandığını hissetmesine neden olabilmektedir (Çoban, 2023; Demirel, & Okçın, 2020). Bunun yanında, toplum tarafından yapılan damgalama da epilepsisi olan çocuklarda psikopatoloji gelişimi açısından önemlidir. Nitekim, çocuk ve ergen yaş grubu akran zorbalığı içerisinde farklı etiketlemelere maruz kalabilmekte ve hastalıkları neden olarak gösterilerek farklı davranış ve tutumlara maruz kalabilmektedirler.

Anksiyete bozuklukları açısından ele alındığında, özellikle nöbetlerin nerede ve ne zaman geleceğini bilmemeyle karakterize olarak beklenti anksiyetesi gelişebilir. Nöbet korkusu olarak da değerlendirilen bu durum kişinin gün içerisinde nöbet geçireceğine dair korku ve kaygı duyması ve beraberinde anksiyete bozukluklarında sıkça görülen kaçınma davranışlarının oluşmasına neden olabilmektedir (Kanner, Carrazana, Munger Clary, Rabinowicz, & Faught, 2024). Bunun yanında, yapılan araştırmalarda epilepsili çocuk hastalarda en sık görülen anksiyete bozuklukları arasında yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) ve sosyal anksiyete bozukluğu vardır (Ekinci, Titus, Rodopman, Berkem, & Trevathan, 2009; Baker, Spector, McGrath, & Soteriou, 2005). Özellikle damgalanma ve algılanan damgalanma gibi faktörlerin sosyal anksiyete bozukluğuna katkısı olduğu bilinmektedir. Damgalamaya maruz kalan çocuk sosyal ortamlardan uzaklaşmak istemekte, toplum/arkadaş çevresi tarafından herhangi bir damgalama olmasa da hastalığa bakış açısı ve/veya geçmiş sosyal deneyimleri damgalandığını hissetmesine yol açarak sosyal ortamlardan kaçma ve bu ortamlara girdiğinde anksiyete belirtileri gösterme gibi durumlara neden olabilmektedir. Aynı zamanda toplum içerisinde nöbet geçirme korkusu agorafobiye neden olabilir (Ekinci, 2009; Beyenburg, Mitchell, Schmidt, Elger, & Reuber, 2005).

Epilepsi hastalığının erken başlangıcı, nöbetlerin sıklığı ve şiddetli meydana geliş zaman zaman bazı hastalarda bilişsel bozulmalara yol açabilmektedir. Bu bilişsel bozulmalar beraberinde otizm spektrum bozukluğu ve mental retardasyon (MR) gibi zihinsel bozuklukları beraberinde getirebilmektedir (Ekinci, & Toros, 2013; Trevathan, 2004). Epilepsi de otizm spektrum bozukluğu %9.0 olarak görülmektedir (Lukmanji vd., 2019). MR ve epilepsi ilişkisi de oldukça fazladır. Mental retardasyon sahip kişilerde epilepsi oranlarına bakıldığında bu kişilerde epilepsi prevalansı %13-24 olarak görülmektedir (Deb, 2007; Deb, 1997; McGrother, Hauck, Bhaumik, Thorp, & Taub, 1996).

Epilepsi de en sık görülen psikolojik bozukluklardan biri de dikkat eksiliği hiperaktivite bozukluğudur (DEHB). Nörogelişimsel bir bozukluk olan DEHB dikkatsizliğin baskın olduğu, hiperaktivite ve dürtüsellik baskın olduğu ve hepsini kapsayan kombine tipin olduğu üç alt tipe ayrılmaktadır. Epilepsisi olmayan çocuk ve ergenlerle karşılaştırıldığında, epilepsisi olan pediatrik hastalarda DEHB daha yaygın olarak ortaya çıkmaktadır (Şahin, Kamaşak, Arslan, Durgut, Dilber, Kandil, & Cansu, 2019). Bu bağlamda epilepsisi olan hasta çocuk ve ergenlerde DEHB görülme

prevalansına bakıldığında bu oranın %12- %39 arasında olduğu görülmüştür (Ekinci, & Toros, 2013; Dunn, Austin, Harezlak, & Ambrosius, 2003; Torres, Whitney, & Gonzalez-Heydrich, 2008). DEHB ve epilepsi ilişkisine bakıldığında, beyinde ortak olarak görülen patofizyolojik yapı ve durumlar, nöbetlerin tipi ve etkilediği alanlar, nörokimyasal durumlar, ilaçların yan etkileri gibi durumlar nedeniyle iki yönlü bir ilişki söz konusudur (Ekinci, & Toros, 2013; Şahin vd., 2019). DEHB'nin nörogelişimsel bir bozukluk olduğu göz önüne alındığında epilepsiyle birlikteliği belirtildiği gibi beyin yapılarını ve nöronlardaki kimyasal ve elektriksel aktiviteyi akla getirmektedir. Yapılan MR (manyetik rezonans) görüntülemelerinde DEHB'i olan epilepsili hastalarda frontal lobda gri madde artışı ve beyin sapında volümetrik azalma olduğu görülmüştür (Parisi, Moavero, Verrotti, & Curatolo, 2010 ve Hermann vd., 2007). Nöbet tipi açısından bakıldığında, fokal nöbetlerde dikkatsizlik alt tipi daha çok görüldüğü, jeneralize nöbetlerdeyse dikkat eksiliği ve hiperaktivitenin birlikte eşlik ettiği kombine tipin görüldüğü saptanmıştır (Ekinci, & Toros, 2013 ve Sherman, Slick, Connolly, & Eyrl, 2007). Epilepsi sendromlarında olan rolandik epilepside de DEHB sıklığının oldukça fazla olduğu bilinmektedir (Şahin vd., 2019).

Epilepsi hastalık yükünün ağır olduğu, stres oluşturabilen, farklı faktörlerin de birlikteliğiyle psikopatolojinin sık görüldüğü bir hastalıktır. Literatüre bakıldığında epilepsiye depresyon, sosyal fobi, OKB, YAB ve agorafobi gibi anksiyete bozuklukları, otizm spektrum bozukluğu, mental retardasyon (MR) ve DEHB eşlik etmektedir. Kaynaklarda psikotik bozuklukların eşlik edebildiğine dair bilgiler vardır, bununla birlikte psikotik bozukluklarla epilepsi varlığı sık değildir (Ekinci, & Toros, 2013). Epilepsinin getirdiği maddi ve manevi yük ruhsal bozukluklara neden olabilmektedir. Nöbetlerin nerede, ne zaman ve ne şekilde geleceğini bilmeme, ailenin hissettiği ve çocuğa yansıttığı stres, çevrenin etkisi ve çocuğun çevreyi algılayış biçimi ruhsal bozuklara katkı sağlamaktadır.

2.2. Sosyal (Toplumsal) Anksiyete Bozukluğunun Tanımı

Toplum önünde konuşmak, kalabalık bir ortama sonradan dahil olmak ve yeni tanışılan kişilerle rahatça konuşmak zaman zaman her insanı zorlayabilmektedir. Bu zorlanmalar toplum tarafından bazen mizaçla bazen de çekingenlik ve utangaçlıkla açıklanırken zaman zaman altta yatan psikopatolojik bir durum söz konusu olabilmektedir. Bu bağlamda Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) bu durumu sosyal (toplumsal) anksiyete bozukluğu olarak değerlendirmiştir.

İlk olarak 1966 yılında Isaac Marks ve Michael Gelder tarafından tanımlanan sosyal anksiyete bozukluğu, DSM-II’de fobik nörozlar başlığı altındayken DSM-III’te ayrı bir bozukluk olarak ele alınmıştır (Dilbaz, 2000). DSM-IV’te sosyal fobi olarak isimlendirilen bu bozukluk DSM-5’le birlikte diğer fobilerden daha kalıcı ve günlük aktivite ve işlevler üzerinde daha fazla etkisi olduğu için sosyal (toplumsal) anksiyete bozukluğu olarak isimlendirilmeye başlanmıştır (Kring vd., 2012; Liebowitz, Heimberg, Fresco, Travers, & Stein, 2000). Bununla birlikte akademik kaynaklarda sosyal fobi, sosyal anksiyete bozukluğu ve toplumsal kaygı bozukluğu kavramları birbirinin yerine kullanabilmektedir.

Sosyal (toplumsal) anksiyete bozukluğu, kişinin sosyal ortamlarda kendini kaygılı ve korkulu hissetmesiyle karakterize olan psikolojik bir bozukluktur. Kişi hissettiği bu kaygı ve korkuyu rahatlatmak için toplumsal ortam ve aktivitelerden kaçınabilmektedir. Bu bozukluğun semptomlarına bakıldığında; sosyal bir ortamda bulunduğu, toplum önünde yapılan eylemlerde ya da yeni bir kişiyle tanışması durumunda kişide terleme, ellerde titreme, nefes almada zorluk gibi durumlar ortaya çıkabilmektedir. Toplumsal kaygı bozukluğuna sahip bir öğrenci sunum yaparken sesi titreyebilmekte kendini bayılacakmış gibi hissedebilmektedir. Aynı zamanda kişi göz kontağı kurmaktan da kaçınabilmektedir (Stein, & Stein, 2008).

Sosyal anksiyete bozukluğunun DSM-5 kriterlerine bakıldığında, kişinin değerlendirebileceği bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir kaygı ve korku hissetmesi, olumsuz değerlendirmeye neden olacak davranışlardan ve kaygı belirtilerini göstermekten korkması, bu hislere neden olan durumlardan kaçınılması ya da yoğun bir kaygı ve korku duygusuyla katlanılması ve bu belirtilerin 6 ay ya da daha uzun süre kişide olması şeklinde özetlenebilir (Köroğlu, 2013). Çocuklardsa bu durumun yaşatlarının olduğu ortamlarda meydana gelmesi gerekmektedir. ICD-10’a göre sosyal anksiyete bozukluğu; kişinin dikkat odağı olmaktan, utanılacak ya da aşağılanacak şekilde davranmaktan korkması ve kaçınması olarak tanımlanmaktadır (International Classification of Disease 10, 2019; Görkem, t.y.). DSM’in güncel hali olan DSM-5-TR’deyse sosyal anksiyete bozukluğu *“bireyin başkaları tarafından incelenmesi sözkonusu olduğu sosyal durumlarda kendini utandıracak bir şey yapma veya aşağılanma korkusuyla karakterize bir bozukluk”* olarak tanımlanmıştır (Köroğlu, 2022; Gök, & İnözü, 2022).

Sosyal anksiyete bozukluğu kişinin sosyal ortamlardan geri durmaya çalıştığı, olası bir sosyal etkileşimi negatif otomatik düşünceler ışığında yorumladığı, artan bir negatif benlik algısının da eşlik ederek kaygının doğurduğu fiziksel belirtilerin yoğun bir şekilde yaşandığı psikopatolojik bir durumdur. Bu bozukluğa sahip bireylerin düşünce süreçleri, iletişimdeki varsayım ve inançları farklılaşmaktadır. Olası bir sosyal durumda iletişimde bulunan kişi ya da kişiler tarafından olumsuz değerlendirilerek yargılanacağını düşünebilmektedirler (Gök, & İnöz, 2022; Heimberg, Brozovich, & Rapee, 2014). Bununla birlikte, sosyal anksiyete bozukluğunda görülen davranışların diğer bozukluk ya da kişilik yapılarıyla karıştırılmaması gerekmektedir. Bu bağlamda çekingen kişilik bozukluğu ve utangaçlıkla ayırıcı tanısının yapılması önemlidir.

2.2.1. Sosyal (Toplumsal) Anksiyete Bozukluğunun Epidemiyolojisi, İnsidans ve Prevalansı

Tıbbi hastalıklarda olduğu gibi ruhsal bozukluklarda da epidemiyolojik verilerin belirlenmesi önemli bir yer tutmaktadır. Epidemiyolojik veriler ışığında hastalığın yaygınlığı hakkında fikir edinilmekte ve bu bağlamda tedaviler geliştirilmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğunun prevalans oranlarının belirlenmesi de hastalığın farklı kültürlerde gidişatını anlama, terapi ve tedavi yöntemleri seçme ve geliştirmek açısından önemlidir.

Sosyal anksiyete bozukluğu en sık görülen psikolojik bozukluklardan biridir (Karagöz, 2020; Kessler, Berglund, Demler, Jin, Merikangas, & Walters, 2005; Memik, Yıldız, Tural, & Ağaoğlu, 2011). Yapılan epidemiyolojik çalışmalarda yaşam boyu görülme prevalansı DSM-IV tanı kriterlerine göre %12.1 olarak bulunmuştur (Stein, 2006). Ülkeler bazında bakıldığında, Amerika Birleşik Devletleri %13 prevalans oranına sahiptir ve Amerika Birleşik Devletleri sosyal anksiyete bozukluğunun en yaygın görüldüğü ülkedir (Kessler, Petukhova, Sampson, Zaslavsky, & Wittchen, 2012). Bozukluğun yaygın olarak görüldüğü diğer ülkeler arasındaysa pasifik ülkeleri sayılmaktadır (Stein vd., 2017). Asya ülkelerindeyse oranlar daha düşüktür. Nitekim, Güney Kore %0.2 yaşam boyu prevalans oranına sahiptir ve bu bozukluğun en az görüldüğü ülke konumundadır (Gök, & İnöz, 2022; Cho, 2007). Sosyal anksiyete bozukluğunun görülme sıklığını etkileyen faktörler arasında başlangıç yaşı, eğitim ve gelir düzeyi medeni durum ve cinsiyet sayılabilmektedir. Bu bağlamda, prevalans oranlarına gelir düzeyi açısından bakıldığında, sosyal anksiyete bozukluğunun yüksek gelir düzeyine sahip ülkelerde daha yaygın görüldüğü gözlemlenmektedir (Stein vd.,

2017). Cinsiyet açısından bakıldığında, birçok çalışmada kadın nüfusta daha fazla görüldüğüne dair bulgular vardır (Gök, & İnöz, 2022; Kessler vd., 2012). Aynı zamanda, kadınların daha şiddetli semptomlar gösterdiği, bazı fobiler, yaygın anksiyete bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğuyla (TSSB) daha fazla eş tanı alma olasılığı olduğu görülmektedir (Asher, & Aderka, 2018). Türkiye açısından bakılacak olunursa, Türkiye Ruh Sağlığı Profili Araştırması göre sosyal anksiyete bozukluğu yaygınlığının diğer ülkelerde olduğu gibi kadın cinsiyette daha fazla olduğu görülmüştür (Taymur, 2021). Çocuk ve ergenler açısından bakıldığında, sosyal anksiyete bozukluğunun bu yaş grubunda görülme yaygınlığıyla ilgili kesin veriler yoktur (Kearney, 2006; Emiroğlu, & Baykara, 2008). Bununla birlikte, toplumsal çalışmalarda bozukluğun çocuk ve ergen yaş grubu prevalans oranı %0.5- %4 arasındayken klinik bağlamda %3- %6.8 arasındadır (Khalid-Khan, Santibanez, McMicken, & Rynn, 2007; Wittchen, Nelson, & Lachner, 1998; Essau, Conradt, & Petermann, 1999).

Sosyal anksiyete bozukluğunun başlangıç yaşına bakıldığında genellikle ergenlik döneminde başladığı görülmektedir. Ortalama olarak 13- 14 yaşlarında başlayan bu bozukluğun yetişkinlik döneminde başladığı çok fazla görülmemektedir (Karagöz, 2020; Keller, 2003). Bazı vakalarda sekiz yaş gibi erken bir dönemde başlama durumu olabilirken vakaların büyük çoğunluğunda bozukluğun 10-20 yaş arasında başladığına dair bulgular vardır (Ergün, 2005; Rao, Beidel, Turner, Ammerman, Crosby, & Sallee, 2007).

Sosyal anksiyete bozukluğu oldukça sık görülen bir psikolojik bozuklukken kültürel anlayışlar ya da kişinin mizaç özelliğine yorulan davranışlar nedeniyle tanısı ve dolayısıyla tedavisi geciken bir bozukluktur. Özellikle prevalans oranlarının ülkeden ülkeye değişmesi ülkelerin kültürel özellikleri, kaygı yapıları ve tanı koymadaki metodolojik farklılıklar nedeniyle farklılaşmaktadır (Gök, & İnöz, 2022; Stein, 2006). Epidemiyolojik çalışmalar mevcut yaygınlığın belirlenerek tanı, bireysel ve toplumsal tedavi yöntemleri belirleme açısından klinisyenlere ışık tutacağı için önemlidir. Sosyal anksiyete bozukluğu için önemli olan bir diğer etkense başlangıç yaşının belirlenmesidir. Başlangıç yaşının saptanması erken müdahale için önemlidir çünkü sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerin yardım arama girişimleri gecikebilmektedir. Bu bağlamda dünyada ve Türkiye’de epidemiyolojik çalışmalar önemli bir yer tutmaktadır.

2.2.1.1. Sosyal (Toplumsal) Anksiyete Bozukluğunun Etiyolojisi

Sosyal bir varlık olan insan hayatını devam ettirebilmek için diğer insanlarla iletişime ihtiyaç duyar. Sosyal anksiyete bozukluğuysa olumsuz değerlendirilme, yanlış davranma ya da rezil olma gibi korkular ışığında bu iletişimi kısıtlar. Bu korku ve kaygıların temelindeyse farklı yapılar rol oynamaktadır. Bunlardan biri psikolojik etmenlerdir. Sosyal anksiyete bozukluğuna neden olan psikolojik etmenler farklı kuramlar çerçevesinde incelenebilmektedir. Psikoanalitik kuram sosyal anksiyete bozukluğunu, kişinin onaylanma isteğine ters düşen onaylanmama riski düşüncesine bağlı olarak sosyal ortamlardan kaçınmasına neden olan utanç yaşantıları; diğer insanlara karşı hissettiği yetersizlik duygusunun neden olduğu suçluluk duygusu ve hayatına yeni insanların girmesiyle yakınında bulunan kişilerin artık kişiyi sevmeyeceği düşüncesinin neden olduğu ayrılık anksiyetesi olmak üzere üç temel etkene odaklanarak açıklamaktadır (Türkçapar, 1999; Karagöz, 2020). Davranışçı kuramsa klasik ve operant koşullanmanın sosyal anksiyete bozukluğunun oluşmasındaki etkileri üzerinde durmaktadır. Bu bağlamda iki faktör koşullanma modeli olarak ele alınan bu modelde kişinin yaşamış olduğu olumsuz bir sosyal deneyim benzer durumlara karşı klasik olarak koşullanmasına neden olabilmekte ve kaçınmayla birlikte gelen rahatlamayla davranış pekiştirilebilmektedir (Kring, & Johnson, 2021).

Sosyal anksiyete bozukluğuna sahip kişilerin düşünce yapıları farklılaşmaktadır. Sosyal anksiyete bozukluğuna bilişsel açıdan bakıldığında, bu bozukluğa sahip kişiler yaptıkları eylemlerin olumsuz olarak değerlendirildiklerini, zaman zaman yargılandıklarını düşünebilmektedirler. Bu bozukluğa sahip bireylerin işlevsel olmayan birtakım inançları olabilmektedir. Yapılacak olan bir sosyal etkileşimde iletişim kurdukları kişilere atfettikleri düşünceler gerçekçi olmayan sosyal standartlara sahip olmalarına neden olmaktadır (Hofmann, 2007). Yüksek olarak algılanan bu standartlar “hata yapmamalıyım, hata yaparsam reddedilirim, başarılı olmalıyım, yeteneksizim” gibi işlevsel olmayan inançları da beraberinde getirebilmektedir (Altınışik, & Hacıömeroğlu, 2022; Clark, & Wells, 1995). Bu inançlar bireylerin sürekli olarak düşünmesine ve odağını kendisine çevirerek benlik algısında yanılsamalar olmasına neden olmaktadır. Tekrarlayan düşünceler ve algıdaki bozulmalar sonucu kişi kısır bir döngüye girerek kendisine ve başkalarına dair inançları güçlenmekte, kaygı seviyesi artmakta ve kaçınma davranışı göstermektedirler (Clark, & Wells, 1995; Hofmann, 2007). Bunun yanında, algıdaki yanılsamalar sosyal etkileşimde potansiyel tehditlerin daha belirgin bir şekilde

görülmesine neden olarak kaçınma davranışlarına katkı sağlamaktadır (Rapee, & Heimberg, 1997).

Sosyal anksiyete bozukluğunun gelişmesinde bir diğer önemli faktör çevredir. Yakın çevrenin kişi üzerinde bıraktığı izlenim, kişiye karşı davranış ve tutumlar sosyal anksiyete bozukluğu için önemli bir rol oynamaktadır. Çevre etkisine ilk olarak yakın çevreden bakılacak olunursa, bir insanın dünyaya gelişiyle ilk iletişim kurduğu kişiler birincil bakım verenleri olarak ebeveynleridir. Nitekim, sosyal anksiyete bozukluğunun gelişmesinde ebeveyn rolü oldukça fazladır. Ebeveynin psikopatolojisi, çocuk ve ebeveyn arasındaki bağlanma paterni, ebeveynlik tutum ve uygulamaları sosyal anksiyete bozukluğunun gelişimi için önemli ailesel etmenlerdir (Ollendick, & Benoit, 2012). Ebeveyn psikopatolojisi açısından bakıldığında, yapılan araştırmalarda psikopatolojiye sahip ebeveynlerin çocuklarında da psikolojik bozuklukların gelişebildiği gözlemlenmektedir. Bunun nedeni kalıtsal aktarım olabileceği gibi ebeveynlerin davranış şekilleri de çocukta psikopatoloji gelişmesine neden olabilir. Örneğin, depresif annelerin çocukları üzerindeki etkisini inceleyen bir çalışmada, depresif annelerin çocuklarında depresyon, davranış bozuklukları ve sosyal yetersizlik gibi sorunların ortaya çıkabileceği görülmüştür (Dodge, 1990). Bu durum sosyal anksiyete açısından ele alındığında, depresyonu, anksiyete bozukluğu veya sosyal anksiyete bozukluğu olan ebeveynlerin çocuklarında sosyal anksiyete bozukluğu görülme ihtimali oldukça fazla olduğu gözlemlenmiştir (Lieb, Wittchen, Höfler, Fuetsch, Stein, & Merikangas, 2000). Ebeveyn ve çocuğun bağlanma stilleri de sosyal anksiyete için önemlidir. Mary Ainsworth'ün tanımladığı üç güvensiz bağlanma türünden biri olan kaygılı-kararsız bağlanma ve sosyal anksiyete bozukluğu arasında güçlü bir ilişki vardır (Brumariu, & Kerns, 2010). Ebeveyn tutumlarına açısından, otoriter ebeveyn stiline sahip olan ebeveynlerin çocuklarında sosyal anksiyete bozukluğu daha fazla görülebilmektedir. Aşırı kontrolcü ve koruyucu olarak yaklaşan otoriter ebeveynler çocukların öz yeterliliğini etkileyebilmekte ve bu çocuklar sosyal ortamlarda kendilerini yetkin hissetmeyebilmektedirler (Rodenburg vd., 2005). İletişimin az kuralların fazla olduğu bu ebeveynlik stilinde çocuk duygusal doyuma erişmeyebilmekte ve sonucunda sosyal anksiyete bozukluğu riski artmaktadır (Rork, & Morris, 2009).

Sosyal anksiyete bozukluğunun özellikle geç çocukluk ve ergenlik döneminde başladığı göz önüne alındığında, bu dönemlerde çevreden gelen yorumların kişinin duygu, düşünce ve davranışlarını büyük ölçüde etkilediği bilinmektedir. Bir gruba dahil

olmanın ve akranları tarafından kabul görmenin önemli olduğu bu dönemlerde çocuklar için akranlarının düşünce ve davranışları ön plandadır. Arkadaşları tarafından kabul edilmediğini, yeterli görülmediğini ve sevilmediğini düşünen çocuk ve ergenler sosyal anksiyete bozukluğu geliştirme açısından daha fazla risk altındadır (Festa, & Ginsburg, 2011). Bununla birlikte günümüzün en önemli sorunlardan biri olan akran zorbalığı da sosyal anksiyete bozukluğu için önemli bir risk faktörüdür. Farklı şekillerde ortaya çıkabilen akran zorbalığı dünyada ve Türkiye’de oldukça fazla görülmektedir. Mağdurların maruz kaldığı isim takma, dışlanma, alay edilme, şantaj yapılma ve küçümsenme gibi durumlar sosyal anksiyete, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) gibi psikolojik bozuklukları beraberinde getirebilmekte ve intihar riskini arttırabilmektedir (Özbek Baştuğ, & Taneri, 2023). Sosyal anksiyete bozukluğunun temelinde olan diğerleri tarafından yargılanma ve aşağılanma korkusu zorbalayan tarafından yapılan davranışlar sonucunda mağdurun bu korkuları daha fazla hissetmesine ve bu da sosyal anksiyete bozukluğuna neden olabilmektedir (Gordon, 2022).

Sosyal anksiyete bozukluğunun en güçlü belirleyicilerinden biri olan kalıtım sosyal anksiyete bozukluğunda genetik olarak nasıl aktarıldığını göstermektedir. Yapılan çalışmalarla kaygı bozukluklarına sahip anne babaların çocuklarında da anksiyete bozukluğu olma ihtimalinin yüksek olduğu bilinmektedir. Sosyal anksiyete açısından da durum aynı seyirdedir. Ebeveynlerde sosyal anksiyete bozukluğu olması çocukta bu bozukluğun gelişme riskini 2 kat arttırdığı görülmüştür (Yıldız, 2015; Merikangas, & Avenevoli, 2002; Lieb, Wittchen, Höfler, Fuetsch, Stein, & Merikangas, 2000). Bunun yanında, ikiz çalışmaları sosyal anksiyete bozukluğunun kalıtsal aktarımı açısından yol gösterici olmaktadır. Çevre etkisini en aza indirmek için farklı aileler tarafından yetiştirilen tek yumurta ikizleriyle yapılan bir çalışmada, bir kardeşte sosyal anksiyete bozukluğu gelişmesi durumunda, bozukluğun %30-50 oranında diğer kardeşte de geliştiği görülmüştür (Öztürk, 2014; Kendler, Karkowski, & Prescott, 1999).

Sosyal anksiyete bozukluğu ailede psikopatoloji varlığı, bağlanma stilleri, ebeveynlik tutumları, akranlara bakış açısı ve akranların davranışları, bilişsel süreçler ve farklı kuramlar çerçevesinde açıklanabilmektedir. Bunların yanında sosyal anksiyete bozukluğu olan bireylerin sahip oldukları ortak beyin yapıları olabilmektedir. Gelişen nörogörüntüleme yöntemleriyle birlikte birçok bozuklukta beyindeki kortikal ve subkortikal yapıların bozukluklara katkıları ve hastalar arasındaki benzerlikler

gözlemlenebilmektedir. Bu bağlamda bakıldığında, özellikle birçok çalışma sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerde amigdala ve hipokampus hacimlerinde azalma ve grimmaddede incelmeye olduğunu göstermiştir (Yıldız, 2015; Irle vd., 2010). Aynı zamanda, yapılan çalışmalarda sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerde amigdala aktivitesinde artış olduğu da gözlemlenmiştir (Cremers, & Roelofs, 2016; Tillfors, Furmark, Marteinsdottir, & Fredrikson, 2002; Tillfors vd., 2001). Bunun yanında, prefrontal korteks de sosyal anksiyete bozukluğu için önemli bir beyin yapısıdır. Öyle ki, benlik algımız üzerinde etkisi olan medial prefrontal korteks, bu bozukluğa sahip bireylerde sosyal etkileşimler sırasında kişinin kendini değerlendirmesi ve eleştiriler hakkında düşünmesi durumunda aşırı aktivite göstermektedir (Blair vd., 2008). Prefrontal korteksin akıl yürütme, duyguları kontrol etme ve dikkati yönlendirme gibi işlevleri göz önüne alındığında sosyal bir etkileşim sırasında kişinin kendini olumsuz olarak yorumlaması, etkileşim sırasında yoğun bir kaygı hissetmesi bu bölgedeki aktivite artışını açıklar niteliktedir. Amigdala ve prefrontal korteksin yanında birçok kortikal ve sub-kortikal alanlarda sosyal anksiyete bozukluğunda rol oynamakta hastalığın gelişmesinde ve devam etmesinde önemli bir yere sahip olmaktadır. Nöroanatomi yapının yanı sıra, nörotransmitterlerde de farklılık söz konusu olabilmektedir. Nitekim yapılan araştırmalarda, sosyal anksiyete bozukluğuna sahip kişilerin dopaminerjik ve serotonerjik sistemlerinde farklılıkların mevcut olduğu görülmüştür (Nutt, Bell, & Malizia, 1998). Özellikle bu sistemlerin dahil olduğu farmakolojik tedavilerin bozukluğun tedavisinde pozitif getirilerinin olması dopamin, serotonin ve GABA gibi nörotransmitterlerin sosyal anksiyete bozukluğu açısından önemini göstermektedir (Stein, Westenberg, & Liebowitz, 2002).

Sosyal anksiyete bozukluğu oldukça ön plana çıkmış olan psikolojik bozukluklardan biridir. Ortaya çıkmasında kalıtım, çevre ve bilişsel yapıların etkin olduğu bu bozukluk özellikle sosyal olarak ön plana çıkmaya başlanılan geç çocukluk ve ergenlik dönemlerinde gelişmeye başlayabilmekte, aile tutumu ve ailede bulunan psikopatoloji gelişimini güçlü bir şekilde etkileyebilmektedir. Bu etiyolojilerin yanı sıra beyin yapıları ve nörobiyolojik etkenlerin etkileri de bozukluğun gelişiminde ve tedavisinde önemli bir oynamaktadır.

2.2.1.1.1. Sosyal (Toplumsal) Anksiyete Bozukluğunun Ayırıcı Tanısı ve Komorbiditesi

Sosyal anksiyete bozukluğunun doğası düşünüldüğünde, bozukluğun diğer bozukluklarla benzer semptomlarının olması tedavi açısından doğru bir karar vermek adına ayırıcı tanın yapılmasını önemli kılmaktadır. Bunun yanında, sosyal anksiyete bozukluğu psikopatolojinin yanı sıra bazı mizaç özellikleriyle de karıştırılabilmektedir.

Sosyal anksiyete bozukluğu toplum önünde konuşma, yemek yeme, yeni kişilerle tanışarak etkileşimde bulunma gibi sosyal durumlarda ciddi derecede korku ve kaygının hissedilmesiyle karakterize bir bozukluktur (Kring vd., 2012). Kaygıyı azaltmak için kaçınmanın oldukça fazla eşlik ettiği bu hastalığın tedavisinde bilişsel davranışçı terapi etkili bir şekilde kullanılmakta ve bozukluğun şiddetine göre farmakolojik tedaviler eşlik edebilmektedir. Bu tedavilerin karar verilmesi ve etkinliğinin gözlemlenebilmesi içinse ayırıcı tanısının yapılması önem teşkil etmektedir.

Anksiyete bozuklukları sınıfında olan sosyal anksiyete bozukluğunun bu gruptaki bir diğer psikopatoloji olan yaygın anksiyete bozukluğuyla (YAB) ayırıcı tanısını yapmak önemlidir. Yaygın anksiyete bozukluğunun tanı kriterlerine bakıldığında *“bir takım olay ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti)”* ifadesi ön plana çıkmaktadır (Köroğlu, 2013). Bunun yanında kalp çarpıntısı, titreme, nefes almada güçlük gibi fiziksel belirtilerde kaygıya eşlik edebilmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğuyla farkıysa yaşanan bu kaygının sosyal bir bileşene sahip olmamasıdır (Berman, & Schneier, 2005).

Bir diğer anksiyete bozukluğu olan panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğunun ayrışma noktalarıysa fiziksel semptomlardaki farklılıklar ve korkunun kaynağıdır. Sosyal anksiyete bozukluğunda kişi eylemleri nedeniyle ya da kaygısının dışarıdan anlaşılmasıyla olumsuz değerlendirileceğinden ve kötü duruma düşeceğinden korkarken PB olan kişi gelen fiziksel semptomlarla nefesinin kesileceği ya da kalp krizi geçireceği gibi durumlardan korkmaktadır (Dilbaz, 2000). Bunun yanında, iki bozuklukta da kaçınma davranışı gözlemlenmektedir. Panik atakları yaşadığı ortamların durumu tetikleyeceğini düşünen kişi bu ortamlardan kaçınmaktadır. Bunun yanında sosyal anksiyeteye sahip kişilerse sosyal durumların getirdiği kaygı nedeniyle kaçınma davranışları sergilemektedirler. Özellikle agorafobinin eşlik ettiği panik bozukluk göz önüne alındığında bu kaçınma davranışlarının nedenlerinin karıştırılmasına neden olabilmektedir.

Sosyal anksiyete bozukluğu ve depresyon sıklıkla birlikte görülen bozukluklardır. Sosyal anksiyete bozukluğunun beraberinde getirdiği sosyal durumlarla başa çıkamama durumu kişinin depresyon semptomları geliştirmesine neden olabilmektedir (Berman, & Schneier, 2005). Bununla birlikte iki psikopatolojiye bakıldığında depresyona daha önceden yaptığı aktivitelerden keyif alamama, üzüntü ve yorgunluk hissi gibi durumlardan kaynaklanan sosyal izolasyon eşlik ederken sosyal anksiyete bozukluğunda izolasyon toplumsal durumların getirdiği korku ve kaygı duygusundan kaçınma nedeniyledir.

Popüler kültürün getirisi olarak belirli bir vücut imajına sahip olma isteği beraberinde yeme bozuklukları ve vücut disformik bozukluğunu getirmektedir. Bu iki bozuklukla sosyal anksiyete bozukluğunun komorbiditesiye oldukça fazla görülmektedir (Levinson vd., 2018; Fang, & Hofmann, 2010). Bu komorbiditenin yanında ayrı tanıların yapılması özellikle tedavide ele alınana bilişler açısından önemli bir yere sahiptir. Sosyal anksiyete bozukluğuna sahip kişilerin toplum içinde yemek yeme konusunda sıkıntı çektikleri bilinmektedir bununla birlikte bu duruma herhangi bir şekilde kilo bağlamında görünüş kaygısı eşlik etmemektedir. Aynı durum vücut disformik bozuklukta da kişi vücudunu olduğundan farklı ya da olan bir kusuru olduğundan çok daha abartılı bir şekilde algılayarak durumu varken sosyal anksiyete bozukluğunda kişinin vücuduyla ilgili bir durum olmasından ziyade davranışlarının olumsuz algılanıp yorumlanacağı kaygısı vardır.

Sosyal anksiyete bozukluğuyla sık karıştırılan bozukluklardan biri de çekingen kişilik bozukluğudur. Farklı kaynaklar sosyal anksiyete bozukluğunu utangaçlık ve çekingen kişilik bozukluğu arasında bir spektrum olarak tanımlayabilmektedir (Berman, & Schneier, 2005; Biederman, Hirshfeld-Becker, Rosenbaum, & Faraone, 2002). Nitekim iki bozukluğunda birçok tanı kriteri birbirine oldukça benzemektedir. Bununla birlikte bu iki tanıyı birbirinden ayıran temel özellik kişilik bozukluklarının 18 yaş öncesi koyulamıyor oluşudur. Kişilik gelişiminin erken yetişkinlik döneminde tamamlanması nedeniyle özellikle çocuklarda görülen sosyal durumlardan kaçınma, yargılanmaya karşı duyarlılık gibi durumlar kişilik çekingen kişilik bozukluğu şüphesini akla getirirse de kişilik gelişiminin tamamlanmasına kadar bu tanıdan kaçınılır. Yetişkin yaş grubuna bakıldığında, yapılan bir çalışmada, çekingen kişilik bozukluğuna sahip kişilerin kişilerarası ilişkilerde daha duyarlı olduğu ve daha düşük sosyal becerilere sahip olduğu görülmüştür (Turner, Beidel, Dancu, & Keys, 1986). Bununla birlikte yetişkin yaş

grubunda bu iki bozukluk beraber görülebilmektedir (Huppert, Strunk, Ledley, Davidson, & Foa, 2008). Literatürde sosyal anksiyete bozukluğunun diğer kişilik bozukluklarıyla da ayırıcı tanısı yapılmıştır. Diğer kişilik bozuklukları açısından bakıldığında, diğer insanlarla farklı görüşte olmayla bu insanların desteklerini alamayacaklarını düşünerek kendi görüşünü ifade edememe, kendi kararlarına güvenmeme gibi özelliklerin baskın olduğu bağımlı kişilik bozukluğu ve diğer insanlardan özel olduğunu düşünme, büyülenme gibi özelliklere sahip olan narsistik kişilik bozukluğu (Koroğlu, 2013) sosyal anksiyete bozukluğundan oldukça farklı gözükmeyle birlikte bağımlı kişilik bozukluğunda kişinin kendisine olan şüphesi nedeniyle sosyal etkileşimden geri durması; narsistik kişilik bozukluğunda eleştiriye karşı hassas olanların yargılanma ve olumsuz değerlendirilme korkusu sosyal olarak kaçınmalara neden olabilmektedir (Berman, & Schneier, 2005). Bu noktada sosyal anksiyete bozukluğuyla ayrımlarının yapılması önemli bir yer tutmaktadır.

Çocukluk çağında görülen bozukluklara gelindiğindeyse, sosyal anksiyete bozukluğunun çocuk yaş grubunda ayırıcı tanısının dikkatle yapılması gereken psikopatolojilerden biri ayrılma anksiyetesi bozukluğudur. Çocuklarda görülen ayrılma anksiyetesi ebeveynden veya güven duyulan kişiden ayrılmayla birlikte kaygı hissetmeyle karakterize bir bozuklukken bu ayrılığın olmaması ya da ayrılık sonrası oluşan tepkiler sosyal anksiyete bozukluğuyla karıştırılabilir. Bu bağlamda iki psikopatolojinin ayırıcılığında dikkat edilmesi gereken nokta ayrılma anksiyetesi bozukluğunda kişi ayrılma korkusuyla kendini sosyal ortamlardan kısıtlaması olarak değerlendirilebilir. Çocukluk çağı açısından diğer akılda tutulması gereken tanıysa otizm spektrum bozukluğudur. Sosyal etkileşimin kısıtlandığı bu hastalığı sosyal anksiyete bozukluğundan ayırırsa sosyal becerilerin oldukça az veya hiç sağlanmamasıdır. Otizm spektrum bozukluklarından olan Asperger sendromuyla karıştırılma olasılığı daha fazla olan sosyal anksiyete bozukluğu, bu durumun bir kaygı değil beceri eksikliğinde kaynaklanması ve Asperger sendromunun diğer yönleriyle farklılaşmaktadır (Scharfstein, Beidel, Sims, & Rendon Finnell, 2011).

Mizaç bakımından ele alınırsa, sosyal anksiyete bozukluğu ve utangaçlık birbirine oldukça karıştırılan iki durumdur. Fiziksel, bilişsel ve davranışsal semptomlarında benzerlikler de gösteren bu iki durum semptom şiddeti ve yapısal açıdan farklılaşabilmektedir. Yapılan araştırmalarda sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilerde semptomların daha şiddetli olduğu, bu nedenle daha fazla işlevsel bozukluk gösterdikleri,

daha düşük bir yaşam kalitesine sahip oldukları gözlemlenmiştir (Heiser, Turner, Beidel, & Roberson-Nay, 2009). Bunun yanında, utangaç mizaca sahip kişiler sosyal durumlarda sosyal anksiyete bozukluğu olan kişilere göre daha az kaygı gösterebilmektedirler (Heiser vd., 2009). Ayırıcı tanıda önemli olan noktalardan biriye, utangaçlığın bir kişilik özelliği olması ve zaman içinde farklılıklara uğrayabilmesiye sosyal anksiyete bozukluğu klinik bir durumdur ve tedavi ihtiyacı gözlemlenmektedir. Görülme sıklıkları açısından da farklılık gösteren bu iki bozuklukta utangaç mizaca sahip olma yaygınlığı daha yüksekken bu durum sosyal anksiyete bozukluğunun gelişimi açısından bir risk faktörü olarak değerlendirilebilir. Bununla birlikte utangaç mizaca sahip olan herkeste sosyal anksiyete bozukluğu gözlemlenmez (Tsui, Lahat, & Schmidt, 2017).

Tedavi için ayırıcı tanı ne kadar önemliyse eşlik eden bozuklukların belirlenmesi de bir o kadar önemlidir. Nitekim, sosyal anksiyete bozukluğu diğer bozukluklarla oldukça sık görülen bir bozukluktur. Sosyal anksiyete bozukluğunun komorbiditesinin en yüksek olarak görüldüğü bozukluk majör depresyondur. Yapılan çalışmalarda sosyal anksiyete bozukluğu olan hastalarda majör depresyon görülme sıklığının %35-70 arasında oldukça yüksek bir orana sahip olduğu görülmüştür (Koyuncu, İnce, Ertekin, & Tükel, 2019). Bozukluğun şiddetini etkileyen bu birliktelik özellikle intihar riskinin belirlenmesi açısından önemlidir. Sosyal anksiyete bozukluğuyla birlikte gelen depresif semptomlar kişiyi intihara itebilmektedir. Sosyal anksiyete bozukluğuyla en sık görülen durumlardan biri de anksiyete bozukluklarıdır. Özgül fobiler, panik bozukluk, agorafobi ve yaygın anksiyete bozukluğu sosyal anksiyete bozukluğuyla komorbiditesi oldukça yüksek olarak gözlemlenen anksiyete bozukluklarıdır. Sosyal anksiyete bozukluğuna sahip olan ergenlerde, bozukluğun diğer anksiyete bozukluklarıyla komorbidite oranının %40 olduğu görülmüştür (Aksu, & Özgür, 2015; Ranta, Kaltiala-Heino, Rantanen, & Marttunen, 2009). Sosyal anksiyete bozukluğunun yeme bozukluklarıyla birlikteliği sık görülmektedir. Yapılan bir çok araştırmada, yeme bozukluğu olan kişilerin yaşamları boyunca en az bir defa anksiyete bozukluğu tanısı aldığı ve anksiyete bozuklukları içerisinde en çok sosyal anksiyete bozukluğuyla birlikteliği olduğu görülmüştür (Godart, Flament, Lecrubier, & Jeammet, 2000). Bu iki durumun birlikte görülmesinin nedeniye sosyal anksiyete bozukluğuyla birlikte gelen incelenme korkusu ve olumsuz değerlendirme korkusu olduğu düşünülmektedir (Levinson vd., 2018; Levinson, & Rodebaugh, 2012; Levinson, & Rodebaugh, 2015; Levinson vd., 2013). Sosyal anksiyete bozukluğuyla komorbiditesi yüksek olan bir diğer bozukluk vücut disformik bozukluktur.

Sosyal anksiyete bozukluğuna sahip olan kişilerin yaklaşık %11'inde vücut disformik bozukluk görülebilmektedir (Hollander, & Aronowitz, 1999; Brawman-Mintzer vd., 1995; Wilhelm, Otto, Zucker, & Pollack, 1997). Madde kötüye kullanım bozukluğu da sosyal anksiyete bozukluğuyla birlikte görülebilen bir durumdur. Yapılan araştırmalarda madde kullanım bozukluğunun sosyal anksiyete bozukluğuna eşlik etmesinin nedenini, sosyal anksiyete bozukluğuna sahip kişilerin semptomlarını rahatlatmak için maddeye başvurabildikleri şeklinde açıklamaktadırlar (Marmorstein, 2012). Sosyal anksiyete bozukluğuyla oldukça sık birlikte görülen bir diğer psikopatolojiye travma sonrası stres bozukluğudur (TSSB). TSSB ve sosyal anksiyete bozukluğu birlikteliği olan kişilerde yaşam kalitesinde düşüklük, intihar riskindeyse artış gözlemlenmektedir (Collimore, Asmundson, Taylor, & Jang, 2009). Eş tanıların oldukça fazla eşlik ettiği obsesif kompulsif bozuklukta sosyal anksiyete bozukluğunun komorbiditesi de oldukça fazla gözlemlenmektedir (Assuncao vd., 2012). Bu iki durumun birlikteliğine kişide sosyal kaçınma davranışlarını arttırabilmektedir. OKB'de obsesyonlarla gelen kompulsiyonlar kişinin olumsuz olarak değerlendirilebileceği algısına neden olabilir ve bu nedenle sosyal ortamlardan kaçınma davranışları sıkça görülebilmektedir (Bartz, & Hollander, 2006). Sosyal anksiyete bozukluğuyla fazla karıştırılan bir durum olan çekingen kişilik bozukluğunun da sosyal anksiyete bozukluğuyla komorbiditesi görülebilmektedir. Çocuk yaş grubunda ÇKB tanısı konulamasa da yetişkin vakalarda bu iki durumun birlikte görülebildiği vakalar bulunmaktadır (Huppert, Strunk, Ledley, Davidson, & Foa, 2008). Bu iki psikopatolojinin birlikte fazla görölmesinin nedeniyse iki bozuklukta da görülen semptomların benzerliği olarak açıklanabilmektedir (Marques vd., 2012).

Sosyal anksiyete bozukluğu birçok psikopatolojiyle karıştırılabilen bunun yanında birçoğuyla da beraber görülebilen bir durumdur. Depresyonun sosyal izolasyon semptomları, anksiyete bozukluklarında görülen çeşitli kaçınma davranışları, yeme bozuklukları ve beden disformik bozukluklarında görülebilen bazı vücutla ilgili algılar, çekingen kişilik bozukluğunun genel özellikleri ve çekingen mizacın özellikleri sosyal anksiyete bozukluğunun bu durum ve tanılarla karışmasına neden olabilmektedir. Bununla birlikte eşlik eden birçok psikopatoloji de gözlemlenmektedir. Semptomların kötüye gitmesi, eşlik eden daha fazla psikopatolojinin eklenmesi ve intihar riski açısından bu durumların belirlenmesi ve tedaviye başlanması önemlidir.

2.2.1.1.2. Epilepsili Çocuk Hastalarda Sosyal (Toplumsal) Anksiyete Bozukluğu

Epilepsi ve psikolojik bozukluklar sıkça birlikte görülen durumlardır. Epilepside görülen ani nöbetlerin nerede ve ne zaman geleceğini bilmemek, kişinin çevresi tarafından “hasta” olarak etiketlenme korkusu, nöbetlerin toplum içinde gelmesiyle küçük duruma düşeceği algısı kişiyi farklı psikolojik bozukluklara yatkın hale getirebilmektedir. Nöbetlerin geleceği yer ve zamanın belirsizliği genel olarak anksiyete bozukluklarına katkıda bulunabilirken, damgalanma korkusu ve toplumsal alanda nöbet geçirmeyle birlikte gelişebilen düşünce yapıları kişide sosyal anksiyete bozukluğuna yol açabilmektedir. Aynı zamanda nöbetlerin şiddeti ve süresi kişinin hastalık ve gelecek hakkında daha karamsar bir şekilde düşünebilmesine ve depresif semptomlar gösterebilmesine neden olabilmektedir. Yapılan çalışmalarda epilepsisi olan hastalarda anksiyete semptom ve bozukluklarının oldukça sık görüldüğü gözlemlenmiştir. Özellikle yaşı daha küçük olan ve daha sık nöbet geçiren kişilerde anksiyete bozuklukları daha sık görülebilmektedir (Brandt, & Mula, 2016). Nöbetlerin belirsizliğinden dolayı beklenti anksiyetesi gelişebilirken epilepsisi olan hastalarda sık görülen bir anksiyete bozukluğu da sosyal anksiyete bozukluğudur.

Epilepsisi olan hastalarda sosyal anksiyete bozukluğu görülme sıklığı %3-%21 arasında görülmektedir (Altintas, Yerdelen, & Taskintuna, 2015; Lee vd., 2021). Bu hastalarda sosyal anksiyete bozukluğu görülme nedeniye sosyal ortamlarda nöbet geçirdikten sonra diğerleri tarafından hasta ya da güçsüz olarak yargılanabileceği, özellikle çocuk ve ergen yaş grubunda arkadaşları tarafından olumsuz olarak değerlendirilebileceği ve sosyal gruplara kabullerinin olmayacağına karşı bir korku sonucu gelişebilmektedir. Bunun yanında epilepsinin şiddeti, süresi, nöbetlerin başlangıç yaşı, ailenin hastalığa bakış açısı, nöbet türü, kişinin hastalığa bakış açısı sosyal anksiyete bozukluğu gelişimine de katkı sağlamaktadır (Lee vd., 2021).

Çocuk ve ergen yaş gurubuna bakıldığında epilepsisi olan bu yaş grubundaki çocuklarda sosyal anksiyete bozukluğunun sağlıklı yaşlılarına göre daha fazla olduğu görülmektedir (Williams vd., 2003). Özellikle ergenlerde akranları tarafında kabulü ve akran gruplarına dahil olma daha önemli bir konu olarak görülmeye başladığından bu yaş gurubunda sosyal anksiyete bozukluğu daha fazla görülmektedir (Baker, Spector, McGrath, & Soteriou, 2005). Okulda ya da sosyal bir ortada akranlarıyla vakit geçirirken nöbetlerin gelebilecek olması, bu nöbetleri kontrol edememe, nöbetlerin dışarıdan nasıl görüldüğüne karşı kaygılar ergen yaş grubunda daha fazla sosyal kaçınmaya katkı

sağlayarak sosyal anksiyete bozukluğunun gelişimine neden olabilmektedir (Ekinci, Titus, Rodopman, Berkem, & Trevathan, 2009).

Sosyal anksiyete bozukluğunun gelişiminde görülen risk faktörlerinden biri de davranışsal inhibisyonudur. Davranışsal inhibisyon erken çocukluk döneminde kendini gösteren ve yeni olan eşyalara, kişilere ve yerlere karşı duyulan sıkıntı nedeniyle bunlardan kaçınmak olarak tanımlanabilir (Fox, Buzzell, Morales, Valadez, Wilson, & Henderson, 2021). Epilepsisi olan çocuk ve ergen göz önüne alındığında hastalığın semptomlarının belirsizliği kaçınmalara neden olabilmektedir. Yapılan birçok araştırmayla birlikte davranışsal inhibisyon sosyal anksiyete bozukluğu için bir risk faktörü olarak görülmektedir (Hirshfeld-Becker vd., 2007). Bununla birlikte davranışsal inhibisyonu olan her çocukta sosyal anksiyete bozukluğunun gelişmediğinin üzerinde de durulmuştur (Biederman vd., 2001). Epilepsisi olan çocuk ve ergen göz önüne alındığında hastalığın semptomlarının belirsizliği kaçınmalara neden olabilmektedir. Bu durum davranışsal inhibisyonu akla getirmektedir. Davranışsal inhibisyonun yanında sosyal yeterlilik de sosyal anksiyete bozukluğu için önemlidir. Davranışsal inhibisyonunsa sosyal yeterlilik üzerinde etkisi olduğuna dair görüşler bulunmaktadır (Bohlin, Hagekull, & Andersson, 2005). Bu nedenle bu iki etkenin sosyal anksiyete gelişimindeki önemi ön plana çıkmaktadır. Epilepsi hastası çocuk ve ergenlere bakıldığında, hastalığın sosyal yetersizliğe neden olduğuna dair herhangi bir kanıt yoktur. Bununla birlikte hastalığın getirdiği duygusal yük sosyal olarak kaçınmalara, sosyal becerilerin gelişmesini sağlayan durumlardan uzak durmalarına ve yeni durum ve kişilere tedbirli yaklaşmaya neden olabilmekte ve bu nedenle bu yaş grubundaki epilepsi hastalarında sosyal anksiyete bozukluğunun gelişimine neden olabilmektedir.

Epilepsisi olan çocuk ve ergenlerde sosyal anksiyete gelişimi nöbetlerin yapısı açısından incelendiğinde nöbetlerin küçük yaşta başlaması beraberinde sosyal anksiyete bozukluğunu getirebilmektedir (Lee vd., 2021; Lu, vd., 2021). Bunun yanında nöbet türlerine bakıldığında, nöbet türlerini karşılaştırmalı olarak sosyal anksiyete üzerine etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmasa da etkilerine bağımsız olarak bakıldığında geçirilen nöbetlerin beyin alanlarına ve sosyal yaşama etkisi açısından birçok çalışma vardır. Jeneralize nöbetler açısından bakıldığında, tonik klonik nöbetleri olan kişilerin nöbetlerin şiddetiyle bilişsel bozulmalar gösterebildiği ve sosyal anksiyete bozukluğu geliştirme olasılığının oldukça fazla olduğu görülmektedir (Kocatürk, & İnaltekin, 2024). Fokal nöbetlere bakıldığında, fokal epilepsi hastalarında anksiyete bozukluklarını

inceleyen bir araştırmaya göre bu hastalarda en fazla görülen anksiyete bozukluğu sosyal anksiyete bozukluğu olarak görülmüştür (Brandt vd., 2010). Sosyal anksiyete bozukluğunun öne çıkma nedeniyse nöbetleri kontrol edememe ve damgalanma riskinin olmasıdır. Jeneralize epilepsiler içinde olan absans epilepsiler de sosyal anksiyete bozukluğu açısından ayrı olarak değerlendirilebilir. Diğer nöbetlerin fiziksel görüntüsü diğer insanlar tarafından epilepsi nöbeti olarak kolaylıkla tanımlanırken absans nöbetlerde durum daha farklı olabilmektedir. Kişide dalmış olma izlenimi veren bu nöbetler açısından bakıldığında, hastayı psikososyal açıdan daha az etkileyeceği düşünülse de yapılan birçok araştırmada absans nöbetleri olan kişilerde de sosyal izolasyon gibi durumların görüldüğü gözlemlenmiştir (Wirrell, Camfield, Camfield, Dooley, Gordon, & Smith, 1997; Olsson, & Campenhausen, 1993; Loiseau, Pestre, Datigues, Commenges, Barberger-Gateau, & Cohadon, 1983). Nöbet türünün yanında nöbetlerin erken başlangıcı, sık nöbet geçirme ve nöbetlerin şiddeti de epilepsili çocuk hastalarda sosyal anksiyete bozukluğu gelişimine neden olabilmektedir.

Epilepsi yaygınlığı oldukça fazla olan ve beraberinde psikolojik bozuklukları da getiren bir hastalıktır. Genel popülasyona bakıldığında başlangıç yaşının daha çok çocuk yaş gurubunda görülmesi bu yaş grubunun psikolojik açıdan incelenmesi gerekliliğini de beraberinde getirmektedir. Çocuk ve ergen epilepsi hastalarına psikolojik açıdan bakıldığında depresyon ve anksiyete bozukluklarının ön planda olduğu görülmektedir. Nöbetlerin fiziksel getirisiyle çocuklar psikolojik olarak da etkilenmekte belirsizlik, nöbetlere karşı korku ve dışardan yargılanabilecek olma düşüncesi sosyal anksiyete bozukluğuna neden olabilmektedir. Farklı değişkenlerin görülmesi ve bir araya gelmesi bu hastalığa sahip çocuklarda sosyal anksiyete bozukluğu gelişimini arttırabilmektedir. Nöbetlerin türü, nöbetlerin etkilediği beyin alanları, süresi, şiddeti, sıklığı ve oluşum yaşı sosyal anksiyete bozukluğunda nöbetlerle ilgili belirleyici faktörler olurken, davranışsal inhibisyon, akran reddi, zorbalık davranışları ve damgalanma korkusu psikososyal etkiler arasında sayılabilmektedir.

2.3. Algılanan Damgalanmanın Tanımı

Damgalama (stigma) kişinin toplumdaki diğer insanlardan farklı bir özelliğe, ruhsal bozukluğa ya da fiziksel bir hastalığa sahip olması sonucu kişinin küçük görülmesi, farklı yorumlanması ve yargılanması olarak tanımlanmaktadır. Sosyolog Goffman tarafından ilk “itibarı derinden sarsan bir özellik” olarak tanımlanan bu kavram birçok uzman tarafından değerlendirilmiş, farklı yönlerine odaklanılmış ve tanımlamalar

yapılmıştır (Özmen, & Erdem, 2018). Multidisipliner olarak kullanılan damgalanma kavramı kendi içerisinde farklı türlere ayrılmaktadır (Bos, Pryor, Reeder, & Stutterheim, 2013). Uzmanlar farklı kuramsal çerçeveler ışığında birçok sınıflandırma yapmıştır. Bunlardan biri Scrambler tarafından yapılan sınıflandırmadır. Scambler tarafından dayatılan ve hissedilen damgalanma olarak ayrılan damgalanmada dayatılan damgalanma kişiye hastalığından dolayı diğerleri tarafından farklı davranılması olarak tanımlanırken hissedilen damgalanma kişinin hastalığından dolayı duyduğu utanç ve ayrımcılığa uğrayacak olma korkusu olarak tanımlanmaktadır (Ay, 2017; Scambler, & Hopkins, 1990).

Algılanan damgalanma, hissedilen damgalanma ve içsel damgalanma adıyla da anılmaktadır. İçsel damgalanma ve algılanan damgalanmayı farklı kavramlar olarak ele alan yazarlar da olmasına rağmen literatürde bu iki kavram birbiri yerine de kullanılmaktadır. Algılanan damgalanma, kişinin sahip olduğu farklı özellikleri, yaşadığı ruhsal bozukluk ya da fiziki hastalık nedeniyle bu deneyimini paylaşmaktan kaçınması, bu durumu saklaması ve sahip olduğu bu durumun ortaya çıkmasından korkması şeklinde tanımlanmaktadır (Gray, 2002). Geçmişten günümüze ruhsal ya da fiziksel hastalığa sahip bireylere karşı başkaları tarafından damgalama (dayatılan damgalanma) yapılmaktadır. Bununla birlikte tıp dünyasındaki gelişmeler bu damgalamaları azaltsa da özellikle gelişmekte olan ülkelerde bu durum hala gözlemlenebilmektedir. Hissedilen (algılanan) damgalanmanın ortaya çıkma nedenlerinden biri de dayatılan bu damgalanmanın oluşma olasılığına karşı duyulan beklentidir (Boyle, 2018; Herek, Gillis, & Cogan, 2009). Kişi bu şekilde diğer insanlar tarafından bir damgalanmaya maruz kalacağına inanarak hareket edebilmektedir (Boyle, 2018; Quinn, & Earnshaw, 2013).

2.3.1. Algılanan Damgalanmanın Risk Faktörleri

Damgalanma ve damgalanmanın türleri geçmişten bugüne sosyoloji ve sosyal psikoloji için önemli bir araştırma konusu olmuştur. Damgalanmanın türlerinden biri olan algılanan damgalanma da özellikle psikolojik ve tıbbi tanıların kişiyi psikolojik olarak nasıl etkilediğini anlamak adına önemli bir kavramdır. Bu kavramın oluşmasındaysa farklı risk faktörleri etkisi olduğu görülmektedir.

Literatüre bakıldığında algılanan damgalanma kavramına en sık ruhsal bozukluklar, kanser, kekeleme ve epilepsi hastalıklarıyla yapılan çalışmalarda rastlanılmaktadır (Baysal, 2013; Lebel, S., & Devins, 2008; Boyle, 2018). Bu hastalıklara sahip kişilerin tarih boyunca toplumda farklı şekilde etiketlenmeleri kolektif bilinçdışının

getirisiyle kişide damgalanma algısını oluşturuyor olabilmektedir. Hastalıkların süreçleri, toplum tarafından nasıl görüldüğü ve fiziksel olarak verdiği izlenim gibi faktörlerse bu hastalıklarda damgalanma algısının oluşmasına neden olabilecek faktörlerin farklılaşmasına neden olmaktadır.

Ruhsal bozukluklar açısından bakıldığında tarih boyunca psikolojik bozuklukları olan insanlara “deli, akıl hastası, içine şeytan kaçmış” gibi etiketlerin yapıştırılması kişilerin hastalıklarını saklamalarına, diğerleri tarafından olumsuz olarak değerlendirilmekten korkmalarına ve toplumdan izole olmalarına neden olmaktadır. Bugünün toplumlarındaysa eskisi kadar olmasa da bu durum devam etmekte ve kişinin damgalanma algısının da fazla olmasına neden olmaktadır. Bu bakımdan ruhsal bozukluklara sahip kişilerde algılanan damgalanmanın oluşmasının en etkili risk faktörlerinden biri kültür olarak değerlendirilebilir (Özmen, & Erdem, 2018). Bunun yanında, kasaba köy gibi yerleşim yerlerinde yaşayama, bireysel işlevselliğin daha çok olduğu 30-55 yaşlarda olma, kişinin sahip olduğu düşük benlik algısı ve aile ya da arkadaşlarının kişinin sahip olduğu ruhsal bozukluğa bakış açısı ve bunu kişiye yansıttığı şeklinin daha fazla damgalanmış olma hissine neden olduğu görülmüştür (Baysal, 2013; Yanos, Roe, Markus, & Lysaker, 2008).

Tıbbi hastalıklarda damgalamanın oldukça sık görülebildiği ve hastalığa sahip olan kişide de damgalanmış olma hissini fazla olabildiği durumlardır. Hastalıklar içinden damgalanma algısının fazla görüldüğü durumlardan biri kanserdir. Kanser hastaları özellikle medyada hastalık hakkında yansıtılanlar ve toplumdaki stereotipler nedeniyle kendilerini daha fazla damgalanmış hissedebilmektedirler (Lebel, & Devins, 2008). Bunun yanında, hastalığa genç yaşta yakalanmak, düşük gelirse sahip olmak ve özellikle göğüs, idrar yolu ve rahim gibi kanser türlerinde damgalanma hissini daha fazla görüldüğü gözlemlenmektedir (Fujisawa, Umezawa, Fujimori, & Miyashita, 2020).

Algılanan damgalanmanın en fazla görüldüğü hastalıklardan biri de epilepsidir. Epilepsi fiziksel ve psikolojik yükü ağır olan bir hastalık olarak görülmektedir. Bu hastalık yükünün ağırlığıysa damgalanmış olma hissini beraberinde getirebilmektedir. Epilepsi açısından algılanan damgalanmanın risk faktörleri arasında nöbetlerin şiddeti, nöbetlerin sıklığı, düşük eğitim düzeyi, erken başlangıç yaşı ve düşük sosyoekonomik durum olarak görülmektedir (Mao vd., 2022; Austin, Perkins, & Dunn, 2014). Bunların yanında epilepside algılanan damgalanma riskini arttıran en önemli faktörlerden biri hastalık hakkında bilgi eksikliğidir. Özellikle kişinin kendi hastalığı hakkında bilgiye

sahip olmaması ya da hastalığını ve kendini farklı yorumlaması diğer insanlarında kendisi gibi düşündüğü hissine kapılmasına ve damgalanmış olduğuna dair bir algı geliştirmesine neden olabilmektedir (Shi vd., 2017).

Algılanan damgalanma kavramı birçok hastalıkta görülebilen bir kavramdır. Psikolojik bozukluklar, kanser ve epilepsiyse bu damgalanma hissini en sık görüldüğü hastalıklar arasında sayılabilmektedir. Bu hastalıklarda algılanan damgalanma riski farklı faktörlere bağlı olarak görülse de ortak olan faktörlerde vardır. Kültür, erken başlangıç yaşı, düşük sosyoekonomik durum, düşük eğitim seviyesi ve hastalıklar hakkında bilgi sahibi olmamak algılanan damgalanma için ortak risk faktörleri arasında görülmektedir.

2.3.1.1. Epilepsili Çocuk Hastalarda Algılanan Damgalanma

Epilepsi fiziksel ve psikolojik yükü oldukça ağır olan bir hastalıktır. Hastalıkta görülen nöbetlerle birlikte kişi fiziksel ve psikolojik olarak etkilenmektedir. Bazı hastalar gözle görülür bir epileptik nöbet geçirmezken bazı epilepsi hastaları ciddi nöbetler geçirmekte ve bu durum kişiyi farklı şekillerde etkilemektedir. Geçirilen nöbetlerin şiddeti, süresi ve sıklığı gibi faktörler kişiyi psikolojik olarak etkileyebilmektedir. Nöbetlerle ilgili bu faktörlerin yanında epilepsisi olan kişilerin psikolojik durumlarıyla ilgili bir diğer risk faktörü de yaş olarak gözlemlenmektedir. Hastalığın özellikle çocuk ve ergen yaş grubunda daha fazla görüldüğü göz önüne alındığında hastalığın getirdiği fiziksel ve psikolojik yükü birlikte psikolojik etkiler beyin, beden ve psikososyal gelişim dönemlerinin aktif olarak devam ettiği bu yaş gruplarında daha fazla görülmektedir.

Epilepsinin birincil semptomlarından olan nöbetler kişiyi psikososyal açıdan etkilemekte korku, kaçınma ve sosyal izolasyon gibi durumlara neden olmaktadır. Bunun yanında epilepsisi olan çocuklarda görülen bir diğer durumsa damgalanma algısının fazla olmasıdır. Epilepsisi olan çocuk ve ergen hastalarda nöbetlerin beklenmedik yer ve zamanlarda gelmesi, kişinin hastalığına bakışı ve diğer insanların düşüncelerine dair yaptıkları yorumlar gibi birçok faktör kendilerini farklı hissetmelerine neden olabilmektedir. Çocuk ve ergen yaş grubunda olan epilepsi hastalarında damgalanma algısının fazla olmasına neden olan birçok faktör vardır. Sosyodemografik veriler açısından bakıldığında yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi ve gelir düzeyi gibi faktörlerin algılanan damgalanma düzeyi üzerinde etkisi olduğu görülmektedir.

Yaş alanında yapılan çalışmalarda epilepsi hastalarında yaş küçüldükçe algılanan damgalanma düzeyinin arttığı görülmüştür. Çocuk ve ergen yaş grubunun psikososyal

gelişimi göz önüne alındığında, özellikle sosyal etkileşimin arttığı ergen yaş grubunda arkadaşlarının yorumları oldukça önemli hale gelebilmekte ve kendilerini ait hissetmek istedikleri gruplardaki yaşlılarıyla aynı fiziksel ve kişilik özelliklerine sahip olmak istemektedirler. Bu nedenle arkadaş ortamında yaşlılarından farklı bir özelliğe ya da hastalığa sahip olmak onların damgalanma algısını arttırabilmektedir. Bunun yanında yapılan araştırmalarda ergen yaş grubunda algılanan damgalanmanın daha küçük yaş grubundaki çocuklara göre düşük olduğu görülmüştür. Ergen yaş grubundaki epilepsi hastalarının iş ve aile gibi alanlarda duyduğu gelecek kaygısı, akranlarının epilepsiye karşı tutum ve inançları bu yaş grubundaki çocukların damgalanma algısında artışa neden olabilmekte bu nedenle hastalıklarını saklayabilmektedirler (Aydemir, Sakman, Delil, & Özkara, 2023). Küçük yaş gurubu açısından bakıldığında, bilişsel kapasiteleri ergen yaş gurubu kadar iyi olmadığı için hastalık hakkında düşünceleri daha farklı olabilmekte ve bu nedenle damgalanma algıları daha fazla olabilmektedir (Austin, Perkins, & Dunn, 2014).

Eğitim ve gelir düzeyi açısından bakıldığında bu iki değişkenin düzeyleri arttıkça damgalanma algısı düşmektedir. Bireysel olarak kişinin eğitim düzeyi arttıkça damgalanma algısı azalmaktadır. Çocuklar için ebeveynlerin eğitim düzeyinin yüksek olması hastalık hakkında bilgi düzeyini arttırmakta ve tıbbi yardım ve tedavi açısından uzmanlara başvurma oranlarının artmasıyla hastalık süreci daha sağlıklı bir şekilde devam etmektedir (Şengül, & Kurudirek, 2022). Bu nedenle de çocukların algılanan damgalanma düzeyleri daha düşük olarak gözlemlenmektedir. Tıbbi desteklere daha rahat erişimin olması da bu süreci etkileyeceği için gelir düzeyinin yüksek olması da algılanan damgalanma düzeyinin düşük olması açısından önemlidir (Malik vd., 2022). Düşük gelir düzeyine sahip ailelerin çocuklarındaysa damgalanma algısı daha fazla görülmektedir (Şengül, & Kurudirek, 2022).

Nöbetlerin sıklığı, tanı alma süresi, nöbet şiddeti ve nöbet türü gibi epilepsi semptomlarıyla ilgili faktörler de algılanan damgalanmayı etkilemektedir. Daha az sıklıkta nöbet geçiren ve tanı alma süresi daha kısa olan hastalarda algılanan damgalanma düzeyi de daha düşük olmaktadır. Nöbet türü açısından bakıldığında, birçok araştırma nöbet türü ve algılanan damgalanma arasında bir ilişki bulamazken (MacLeod, & Austin, 2003) nöbet tipiyle algılanan damgalanmayı ilişkilendiren araştırmalar da vardır (Mao vd., 2022; Gabriel vd., 2020). Bununla birlikte nöbet türlerine bağlı olarak meydana gelen nöbetlerin şiddeti damgalanma algısını etkilemektedir. Daha şiddetli nöbet geçiren

kişilerde damgalanma algısının da daha fazla olduğu gözlemlenmektedir (Austin vd., 2014).

Psikososyal faktörler de algılanan damgalanma düzeyi için önemli bir yer tutmaktadır. Sosyal destekle birlikte hastalığın yükü çocuklar için hafifleyebilmekte ve daha az damgalanma algılamalarını sağlamaktadır (Yeni, Tulek, & Bebek, 2016; Whatley, DiIorio, & Yeager, 2010; Smith, 2009). Hastalıkla birlikte öz yeterlilik ve öz saygı gibi benlik kavramlarında düşüşler gözlemlenebilmekte ve sonucunda damgalanma algısı fazlalaşabilmektedir. Bunun yanında algılanan damgalanma fazla olduğunda bu benlik kavramlarında düşüş olabilmektedir. Bu nedenle algılanan damgalanma, öz yeterlilik ve öz saygı gibi kavramlar arasında çift yönlü bir ilişki vardır (Austin vd., 2014; Şengül, & Kurudirek, 2022; Scatolini, Zanni, & Pfeifer, 2017).

Epilepsinin getirisi olan nöbetler kişiyi psikolojik olarak oldukça fazla etkilemektedir. Yaş, nöbet şiddeti, nöbet süresi, tanı alma üzerinden geçen süre, sosyal destek, eğitim düzeyi gibi sosyodemografik, tıbbi ve psikososyal faktörler algılanan damgalanma düzeyini arttırabilmekte veya azaltabilmektedir. Algılanan damgalanma düzeyinde görülen artışla birlikte çocuk ve ergen yaş gurubunda depresyon ve kaygı bozuklukları gibi psikolojik bozukluklar meydana gelebilmektedir. Birçok araştırma algılanan damgalanma düzeyi, depresyon ve kaygı bozuklukları arasında ilişki bulmuştur (Austin vd., 2014; Adewuya, & Ola, 2005). Kaygı bozuklukları algılanan damgalanma düzeyiyle olan ilişkisi iki yönlü olarak değerlendirilebilir. Nöbetlerin getirdiği kaygıyla kişi kendisi damgalanmış olarak algılayabilmekte, bunun yanında damgalanma algısı daha fazla kaygı hissetmeye neden olabilmektedir. Nöbet anında tek olmayı istemem ebeveyne bağımlı hale gelmeye, ebeveynden uzaklaşmaktan korkmaya ve ayrılık anksiyetesi geliştirmeye neden olabilmektedir (Yetkin vd., 2024). Algılanan damgalanmayla ilişkili olan kaygı bozukluklarından biri de sosyal anksiyete bozukluğudur. Epilepsi olan çocuk ve ergenlerde arkadaş reddi, akran zorbalığı, düşük öz saygı nedeniyle damgalanma algısı artmakta ve bu da sosyal geri çekilmeye neden olabilmektedir. Sosyal geri çekilme ve uyum sorunları gibi durumlarsa sosyal anksiyete bozukluğuna yol açabilmektedir (Şengül, & Kurudirek, 2022; Reilly vd., 2015; Dunn, & Walsh, 2018).

2.4. Zihin Kuramının Tanımı

Sosyal hayatta insanlar iletişim kurarken birbirlerinin düşünceleri, duyguları, inançları, bilgi ve istekleri gibi durumlar hakkında tahminler yürütmektedirler.

Karşısındaki kişinin jest, mimik ve davranışlarına bakarak konuşulan konu ya da içinde bulundukları durum hakkında ne düşünüyor olabileceğini tahmin ederek karşılık vermektedirler. Bu durum zihin kuramı olarak adlandırılmaktadır. Zihin kuramı, kendisinin ve kişinin karşısındaki insanların zihinsel durumlarını, duygularını ve düşüncelerinin ne olabileceğine dair akıl yürütme becerisi olarak tanımlanmaktadır (Şahin vd., 2019; Küçük, 2018; Lenaerts, Saponara, Pacheco, & Santos, 2024). İlk olarak 1978’de Premack ve Woodruff tarafından tanımlanan bu kavram sosyal etkileşim için oldukça önemlidir (Şahin vd., 2019).

Zihin okuma, sosyal biliş, zihinselleştirme gibi birçok terimle eş anlama gelen zihin kuramı konusunda birçok araştırma yapılmıştır. Premack ve Woodruff’un 1978 yılında şempanze Sarah’la yaptığı araştırma zihin kuramı için öncü olan ilk araştırmadır (Baron-Cohen, 1999; Byrne, 1991; Frith, Morton, & Leslie, 1991). Bu araştırmada Sarah’a ikilemde kalan bir kişinin videosu izletilerek sonrasında ne yapabileceğiyle ilgili iki resim göstermişler ve seçmesini istemişlerdir. Sarah’ın sorulan dört soruya doğru cevap verdiği, resimdeki kişinin sevmediği bir hayvan terbiyecisi olduğundaysa yanlış cevap verdiği görülmüştür. Buradan yola çıkarak Premack ve Woodruff şempanzelerin kişinin amaç ve istekleri hakkında tahminde bulunarak problemlere uygun çözümler getirebildiğini ortaya koymuşlardır (Küçük, 2018; Premack, & Woodruff, 1978). Bu alanda yapılan öncü çalışmalardan bir diğeryse Wimmer vd. tarafından 1983’te yapılan beklenmedik yer/ beklenmedik yer değişikliği (Unexpected Transfer Task) yöntemini kullanarak çocuklarda birinci düzey zihin kuramı olan yanlış inancı araştırmışlardır. Bu araştırmayla zihin kuramı gelişiminin 4 yaşından önce başlamadığı görülmüştür (Şahin vd., 2019; Wimmer, & Perner, 1983).

Zihin kuramı, kişinin karşısındaki kişinin düşüncelerini, duygu ve inançları gibi durumları doğrudan gözlemlemekten ziyade davranışlara bakarak tahminlerde bulunması nedeniyle kuram olarak adlandırılmıştır (Premack, & Woodruff, 1978). Çocukların gelişiminde uyaranlar, çevresel etkileşim ya da sahip olduğu bir hastalık zihin kuramı gelişimine etki edebilmektedir. Zihin kuramını olumsuz etkileyecek durumların olması ya da zihin kuramında bozulma olması iletişim ve davranışı etkileyecektir (Şahin vd., 2019).

2.4.1. Zihin Kuramının Bileşenleri

Zihin kuramı basit olarak kişinin karşısındaki kişinin istek, niyet, düşünce, duygu ve inanç gibi zihinsel durumlarını anlama becerisi olarak tanımlansa da farklı bileşenlere

ayrılmakta ve bir dizi gelişim basamaklarını izlemektedir. Bu bileşenler çocukların sosyal ve bilişsel gelişim süreçleri boyunca gelişmekte ve farklı testlerle ölçülmektedir. Temel olarak bilişsel ve duygusal olarak iki bileşeni olan zihin kuramı sosyal- bilişsel ve sosyal- algısal olarak ayrılmaktadır (Meinhardt-Injac, Daum, & Meinhardt, 2020; Tager-Flusberg, & Sullivan, 2000).

Zihin kuramının sosyal- bilişsel bileşeni zihin kuramının genel tanımı olan davranışlara bakarak kişinin zihinsel durumlarını yorumlama becerisi olarak tanımlanmaktadır. Sosyal- bilişsel bileşende akıl yürütme, karar verme ve dikkat gibi yürütücü işlevler ve dil önemli bir yer tutmaktadır (Şahin vd., 2019). Bu bileşeni değerlendirmek için teori oluşturma ön planda olduğu yanlış inanç testleri kullanılmaktadır (Tager-Flusberg, & Sullivan, 2000).

Zihin kuramının diğer bileşeni olan sosyal- algısal bileşen duygulara odaklanmaktadır. Bir bebeğin doğumundan itibaren seslere ve yüzlere verdiği tepkiler sosyal- algısal bileşenin sosyal- bilişsel bileşenden önce geliştiğini göstermektedir (Tager-Flusberg, & Sullivan, 2000). Bu bileşeni değerlendirmek için Gözlerden Zihin Okuma Testi gibi algıya dayalı testler kullanılmaktadır (Meinhardt-Injac, Daum, Meinhardt, & Persike, 2018).

Sosyal- bilişsel ve sosyal- algısal bileşenin yanında zihin kuramını ölçmek için çeşitli bileşenler dahildir. Baron- Cohen ve Swetten otizmli çocuklarda zihin kuramını ölçmek için on dört bileşen tanımlamıştır (Tekin, & Girli, 2011). Bunun yanında birinci düzey yanlış inanç, ikinci düzey yanlış inanç, metafor/ironi kavrama ve gaf kavrama becerileri değerlendirmelerde kullanılan diğer zihin kuramı becerileridir (Şahin vd., 2019).

2.4.1.1. Zihin Kuramının Gelişimi

Doğumla birlikte sosyal gelişimi de başlayan bebekler etraflarında olan yüzleri ve sesleri takip edebilir, bunlara tepki verebilir ve gelişimlerinin ilerlemesiyle tanıdık yüzleri tanımadıklarından ayırt edebilir hale gelebilmektedirler. Sosyal gelişim için önemli bir yer tutan zihin kuramı becerileri de bebekliğin erken dönemlerinde gelişmeye başlamaktadır (Karakale, & Gürlek, 2021). Kişinin dikkatini başka bir kişiyle aynı şeye yönlendirmesi olarak tanımlanan ortak dikkatin gelişmesi bebeklerde zihin kuramının gelişimi için ilk adımlardan biri olarak kabul edilmektedir (Şahin vd., 2019). Bu yıllarda zihin kuramı gelişimi için önemli olan durumlardan biri sembolik oyundur. Sembolik

oyunla birlikte üst temsillerin geliştiği ve bunun çocukların zihinsel durumları anlama becerileri için önemli bir yer tuttuğu görülmektedir (Erdem, & Ege, 2011; Jenkins, & Astington, 2000).

Başkalarının duygu, düşünce, istek, inanç ve niyetleri gibi zihinsel durumları anlama becerisi olan zihin kuramı bir dizi gelişim sırası izlemektedir. Zihinsel durumlardan biri olan isteklerin anlaşılması yaklaşık 2 yaş civarında meydana gelmektedir (Yaşar, 2022 ve Wellman, & Woolley, 1990). Bu yaşlarda egosantrik olan çocuklar kendilerini merkeze alarak kendi zihinsel durumlarını diğerlerine atfetmektedirler. Bununla birlikte 3 yaşın sonlarına doğru bu durum değişmeye başlamaktadır. Diğer insanların kendi bildiklerini bilemeyebileceğini ve yanlış inançlara sahip olabileceklerini kavramaya başlamaktadırlar. Birinci düzey yanlış inanç olarak tanımlanan bu durumun gelişimi 4 yaşında tamamlanmaktadır (Şahin vd., 2019). Birinci düzey yanlış inancın 4 yaşından önce gelişmediği Baron- Cohen'in çalışmasında görülmüştür (Küçük, 2018). Yapılan çalışmada Sally isimli çocuk elindeki misketi sepete koyup ortamdan ayrılmış ve daha sonra Anne bu misketin yerini değiştirmiştir. İzleyici çocuklara Sally geri döndüğünde misketi nerde arayacağı sorulduğunda 4 yaşındaki çocukların sepet cevabı vermesi birinci düzey yanlış inancın bu yaşta geliştiğini göstermektedir (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1986). İkinci düzey yanlış inançsa altı yaş civarında gelişmektedir. Kişinin diğer kişilerin düşünceleri hakkındaki düşünceleri olarak tanımlanan bu inanç Perner ve Wimmer tarafından John ve Marry'nin dondurma kamyonu hakkında birbirlerinin düşünceleri için yaptıkları tahminlerin bulunduğu bir hikayenin çocuklara sunulması ve "John Mary'nin dondurma için nereye gideceğini düşünüyor?" sorusunun sorulmasıyla açıklanmıştır (Erdem, & Ege, 2011; Baron-Cohen, 1989; Küçük, 2018). Metafor ve ironiyi anlama gibi zihin kuramı becerileri de bu yaşlarda gelişirken daha kompleks bir zihin kuramı becerisi olan gaf kavrama daha ilerleyen yaşlarda gelişmektedir (Şahin vd., 2019; Brüne, & Brüne-Cohrs, 2006).

Zihin kuramı becerilerinin gelişimi bilişsel gelişim basamaklarıyla oldukça ilişkili olmasının yanında farklı birçok faktörde becerilerin gelişimini etkilemektedir. Literatüre bakıldığında, zihin kuramı üzerinde oldukça fazla etkisi olan etkenlerden biri olan sembolik oyun kavramı sıkça görülmektedir. Sembolik oyun, -mış gibi oyun olarak da adlandırılmakta ve bir nesneyi başka bir nesne yerine koyarak oyun kurma becerisi olarak tanımlanmaktadır. Yaklaşık iki yaş civarında gelişen bu beceri zihin kuramı içinde önemli bir yere sahiptir. Sembolik oyun becerisinin kazanılmasıyla görünüş- gerçeklik ayrımının

yapılabilmeye başlanmaktadır (Karakale, & Gürlek, 2021). Bu ayrımın yapılması birinci düzey yanlış inanç için önemli bir yere sahiptir. Zihin kuramı gelişimini etkileyen diğer faktörlerden bazıları dil gelişimi ve yürütücü fonksiyonlar gibi bilişsel süreçlerle ilgiliyken bazıları da kardeş sayısı, anne baba eğitim düzeyi ve yaşı gibi sosyodemografik faktörlerdir. Bilişsel açıdan bakıldığında, dil gelişimi zihin kuramı için önemli bir yere sahiptir. Sosyal etkileşim, karşıdaki insanın duygu ve düşüncelerini anlamak, istek ve niyetleri hakkında tahminlerde bulunabilmek için dil önemli bir araçtır. Dil gelişiminde aksaklık olmaması, alıcı ve ifade edici dilde bir sorun olmaması zihin kuramı gelişiminin de yerinde olmasına katkı sağlamaktadır (Miller, 2006). Bunun yanında zihin kuramı gelişiminin normal olması karşıdaki kişinin zihinsel durumlarını anlamada iyi olmak anlamına gelmesi nedeniyle dilin daha iyi kullanılmasını sağlamaktadır (Miller, 2006). Zihin kuramı becerilerinin gelişmesinde ilk adımlardan biri olan ortak dikkat, dikkat kontrolünün bu beceri için önemli bir yürütücü işlev olduğunu göstermektedir (Hughes, & Ensor, 2007). Zihin kuramı için önemli olan bir diğer yürütücü işlevse inhibisyon (engelleme) becerisidir. İnhibisyon becerisinin edinilmesiyle kişi kendi istek, inanç ve düşünce gibi zihinsel durumlarını bastırarak karşıdaki kişinin niyetleri hakkında daha doğru bir tahminde bulunabilmektedir (Vetter, Altgassen, Phillips, Mahy, & Kliegel, 2013). Çalışma belleği ve dikkat esnekliği de zihin kuramı gelişimi açısından önemli bir yere sahip olan yürütücü işlevlerdir (Hughes, & Ensor, 2007). Sosyodemografik faktörler açısından bakıldığında, demografik özelliklerin bilişsel gelişim üzerinde etkisi görülür. Örneğin kardeş sayısının zihin kuramı üzerinde etkisini araştıran çalışmalarda kardeşler arası etkileşimin sosyal ve duygusal gelişimlerine katkı sağladığını, bu nedenle kardeşe sahip olma durumunun zihin kuramı üzerinde etkisi olduğunu göstermektedir (Karakale, & Gürlek, 2021; Karakelle, 2012; Berk, 2013). Kardeşler aralarında çıkan çatışmaların, içinde bulundukları durumlara farklı tepkiler vererek farklı duygu, düşünce, inanç ve isteklere sahip olabileceklerini anlamalarını sağlamaktadır (Arıkan, & Tüfekci, 2020; Gözün-Kahraman, 2012). Anne baba eğitim düzeyi açısından bakıldığında, lisans ve üzerinde eğitim düzeyi olan ebeveynlerin çocuklarıyla kurdukları iletişimde dil kullanımı, uyaran farklılığı, ebeveynlik stili gibi faktörlerde daha düşük eğitim düzeyine sahip olan ebeveynlere göre farklı özelliklere sahip olmaları bu ebeveynlerin çocuklarının daha yüksek bir zihin kuramı düzeyine sahip olmalarına neden olmaktadır (Arranz, Artamendi, Olabarrieta, & Martín, 2002). Anne baba yaşının zihin kuramıyla ilişkisi ele alındığında 35 yaş üstü olan ebeveynlerin deneyim ve ebeveynlik becerilerinin artması

nedeniyle bu ebeveynlerin çocuklarının zihin kuramı becerilerini etkilediği görülmektedir (Arıkan, & Tüfekci, 2020).

Zihin kuramı birçok faktörden etkilenen bir beceridir. Sağlıklı bir sosyal etkileşim için gerekli olan bu beceri dil gelişiminde, dikkat kontrolü ve çalışma belleği gibi yürütücü işlevlerden, anne baba yaşı ve eğitim düzeyi ve kardeş sayısı gibi sosyodemografik özelliklerden etkilenmektedir. Bu faktörler zihin kuramını etkilediği gibi zihin kuramının da bu değişkenler üzerinde etkisi olduğu görülmektedir. Zihin kuramı gelişimi bu faktörlerin katkısıyla basamaklar halinde gerçekleşmektedir. Basitten daha kompleks becerilere doğru evrilen zihin kuramı gelişimi genel olarak çocukluk çağına atfedilse de yaşam boyu bir gelişimden bahsedilmektedir (Yaşar, 2022).

2.4.1.1.1. Epilepsili Çocuk Hastalarda Zihin Kuramı Gelişimi ve İlgili Durumlar

Beyin karmaşık bir yapıdır. Beynin farklı alanlarında meydana gelen bir durum ya da değişiklik diğer bölgeleri etkileyebilmekte ve farklı çıktılara neden olabilmektedir. Bu durum epilepsi açısından ele alındığında, epilepsinin etkilediği ve nöbetlerin meydana geldiği bölgeler bilişsel süreçleri etkileyebilmektedir. Sosyal etkileşim için önemli olan bilişsel süreçlerden biri de zihin kuramıdır. Zihin kuramı ve epilepsi ilişkisine bakıldığında, epilepsi nedeniyle etkilenen farklı beyin yapılarının zihin kuramı becerisini de etkilediği görülmektedir. Literatüre bakıldığında zihin kuramı için önemli olan bölgeler arasında medial prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, superior temporal sulkus, temporo-parietal kavşak, anterior singulat korteks ve anterior temporal lob vardır (Carrington, & Bailey, 2009). Bu yapılarda epilepsiden kaynaklı bozulmaların olması zihin kuramında da bozulma gözlemlenmesine neden olmaktadır (Noble, Robinson, & Marson, 2016). Epilepsinin zihin kuramını etkilediği birçok araştırmada ortaya koyulmuş ve fokal epilepsilerin jeneralize epilepsilere göre zihin kuramını daha fazla etkilediği görülmektedir (Morou vd., 2018). Yapılan araştırmalarda fokal epilepsilerden olan temporal lob ve frontal lob epilepsileri zihin kuramı açısından önemli olan beyin alanlarını etkileyebilmekte ve zihin kuramında bozulmalara neden olabilmektedir (Stewart, Catroppa, & Lah, 2016). Temporal lob epilepsisi açısından ele alındığında, zihin kuramı için de önemli olan temporo-parietal kavşak nöbetlerden etkilenebilmekte ve dolayısıyla zihin kuramı becerilerini etkileyebilmektedir (Giovagnoli, 2014; Sun, 2022; Wang, 2015). Temporal lob epilepsisi zihin kuramında bozulmaya oldukça fazla yol açmakta ve yapılan araştırmalarda bu epilepsi türüne sahip olan kişilerin zihin kuramı testlerinde düşük performans gösterdiği görülmektedir (Morou vd., 2018). Frontal lob

epilepsisi bir diğer fokal epilepsi türüdür. Frontal lobun işlevi açısından bakıldığında, yürütücü işlevler açısından önemli bir yere sahip olan bu beyin bölgesinde meydana gelen nöbetler zihin kuramının duyguları anlama ve anlamlandırma gibi bilişsel ve duygusal bileşenlerinde bozulmalara neden olabilmektedir (Giovagnoli, 2011). Jeneralize epilepsilerde zihin kuramında daha az düzeyde bozulmalar gözlemlenmektedir. Beynin geneline yayılan bu nöbetlerin spesifik bir noktayı etkilememesi zihin kuramında daha az bozulmaya yol açıyor olsa da bu konuda yapılan yeterli sayıda araştırma olmaması nedeniyle net bir sonuca varılamamaktadır (Watanabe, 2024).

Epilepsisi olan çocuk hastalarda zihin kuramı hastalığa sahip olmayan yaşlılarıyla aynı gelişimi izlemekte bununla birlikte nöbetlerin etkilediği bölgeler bilişsel becerilerde bozulmalara neden olması zihin kuramı becerilerinde de bozulmalara yol açabilmektedir. Jeneralize epilepsisi olan çocuklarda yapılan bir çalışmada özellikle tepki izleme, dikkat esnekliği ve inhibisyon gibi sosyal biliş ve yeterlilikte rol oynayan yürütücü işlevlerde bozulmalar görülmüştür (Stewart vd.,2018). Epilepsili çocuklarla yapılan diğer çalışmalar da, bu hastalığa sahip çocukların zayıf sosyal becerileri olduğunu ve bu çocuklarda zihin kuramı düzeyinin daha düşük bir seviyede olduğu görülmektedir (Lunn, Lewis, & Sherlock, 2015; Rantanen, Eriksson, & Nieminen, 2012).

Fokal ve jeneralize nöbetlerin farklı beyin bölgelerini etkileyerek epilepsisi olan çocukların zihin kuramında daha düşük performans göstermesinin yanında farklı epilepsi değişkenlerinin de etkisi gözlemlenebilmektedir. Uzun süreli tanıya sahip olmak bu değişkenlerden biridir (Lunn, Lewis, & Sherlock, 2015; Camfield, & Camfield, 2007; Jalava, Sillanpää, Camfield, & Camfield, 1997). Nöbet başlangıç yaşı açısından bakıldığında, bazı çalışmalarda başlangıç yaşının küçük olması zihin kuramında bozulmaya neden olduğu gözlemlenirken (Giovagnoli, 2011; Amlerova, Cavanna, Bradac, Javurkova, Raudenska, & Marusic, 2014), bazı çalışmalarda böyle bir etkinin olmadığı görülmüştür (Stewart, Catroppa, & Lah, 2016; Shaw, Lawrence, Radbourne, Bramham, Polkey, & David, 2004).

Epilepsisi olan çocuk hastalarda zihin kuramında gözlemlenen bozulmalar sosyal yeterliliği, arkadaş ilişkilerini ve psikopatolojiyi etkileyebilmektedir. Karşıdaki kişinin zihinsel durumlarını tahmin etme yeteneği olarak tanımlanan zihin kuramı özellikle sosyal yeterlilik için önemli rol oynamaktadır. Bu beceride gözlemlenen bozukluk karşısındaki kişinin duygu ve düşüncelerini doğru bir şekilde tahmin etmemeye, niyet ve istekleri yorumlayamamaya neden olabilmektedir. Bu sosyal ilişkilerdeki yetersizlik

arkadaşlık ilişkilerinin bozulmasında ve sonrasında depresyon, kaygı gibi psikopatolojilerin gelişmesine neden olabilmektedir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Modeli

Yapılan bu çalışma nicel ve kesitsel bir araştırmadır. Gruplar arası farklılıkları incelemek için Kruskal Wallis- H testi, değişkenler arası ilişkileri incelemek için korelasyon analizi ve değişkenlerin etkisini incelemek için regresyon analizi kullanılmıştır.

3.2. Araştırmanın Örneklemi

Araştırmanın örneklemini 10- 18 yaş arasında epilepsi tanısı almış çocuklardan oluşmaktadır. Araştırmaya katılan katılımcı sayısı 81'dir. Katılımcılar Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nörolojisi Polikliniğine gelen çocukların ebeveynlerinden sözlü ve yazılı onay alarak çalışmaya dahil olmuşlardır.

Araştırmanın örneklemini belirlemek için güç analizi yapılmıştır. %80 güven düzeyi ve .5 hata payıyla hesaplanan güç analizinde minimum örneklem büyüklüğü 55 olarak bulunmuştur. Örneklemen evreni temsil etme gücünü değerlendirme için yapılan güç analizinde güç değeri %80.4 olarak hesaplanmıştır. Hesaplanan bu güç analizi yapılan istatistiksel analizin anlamlı sonuçları tespit etmede yeterli olduğunu göstermektedir.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada Çocukluk Çağı Anksiyete Ölçeği (ÇATÖ), Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği (ÇSAÖ), Algılanan Damgalanma Ölçeği ve Gözlerden Zihin Okuma Testi- Çocuk Formu (GZOT- ÇF) kullanılmıştır.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Demografik Bilgi Formu, katılımcıların yaş, cinsiyet, sınıf, aile bilgileri (anne-baba yaşı, anne- baba eğitim düzeyi, anne- baba mesleği ve kardeş sayısı) ve kronik hastalıklara dair aile öyküsü ve epilepsiye dair bilgileri (tanının üzerinden geçen süre, ilaç kullanım durumu, nöbet sıklığı, son nöbet zamanı ve nöbet türü) içermektedir ve araştırmacı tarafından hazırlanmıştır.

3.3.2. Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ), Birmaher ve diğerleri (1999) tarafından geliştirilmiştir. Çocukluk çağı kaygı bozukluklarını ölçmek amacıyla geliştirilen bu ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Çakmakçı (2004) yapmıştır. Ölçeğin ebeveyn ve çocuk olmak üzere iki ayrı formu mevcuttur. Çocuk formu toplam 41 maddeden oluşan ölçek 3'lüLikert (0- Doğru Değil, 1- Bazen Doğru, 2- Her

Zaman Doğru) tipindedir. Ölçek, panik bozukluk ve somatik belirti, yaygın anksiyete bozukluğu, ayrılık anksiyetesi, sosyal anksiyete ve okul fobisi olmak üzere beş alt ölçekten oluşmaktadır. Toplam kesme puanı 25'tir ve üzeri değerler kaygı bozuklukları için uyarı niteliğindedir (Özyurt, Öztürk, & Akay, 2017).

3.3.3. Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği (ÇSAÖ)

Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği (ÇSAÖ), La Greca ve arkadaşları (1998) tarafından geliştirilen ölçek sosyal anksiyete bozukluğunun bileşenleri olarak adlandırılan olumsuz değerlendirme korkusu ve sosyal ortamlarda duyulan sıkıntı/rahatsızlık durumları esas alınarak hazırlanmıştır. İlk biçiminde 10 soru bulunan ölçeğin yenilenmiş biçimi 18 sorudan oluşmaktadır. ÇSAÖ-Y 5'li Likert (1- hiçbir zaman, 5- daima) tipindedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Demir ve diğerleri (2000) tarafından yapılan ölçeğin orijinal formunda Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayısı değeri .65 olarak bulunurken Türkçe uyarlamada Cronbach Alpha değeri 0,81 olarak bulunmuştur. Puanlamada en düşük puan 18 en yüksek puan 90'dır. Puanın artması sosyal anksiyete bozukluğu için uyarı niteliği taşımaktadır.

3.3.4. Algılanan Damgalanma Ölçeği

Hissedilen stigma ölçeği olarak da adlandırılan Algılanan Damgalanma Ölçeği Kaya ve diğerleri (2018) tarafından geliştirilen bir ölçektir. Türk epilepsi hastalarının hissettikleri damgalanma düzeylerini ölçmek amacıyla hazırlanmıştır. Toplam 10 madden oluşmaktadır ve 5'li Likert (5- Tamamen Katılıyorum, 1- Hiç Katılmıyorum) tipindedir. Ölçeğin 5. maddesi ters olarak puanlanmaktadır. Ölçeğin yetişkin epilepsi hastalarıyla yapılan çalışma sonucu Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayı değeri 0.92 olarak, 10-18 yaş epilepsi hastalarıyla yapılan çalışma sonucu Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayı değeri 0.81 olarak bulunmuştur (Aydemir, Kaya, & Yıldız, 2018). Katılımcıların aldıkları yüksek puanlar yüksek düzeyde damgalanmayı temsil ettiği kabul edilmektedir.

3.3.5. Gözlerden Zihin Okuma Testi- Çocuk Formu (GZOT- ÇF)

Gözlerden Zihin Okuma Testi Baron- Cohen ve diğerleri (1999) tarafından zihin kuramı becerilerini ölçmek için geliştirilen bir testtir. Kişinin karşısındaki kişinin göz ve çevresine bakarak duygu, düşünce ve istek gibi duygusal süreçleri anlama becerisini ölçmek için geliştirilen bir testtir. Çocuk ve yetişkin olmak üzere iki formu olan testin çocuk formu 1 alıştırma ve 28 test görselinden oluşmaktadır. Görsellerin etrafında dört duygu, düşünce veya istek ifadesi sunulmakta ve doğru olanın seçilmesi istenmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Girli ve diğerleri (2014) tarafından yapılmıştır.

Çocuk formu için Cronbach Alpha iç tutarlılık katsayı değeri 0,72 olarak bulunmuştur. Katılımcıların verdikleri doğru cevap sayıları zihin kuramı becerisini temsil ettiği kabul edilmektedir.

3.4. Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılan demografik bilgi formu, Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ), Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği- Yenilenmiş formu (ÇSAÖ-Y), Algılanan Damgalanma Ölçeği ve Gözlerden Zihin Okuma Testi- Çocuk Formu (GZOT-ÇK) birleştirilerek test bataryası haline getirilmiş ve katılımcılara sunulmuştur. Test bataryasına bilgilendirilmiş onam formu ve ebeveyn onay formu eklenerek katılımcılara ve ebeveynleri sözlü ve yazılı bir şekilde bilgilendirilmiştir. Katılımcıların 18 yaşından küçük olması nedeniyle, ebeveynlerine gerekli bilgilendirmeler yapılarak ebeveyn onay formu imzalatılmıştır.

Veriler Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nörolojisi polikliniğinde birebir görüşmeler yapılarak toplanmıştır. Demografik bilgi formunda bulunan sorularda çocukların bilemeyeceği bilgilerin bulunması nedeniyle bu form ebeveynlerle birebir görüşmeler yapılarak doldurulmuştur. Diğer ölçekler çocuklara verilerek doldurmaları istenmiştir. Toplam 81 katılımcıdan veri toplanmıştır.

3.5. Verilerin Analizi

Verilerin analizi IBM SPSS 22.0 programında yapılmıştır. Sosyodemografik veriler ve epilepsi değişkenlerine ilişkin verilerin tanımlayıcı istatistikleri verilmiştir. Kullanılan ölçeklerin güvenirlik analizi yapılmıştır. Verilerin normallik dağılımlarını incelemeye Shapiro Wilk testi kullanılmıştır. Verilerin normal bir dağılım göstermemesi nedeniyle nöbet tiplerinin değişkenler üzerine etkisine non-parametrik analiz yöntemi Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Değişkenler arası ilişki için Spearman korelasyon analiz yöntemi kullanılmıştır. Nöbet tipleri kapsamında algılanan damgalanma ve zihin kuramı düzeyinin sosyal anksiyete üzerine etkisini belirlemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Örneklem büyüklüğünün temsil gücünü ölçmek için güç analizi yapılmıştır.

4. BULGULAR

Farklı nöbet türleri deneyimleyen pediatrik epilepsi hastalarında algılanan damgalanma ve zihin kuramı düzeyinin sosyal anksiyeteye etkisini belirlemek amacıyla yapılan araştırmada aşağıdaki bulgular elde edilmiştir.

4.1. Örneklem Grubunun Sosyodemografik Bulguları

Araştırmaya epilepsi tanısı almış 10-18 yaş arasında 81 olgu katılmıştır. Bu olguların %61,7'si (n=50) kadın katılımcılardan oluşurken %38,3'ü erkek (n=31) katılımcılardan oluşmaktadır.

Araştırmaya katılan olguların yaş ortalaması 13,81 (SS=2,65)'dir. Katılımcıların %11,1'i 10 yaşında (n=9), %18,5'i 11 yaşında (n=15), %7,4'ü 12 yaşında (n=6), %9,9'u 13 yaşında (n=8), %11,1'i 14 yaşında (n=9), %7,4'ü 15 yaşında (n=6), %14,8'i 16 yaşında (n=12), %9,9'u 17 yaşında (n=8) ve %9,9'u 18 yaşındadır (n=8).

Katılımcıların eğitim durumlarına bakıldığında, %6,1'i ilkokul düzeyinde 3. ve 4. Sınıf (n=5), %42'si ortaokul düzeyinde (5-8. Sınıflar) (n=34), %44,4'ü lise düzeyinde (9-12. Sınıflar) (n=46) okuyan öğrencilerden oluşmakta ve %7,4'ü liseden yeni mezun olmuş bireylerdir (n=6).

Tablo 1 Katılımcıların Cinsiyet, Yaş ve Eğitim Durumlarına İlişkin Bulgular

		Kişi sayısı	Yüzde (%)	Ortalama	Standart
		(n)		($\bar{X}$)	Sapma
Cinsiyet	Kadın	50	61,7		
	Erkek	31	38,3		
Yaş	10	9	11,1		
	11	15	18,5		
	12	6	7,4		
	13	8	9,9		
	14	9	11,1		
	15	6	7,4		
	16	12	14,8		
	17	8	9,9		
	18	8	9,9		
				13,81	2, 65
Sınıf	3-4	5	6.1		
	5-8	34	42.0		
	9-12	46	44.4		
	Mezun	6	7,4		

Örneklem grubunun ailelerine ilişkin veriler Tablo 4.2’de verilmiştir. Katılımcılar sosyoekonomik açıdan incelendiğinde, %3,7’si yüksek (n=3), %81,5’i orta (n=66) ve %14,2’si düşük (n= 12) sosyoekonomik duruma sahiptir.

Kardeş sayıları açısından ele alındığında, %22,2’sinin ailenin tek çocuğuyken (n=18) %35,8’inin 2 kardeşi (n= 29), %30,9’unun 3 kardeşi (n=25), %9,9’unun 4 kardeşi (n=8) ve %1,2’sinin 5 kardeşi (n=1) vardır.

Katılımcıların annelerinin %50,6’sının 29-40 yaşında (n=41), %4,7’sinin 41-50 yaşında (n=37) ve %3,7’sinin 51 yaşından daha büyük (n=3) olduğu görülmüştür. Ortalama anne yaşı 40, 49 (SS=5,00)’dur. Babaların yaşlarına bakıldığında, %25,8’i 30-40 yaşında (n=21), %58’inin 41-50 yaşında (n=47) ve %15,9’u 51 yaşından daha büyük (n=13) olduğu görülmüştür. Katılımcıların ortalama baba yaşı 45,18 (SS=6,00)’dir.

Ebeveynlerin eğitim durumlarına bakıldığında annelerin %3,7’si okuryazar (n=3), %48,1’i ilkokul- ortaokul (n=39), %39,5’i lise (n=32), %6,2’si lisans (n=5) ve %1,2’si lisansüstü (n=1) eğitime sahiptir. %1,2’siyse okula hiç gitmemiştir (n=1). Babalarinsa %1,2’si okuryazar (n=1), %43,2’si ilkokul- ortaokul (n=35), %37’si lise (n=30) ve %18,5’i lisans (n=15) eğitimine sahiptir. Lisansüstü eğitime sahip babanın olmadığı görülmüştür.

Ebeveynlerin çalışma durumuna bakıldığında annelerin %18,5’inin çalıştığı (n=15), %81,5’inse çalışmadığı (n=66), babaların %81,5’inin çalıştığı (n=66), %18,5’inin çalışmadığı (n=15) görülmektedir.

Tablo 2 Aileye İlişkin Veriler

		Kişi sayısı (n)	Yüzde (%)	Ortalama ($\bar{X}$)	Standart Sapma
Ailenin Sosyoekonomik Durumu	Yüksek	3	3,7		
	Orta	66	81,5		
	Düşük	12	14,8		
Kardeş Sayısı	1	18	22,2		
	2	29	35,8		
	3	25	30,9		
	4	8	9,9		
	5	1	1,2		
Ebeveyn Anne Yaşı Yaşı	29-40	41	50,6		
	41-50	37	4,7		
	51+	3	3,7		

					40,49	5,00
	Baba	30-40	21	25,8	45,18	6,00
	Yaşı	41-50	47	58,0		
		51+	13	15,9		
Ebeveyn	Annenin	Okula	1	1,2		
Eğitim	Eğitim	Gitmeyen				
Durumu	Durumu	Okuryazar	3	3,7		
		İlkokul-	39	48,1		
		Ortaokul				
		Lise	32	39,5		
		Lisans	5	6,2		
		Lisansüstü	1	1,2		
	Babanın	Okuryazar	1	1,2		
	Eğitim	İlkokul-	35	43,2		
	Durumu	Ortaokul				
		Lise	30	37,0		
		Lisans	15	18,5		
		Lisansüstü	0	0,0		
Ebeveyn	Annenin	Çalışıyor	15	18,5		
Çalışma	Çalışma	Çalışmıyor	66	81,5		
Durumu	Durumu					
	Babanın	Çalışıyor	66	81,5		
	Çalışma	Çalışmıyor	15	18,5		
	Durumu					

4.2. Katılımcıların Epilepsiye İlişkin Bulguları

Örneklem gurubunun epilepsiye ilişkin bulguları Tablo 4.3'te verilmiştir. Katılımcıların %8,6'sı 1 sene içinde tanı almışken (n=7), %52,8'i 2-5 yıldır (n=50), %24,6'sı 6-10 yıldır (n=20), %11,1'i 11-15 yıldır (n=9) ve %1,2'si de 16 veya daha fazla yıldır (n=2) epilepsi tanısına sahiptir.

Nöbet tipleri açısından bakıldığında, katılımcıların %48,1'inde jeneralize nöbetler (n=39), %37'sinde fokal nöbetler (n=30) ve %14,8'inde absans nöbetler (n=12) görülmektedir.

Nöbet sıklıklarına bakıldığında, %33,3'ü tek nöbet geçirmiştir (n=27). %45,7'si 6 ayda bir veya daha az nöbet geçirirken (n=37), %11,1'i ayda bir veya iki nöbet (n=9), %4,9'u haftada birkaç nöbet (n=4), %3,7'si hemen her gün birden fazla nöbet (n=3) geçirmektedirler. Katılımcılar arasında her gün bir nöbet geçiren kişi yoktur. Bunun

yanında, %1,2'si nöbet geçirmemekte EEG'de epileptik bozukluk gözlemlenmektedir (n=1).

Katılımcıların en son nöbet geçirme zamanlarına bakıldığında, %13,6'sı son 1 hafta içinde (n=11), %7,4'i son 1 ay içinde (n=6), %22,2'si son 6 ay içinde (n=18), %28,4'ü son birkaç sene içinde (n=23) ve %28,4'ü sadece tanı anında nöbet (n=23) geçirmiştir.

Katılımcı grubunun %90,1'nin ilaç kullandığı (n=73) %9,9'unun kullanmadığı görülmüştür (n=8). Bu katılımcıların %28,4'ünün ailesinde epilepsi tanısı almış birey varken (n=23) %71,6'sında epilepsi tanısı almış birey yoktur (n=58).

Tablo 3 Epilepsiye İlişkin Veriler

		Kişi Sayısı (n)	Yüzde (%)
Tanı	Epilepsi	81	100
Tanının Üstünden Geçen Süre	0-1 yıl	7	8,6
	2-5 yıl	50	52,8
	6-10 yıl	20	24,6
	11-15 yıl	9	11,1
	16 ve üzeri	2	2,5
Nöbet Tipi	Jeneralize	39	48,1
	Fokal	30	37,0
	Absans	12	14,8
Nöbet Sıklığı	Sadece tek nöbet	27	33,3
	6 ayda bir veya daha az	37	45,7
	Ayda bir veya iki nöbet	9	11,1
	Haftada birkaç nöbet	4	4,9
	Hemen her gün genelde bir nöbet	0	0
	Hemen her gün birden fazla nöbet	3	3,7
	EEG bozukluğu	1	1,2
En Son Geçirilen Nöbet Zamanı	Son 1 hafta içinde	11	13,6
	Son 1 ay içinde	6	7,4
	Son 6 ay içinde	18	22,2
	Son birkaç sene içinde	23	28,4
	Sadece tanı anında	23	28,4

İlaç Kullanım Durumu	Kullanıyor	73	90,1
	Kullanmıyor	8	9,9
Ailede Epilepsi Geçmişi	Var	23	28,4
	Yok	58	71,6

4.3. Ölçeklerin Güvenirlik Analizleri Bulguları

Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği-Yenilenmiş Form (ÇSAÖ-YF), Gözlerden Zihin Okuma Testi, Algılanan Damgalanma ve Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) güvenirlik analizleri yapılmış ve ölçeklerin iç tutarlılığı Cronbach's Alpha katsayısıyla değerlendirilmiştir.

Algılanan Damgalanma Ölçeğinin yapılan güvenirlik analizinde Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı ,870 olarak bulunmuştur ve ölçeğin iç tutarlılığı olduğunu göstermektedir. Ölçekten çıkarılan maddeler olması halinde Cronbach's Alpha katsayısının düştüğü gözlemlenmektedir. Bu durum ölçek maddelerinin homojen olduğunu göstermektedir.

Tablo 4 Algılanan Damgalanma Ölçeği Güvenirlik Analizi

Madde Numarası	Madde- Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarılması Halinde Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha
	,731	,846	,870
	,617	,855	
	,713	,847	
	,646	,853	
	-,084	,902	
	,319	,879	
	,748	,844	
	,724	,846	
	,702	,849	
	,815	,840	
.			

Gözlerden Zihin Okuma Testi için yapılan güvenirlik analizinde Cronach's Alpha iç tutarlılık katsayısı ,746 olarak bulunmuştur. Değer ölçeğin iç tutarlılığı olduğunu gösterirken çıkarılan maddeler olması halinde Cronbach's Alpha katsayısının arttığı görülmüştür. Bununla birlikte, çıkan değer ,70'ten büyük olması nedeniyle analizde madde çıkarılmamıştır.

Tablo 5 Gözlerden Zihin Okuma Testi Güvenirlik Analizi

Madde Numarası	Madde- Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarılması Halinde Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha
	,051	,754	,746
	,198	,742	
	,363	,732	
	,264	,740	
	,233	,741	
	,219	,742	
	,404	,733	
	,466	,728	
	,113	,748	
.	,157	,746	
.	,365	,733	
.	,231	,741	
.	,157	,746	
.	,539	,721	
.	,258	,739	
.	,493	,729	
.	,294	,737	
.	,453	,727	
.	-,004	,757	
.	,394	,735	
.	,375	,733	
.	,182	,744	
.	,596	,723	
.	,211	,743	
.	,035	,754	
.	,225	,741	
.	,219	,742	
.	,453	,727	

Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği- Yenilenmiş Formu (ÇSAÖ-YF)'nin Cronbach's Alpha katsayısı ,920 olarak bulunmuştur. Bu değer ölçeğin iç tutarlılığının olduğunu göstermektedir. Ölçekten madde çıkarılması halinde Cronbach's Alpha değerinin düştüğü gözlemlenmektedir. Bu nedenle ölçek maddeleri homojen bir yapıdadır.

Tablo 6 Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği (ÇSAÖ-YF) Güvenirlik Analizi

Madde Numarası	Madde- Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarılması Halinde Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha
	,536	,917	,920
	,328	,922	
	,536	,917	
	,653	,914	
	,509	,918,	
	,603	,916	
	,599	,916	
	,699	,913	
	,749	,912	
.	,705	,913	
.	,633	,915	
.	,636	,915	
.	,653	,914	
.	,607	,916	
.	,439	,919	
.	,783	,911	
.	,587	,916	
.	,566	,916	

Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)'nin güvenilirlik analizi yapıldığında, Cronbach's Alpha iç tutarlılık katsayısı ,933 olarak bulunmuştur. İç tutarlılığı oldukça yüksek olan bu ölçekte çıkarılan maddeler olması halinde Cronbach's Alpha değeri oldukça az değişmekte olduğu görülmektedir.

Tablo 7 Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği Güvenirlik Analizi

Madde Numarası	Madde- Toplam Korelasyonu	Madde Çıkarılması Halinde Cronbach's Alpha	Cronbacsh's Alpha
	,599	,930	,933
	,572	,931	
	,236	,934	
	,367	,933	
	,437	,932	
	,583	,931	
	,482	,931	
	,301	,933	
	,367	,932	
.	,375	,932	
.	,472	,931	
.	,594	,930	
.	,386	,932	
.	,514	,931	
.	,449	,932	
.	,555	,931	
.	,467	,932	
.	,634	,930	
.	,553	,931	
.	,582	,930	
.	,460	,932	
.	,432	,932	
.	,624	,930	
.	,670	,930	
.	,438	,932	
.	,336	,933	
.	,610	,930	
.	,642	,930	
.	,373	,932	
.	,565	,931	
.	,506	,931	
.	,433	,932	
.	,437	,932	
.	,576	,931	
.	,527	,931	
.	,489	,931	
.	,602	,930	
.	,599	,930	
.	,561	,931	
.	,399	,932	
.	,313	,933	

4.4. Ölçeklerin Normallik Dağılımlarına İlişkin Bulgular

Yapılan araştırmada kullanılan ölçeklerin normallik dağılımları Shapiro-Wilk Testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Algılanan Damgalanma ölçeğinin nöbet tiplerine göre normallik dağılımlarına bakıldığında, jeneralize, fokal ve absans nöbet gruplarında normal dağılımın olmadığı görülmüştür ($p<,005$)

Gözlerden zihin okuma testi için jeneralize grupta ve absans grupta normal dağılım görülmemiştir ($p<,005$). Bununla birlikte ölçek fokal grupta normal dağılıma sahiptir ($p>0,05$).

Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) için jeneralize nöbet grubu normal dağılım göstermemektedir ($p<,005$). Bununla birlikte, fokal nöbet grubu ve absans nöbet grubu normal dağılım gözlemlenmektedir ($P>0,05$).

Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği Yenilenmiş Formu (ÇSAÖ-YF)'nin normallik dağılımına bakıldığında, jeneralize grupta ve absans grupta normal dağılım göstermektedir ($p>0,05$). Fokal gruptaysa normal dağılım göstermemektedir ($p<,005$).

Tablo 8 Ölçeklerin Normallik Dağılımları Bulguları

Ölçek	Nöbet Tipi	Shapiro- Wilk			Skewness		Kurtosis	
		W	Df.	P	İstatistik	Std. Error	İstatistik	Standart Hata
Algılanan Damgalanma	Jeneralize	,895	39	,002	,641	,378	-,929	,741
	Fokal	,896	30	,007	1,049	,427	,466	,833
	Absans	,854	12	,041	1,517	,637	2,459	1,232
Gözlerden Zihin Okuma Testi	Jeneralize	,886	39	,001	-1,502	,378	3,492	,741
	Fokal	,971	30	,566	-,371	,427	-,174	,833
	Absans	,750	12	,003	-1,716	,637	2,010	1,232
Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği	Jeneralize	,931	39	,020	,993	,378	,824	,741
	Fokal	,960	30	,311	-,090	,427	-,790	,833
	Absans	,939	12	,484	,891	,637	,427	1,232
Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği	Jeneralize	,956	39	,133	,541	,378	-,414	,741
	Fokal	,926	30	,039	,383	,427	-1,122	,833
	Absans	,976	19	,964	,078	,637	-,366	1,232

4.5. Katılımcıların Ölçek Puanlarına İlişkin Bulgular

Epilepsi nöbet tiplerine göre algılanan damgalanma puanlarının minimum, maximum, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4. 9'da sunulmuştur. Nöbet tiplerine göre algılanan damgalanma puanlarına bakıldığında üç nöbet tipinde de alınan en düşük puanın 10 olduğu görülmektedir. Jeneralize nöbet deneyimleyen katılımcılarda en yüksek puan 45, fokal nöbet deneyimlerde 38 ve absans nöbet deneyimleyen katılımcılarda 49 olarak ölçülmüştür. Ortalama açısından bakıldığında jeneralize nöbet tipine sahip katılımcıların ortalama algılanan damgalanma puanı 23,71 (SS=10,84), fokal nöbet tipine sahip katılımcıların 19,53 (SS=7,62) ve absans nöbet tipine sahip katılımcıların 21 (SS=11,34)'dir. Genel ortalamasının 21, 76 (SS=9,92) olduğu görülmüştür.

Tablo 9 Katılımcıların Algılanan Damgalanma Ölçeği Bulguları

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Jeneralize Nöbet	39	10	45	23,71	10,84
Fokal Nöbet	30	10	38	19,53	7,62
Absans Nöbet	12	10	49	21,00	11,34
Toplam	81	10	49	21,76	9,92

Nöbet tiplerine göre Gözlerden Zihin Okuma Testi verilerine bakıldığında, jeneralize nöbet geçiren katılımcıların test puanlarında en düşük 4, en yüksek 25 puan aldığı ve bu nöbet tipine sahip katılımcıların ortalama zihin kuramı puanının 18,58 (SS=4,23) olduğu görülmektedir. Fokal nöbet deneyimleyen katılımcıların en düşük 13, en yüksek 26 puan aldıkları ve ortalama olarak 19,9 (SS=3,29) puanla testi tamamladıkları gözlemlenmektedir. Absans nöbet deneyimleyen katılımcılar en düşük 4, en fazla 25 puan almışlardır. Ortalama olarak bakıldığında bu nöbet tipine sahip katılımcıların ortalama zihin kuramı puanlarının 18,83 (SS=6,54) olduğu görülmektedir. Genel olarak en düşük zihin kuramı puanı jeneralize ve absans nöbetler deneyimleyen katılımcılara aittir. En yüksek puanıysa fokal nöbet tipine sahip katılımcıya aittir. Ortalama değere bakıldığında katılımcı grubunun ortalama zihin kuramı puanı 19,1 (SS=4,32) olarak ölçülmüştür.

Tablo 10 Nöbet Tiplerine Göre Gözlerden Zihin Okuma Testi Bulguları

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Jeneralize Nöbet	39	4	25	18,58	4,23
Fokal Nöbet	30	13	26	19,90	3,29
Absans Nöbet	12	4	25	18,83	6,54
Toplam	81	4	26	19,11	4,32

Epilepsi nöbet tiplerine göre sosyal anksiyete puanlarının minimum, maximum, ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 4. 'de sunulmuştur. Jeneralize nöbet deneyimlen katılımcıların ölçekten aldığı en yüksek puan 18, en yüksek puan 80'dir. Bu nöbet tipini deneyimleyen katılımcıların ortalama ÇSAÖ-YF değeri 41,51 (SS=16,40) olarak ölçülmüştür. Fokal nöbetlerde alınan en düşük puan 19 ve en yüksek puan 76'yken ortalama puan 42,46 (SS=18,25)'tir. Absans nöbet deneyimleyen kişilerdeyse en düşük puan olarak 18, en yüksek puan 64 ve ortalama olarak ölçekten alınan puan 39,25 (SS=13,35) olarak ölçülmüştür. Genel olarak bakıldığında katılımcıların ölçekten aldığı en düşük puan 18, en yüksek puansa 80'dir. Genel ortalama 41,53 (16,56)'tır. Bu verilere göre en düşük puan alan katılımcılar jeneralize ve absans nöbet deneyimlemektedirler. En yüksek ÇSAÖ-YF puanıysa jeneralize nöbete sahip katılımcıda görülmüştür. Fokal nöbet tipine sahip katılımcıların ortalama ÇSAÖ-YF puanının diğer nöbet tiplerine göre daha yüksek olduğu görülmektedir.

Tablo 11 Nöbet Tiplerine Göre Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği- Yenilenmiş Formu (ÇSAÖ-YF) Bulguları

	N	Minimum	Maximum	Ortalama	Standart Sapma
Jeneralize Nöbet	39	18	80	41,51	16,40
Fokal Nöbet	30	19	76	42,46	18,25
Absans Nöbet	12	18	64	39,25	13,35
Toplam	81	18	80	41,53	16,56

Katılımcıların nöbet tiplerine göre Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) puanlarına bakıldığında, genel ortalamanın 27,49 (SS=16,02) olduğu görülmektedir. Bu ölçekte alınan en düşük puan 0 en yüksek puansa jeneralize nöbete sahip katılımcının aldığı 73'tür. Fokal nöbetlerde toplam ÇATÖ puanı jeneralize ve absans nöbetlere göre daha düşük gözlemlenmiştir. Nöbet tipleri özelinde ortalamalara bakıldığında, jeneralize nöbet tipine sahip katılımcıların ortalama ÇATÖ puanı 27,07 (SS=15,90), fokal nöbete sahip katılımcıların 27,93 (SS=14,80) ve absans nöbete sahip katılımcıların 27,75 (SS=20,36) olduğu görülmektedir.

Alt ölçeklere bakıldığında, ilk alt ölçek olan panik somatik belirtiler alt ölçeğinde en yüksek puanı absans nöbet tipine sahip katılımcı 23 puan olarak almıştır. Bununla birlikte jeneralize, fokal, absans ve genel ortalama sırasıyla 7,28 (SS=5,93), 6,73 (SS=6,73), 7,08 (SS=7,85) ve 7,04 (SS=5,99) olarak ölçülmüş ve bu alt ölçekte katılımcıların puan ortalamalarının birbirine yakın olduğu görülmüştür.

Yaygın Anksiyete alt ölçeğine bakıldığında, en yüksek puan 18'dir ve jeneralize nöbet tipine sahip katılımcıya aittir. Ortalamalara bakıldığında, jeneralize nöbete sahip katılımcılarda 6,38 (SS=5,00), fokal nöbete sahip katılımcılarda 6,53 (SS=4,73), absans nöbete sahip katılımcılarda 5,50 (SS=4,01) ve genel olarak bakıldığında 6,30 (SS=4,72) olarak ölçüldüğü görülmüştür.

Ayrılık anksiyetesi alt ölçeğinde alınan en yüksek puan 15'tir. Jeneralize nöbeti olan katılımcılar bu alt ölçekten ortalama 5,28 (SS=3,75), fokal nöbeti olanlar 5,90 (SS=3,86) ve absans nöbeti olanlar 6,83 (SS=5,35) puan almışlardır. Genel ortalamanın 5,74 (SS=4,04) olduğu görülmektedir. Absans nöbete sahip katılımcıların bu alt ölçekteki ortalama puanları diğer nöbet tiplerine sahip katılımcılardan daha yüksek olarak ölçüldüğü görülmüştür.

Sosyal Anksiyete alt ölçeğinde jeneralize, fokal ve absans nöbete sahip kişilerin aldığı en yüksek puanın aynı olduğu görülmektedir. Ortalama olarak bakıldığında, jeneralize nöbette 6,35 (SS=3,24), fokal nöbette 6,56 (SS=4,11), absans nöbette 6,50 (SS=4,52) ve genel ortalama 6,45 (SS=3,73) olarak ölçülmüş ve birbirine yakın değerlerde olduğu görülmüştür.

Okul fobisi alt ölçeğinde bakıldığında, bu ölçekte alınan en yüksek puan fokal nöbet tipine sahip katılımcının almış olduğu 8 puandır. Jeneralize ve absans nöbetlerde en yüksek puanlar 7 olarak ölçülmüştür. Genel ortalama 1,93 (SS= 196)'yken jeneralize

nöbet tipine sahip katılımcıların ortalama okul fobisi alt ölçek puanı 1,76 (SS=1,82), fokal nöbete sahip kişilerin 2,20 (SS=2,10) ve jeneralize nöbete sahip kişilerin 1,83 (SS=2,12) olduğu görülmüştür.

Tablo 12 Katılımcıların Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

Bulguları

		Jeneralize	Fokal	Absans	Toplam
Panik Somatik Belirti	N	39	30	12	81
	Min.	0	0	0	0
	Max.	21	21	23	23
	Ort.	7,28	6,73	7,08	7,04
	S.S.	5,93	5,41	7,85	5,99
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	N	39	30	12	81
	Min.	0	0	0	0
	Max.	18	16	14	18
	Ort.	6,38	6,53	5,50	6,30
	S.S.	5,00	4,73	4,01	4,72
Ayrılık Anksiyetesi	N	39	30	12	81
	Min.	0	0	0	0
	Max.	15	12	15	15
	Ort.	5,28	5,90	6,83	5,74
	S.S.	3,75	3,86	5,35	4,04
Sosyal Anksiyete	N	39	30	12	81
	Min.	0	0	0	0
	Max.	14	14	14	14
	Ort.	6,35	6,56	6,50	6,45
	S.S.	3,24	4,11	4,52	3,73
Okul Fobisi	N	39	30	12	81
	Min.	0	0	0	0
	Max.	7	8	7	8
	Ort.	1,76	2,20	1,83	1,93
	S.S.	1,82	2,10	2,12	1,96
Toplam ÇATÖ	N	39	30	12	81
	Min.	0	0	0	0
	Max.	73	51	71	73
	Ort.	27,07	27,93	27,75	27,49
	S.S.	15,90	14,80	20,36	16,02

4.6. Farklı Nöbet Tiplerinin Algılanan Damgalanma, Zihin Kuramı ve Sosyal Anksiyete Düzeylerine İlişkin Bulgular

Pediyatrik epilepsi hastalarının Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği, Algılanan Damgalanma Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma Testi ve Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama

Ölçeği (ÇATÖ) değişkenleri üzerinde nöbet tiplerindeki farklılıkların nasıl bir etki oluşturduğunu ölçmek amacıyla istatistiksel analiz yapılmıştır. Değişkenler arasında normal bir dağılım olmaması nedeniyle Kruskal Wallis- H Testi yapılmıştır.

Nöbet tiplerine göre algılanan damgalanma puanlarının gruplar arasındaki farkların anlamlılık düzeylerini belirlemek için yapılan Kruskal Wallis- H testinde jeneralize, fokal ve absans nöbet tipleri sıralamalar ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2=2,224$; SS=9,92) ($p>,005$).

Tablo 13 Nöbet Tipinin Algılanan Damgalanma Üzerinde Etkisine İlişkin Bulgular

Algılanan	Gruplar	N	x	χ^2	sd	p
Damgalama	Jeneralize	39	45,04	2,224	9,92	,329
	Fokal	30	37,17			
	Absans	12	37,46			
	Toplam	81				

Gözlerden Zihin Okuma Testi'nde nöbet tiplerine göre gruplar arası anlamlılık düzeylerini belirlemede yapılan analiz sonucu jeneralize, fokal ve absans nöbet tipleri sıralamalar ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2=2,235$; SS=4, 32) ($p>,005$).

Tablo 14 Nöbet Tipinin Zihin Kuramı Üzerinde Etkisine İlişkin Bulgular

Gözlerden	Gruplar	N	x	χ^2	sd	p
Zihin Okuma Testi	Jeneralize	39	37,09	2,235	4,32	,327
	Fokal	30	43,78			
	Absans	12	46,75			
	Toplam	81				

Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeğinin sıralamalar ortalamalarının nöbet tiplerine göre gruplar arasındaki farkların anlamlılık düzeylerini belirlemek için yapılan Kruskal Wallis- H testi sonucunda nöbet tiplerinin sıralamalar ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır ($\chi^2=,124$; SS:16,56) ($p>,005$).

Tablo 15 Nöbet Tiplerinin Sosyal Anksiyete Üzerine Etkisine İlişkin Bulgular

Sosyal	Gruplar	N	x	χ^2	sd	p
Anksiyete	Jeneralize	39	41,13	,124	16,56	,940
	Fokal	30	41,68			
	Absans	12	38,88			
	Toplam	81				

Yapılan diğer Kruskal Wallis- H testinde Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)'nin sıralamalar ortalamalarının gruplar arası anlamlılık düzeylerini belirlemek için yapılan analizde nöbet tiplerinin sıralamalar ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır ($\chi^2=,470$; $SS=16,02$) ($p>,005$).

Tablo 16 Nöbet Tipinin Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) Üzerinde Etkisine İlişkin Bulgular

Çocukluk	Gruplar	N	x	χ^2	sd	p
Çağı	Jeneralize	39	36,69	,470	16,02	,790
Anksiyete	Fokal	30	43,33			
Tarama	Absans	12	39,42			
Ölçeği	Toplam	81				
(ÇATÖ)						

4.7. Farklı Nöbet Tipleri Deneyimleyen Pediatrik Epilepsi Hastalarında Değişkenler Arası Korelasyon Analizleri

4.7.1. Ölçek Puanları ve Sosyodemografik Veriler Arası Korelasyon Analizleri

Yapılan Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği, Algılanan Damgalama Ölçeği, Gözlerden Zihin Okuma Testi ve Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) ve katılımcıların sosyodemografik bilgileri arasındaki ilişkiyi belirlemek için korelasyon analizi yapılmıştır. Gruplar arası normal dağılım olmaması nedeniyle Spearman Korelasyon Analizi tercih edilmiştir.

Algılanan Damgalanma ve sosyodemografik verilerin ilişkisine bakıldığında, yaş ($r=,126$), kardeş sayısı ($r=,002$), anne yaşı ($r=-,104$), baba yaşı ($r=,002$), anne eğitim durumu ($r=-,174$) ve babanın eğitim durumu ($r=,210$) arasında korelasyon yoktur ($p>,005$). Ailenin sosyoekonomik durumu arasında negatif yönlü bir korelasyon vardır ($r=-,295$; $p<,05$).

Tablo 17 Algılanan Damgalanma ve Sosyodemografik Değişkenler Korelasyon Analizi

Algılanan Damgalanma			
Değişken	N	r	p
Yaş	81	,126	,263
Kardeş Sayısı	81	,002	,843
Ailenin Sosyoekonomik Durumu	81	-,295	,007
Anne Yaşı	81	-,104	,354
Babanın Yaşı	81	,002	,985
Annenin Eğitim Durumu	81	-,174	,120
Babanın Eğitim Durumu	81	-,210	,060

Gözlerden Zihin Okuma Testi'nin korelasyon analizindeyse yaş ($r=,132$), kardeş sayısı ($r=-,003$), ailenin sosyoekonomik durumu ($r=,015$), anne yaşı ($r=,085$) ve baba yaşının ($r=,002$) zihin kuramı puanlarıyla ilişkisi olmadığı görülürken ($p>,05$) annenin ($r=,320$) ve babanın ($r=,251$) eğitim düzeylerinin zihin kuramı puanlarıyla pozitif yönde bir ilişkisi olduğu görülmüştür ($p<,05$).

Tablo 18 Gözlerden Zihin Okuma Testi ve Sosyodemografik Değişkenler Korelasyon Analizi

Gözlerden Zihin Okuma Testi			
Değişken	N	r	p
Yaş	81	,132	,240
Kardeş Sayısı	81	-,003	,976
Ailenin Sosyoekonomik Durumu	81	-,015	,893
Anne Yaşı	81	,085	,453
Babanın Yaşı	81	,002	,989
Annenin Eğitim Durumu	81	,320	,004
Babanın Eğitim Durumu	81	,251	,024

Sosyal anksiyete ve sosyodemografik değişkenler arası ilişkiye bakmak için, ÇSAÖ ve yaş, kardeş sayısı, ailenin sosyoekonomik düzeyi, anne yaşı, baba yaşı, anne eğitim durumu, baba eğitim durumu değişkenleri arasındaki korelasyona bakılmıştır. Analiz sonucunda yaş, kardeş sayısı, ailenin sosyoekonomik durumu, annenin yaşı,

babanın yaşı ve annenin eğitim durumu arasında ilişki bulunamamıştır ($p>,05$). Bununla birlikte babanın eğitim durumuyla sosyal anksiyete puanı arasında negatif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür ($r=-,240$; $p>,05$).

Tablo 19 Çocuklar İçin Sosyal Anksiyete Ölçeği ve Sosyodemografik Değişkenler Korelasyon Analizi

Sosyal Anksiyete Bozukluğu			
Değişken	N	r	p
Yaş	81	-,113	,313
Kardeş Sayısı	81	,097	,390
Ailenin Sosyoekonomik Durumu	81	-,149	,185
Anne Yaşı	81	-,060	,595
Babanın Yaşı	81	-,078	,491
Annenin Eğitim Durumu	81	-,117	,298
Babanın Eğitim Durumu	81	-,240	,031

ÇATÖ ve sosyodemografik veriler arasında ilişki yoktur ($p>,05$).

Tablo 20 Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği ve Sosyodemografik Değişkenler Korelasyon Analizi

Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)			
Değişken	N	r	p
Yaş	81	,055	,625
Kardeş Sayısı	81	,091	,417
Ailenin Sosyoekonomik Durumu	81	-,120	,285
Anne Yaşı	81	,100	,375
Babanın Yaşı	81	,151	,179
Annenin Eğitim Durumu	81	,017	,880
Babanın Eğitim Durumu	81	-,086	,446

4.7.2. Ölçek Puanları ve Epilepsi Değişkenleri Arası Korelasyon Analizi

Yapılan ölçekler ve epilepsiyle ilgili verilerin arasındaki ilişki incelenmiştir. Yapılan Spearman korelasyon analizine göre algılanan damgalanma ve en son nöbet geçirme zamanı arasında negatif yönlü bir ilişki ($r=-,301$), nöbet sıklığıyla pozitif

yönlü bir ilişki ($r=,254$) olduğu görülmüştür ($p<,05$). Tanı süresinin algılanan damgalanmayla ilişkisi bulunmamaktadır ($r=,078$; $p>,05$).

Tablo 21 Algılanan Damgalanma Düzeyi ve Nöbet Değişkenleri Arası Korelasyon Analizi Bulguları

Algılanan Damgalanma			
Değişken	N	r	p
En Son Nöbet	81	-,301	,006
Nöbet Sıklığı	81	,254	,022
Tanı Süresi	81	,078	,487

Gözlerden zihin okuma testi cevaplarına göre zihin kuramı ve nöbet değişkenleri arasında korelasyon bulunmamaktadır ($p>,05$).

Tablo 22 Zihin Kuramı Düzeyi ve Nöbet Değişkenleri Arası Korelasyon Analizi Bulguları

Gözlerden Zihin Okuma Testi			
Değişken	N	R	p
En Son Nöbet	81	-,056	,619
Nöbet Sıklığı	81	,017	,879
Tanı Süresi	81	-,150	,180

Yapılan Spearman korelasyon analizine göre sosyal anksiyete ve en son nöbet zamanı ($r=-,130$), nöbet sıklığı ($r=,110$), tanı süresi ($r=-,008$) değişkenleri arasında ilişki bulunmamıştır ($p>,05$).

Tablo 23 Sosyal Anksiyete Düzeyi ve Nöbet Değişkenleri Arası Korelasyon Analizi Bulguları

Sosyal Anksiyete			
Değişken	N	r	p
En Son Nöbet	81	-,130	,248
Nöbet Sıklığı	81	,110	,330
Tanı Süresi	81	-,008	,946

ÇATÖ ve en son nöbet zamanı, nöbet sıklığı ve tanı süresi değişkenleri arasında ilişki bulunmamaktadır ($p>,05$).

Tablo 24 Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) ve Nöbet Değişkenleri Arası Korelasyon Analizi Bulguları

Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)			
Değişken	N	R	p
En Son Nöbet	81	-,099	,380
Nöbet Sıklığı	81	,200	,074
Tanı Süresi	81	-,054	,632

4.7.3. Ölçekler Arası Korelasyon Analizi

Araştırmada kullanılan ölçekler arasındaki ilişkiyi belirlemek için Spearman korelasyon analizi yapılmıştır. Bu analize göre, Çocuklar için Anksiyete Ölçeğinin ölçtüğü sosyal anksiyete düzeyi ve algılanan damgalanma düzeyi arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır ($r=,398$; $p<,05$). Aynı zamanda ÇSAÖ-YF ve ÇATÖ arasında da pozitif yönlü ilişki olduğu görülmüştür ($r=,685$; $p<,05$). Bununla birlikte, sosyal anksiyete düzeyi ve Gözlerden Zihin Okuma testinin ölçtüğü zihin kuramı düzeyi arasında bir ilişki görülmemiştir ($r=-,119$; $p>,05$).

Algılanan damgalanma ölçeğinin diğer ölçeklerle korelasyon analizine bakıldığında, GZOT-ÇF'yle aralarında bir ilişki yokken ($r=-,183$; $p>,05$) ÇATÖ'yle arasında pozitif yönlü bir korelasyon olduğu görülmüştür ($r=,377$; $p<,05$).

Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) puanları ve GZOT-ÇF puanları arasında da bir ilişki bulunamamıştır ($r=-,090$; $p>,05$).

Tablo 25 Ölçekler Arası Korelasyon Analizi

	Sosyal Anksiyete			Algılanan Damgalanma		GZOT-ÇF		ÇATÖ	
	N	r	p	r	p	r	p	r	p
Sosyal Anksiyete	81	1,00	.	,398	,000	-,119	,000	,685	,000
Algılanan Damgalanma	81	,398	,000	1,00	.	-,183	,102	,377	,001
GZOT-ÇF	81	-,119	,290	-	,102	1,00	.	-	,425
ÇATÖ	81	,685	,000	,377	,001	-,090	,425	1,00	.

4.8. Değişkenler Arası Çoklu Regresyon Analizi

Farklı nöbet tipleri deneyimleyen pediatrik epilepsi hastalarında algılanan damgalanma ve zihin kuramı düzeyinin sosyal anksiyete üzerine etkisini belirlemek çoklu

regresyon analizi yapılmıştır. Nöbet tipi, algılanan damgalanma ve zihin kuramı bağımsız değişkenlerinin sosyal anksiyete üzerine etkisine yönelik oluşturulan regresyon modelinin istatistiksel olarak anlamlı olduğu görülmektedir ($F=6,362$; $p<0,005$). Bağımsız değişkenlerin regresyon katsayılarına bakıldığında, algılanan damgalanma ve nöbet tipi değişkenlerinin sosyal anksiyete değişkeninde arttırıcı yönde bir etkiye sahip olduğu, zihin kuramı puanındaki artışın azaltıcı yönde bir etkisi olduğu görülmüştür.

Tablo 26 Değişkenlerin Sosyal Anksiyete Düzeyi Üzerinde Etkisine Çoklu Regresyon Analizi Bulguları

	B	t	p	F	p
Sabit	40,941	4,283	,000	6,362	,001
Algılanan Damgalanma	,650	-2,036	,045		
Zihin Kuramı	-,797	3,772	,000		
Nöbet Tipi	1,009	,427	,671		

Tablo 27 Regresyon Modeli Özet İstatistikleri

Modelin Özet İstatistikleri
F= 6,362
R ² =,199
Düzeltilmiş R ² =,167
Kestirilen Standart Hata= 15,11
Durbin- Watson= 1,959
p=,001

5. TARTIŞMA

Bu tez çalışmasında jeneralize, fokal ve absans olmak üzere üç grup olarak belirlenen farklı nöbet tipleri deneyimleyen pediatrik epilepsi hastalarında algılanan damgalanma ve zihin kuramı düzeyinin sosyal anksiyete üzerine etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır. Bu amaç doğrultusunda, ilk aşama olarak nöbet tiplerinin algılanan damgalanma, zihin kuramı ve sosyal anksiyete üzerinde etkilerine bakılmış sonrasında araştırmanın ana amacına uygun olarak nöbet tipleri, algılanan damgalan ve zihin kuramı değişkenlerinin sosyal anksiyete değişkeni üzerindeki etkisi incelenmiştir. Bunun yanında sosyodemografik özelliklerin algılanan damgalanma, zihin kuramı ve sosyal anksiyeteyle ilişkisi de incelenmiştir. Araştırmada elde edilen bulgular, epilepsi nöbetlerinin psikolojik yönlerine odaklanmak adına algılanan damgalanma, zihin kuramı ve sosyal anksiyeteyle ilgili literatür bilgileriyle desteklenmiştir.

Epilepsi Dünya’da 50 milyon kişiyi etkileyen, özellikle çocuklukta görülen nörolojik bir hastalıktır. Nöbetlerin birincil semptom olduğu bu hastalıkta, nöbetler kişiyi fiziksel ve ruhsal olarak etkileyebilmektedir. Hastalığın psikolojik yönüne bakıldığında, epilepsi hastası olan çocuk ve yetişkinlerde farklı psikolojik problemlerin olduğu görülmektedir. Çocuklarda daha çok depresyon, DEHB, otizm, OKB ve anksiyete bozukları gelişmektedir (Ekinci & Toros, 2013). Özellikle nöbetlerin fiziksel görünümü anksiyete bozuklukları içinden sosyal anksiyete bozukluğunu öne çıkarmaktadır. Nöbetlerin etkisinin yanında farklı değişkenlerde epilepsisi olan çocuk hastalarda sosyal anksiyete bozukluğunun gelişmesine neden olabilmektedir. Sosyodemografik faktörler, epilepsi değişkenleri, algılanan damgalanma ve zihin kuramı düzeyi bu nedenler arasındadır.

Sosyal anksiyete bozukluğu 10-20 yaş arasında oldukça sık görülmektedir (Stein, & Stein, 2008). Ergenlikte arkadaş çevresinin yorumlarına verilen önem, bir gruba dahil olma isteği ve sosyal kabulün önemi bu yaş aralığında daha fazla görülmesini açıklar niteliktedir. Epilepsi hastalarında sosyal anksiyete ve yaş ilişkisine bakıldığında, çocuk ve ergen yaş grubunda yetişkinlere daha fazla olduğu görülmektedir (Wei, vd., 2021). Bununla birlikte araştırmada yer alan geç çocukluk- erken ergenlik (10-14), orta ergenlik (15-17) ve geç ergenlik (18-21) olarak sınıflandırılan ergen yaş grupları arasında yaş ve sosyal anksiyete arasında bir ilişki yoktur ($r=,097$; $p>,05$). Bunun yanında, kardeş sayısı, anne yaşı, baba yaşı, anne ve babanın eğitim düzeyi gibi faktörler sosyal anksiyete bozukluğuna neden olabilmektedir. Özellikle araştırma bulgularında da karşılaşılan bir

durum olan babanın eğitim düzeyinin çocuğun sosyal anksiyetesine negatif yönde bir etkisinin olması önemli faktörler arasındadır. Bu durumun literatürdeki karşılığına bakıldığında babanın eğitim durumunun çocuğa yaklaşım stilini etkileyebildiği, aynı zamanda eğitimin kaygılı durumlarla baş etme becerilerini etkilemesiyle babanın rehberliğinde çocuğun bu baş etme becerilerini benimsemesine neden olabildiği görülmektedir (Bögels, & Perotti, 2011).

Sosyal anksiyete bozukluğuna sosyodemografik faktörlerin yanında epilepsiyle ilgili faktörlerin de etkisi vardır. Epilepsi tanı süresinin, nöbet şiddeti ve süresinin ve son geçirilen nöbet gibi değişkenlerin epilepsisi olan çocuklarda sosyal anksiyete bozukluğu görülmesinde bir faktör olarak görülmektedir (Austin, Perkins, & Dunn, 2014). Bununla birlikte yapılan çalışmada bu doğrultuda bir ilişkiye rastlanmamıştır. Nöbetlerin farklı görünümünün sosyal anksiyete üzerinde etkisi üzerine literatürde salt bir çalışma bulunmasa da sosyal anksiyete düzeylerinin yüksek olduğu belirlenen epilepsi hastalarının %80,9'unun fokal nöbet geçirdiği gözlemlenen bir çalışma mevcuttur, bununla birlikte araştırma kesin olarak etkilediğine dair bir sonuca varamamıştır (Wei, vd., 2021). Yapılan çalışmada da nöbet tipine göre sosyal anksiyete düzeylerine bakıldığında her nöbet tipi grubunun ortalama puanlarının birbirine yakın olduğu görülmektedir. Sosyal ve algısal açıdan bakıldığında algılanan damgalanma ve zihin kuramı düzeyi de sosyal anksiyete bozukluğu için önemlidir. Epilepsi ve beraberinde gelen nöbetler algılanan damgalanmaya neden olabilmektedir. Epilepsi aynı zamanda zihin kuramında da bozulmalara neden olabilmekte bu da dolaylı olarak damgalanma algısını ve sosyal anksiyete bozukluğunu etkileyebilmektedir.

Epilepsisi olan çocuk hastalarda oldukça sık karşılaşılan durumlardan biri algılanan damgalanma düzeyinin fazla olmasıdır. Yaş, cinsiyet, anne yaşı, baba yaşı, anne ve babanın eğitim durumu ve ailenin sosyoekonomik durumu gibi faktörler algılanan damgalanma düzeyinde rol oynamaktadır (Şengül, & Kurudirek, 2022). Bu değişkenlere bakıldığında, yapılan bir çalışmada yaşla algılanan damgalanma arasında bir ilişki bulunamamıştır (Mao vd., 2022). Bununla birlikte, literatürde çocuk ve ergen yaş grubunda damgalanma algısının daha fazla olduğuna dair araştırmalar vardır. Özellikle 9-14 yaş grubunda daha fazla damgalanma algısı olduğu gözlemlenmiştir (Austin, Perkins, & Dunn, 2014). Algılanan damgalanma üzerinde etkisi olan faktörlerden biri de ailenin sosyoekonomik durumudur. İki değişken arasında olan ilişkiye bakıldığında, algılanan damgalanma ve ailenin sosyoekonomik durumu arasında negatif yönde bir korelasyon

olduğu görülmüştür ($r=-,295$; $p<,05$). Bu duruma göre ailenin sosyoekonomik durumu arttıkça algılanan damgalanma azalmaktadır. Literatürde yapılan araştırmalarda da sosyoekonomik durumun düşük olması algılanan damgalanma için bir risk faktörü olduğu görülmüştür (Malik vd., 2022; Şengül, & Kurudirek, 2022). Özellikle gelir düzeyi düşük ailelerle yapılan çalışmalar bu durumu destekler niteliktedir.

Algılanan damgalanmayla ilgili yapılan araştırmalara bakıldığında epilepsi ön plana çıkan hastalıklar arasındadır. Nöbetlerin şiddeti, sıklığı, en son nöbet geçirme zamanı ve tanı geçirme süresi gibi değişkenler damgalanma algısını etkilemektedir (Austin, Perkins, & Dunn, 2014). Nöbet tiplerine göre algılanan damgalanma ölçek puanlarının birbirine yakın olması, damgalanma algısının nöbet tipinden ziyade nöbet şiddeti ve sıklığından etkiletildiğini göstermektedir. Yapılan çalışmada nöbet sıklığıyla algılanan damgalanma arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu, nöbet şiddeti arttıkça damgalanma algısının da arttığı görülmüştür ($r=,254$; $p<,05$). Bunun yanında en son nöbet geçirilen tarihin uzun bir süre önce olması damgalanma algısını azaltmaktadır ($r=-,301$; $p<,05$). Tanı süresi açısından bakıldığında uzun süredir tanıya sahip olan hastalarda algılanan damgalanmanın daha fazla olduğuna dair araştırmalar olsa da (Mao vd., 2022; Lee, & Korean QoL in Epilepsy Study Group, 2021), yapılan bu araştırma da böyle bir bulguya rastlanmamıştır. Türk toplumunda yapılan bir başka çalışmada da tanı süresiyle algılanan damgalanma arasında bir ilişki bulunamamıştır (Aydemir, Kaya, Yıldız, Öztura, & Baklan, 2016).

Zihin kuramı kişinin karşısındaki kişinin hareketlerini referans almasıyla zihinsel süreçleri hakkında tahminde bulunması durumu olarak tanımlanmakta ve sosyal yaşamda önemli bir yer tutmaktadır. Zihin kuramı gelişimi küçük yaşlarda başlar ve bu yaşlarda anne babanın çocukla etkileşimi, çocuğun beyin gelişimi ve sosyodemografik faktörler gelişimi etkileyebilmektedir. Zihin kuramı düzeyiyle sosyodemografik değişkenlerin ilişkisine bakıldığında anne ve babanın eğitim düzeyi arttıkça zihin kuramı düzeyinde de artış olduğu görülmüştür ($p<,05$). Anne ve babanın eğitim düzeyinin zihin kuramını etkilediği birçok araştırmada görülmüştür. Ebeveynlerin eğitim düzeyinin yüksek olması çocuklara yaklaşımlarını, ebeveynlik stillerini, duygu ve düşüncelerini ifade etme gibi bilişsel becerileri etkileyebildiği görülmektedir (Arranz, Artamendi, Olabarrieta, & Martín, 2002).

Nöbetlerin beynin belirli noktalarında meydana gelmesi de zihin kuramını etkileyebilmektedir. Beynin medial prefrontal korteks, orbitofrontal korteks, anterior

temporal lob gibi alanları zihin kuramı için önemli bölgelerdir. Özellikle fokal nöbetlerin bu bölgeleri etkilemesi zihin kuramında bozulmalara neden olabilmektedir (Noble, Robinson, & Marson, 2016). Jeneralize nöbetlerin tek bir noktadan ziyade beynin tamamını etkilemesi bu etkileri azaltmaktadır. Absans nöbetlerinde içinde bulunduğu jeneralize epilepsilerinse zihin kuramı üzerinde daha az bir etkisi olduğu görülmüştür (Watanabe, 2024). En son nöbet geçirme zamanı, nöbet sıklığı ve tanı süresinin de zihin kuramı üzerinde bir etkisinin bulunmaması (Stewart, Catroppa, & Lah, 2016) zihin kuramının daha çok anne babanın çocukla etkileşimi gibi sosyal faktörlerden etkilendiğini göstermektedir.

Sosyal anksiyete, algılanan damgalanma ve zihin kuramı birbirini etkileyebilen ve iç içe geçmiş durumlardır. Epilepsinin getirileriyle duygusal düzeyde olan değişimler ve bilişsel değişiklikler ve bozulmalar üç alanı da etkileyebilmektedir. Epilepsi hastalarında zihin kuramında görülebilen bozulmalar damgalanma algısını arttırabilmektedir. Bu doğrultuda değişkenler arası negatif bir ilişki görülmektedir ($r=-,183$; $p>,05$). Yapılan bir meta analizde zihin kuramı becerilerinin yüksek olduğu kişilerde damgalanma algısının daha düşük olduğu görülmüştür (Yang, Kim, Kim, Yeom, & Kwon, 2023). Bunun yanında yapılan çalışmada zihin kuramı ve algılanan damgalanma arasında bir ilişki görülmemiştir ($r=-,183$; $p>,05$). Bunun nedeni araştırmanın bilişsel beceri yönünden iyi olan çocuk ve ergenlerle yapılması olarak değerlendirilebilir.

Algılanan damgalanma arttıkça kişinin düşünceleri negatife dönmekte ve etrafını olumsuz olarak değerlendirebilmektedir. Bu duruma göre damgalanma algısı arttıkça sosyal anksiyete de artmaktadır ($r=,398$; $p<,05$). Yapılan araştırmalarda sosyal anksiyete belirtileri ve damgalanma algısı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür (Wei, vd., 2021; Heersink, Kocovski, MacKenzie, Denomme, & Macrodimitris, 2015). Algılanan damgalanmanın yanında zihin kuramı da sosyal anksiyeteyi etkilemektedir. Zihin kuramı kişilerin duygu ve düşüncelerini anlamada önemli bir yere sahiptir. Sosyal anksiyete bozukluğundaysa kişilerin düşünceleri yanlış yorumlanabilmektedir ve sonucunda olumsuz duygu ve düşünceler gelişebilmektedir. Bu durumda zihin kuramı ve sosyal anksiyete arasında negatif yönde bir korelasyon vardır ($r=-,119$; $p<,05$). Zihin kuramı düzeyi azaldıkça sosyal anksiyete artmaktadır. Zihin kuramında bozulmaların olması kişinin karşısındaki kişinin duygu, düşünce ve niyetlerini doğru bir şekilde okuyamamasına bu nedenle yanlış yorumlar geliştirmesine neden

olabilmektedir. Literatürde epilepsi hastalarıyla yapılan bir çalışmada fokal epilepsisi olan kişilerde sosyal durumları anlamada zorluk yaşadıkları görülmüştür (Shi vd., 2017).

Epilepsi değişkenleri, sosyodemografik faktörler, algılanan damgalanma ve zihin kuramı düzeyi sosyal anksiyete bozukluğuna neden olabilmektedir. Çalışmada farklı nöbet tiplerinin de etkisiyle algılanan damgalanma ve zihin kuramı düzeyinin sosyal anksiyete üzerine etkisi incelenmiştir. Literatürde bu üç değişkenin sosyal anksiyete üzerine etkisini inceleyen çalışma bulunmasa da algılanan damgalanma ve zihin kuramı arasında ilişki, algılanan damgalanma ve sosyal anksiyete arasındaki ilişki, zihin kuramı ve sosyal anksiyete arasındaki ilişki değişkenlerin birbirleriyle olan bağlantısını açıklar niteliktedir. Nöbet tipleri de dahil edildiğinde önceki analiz sonuçlarında nöbet tiplerinin sosyal anksiyete üzerine etkisi gözlemlenmemiş olsa da diğer değişkenlerle bir araya geldiğinde sosyal anksiyete üzerinde etkisi olduğu gözlemlenmiştir ($p<,005$).

Epilepsi kişiyi fiziksel ve psikolojik olarak etkileyen bir hastalıktır. Çocukları oldukça fazla etkileyen bu hastalıkta Depresyon ve anksiyete bozuklukları sık olarak görülmektedir. Nöbetlerin nerede ve ne zaman geleceğini bilememe gibi belirsizlikler anksiyete bozukluklarına neden olabilmektedir. Bunun yanında algılanan damgalanmayı arttıran etkenlerden olan nöbet geçirme korkusu, epilepsi hakkında yeterli ve doğru bilgiye sahip olmama ve nöbet şiddeti anksiyeteyi arttırmaktadır (Austin, Perkins, & Dunn, 2014; Austin, 1993). Nöbet şiddetinin yanında nöbet tipinin de anksiyete üzerinde etkisi görülebilmektedir. Yapılan bir çalışmada fokal nöbeti olan kişilerde daha fazla anksiyete semptomları olduğu görülmüştür (Kimiskidis vd., 2007). Fokal nöbetlerin beynin tek bir yerini etkilemesi ve burada görülen bozulmaların algılama, yorumlama gibi zihinsel süreçleri etkileyebilmesi bu durumu açıklar niteliktedir. Bunun yanında epilepside sosyal anksiyete bozukluğu diğer anksiyete bozukluklarından daha fazla ön plana çıkmaktadır. Sosyodemografik faktörler, epilepsi değişkenler, anne ve babanın çocuğa yaklaşımları, akran çevresi, algılanan damgalanma ve zihin kuramı gibi faktörler buna katkı sağlamaktadır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Epilepsi oldukça sık görülen bir nörolojik bozukluktur. Beyinde eş zamanlı elektriksel aktiviteyle meydana gelen nöbetler beyinin farklı bölgelerinde farklı etkilere neden olabilmektedir. Epilepsinin beyne yaptığı etkinin yanında psikolojik etkileri de oldukça fazladır. Daha çok çocuklarda görülen bu hastalık çocukların psikolojilerini birçok yönden etkilemektedir. Yapılan bu tez çalışmasının amacı farklı nöbet tipleri deneyimleyen pediatrik epilepsi hastalarının deneyimlerini ayrı ayrı inceleyerek algılanan damgalanma ve zihin kuramı düzeylerinin sosyal anksiyeteye etkisini incelemektir. Bu doğrultuda, uygulanan ölçeklerden elde edilen verilerin öncelikle sosyodemografik ve epilepsi verileriyle ilişkisi incelenmiştir. Ayrıca algılanan damgalanma, zihin kuramı düzeyi ve sosyal anksiyete değişkenlerini birlikte ele alan araştırma olmaması nedeniyle değişkenler arası korelasyonlar da incelenmiştir. Son olarak algılanan damgalanma ve zihin kuramı düzeyinin sosyal anksiyete etkisi nöbet tipleri de analize katılarak regresyon analiziyle incelenmiştir.

Sosyodemografik verilerle ölçek değişkenleri arasındaki ilişkilere bakıldığında yaşla hiçbir değişkenin ilişkili bulunamaması örneklem grubundaki katılımcıların hepsinin ergen yaş grubu içinde olmasıdır. Literatürde yapılan araştırmalara bakıldığında 10-18 yaş grubundaki kişiler ergen grupları içinde değerlendirilmiş ve yetişkinlerle karşılaştırmaları yapılmıştır. Algılanan damgalanma düzeyinin kardeş sayısı, anne yaşı, baba yaşı, anne ve babanın eğitim durumu gibi değişkenlerle ilişkisinin bulunmaması literatürdeki araştırma bulgularıyla tutarlı değildir. Bunun nedeni olarak katılımcıların genel olarak sosyodemografik özelliklerinin birbirine benzemesine bağlanmıştır. Bunun yanında ailenin sosyoekonomik durumuyla algılanan damgalanma arasında negatif yönlü bir ilişki olması literatürdeki araştırma bulgularıyla tutarlıdır. Bir diğer ilişki zihin kuramıyla anne ve babanın eğitim düzeyinde gözlemlenmiştir. Pozitif yönlü olan bu ilişki literatürdeki araştırmalarla tutarlı bir sonuçtur. Sosyal anksiyete açısından bakıldığında araştırmada babanın eğitim düzeyiyle sosyal anksiyete arasında literatürde de gözlemlendiği negatif bir ilişki olduğu görülmüş ve bunun dışındaki sosyodemografik verilerle araştırmaların tersine bir ilişki bulunamamıştır.

Epilepsi değişkenleri açısından ele alındığında, nöbet tiplerinin algılanan damgalanma, zihin kuramı ve sosyal anksiyete üzerinde etkisi olduğu görülmemiştir. Bu durum literatür bilgisiyle tutarlıdır. Yapılan araştırmalarda fokal nöbetlerde sosyal anksiyetenin daha fazla olduğu görülse de diğer nöbet tiplerine odaklanan araştırma

olmaması karşılaştırma yapılamamasına neden olmuştur. Nöbet tipleri arasında fark görülmesinin nedeniye özellikle absans nöbet tipine sahip katılımcıların fokal ve jeneralize nöbet geçiren katılımcı sayısından oldukça az olması ve tam bir karşılaştırma sağlanamamasına bağlanmıştır. Çünkü zihin kuramı açısından bakıldığında literatürde nöbet tiplerinin etkilerine dair bulgular bulunmaktadır. Diğer nöbet değişkenleri olan en son nöbet geçirme zamanı ve nöbet sıklığı algılanan damgalanmayla ilişkili bulunmuş ve literatür bulguları tarafından desteklenmiştir. Tanı süresinin ilişkili bulunmamasıysa literatürdeki bulgularla tutarlı görülmemiştir.

Algılanan damgalanma, zihin kuramı ve sosyal anksiyete değişkenlerinin arasındaki ilişkiler ikili olarak incelenmiştir. Bu doğrultuda algılanan damgalanma arttıkça zihin kuramı düzeyinin düştüğü gözlemlenmiş ve bu durum literatürdeki bulgularla desteklenmiştir. Algılanan damgalanma ve sosyal anksiyete ilişkisine bakıldığında, değişkenler arası pozitif yönlü bir korelasyon olması yapılan araştırmalarla örtüşmekte olduğu görülmüştür. Aynı zamanda genel anksiyete puanlarının da algılanan damgalanmayla ilişkili olduğunun görülmesi literatürdeki bulgularla tutarlıdır. Bir diğer korelasyonel ilişki zihin kuramı ve sosyal anksiyete bozukluğudur. Bu değişkenler arasında negatif bir ilişkinin olduğu görülmektedir. Zihin kuramı düzeyi azaldıkça kişinin karşıdaki kişinin zihinsel süreçlerini tahmin etme becerisi azalmakta ve yanlış yorumlamalara neden olabilmektedir. Bu nedenle de sosyal anksiyete bozukluğu geliştirme riski oluşmaktadır. Bunun yanında zihin kuramı ve genel anksiyete arasında bir ilişki bulunmamıştır ve literatüre bakıldığında araştırmaların sosyal anksiyete üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. Zihin kuramının kavramsal anlamına bakıldığında anksiyete bozukluğunu etkileyecek bir durumun olmaması bu durumu açıklar niteliktedir.

Çalışmanın bulguları analiz edilerek araştırma öncesi oluşturulan hipotezlerden (1) pediatrik epilepsi hastalarının deneyimlemiş oldukları nöbet tipinin sosyal anksiyete düzeyini belirlemektedir, (2) pediatrik epilepsi hastalarının deneyimlemiş oldukları nöbet tipi algılanan damgalanma düzeyini etkilemektedir ve (3) pediatrik epilepsi hastalarının zihin kuramı düzeylerinin algılanan damgalanma üzerinde etkisi vardır ifadeleri doğrulanmazken (4) pediatrik epilepsi hastalarının zihin kuramı düzeyi ve sosyal anksiyete arasında bir ilişki vardır, (5) pediatrik epilepsi hastalarının algılanan damgalanma ve sosyal anksiyete arasında bir ilişki vardır ve (6) farklı nöbet tipleri deneyimleyen pediatrik epilepsi hastalarının algılanan damgalanma ve zihin kuramı

düzeylerinin sosyal anksiyete üzerinde etkisi vardır ifadelerinin doğrulandığı görülmüştür.

Epilepsi psikolojik yönü oldukça fazla olan ve bu yönüyle ilgili birçok araştırma yapılan bir hastalıktır. Bu alanda yapılan çalışmalar nöroloji literatürünün yanında psikoloji literatürü içinde önemli bir yer tutmaktadır. Yapılan bu araştırmayla nöbet tiplerinin etkileri ayrı ayrı incelenmiştir. Nöbetlerin direk bir etkisinin olduğu görülmesine de değişkenler arası ilişkiler ve algılanan damgalanma, zihin kuramı ve sosyal anksiyetenin birlikte ele alınması bakımından bu tez özgün bir çalışma sunmaktadır. Çalışma sonucu elde edilen bulguların literatüre katkı sağlayacağı ve özellikle epilepsi hastası olan çocuklar için geliştirilebilecek psikolojik müdahaleler için bilgi sunabileceği düşünülmektedir.

Epilepsinin psikolojik yönüne odaklanmak hastalığın tıbbi tedavi sürecinde hastaların tedavi sürecine daha uyumlu şekilde katılmalarına, çocuk ve ergenlerin hastalıklarını daha iyi tanımasına ve kabullenmelerine katkı sağlayabilir. Sosyal, fiziksel ve bilişsel gelişimin oldukça yoğun olduğu 10-18 yaş grubunda psikolojik faktörlerin incelenmesi psikolojik destek içinde önemli bir yer tutmaktadır. Gelecekteki yapılacak çalışmalarda daha geniş bir katılımcı grubunun olması bulguların daha genellenebilir olmasını sağlayacak ve yapılabilecek müdahale programları için daha net veriler sunacaktır. Yapılan çalışmada özellikle katılımcıların sosyodemografik özellikleri birbirine benzerdir, sonraki çalışmaların daha geniş bir çevrede yapılması değişkenlerin farklı sosyodemografik özelliğe sahip kişilerdeki etkilerini görmeyi sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

- Abou-Khalil, B. W., Gallagher, M. J., & Macdonald, R. L. (2021). *Epilepsies. Neurology in Clinical Practice*. 8th ed. Philadelphia: Butterworth & Heinemann: Elsevire, 1613.
- Adewuya, A. O., & Ola, B. A. (2005). Prevalence of and risk factors for anxiety and depressive disorders in Nigerian adolescents with epilepsy. *Epilepsy & behavior*, 6(3), 342-347.
- Ahakoud, M., El Mouhi, H., Belghiti, H. D., Bouguenouch, L., & Chaouki, S. (2023). A Mini Review Of Doose Syndrome: Clinical Manifestations, Diagnosis, And Treatment. *Moroccan Journal Of Public Heath*, 5(1).
- Akdağ, G., Algin, D., & Erdinç, O. (2016). Epilepsi/Epilepsy. *Osmangazi Tıp Dergisi*, 38(1).
- Aksu, H., & Özgür, B. G. (2015). Çocuk ve Ergenlerde Sosyal Anksiyete Bozukluğunun Kliniği, Tanı ve Ayırıcı Tanısı. *Türkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, 8(3), 46-51.
- Aktan, G. (2022). Jeneralize Epilepsiler. In *Temel Pediatrik Nöroloji: Tanı ve Tedavi 3. Cilt* (pp. 2115–2122). Akademisyen Kitabevi.
- Altınışik, B., & Hacıömeroğlu, A. B. (2022). Sosyal Kaygı Bozukluğunun Bilişsel Davranışçı Terapi Açısından Değerlendirilmesi. *Journal of Cognitive Behavioral Psychotherapy and Research*.
- Altintas, E., Yerdelen, V. D., & Taskintuna, N. (2015). Social anxiety level in adult patients with epilepsy and their first-degree cohabiting relatives. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 27(4), 339-344.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2013). Yaygın Anksiyete Bozukluğu. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı (DSM-5)*. (Çev. Köroğlu, E.). Hekimler Yayın Birliği.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (2022). Yaygın Anksiyete Bozukluğu. *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı Beşinci Baskı (DSM-5-TR)*. (Çev. Köroğlu, E.). Esenkal Yayıncılık.
- Amlerova, J., Cavanna, A. E., Bradac, O., Javurkova, A., Raudenska, J., & Marusic, P. (2014). Emotion recognition and social cognition in temporal lobe epilepsy and the effect of epilepsy surgery. *Epilepsy & Behavior*, 36, 86-89.
- Anwar, H., Khan, Q. U., Nadeem, N., Pervaiz, I., Ali, M., & Cheema, F. F. (2020). Epileptic seizures. *Discoveries*, 8(2).

- Arıkan, Z., & Tüfekci, A. (2020). 5-6 Yaş Grubu Çocukların Zihin Kuramı Becerilerinin Bazı Değişkenler Açısından İncelenmesi. *Journal of Child & Development (J-CAD)/Çocuk ve Gelişim Dergisi (ÇG-D)*, 3(6).
- Arranz, E., Artamendi, J., Olabarrieta, F., & Martín, J. (2002). Family context and theory of mind development. *Early Child Development and Care*, 172(1), 9-22.
- Asadi-Pooya, A. A., Emami, M., & Sperling, M. R. (2012). Age of onset in idiopathic (genetic) generalized epilepsies: clinical and EEG findings in various age groups. *Seizure*, 21(6), 417-421.
- Asher, M., & Aderka, I. M. (2018). Gender differences in social anxiety disorder. *Journal of clinical psychology*, 74(10), 1730-1741.
- Assuncao, M. C., da Conceicao Costa, D. L., de Mathis, M. A., Shavitt, R. G., Ferrão, Y. A., do Rosario, M. C., ... & Torres, A. R. (2012). Social phobia in obsessive-compulsive disorder: prevalence and correlates. *Journal of affective disorders*, 143(1-3), 138-147.
- Austin, J. K. (1988). Childhood epilepsy: child adaptation and family resources. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 1(1), 18-24.
- Austin, J. K. (1993). Concerns & fears of children with seizures. *Clinical nursing practice in epilepsy*, 1(4), 4-6.
- Austin, J. K., & Caplan, R. (2007). Behavioral and psychiatric comorbidities in pediatric epilepsy: toward an integrative model. *Epilepsia*, 48(9), 1639-1651.
- Austin, J. K., Perkins, S. M., & Dunn, D. W. (2014). A model for internalized stigma in children and adolescents with epilepsy. *Epilepsy & behavior*, 36, 74-79.
- Ay, R. (2017). Epilepsi ve damgalanma: Bir gözden geçirme. *Klinik psikiyatri*, 20, 129-136.
- Aydemir, N., Kaya, B., Yıldız, G., Öztura, I., & Baklan, B. (2016). Determinants of felt stigma in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 58, 76-80.
- Aydemir, N., Kaya, B., & Yıldız, G. (2018). Development of the perceived stigma scale and the concealment of epilepsy scale for the Turkish population. *Epilepsy & Behavior*, 80, 1-4.
- Aydemir, N., Sakman, Ö. K., Delil, Ş., & Özkara, Ç. (2023). Determinants of felt-stigma in adolescents with epilepsy: Is it the same story?. *Seizure: European Journal of Epilepsy*, 113, 34-40.

- Bailey, E. E., Pfeifer, H. H., & Thiele, E. A. (2005). The use of diet in the treatment of epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 6(1), 4-8.
- Baker, G. A., Spector, S., McGrath, Y., & Soteriou, H. (2005). Impact of epilepsy in adolescence: a UK controlled study. *Epilepsy & Behavior*, 6(4), 556-562.
- Balestrini, S., Arzimanoglou, A., Blümcke, I., Scheffer, I. E., Wiebe, S., Zelano, J., & Walker, M. C. (2021). The aetiologies of epilepsy. *Epileptic Disorders*, 23(1), 1-16.
- Bambal, G., Çakıl, D., & Ekici, F., (2011). Epilepsi oluşum mekanizmaları. *Konuralp Medical Journal*, 3(3), 42-45.
- Banerjee, P. N., & Hauser, W. A. (2008). Incidence and prevalence. *Epilepsy: a comprehensive textbook*, 1, 45-56.
- Banerjee, P. N., Filippi, D., & Hauser, W. A. (2009). The descriptive epidemiology of epilepsy—a review. *Epilepsy research*, 85(1), 31-45.
- Baron-Cohen, S. (1989). The autistic child's theory of mind: A case of specific developmental delay. *Journal of child Psychology and Psychiatry*, 30(2), 285-297.
- Baron-Cohen, S. (1999). *The evolution of a theory of mind* (pp. 261-277). na.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1986). Mechanical, behavioural and intentional understanding of picture stories in autistic children. *British Journal of developmental psychology*, 4(2), 113-125.
- Bartz, J. A., & Hollander, E. (2006). Is obsessive-compulsive disorder an anxiety disorder?. *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry*, 30(3), 338-352.
- Baykan, B. & Gökyiğit, A.,(2013). “Epileptik Sendrom ve Hastalıklar”. Nöroloji temel kitabı. ed. Murat Emre. Güneş Tıp Kitabevi.
- Baysal, G. Ö. D. (2013). Damgalanma ve ruh sağlığı. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi*, 22(2), 239-251.
- Beghi, E. (2020). The epidemiology of epilepsy. *Neuroepidemiology*, 54(2), 185-191.
- Beleza, P. (2012). Acute symptomatic seizures: a clinically oriented review. *The neurologist*, 18(3), 109-119.

- Bell, G. S., Neligan, A., & Sander, J. W. (2014). An unknown quantity—the worldwide prevalence of epilepsy. *Epilepsia*, 55(7), 958-962.
- Berk, L. E. (2013). *Bebekler ve çocuklar: Doğum öncesinden orta çocukluğa*. Nobel Akademik Yayıncılık.
- Berman, R. M. & Schneier, F. S. (2005). Symptomatology and Diagnosis of Social Anxiety Disorder. *Social Anxiety Disorder*. (ed. Bandelow, B. ve Stein, D.J.). Marcel Dekker, Inc.
- Besag, F., Gobbi, G., Aldenkamp, A., Caplan, R., Dunn, D. W., & Sillanpää, M. (2016). Psychiatric and behavioural disorders in children with epilepsy (ILAE Task Force Report): Behavioural and psychiatric disorders associated with epilepsy syndromes. *Epileptic Disorders*, 18(s1), S37-S48.
- Beyenburg, S., Mitchell, A. J., Schmidt, D., Elger, C. E., & Reuber, M. (2005). Anxiety in patients with epilepsy: systematic review and suggestions for clinical management. *Epilepsy & Behavior*, 7(2), 161-171.
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D. R., Rosenbaum, J. F., Hérot, C., Friedman, D., Snidman, N., ... & Faraone, S. V. (2001). Further evidence of association between behavioral inhibition and social anxiety in children. *American journal of Psychiatry*, 158(10), 1673-1679.
- Biederman, J., Hirshfeld-Becker, D., Rosenbaum, J., & Faraone, S. (2002). Temperamental risk factors for anxiety disorders in high risk children. *European Neuropsychopharmacology*, (12), 157-158.
- Blair, K., Geraci, M., Devido, J., McCaffrey, D., Chen, G., Vythilingam, M., ... & Pine, D. S. (2008). Neural response to self-and other referential praise and criticism in generalized social phobia. *Archives of general psychiatry*, 65(10), 1176-1184.
- Bohlin, G., Hagekull, B., & Andersson, K. (2005). Behavioral inhibition as a precursor of peer social competence in early school age: The interplay with attachment and nonparental care. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 1-19.
- Bonita, R., Beaglehole, R., & Kjellström, T. (2006). *Basic epidemiology*. World Health Organization.
- Bos, A. E., Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Stutterheim, S. E. (2013). Stigma: Advances in theory and research. *Basic and applied social psychology*, 35(1), 1-9.

- Boyle, M. P. (2018). Enacted stigma and felt stigma experienced by adults who stutter. *Journal of communication disorders*, 73, 50-61.
- Bögels, S. M., & Perotti, E. C. (2011). Does father know best? A formal model of the paternal influence on childhood social anxiety. *Journal of child and family studies*, 20, 171-181.
- Brandt, C., & Mula, M. (2016). Anxiety disorders in people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 59, 87-91.
- Brandt, C., Schoendienst, M., Trentowska, M., May, T. W., Pohlmann-Eden, B., Tuschen-Caffier, B., ... & Ebner, A. (2010). Prevalence of anxiety disorders in patients with refractory focal epilepsy—a prospective clinic based survey. *Epilepsy & Behavior*, 17(2), 259-263.
- Brawman-Mintzer, O., Lydiard, R. B., Phillips, K. A., Morton, A., Czepowicz, V., Emmanuel, N., ... & Ballenger, J. C. (1995). Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression: a comorbidity study. *The American journal of psychiatry*, 152(11), 1665-1667.
- Brodie, M. J. (2010). Antiepileptic drug therapy the story so far. *Seizure*, 19(10), 650-655.
- Brumariu, L. E., & Kerns, K. A. (2010). Mother–child attachment patterns and different types of anxiety symptoms: Is there specificity of relations?. *Child Psychiatry & Human Development*, 41, 663-674.
- Brüne, M., & Brüne-Cohrs, U. (2006). Theory of mind—evolution, ontogeny, brain mechanisms and psychopathology. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(4), 437-455.
- Bureau, M., & Tassinari, C. A. (2005). Epilepsy with myoclonic absences. *Brain and Development*, 27(3), 178-184. <https://doi.org/10.1016/j.braindev.2004.01.008>
- Bureau, M., & Tassinari, C. A. (2005). Myoclonic absences: the seizure and the syndrome. *Advances in neurology: myoclonic epilepsies*, 95, 175-84.
- Byrne, R. W. (1991). *Natural theories of mind: Evolution, development and simulation of everyday mindreading* (pp. 1-18). A. Whiten (Ed.). Oxford, UK: B. Blackwell.
- Camfield, C. S., & Camfield, P. R. (2007). Long-term social outcomes for children with epilepsy. *Epilepsia*, 48, 3-5.

- Camfield, P., & Camfield, C. (2015). Febrile seizures and genetic epilepsy with febrile seizures plus (GEFS+). *Epileptic Disorders*, 17(2), 124-133.
- Camfield, P., & Camfield, C. (2015). Incidence, prevalence and aetiology of seizures and epilepsy in children. *Epileptic disorders*, 17(2), 117-123.
- Canpolat, M., Kumandas, S., Poyrazoglu, H. G., Gumus, H., Elmali, F., & Per, H. (2014). Prevalence and risk factors of epilepsy among school children in Kayseri City Center, an urban area in Central Anatolia, Turkey. *Seizure*, 23(9), 708-716.
- Carlson, N. R. (2014). *Fizyolojik Psikoloji: Davranışın Nörolojik Temelleri*. (Çev. Ed. Muzaffer Şahin). (Çev. Utkan Tiyekli) Nobel Akademik Yayıncılık .
- Carlson, S. M., Koenig, M. A., & Harms, M. B. (2013). Theory of mind. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 4(4), 391-402.
- Carlton-Ford, S., Miller, R., Brown, M., Nealeigh, N., & Jennings, P. (1995). Epilepsy and children's social and psychological adjustment. *Journal of Health and Social Behavior*, 285-301.
- Carrington, S. J., & Bailey, A. J. (2009). Are there theory of mind regions in the brain? A review of the neuroimaging literature. *Human brain mapping*, 30(8), 2313-2335.
- Cavanna, A. E., (2018). Seizures and Epilepsy. Motion and Emotion: The Neuropsychiatry of Movement Disorders and Epilepsy, 123-128. (bak)
- Cho, M. J., Kim, J.-K., Jeon, H. J., Suh, T., Chung, I.-W., Hong, J. P., Bae, J.-N., Lee, D.-W., Park, J.-I., Cho, S.-J., Lee, C.-K., & Hahm, B.-J. (2007). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-IV psychiatric disorders among Korean adults. *The Journal of Nervous and Men-tal Disease*, 195(3), 203-210.
- Clark, D. M., & Wells, A. (1995). A cognitive model of social phobia. In R. G. Heimberg, M. R. Liebowitz, D. A. Hope, & F. R. Schneier (Eds.), *Social phobia: Diagnosis, assessment, and treatment* (pp. 69–93). The Guilford Press.
- Collimore, K. C., Asmundson, G. J., Taylor, S., & Jang, K. L. (2009). Socially related fears following exposure to trauma: Environmental and genetic influences. *Journal of anxiety disorders*, 23(2), 240-246.
- Cortez, M. A., McKerlie, C., & Snead III, O. C. (2001). A model of atypical absence seizures: EEG, pharmacology, and developmental characterization. *Neurology*, 56(3), 341-349. <https://doi.org/10.1212/WNL.56.3.341>

- Cremers, H. R., & Roelofs, K. (2016). Social anxiety disorder: a critical overview of neurocognitive research. *Wiley Interdisciplinary Reviews: Cognitive Science*, 7(4), 218-232.
- Çelikkaş, E., Erdinç, O. O., Metintas, S., Fidan, H. S., Arıkan, İ., Kalyoncu, C., & Özdemir, G. (2010). Incidence of epilepsy in a defined area of Central Anatolia, Turkey, after 15 years of age. *Neuroepidemiology*, 35(3), 221-225.
- Çoban, B. G. (2023). Epilepsi Ve Toplumsal Damgalanma. *Türkiye Mesleki Ve Sosyal Bilimler Dergisi*, 5(12), 10-17.
- Çokar, A.Ö. (2021). Sağlık Bilimleri Üniversitesi- Hamidiye Tıp Fakültesi Öğrenci Ders Notu- Nöroloji. [PDF].
https://www.sbu.edu.tr/FileFolder/Dosyalar/226a44f5/2023_9/noroloji-16bc6a70.pdf
- Dadmehr, M., Amini-Behbahani, F., Eftekhar, B., Minaei, B., & Bahrami, M. (2018). Peritoneum as an origin of epilepsy from the viewpoint of Avicenna. *Neurological Sciences*, 39, 1121-1124.
- Daras, M. D., Bladin, P. F., Eadie, M. J., & Millett, D. A. V. I. D. (2008). Epilepsy: historical perspectives. *Epilepsy: a comprehensive textbook*, 1, 13.
- De Matos, M. G., Barrett, P., Dadds, M., & Shortt, A. (2003). Anxiety, depression, and peer relationships during adolescence: Results from the Portuguese national health behaviour in school-aged children survey. *European Journal of Psychology of Education*, 18, 3-14.
- Deb, S. (1997). Epilepsy and mental retardation. *Epilepsie Bulletin*, 25, 91-94.
- Deb, S. (2007). Epilepsy in people with mental retardation. In *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 81-96). Boston, MA: Springer US.
- Demirel, U., & Okçın, F. (2020). Epilepsi ve Stigma. *Journal of Education & Research in Nursing/Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, 17(4).
- Dilbaz, N. (2000). Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik Ve Ayırıcı Tanı.
- Dilber, B. (2020). Fokal Epilepsiler. In *Çocuk Hastalıklarında Güncel Çalışmalar* (pp. 13–36). Akademisyen Kitabevi.
- Dodge, K. A. (1990). Developmental psychopathology in children of depressed mothers. *Developmental Psychology*, 26(1), 3.

- Dodrill, C. B. (1992). Neuropsychological aspects of epilepsy. *The Psychiatric clinics of North America*, 15(2), 383-394.
- Doğan, E. A. (2015) Yaşlılarda Epilepsi. *Akdeniz Tıp Dergisi*, 1(2), 85-88.
- Dunn, D. W., & Walsh, K. (2018). Anxiety in children and adolescents with epilepsy. *Journal of Pediatric Epilepsy*, 7(03), 097-102.
- Dunn, D. W., Austin, J. K., & Huster, G. A. (1997). Behaviour problems in children with new-onset epilepsy. *Seizure*, 6(4), 283-287.
- Dunn, D. W., Austin, J. K., & Perkins, S. M. (2009). Prevalence of psychopathology in childhood epilepsy: categorical and dimensional measures. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 51(5), 364-372.
- Dunn, D. W., Austin, J. K., Harezlak, J., & Ambrosius, W. T. (2003). ADHD and epilepsy in childhood. *Developmental medicine and child neurology*, 45(1), 50-54.
- Ekinci, O., Titus, J. B., Rodopman, A. A., Berkem, M., & Trevathan, E. (2009). Depression and anxiety in children and adolescents with epilepsy: prevalence, risk factors, and treatment. *Epilepsy & Behavior*, 14(1), 8-18.
- Ekinci, Ö., & Toros, F. (2013). Epilepsi tanılı çocuk ve ergenlerde ruhsal bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 5(1), 60-77.
- Emiroğlu, F. N. İ. & Baykara, B. (2008). Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Panik Bozukluğu, Özgül Fobi, Sosyal Fobi. *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı* (pp. 320-329). Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği Yayınları: 3.
- Engel, J. (2013), 'Epileptic Seizures', *Seizures and Epilepsy*, (2. Basım, ss 193–242), Contemporary Neurology Series. Oxford Academic, <https://doi.org/10.1093/med/9780195328547.003.0006>, 19 Nisan 2024 tarihinde erişilmiştir.
- Erdem Tilki, H., & Çoşkun, M. (2009). Jüvenil Myoklonik Epilepsi. *Journal of Experimental and Clinical Medicine*, 19(4). <https://doi.org/10.5835/jecm.v19i4.228>
- Erdem, R., & Ege, P. (2011). Down sendromlu bireylerin zihin kuramı gelişimi. *Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Fakültesi Özel Eğitim Dergisi*, 12(01), 23-38.

- Ergün, N. (2005). Gençlerde Sosyal Fobi. *Fırat Üniversitesi Doğu Araştırmaları Dergisi*, 4(1), 84-88.
- Essau, C. A., Conradt, J., & Petermann, F. (1999). Frequency and comorbidity of social phobia and social fears in adolescents. *Behaviour research and therapy*, 37(9), 831-843.
- Fang, A., & Hofmann, S. G. (2010). Relationship between social anxiety disorder and body dysmorphic disorder. *Clinical psychology review*, 30(8), 1040-1048.
- Ferro, M. A. (2014). Risk factors for health-related quality of life in children with epilepsy: a meta-analysis. *Epilepsia*, 55(11), 1722-1731.
- Festa, C. C., & Ginsburg, G. S. (2011). Parental and peer predictors of social anxiety in youth. *Child Psychiatry & Human Development*, 42, 291-306.
- Fiest, K. M., Sauro, K. M., Wiebe, S., Patten, S. B., Kwon, C. S., Dykeman, J., ... & Jetté, N. (2017). Prevalence and incidence of epilepsy: a systematic review and meta-analysis of international studies. *Neurology*, 88(3), 296-303.
- Fisher, R. S. (2017). The new classification of seizures by the international league against epilepsy 2017. *Current neurology and neuroscience reports*, 17, 1-6.
- Fisher, R. S., Boas, W. V. E., Blume, W., Elger, C., Genton, P., Lee, P., & Engel Jr, J. (2005). Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*, 46(4), 470-472.
- Fisher, R. S., Cross, J. H., D'souza, C., French, J. A., Haut, S. R., Higurashi, N., ... & Zuberi, S. M. (2017). Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia*, 58(4), 531-542.
- Fox, N. A., Buzzell, G. A., Morales, S., Valadez, E. A., Wilson, M., & Henderson, H. A. (2021). Understanding the emergence of social anxiety in children with behavioral inhibition. *Biological Psychiatry*, 89(7), 681-689.
- Frith, U., Morton, J., & Leslie, A. M. (1991). The cognitive basis of a biological disorder: Autism. *Trends in neurosciences*, 14(10), 433-438.
- Fujisawa, D., Umezawa, S., Fujimori, M., & Miyashita, M. (2020). Prevalence and associated factors of perceived cancer-related stigma in Japanese cancer survivors. *Japanese journal of clinical oncology*, 50(11), 1325-1329.

- Gabriel, D., Ventura, M., Samões, R., Freitas, J., Lopes, J., Ramalheira, J., ... & Chaves, J. (2020). Social impairment and stigma in genetic generalized epilepsies. *Epilepsy & behavior*, 104, 106886.
- Giovagnoli, A. R. (2014). The importance of theory of mind in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 39, 145-153.
- Giovagnoli, A. R., Franceschetti, S., Reati, F., Parente, A., Maccagnano, C., Villani, F., & Spreafico, R. (2011). Theory of mind in frontal and temporal lobe epilepsy: cognitive and neural aspects. *Epilepsia*, 52(11), 1995-2002.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15(1), 38-45.
- Gordon, S. (2022). The Connection Between Bullying and Anxiety Disorders. <https://www.verywellfamily.com/bullying-and-anxiety-connection460631>
- Gök, B. G., & İnözü, M. (2022). Sosyal Kaygı Bozukluğu: Mevcut Yaygınlık, Eştanı Ve Bozulma Durumu. *Klinik Psikoloji Dergisi*, 1-1.
- Görkem, D. (t.y.). Sosyal Anksiyete Bozukluğu (Sosyal Fobi). <https://www.bilisseldavranisci.com/halka-yonelik/12/sosyal-anksiyete-bozuklugu-sosyal-fobi>
- Gözün-Kahraman, Ö. (2012). Zihin kuramına dayalı eğitim programının 48-60 aylık çocukların bilişsel bakış açısı becerileri ve prososyal davranışları üzerindeki etkisinin incelenmesi. *Yayımlanmamış Doktora Tezi. Gazi Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.*
- Gray, A. J. (2002). Stigma in psychiatry. *Journal of the royal society of medicine*, 95(2), 72-76.
- Güleç B., & Demirbilek, A.V (2020). Miyoklonik absans epilepsisi. Yalçın AD, editör. Absanslı Epilepsi Sendromları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2020. p.28-31.
- Günbey, C., & Turanlı, G. (2022). Epilepsi ve Pediatrik Epilepsi Sendromları. *Turkish Journal of Pediatric Disease*, 16(3), 249-257.
- Hauser, W. A. (2016). Epidemiology of epilepsy in children. *Pellock's pediatric epilepsy: Diagnosis and therapy*, 177.

- Hauser, W.A., Annegers, J.F., & Kurland, L.T., (1993). Incidence of epilepsy and unprovoked seizures in Rochester, Minnesota: 1935—1984. *Epilepsia* 34 (3), 453—468.
- Heersink, M., Kocovski, N. L., MacKenzie, M. B., Denomme, K., & Macrodimitris, S. (2015). Social anxiety and its psychosocial impact on the lives of people with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 51, 286-293.
- Heimberg, R. G., Brozovich, F. A., & Rapee, R. M. (2014). A cognitive-behavioral model of social anxiety disorder. *Social anxiety*, 705-728.
- Heiser, N. A., Turner, S. M., Beidel, D. C., & Roberson-Nay, R. (2009). Differentiating social phobia from shyness. *Journal of anxiety disorders*, 23(4), 469-476.
- Herek, G. M., Gillis, J. R., & Cogan, J. C. (2009). Internalized stigma among sexual minority adults: Insights from a social psychological perspective. *Journal of Counseling Psychology*, 56, 32-43.
- Hermann, B. P., Schwartz, M. S., Karnes, W. E., & Vahdat, P. (1980). Psychopathology in epilepsy: relationship of seizure type to age at onset. *Epilepsia*, 21(1), 15-23.
- Hermann, B. P., Whitman, S. & Dell, J. (1989). Correlates of behavior problems and social competence in children with epilepsy, aged 6-11. *Childhood epilepsies: neuropsychological, psychosocial and intervention aspects*, 143-157.
- Hermann, B., Jones, J., Dabbs, K., Allen, C. A., Sheth, R., Fine, J., ... & Seidenberg, M. (2007). The frequency, complications and aetiology of ADHD in new onset paediatric epilepsy. *Brain*, 130(12), 3135-3148.
- Hız Kurul, S. (2016). Çocukluk Çağı Epilepsisinde Yeni Tanısal Yaklaşımlar: Genetik Alanındaki Gelişmeler Neyi Değiştirdi?. *Türkiye Klinikleri Journal Of Pediatrics*, 25(1).
- Hildebrand, M. S., Dahl, H. H. M., Damiano, J. A., Smith, R. J., Scheffer, I. E., & Berkovic, S. F. (2013). Recent advances in the molecular genetics of epilepsy. *Journal of medical genetics*, 50(5), 271-279.
- Hirshfeld-Becker, D. R., Biederman, J., Henin, A., Faraone, S. V., Davis, S., Harrington, K., & Rosenbaum, J. F. (2007). Behavioral inhibition in preschool children at risk is a specific predictor of middle childhood social anxiety: A five-year follow-up. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 28(3), 225-233.

- Hoare, P. (1984). The development of psychiatric disorder among schoolchildren with epilepsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 26(1), 3-13.
- Hodes, M., Garralda, M. E., Rose, G., & Schwartz, R. (1999). Maternal expressed emotion and adjustment in children with epilepsy. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40(7), 1083-1093.
- Hofmann, S. G. (2007). Cognitive factors that maintain social anxiety disorder: A comprehensive model and its treatment implications. *Cognitive behaviour therapy*, 36(4), 193-209.
- Høie, B., Sommerfelt, K., Waaler, P. E., Alsaker, F. D., Skeidsvoll, H., & Mykletun, A. (2006). Psychosocial problems and seizure-related factors in children with epilepsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48(3), 213-219.
- Hollander, E., & Aronowitz, B. R. (1999). Comorbid social anxiety and body dysmorphic disorder: Managing the complicated patient. *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(9), 27.
- Hughes, C., & Ensor, R. (2007). Executive function and theory of mind: Predictive relations from ages 2 to 4. *Developmental psychology*, 43(6), 1447.
- Huppert, J. D., Strunk, D. R., Ledley, D. R., Davidson, J. R., & Foa, E. B. (2008). Generalized social anxiety disorder and avoidant personality disorder: structural analysis and treatment outcome. *Depression and anxiety*, 25(5), 441-44
- International Classification of Disease 10 (2019). Social anxiety disorder of childhood. <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F93.2> adresinden 15 Mayıs 2024 tarihinde alınmıştır.
- Irle, E., Ruhleder, M., Lange, C., Seidler-Brandler, U., Salzer, S., Dechent, P., ... & Leichsenring, F. (2010). Reduced amygdalar and hippocampal size in adults with generalized social phobia. *Journal of psychiatry and neuroscience*, 35(2), 126-131.
- İçağasıoğlu, D. F. (2022). Epilepsinin Etiyolojisi Ve Risk Faktörleri. Temel Pediatrik Nöroloji: Tanı Ve Tedavi-3. Cilt, 2091.
- İşcan, A. (2022). Epilepsinin Epidemiyolojisi. Temel Pediatrik Nöroloji: Tanı Ve Tedavi-3. Cilt, 2059.
- İzmir İl Sağlık Müdürlüğü (2020). Epilepsi. <https://izmirism.saglik.gov.tr/TR-196941/epilepsi.html> adresinden 11 Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.

- Jalava, M., Sillanpää, M., Camfield, C., & Camfield, P. (1997). Social adjustment and competence 35 years after onset of childhood epilepsy: a prospective controlled study. *Epilepsia*, 38(6), 708-715.
- Jan, M. M. (2005). Clinical review of pediatric epilepsy. *Neurosciences Journal*, 10(4), 255-264.
- Jenkins, J. M., & Astington, J. W. (2000). Theory of mind and social behavior: Causal models tested in a longitudinal study. *Merrill-Palmer Quarterly (1982-)*, 203-220.
- Johnson, E. K., Jones, J. E., Seidenberg, M., & Hermann, B. P. (2004). The relative impact of anxiety, depression, and clinical seizure features on health-related quality of life in epilepsy. *Epilepsia*, 45(5), 544-550.
- Johnson, E. L. (2019). Seizures and epilepsy. *Medical Clinics*, 103(2), 309-324.
- Jones, J. E., Austin, J. K., Caplan, R., Dunn, D., Plioplys, S., & Salpekar, J. A. (2008). Psychiatric disorders in children and adolescents who have epilepsy. *Pediatrics in Review*, 29(2), e9-e14.
- Kaculini, C. M., Tate-Looney, A. J., & Seifi, A. (2021). The history of epilepsy: from ancient mystery to modern misconception. *Cureus*, 13(3).
- Kanner, A. M., Carrazana, E., Munger Clary, H. M., Rabinowicz, A. L., & Faught, E. (2024). Anticipatory anxiety of seizures in epilepsy: A common, complex, and underrecognized phenomenon?. *Epileptic Disorders*, 26(3), 273-281.
- Karagöz, S. Y. (2020). Sosyal Fobi (Toplumsal Kaygı Bozukluğu). *Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Güncel Yaklaşımlar ve Temel Kavramlar Cilt I* (pp. 419–428). Akademisyen Kitabevi.
- Karakale, Ş. S. & Gürlek, M. (Ed.). (2021). *Gelişim Psikolojisi*. İstanbul Üniversitesi Açık ve Uzaktan Eğitim Fakültesi.
- Karakelle, S. (2012). Zihin Kurami Gelisiminde Kardes Etkisi: Ikizler, Tek Kardesliler ve Tek Çocukların Karsilastirilmesi. *Türk Psikoloji Yazilari*, 15(29), 43.
- Kartal, A., Aksoy, E., & Deda, G. (2017). The effects of risk factors on EEG and seizure in children with ADHD. *Acta Neurologica Belgica*, 117, 169-173.
- Kaşak, M., Kurt, A. N. Ç., Hesapçıoğlu, S. T., & Ceylan, M. F. (2023). Psychiatric comorbidity and familial factors in childhood epilepsy: Parental psychopathology, coping strategies, and family functioning. *Epilepsy & Behavior*, 148, 109444.

- Katyayan, A., & Diaz-Medina, G. (2021). Epileptic Syndromes and Treatment. *Neurol Clin*, 39, 779-795.
- Kearney, C. (2006). Major Characteristics of Youths with Social Anxiety and Social Phobia. *Social anxiety and social phobia in youth: Characteristics, assessment, and psychological treatment*. (pp. 23-48). Springer Science & Business Media.
- Keller, M. B. (2003). The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 85-94.
- Kendler, K. S., Karkowski, L. M., & Prescott, C. A. (1999). Fears and phobias: reliability and heritability. *Psychological medicine*, 29(3), 539-553.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A.M., & Wittchen, H. U. (2012). Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184.
- Khalid-Khan, S., Santibanez, MP., McMicken, C. & Rynn, M. A. (2007). Social Anxiety Disorder in Children and Adolescents. *Pediatr-Drugs* 9, (pp. 227–237). <https://doi.org/10.2165/00148581-200709040-00004>
- Khesht-Masjedi, M. F., Shokrgozar, S., Abdollahi, E., Habibi, B., Asghari, T., Ofoghi, R. S., & Pazhooman, S. (2019). The relationship between gender, age, anxiety, depression, and academic achievement among teenagers. *Journal of family medicine and primary care*, 8(3), 799-804.
- Kimiskidis, V. K., Triantafyllou, N. I., Kararizou, E., Gatzonis, S. S., Fountoulakis, K. N., Siatouni, A., ... & Kaprinis, G. S. (2007). Depression and anxiety in epilepsy: the association with demographic and seizure-related variables. *Annals of general psychiatry*, 6, 1-8.
- Kitamoto, I., Kurokawa, T., Tomita, S., Maeda, Y., Sakamoto, K., & Ueda, K. (1988). Child-parent relationships in the care of epileptic children. *Brain and Development*, 10(1), 36-40.

- Kocatürk, İ., & İnaltekin, A. (2024). The relationship between social phobia and cognitive impairment in idiopathic generalized epilepsy patients: a cross-sectional study. *The European Research Journal*, 10(2), 226-233.
- Komşuoğlu, Ş. S. (2007). Epilepsi El Kitabı. Güneş Tıp Kitabevleri, 3, 249.
- Korff, C. M., & Scheffer, I. E. (2013). Epilepsy classification: a cycle of evolution and revolution. *Current opinion in neurology*, 26(2), 163-167.
- Koyuncu, A., İnce, E., Ertekin, E., & Tükel, R. (2019). Comorbidity in social anxiety disorder: diagnostic and therapeutic challenges. *Drugs in context*, 8.
- Kring, A. M., & Johnson, S. L. (2021). Anxiety Disorders. *Abnormal Psychology: The Science and Treatment of Psychological Disorders*. (15th ed.). Wiley.
- Kring, A. M., Johnson, S. L., Davison, G. C., & Neale, J. M. (2012). Anxiety Disorders. *Abnormal Psychology* (12th ed.). Wiley.
- Kurtkaya Koçak, Ö., Ceren Akgör, M. H., Akyol Gürses, A., & Yıldırım, İ., (2021). GÖZ KAPAĞI MYOKLONİLİ ABSANS EPİLEPSİ OLGUSU . 57. Ulusal Nöroloji Kongresi (pp.209). Antalya, Turkey
- Küçük, Z. (2018). Zihin Kurami Ve Gelişim Süreçleri. *Uludağ Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Sosyal Bilimler Dergisi*, 19(34), 475-503.
- Leach, J. P., O'Dwyer, R. (2011). Epilepsy Simplified. (n.p.): TFM Publishing Limited.
- Lebel, S., & Devins, G. M. (2008). Stigma in cancer patients whose behavior may have contributed to their disease. *Future Oncology*, 4(5), 717-733.
- Lee, S. A., & Korean QoL in Epilepsy Study Group. (2021). Felt stigma in seizure-free persons with epilepsy: Associated factors and its impact on health-related quality of life. *Epilepsy & Behavior*, 122, 108186.
- Lee, S. A., Cho, Y. J., Ryu, H. U., Kim, K. T., Seo, J. G., Kang, K. W., ... & Lee, S. Y. (2021). Sex differences in seizure effects on social anxiety in persons with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 124, 108318.
- Lenaerts, T., Saponara, M., Pacheco, J. M., & Santos, F. C. (2024). Evolution of a theory of mind. *Iscience*, 27(2).

- Levinson, C. A., & Rodebaugh, T. L. (2012). Social anxiety and eating disorder comorbidity: The role of negative social evaluation fears. *Eating behaviors*, 13(1), 27-35.
- Levinson, C. A., & Rodebaugh, T. L. (2015). Negative social-evaluative fears produce social anxiety, food intake, and body dissatisfaction: evidence of similar mechanisms through different pathways. *Clinical Psychological Science*, 3(5), 744-757.
- Levinson, C. A., Brosof, L. C., Vanzhula, I., Christian, C., Jones, P., Rodebaugh, T. L., ... & Fernandez, K. C. (2018). Social anxiety and eating disorder comorbidity and underlying vulnerabilities: Using network analysis to conceptualize comorbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 51(7), 693-709.
- Levinson, C. A., Rodebaugh, T. L., White, E. K., Menatti, A. R., Weeks, J. W., Iacovino, J. M., & Warren, C. S. (2013). Social appearance anxiety, perfectionism, and fear of negative evaluation. Distinct or shared risk factors for social anxiety and eating disorders?. *Appetite*, 67, 125-133.
- Lieb, R., Wittchen, H. U., Höfler, M., Fuetsch, M., Stein, M. B., & Merikangas, K. R. (2000). Parental psychopathology, parenting styles, and the risk of social phobia in offspring: a prospective-longitudinal community study. *Archives of general psychiatry*, 57(9), 859-866.
- Liebowitz, M. R., Heimberg, R. G., Fresco, D. M., Travers, J., & Stein, M. B. (2000). Social phobia or social anxiety disorder: what's in a name?. *Archives of general Psychiatry*, 57(2), 191-192.
- Liyanagedera, S., Williams, R. P., & Bracewell, R. M. (2017). The new classification of seizures: an overview for the general physician. *Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*, 47(4), 336-338.
- Loiseau, P., Pestre, M., Datigues, J. F., Commenges, D., Barberger-Gateau, C., & Cohadon, S. (1983). Long-term prognosis in two forms of childhood epilepsy: typical absence seizures and epilepsy with rolandic (centrotemporal) EEG foci. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 13(6), 642-648.
- Lu, Y., Zhong, R., Li, M., Zhao, Q., Zhang, X., Hu, B., & Lin, W. (2021). Social anxiety is associated with poor quality of life in adults with epilepsy in Northeast China: a cross-sectional study. *Epilepsy & Behavior*, 117, 107866.

- Lukmanji, S., Manji, S. A., Kadhim, S., Sauro, K. M., Wirrell, E. C., Kwon, C. S., & Jette, N. (2019). The co-occurrence of epilepsy and autism: A systematic review. *Epilepsy & Behavior*, 98, 238-248.
- Lunn, J., Lewis, C., & Sherlock, C. (2015). Impaired performance on advanced Theory of Mind tasks in children with epilepsy is related to poor communication and increased attention problems. *Epilepsy & Behavior*, 43, 109-116.
- MacLeod, J. S., & Austin, J. K. (2003). Stigma in the lives of adolescents with epilepsy: a review of the literature. *Epilepsy & Behavior*, 4(2), 112-117.
- Magiorkinis, E., Sidiropoulou, K., & Diamantis, A. (2010). Hallmarks in the history of epilepsy: epilepsy in antiquity. *Epilepsy & behavior*, 17(1), 103-108.
- Maj, M., Del Vecchio, M., Tata, M. R., Guizzaro, A., Bravaccio, F., & Kemali, D. (1987). Perceived parental rearing behaviour and psychopathology in epileptic patients: a controlled study. *Psychopathology*, 20(3-4), 196-202.
- Malik, N. I., Fatima, R., Ullah, I., Atta, M., Awan, A., Nashwan, A. J., & Ahmed, S. (2022). Perceived stigma, discrimination and psychological problems among patients with epilepsy. *Frontiers in psychiatry*, 13, 1000870.
- Mao, L., Wang, K., Zhang, Q., Wang, J., Zhao, Y., Peng, W., & Ding, J. (2022). Felt stigma and its underlying contributors in epilepsy patients. *Frontiers in public health*, 10, 879895.
- Mao, L., Wang, K., Zhang, Q., Wang, J., Zhao, Y., Peng, W., & Ding, J. (2022). Felt stigma and its underlying contributors in epilepsy patients. *Frontiers in public health*, 10, 879895.
- Mao, L., Wang, K., Zhang, Q., Wang, J., Zhao, Y., Peng, W., & Ding, J. (2022). Felt stigma and its underlying contributors in epilepsy patients. *Frontiers in public health*, 10, 879895.
- Marmorstein, N. R. (2012). Anxiety disorders and substance use disorders: different associations by anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(1), 88-94.
- Marques, L., Porter, E., Keshaviah, A., Pollack, M. H., Van Ameringen, M., Stein, M. B., & Simon, N. M. (2012). Avoidant personality disorder in individuals with generalized social anxiety disorder: what does it add?. *Journal of anxiety disorders*, 26(6), 665-672.
- Mayo, S., Gómez-Manjón, I., Fernández-Martínez, F. J., Camacho, A., Martínez, F., & Benito-León, J. (2021). Candidate genes for eyelid myoclonia with absences, review of the literature. *International Journal of Molecular Sciences*, 22(11), 5609.

- McGrother, C. W., Hauck, A., Bhaumik, S., Thorp, C., & Taub, N. (1996). Community care for adults with learning disability and their carers: needs and outcomes from the Leicestershire register. *Journal of Intellectual Disability Research*, 40(2), 183-190.
- Meinhardt-Injac, B., Daum, M. M., & Meinhardt, G. (2020). Theory of mind development from adolescence to adulthood: Testing the two-component model. *British Journal of Developmental Psychology*, 38(2), 289-303.
- Meinhardt-Injac, B., Daum, M. M., Meinhardt, G., & Persike, M. (2018). The two-systems account of theory of mind: Testing the links to social-perceptual and cognitive abilities. *Frontiers in human neuroscience*, 12, 25.
- Memik, N. Ç., Yildiz, Ö., Tural, Ü., & Ağaoğlu, B. (2011). Sosyal Fobinin Yaygınlığı: Bir Gözden Geçirme. *Archives of Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, 48(1).
- Menderes, D., & Serdaroğlu, A. (2022). Epilepsinin Sınıflandırılması. In *Temel Pediatrik Nöroloji: Tanı ve Tedavi 3. Cilt. Akademisyen Kitabevi*.
- Merikangas, K. R., & Avenevoli, S. (2002). Epidemiology of mood and anxiety disorders in children and adolescents. *Textbook in psychiatric epidemiology*, 657-704.
- Miller, C. A. (2006). Developmental relationships between language and theory of mind.
- Morou, N., Papaliagkas, V., Markouli, E., Karagianni, M., Nazlidou, E., Spilioti, M., ... & Kosmidis, M. H. (2018). Theory of Mind impairment in focal versus generalized epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 88, 244-250.
- Muthugovindan, D., & Hartman, A. L. (2010). Pediatric epilepsy syndromes. *The neurologist*, 16(4), 223-237.
- Nickels, K. C., & Noe, K. (2021). Etiology and pathology of epilepsy. *Epilepsy*, 23-35.
- Noble, A. J., Robinson, A., & Marson, A. G. (2016). Are “Theory of Mind” skills in people with epilepsy related to how stigmatised they feel? An Exploratory Study. *Behavioural Neurology*, 2016(1), 5025174.
- Nordli Jr, D. R., Ferrie, C. D., & Panayiotopoulos, C. P. (2016). Other Self-Limited Epilepsies. *Pellock's Pediatric Epilepsy: Diagnosis and Therapy*, 367 .
- Nutt, D. J., Bell, C. J., & Malizia, A. L. (1998). Brain mechanisms of social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(17), 4-11.

- Okuyaz, S., İpek, R., Ögenler, O., Yıldırım, D. D., & Okuyaz, Ç. (2022). Beliefs and behaviors of patients' relatives towards childhood epilepsy in Turkey. *Seizure*, 100, 8-14.
- Ollendick, T. H., & Benoit, K. E. (2012). A parent–child interactional model of social anxiety disorder in youth. *Clinical child and family psychology review*, 15, 81-91.
- Olsson, I., & Campenhausen, G. (1993). Social adjustment in young adults with absence epilepsies. *Epilepsia*, 34(5), 846-851.
- Ott, D., Siddarth, P., Gurbani, S., Koh, S., Tournay, A., Shields, W. D., & Caplan, R. (2003). Behavioral disorders in pediatric epilepsy: unmet psychiatric need. *Epilepsia*, 44(4), 591-597.
- Özbek Baştuğ, Ö. Y., & Taneri, P. O. (2023). Çocuklarda Zorbalık Davranışları, Kaygı ve Sosyal Kaygı Arasındaki İlişki. Çankırı Karatekin Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 14(2), 211-247. <https://doi.org/10.54558/jiss.1192470>
- Özmen, M., Tatlı, B., & Ekici, B. (2011). Yenidoğan ve sütçocuğunun epileptik sendromları. *Türk Pediatri Arşivi*, 46(3), 191-195.
- Özmen, S., & Erdem, R. (2018). Damgalamanın kavramsal çerçevesi. *Süleyman Demirel Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Dergisi*, 23(1), 185-208.
- Öztürk, A. (2014). Sosyal Kaygıyı Açıklayan Yaklaşımlar. *Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi*, 13(48), 15-26.
- Özyurt, G., Öztürk, Y., & Akay, A. (2017). Anksiyete bozukluğu olan çocuklarda duygu düzenlemenin annelerinin duygu düzenlemesi, bağlanması ve anksiyete duyarlılığı ile ilişkisinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 18(4), 369.
- Panteliadis, C. P., Vassilyadi, P., Fehlert, J., & Hagel, C. (2017). Historical documents on epilepsy: From antiquity through the 20th century. *Brain and Development*, 39(6), 457-463.
- Parisi, P., Moavero, R., Verrotti, A., & Curatolo, P. (2010). Attention deficit hyperactivity disorder in children with epilepsy. *Brain and Development*, 32(1), 10-16.
- Pearl, P. L. (2018). Epilepsy syndromes in childhood. *Continuum: Lifelong Learning in Neurology*, 24(1), 186-209.

- Pearl, P. L., & Holmes, G. L. (2016). Childhood Absence Epilepsy. *Pellock's Pediatric Epilepsy: Diagnosis and Therapy*, 309 .
- Pembegül Yıldız, E., Bektaş, G., & Çalışkan, M. (2018). Çocukluk Çağı Absans Epilepsi. *Journal of Child*, 18(1), 10-12. <https://doi.org/10.5222/j.child.2018.09327>
- Premack, D., & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind?. *Behavioral and brain sciences*, 1(4), 515-526.
- Quinn, D. M., & Earnshaw, V. A. (2013). Concealable stigmatized identities and psychological well-being. *Social and personality psychology compass*, 7(1), 40-51.
- Ranta, K., Kaltiala-Heino, R., Rantanen, P., & Marttunen, M. (2009). Social phobia in Finnish general adolescent population: prevalence, comorbidity, individual and family correlates, and service use. *Depression and anxiety*, 26(6), 528-536.
- Rantanen, K., Eriksson, K., & Nieminen, P. (2012). Social competence in children with epilepsy—a review. *Epilepsy & Behavior*, 24(3), 295-303.
- Rao, P. A., Beidel, D. C., Turner, S. M., Ammerman, R. T., Crosby, L. E., & Sallee, F. R. (2007). Social anxiety disorder in childhood and adolescence: Descriptive psychopathology. *Behaviour Research and Therapy*, 45(6), 1181-1191.
- Rapee, R. M., & Heimberg, R. G. (1997). A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. *Behaviour research and therapy*, 35(8), 741-756.
- Reddy, C., & Saini, A. G. (2021). Metabolic epilepsy. *Indian Journal of Pediatrics*, 88, 1025-1032.
- Reilly, C., Atkinson, P., Chin, R. F., Das, K. B., Gillberg, C., Aylett, S. E., ... & Neville, B. G. (2015). Symptoms of anxiety and depression in school-aged children with active epilepsy: a population-based study. *Epilepsy & Behavior*, 52, 174-179.
- Reynolds, E. H., & Trimble, M. R. (2009). Epilepsy, psychiatry, and neurology. *Epilepsia*, 50, 50-55.
- Rodenburg, R., Meijer, A. M., Deković, M., & Aldenkamp, A. P. (2005). Family factors and psychopathology in children with epilepsy: a literature review. *Epilepsy & Behavior*, 6(4), 488-503.

- Rodenburg, R., Wagner, J. L., Austin, J. K., Kerr, M., & Dunn, D. W. (2011). Psychosocial issues for children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 22(1), 47-54.
- Rork, K. E., & Morris, T. L. (2009). Influence of parenting factors on childhood social anxiety: Direct observation of parental warmth and control. *Child & Family Behavior Therapy*, 31(3), 220-235.
- Rudolph, K. D., & Hammen, C. (1999). Age and gender as determinants of stress exposure, generation, and reactions in youngsters: A transactional perspective. *Child development*, 70(3), 660-677.
- Sander, J. W. (2004, June). Infectious agents and epilepsy. In *The Infectious Etiology of Chronic Diseases: Defining the Relationship, Enhancing the Research, and Mitigating the Effects—Workshop Summary* (pp. 93-99).
- Scambler, G., & Hopkins, A. (1990). Generating a model of epileptic stigma: the role of qualitative analysis. *Social Science & Medicine*, 30(11), 1187-1194.
- Scatolini, F. L., Zanni, K. P., & Pfeifer, L. I. (2017). The influence of epilepsy on children's perception of self-concept. *Epilepsy & Behavior*, 69, 75-79.
- Scharfstein, L. A., Beidel, D. C., Sims, V. K., & Rendon Finnell, L. (2011). Social skills deficits and vocal characteristics of children with social phobia or Asperger's disorder: A comparative study. *Journal of abnormal child psychology*, 39, 865-875.
- Scheffer, I. E., Berkovic, S., Capovilla, G., Connolly, M. B., French, J., Guilhoto, L., ... & Zuberi, S. M. (2017). ILAE classification of the epilepsies: Position paper of the ILAE Commission for Classification and Terminology. *Epilepsia*, 58(4), 512-521.
- Schmidt, D., & Shorvon, S. (2016). *The End of Epilepsy?: A history of the modern era of epilepsy research 1860-2010*. Oxford University Press.
- Serdaroglu, A., Ozkan, S., Aydin, K., Gücüyener, K., Tezcan, S., & Aycan, S. (2004). Prevalence of epilepsy in Turkish children between the ages of 0 and 16 years. *Journal of child neurology*, 19(4), 271-274.
- Shatla, R., El said Sayyah, H., Azzam, H., & Elsayed, R. M. (2011). Correlates of parental stress and psychopathology in pediatric epilepsy. *Annals of Indian Academy of Neurology*, 14(4), 252-256.

- Shaw, P., Lawrence, E. J., Radbourne, C., Bramham, J., Polkey, C. E., & David, A. S. (2004). The impact of early and late damage to the human amygdala on 'theory of mind' reasoning. *Brain*, 127(7), 1535-1548.
- Sherman, E. M., Slick, D. J., Connolly, M. B., & Eyrl, K. L. (2007). ADHD, neurological correlates and health-related quality of life in severe pediatric epilepsy. *Epilepsia*, 48(6), 1083-1091.
- Shi, Y., Wang, S., Ying, J., Zhang, M., Liu, P., Zhang, H., & Sun, J. (2017). Correlates of perceived stigma for people living with epilepsy: a meta-analysis. *Epilepsy & Behavior*, 70, 198-203.
- Singer, T., & Tusche, A. (2014). Understanding others: Brain mechanisms of theory of mind and empathy. In *Neuroeconomics* (pp. 513-532). Academic Press.
- Smith, G., Ferguson, P. L., Saunders, L. L., Wagner, J. L., Wannamaker, B. B., & Selassie, A. W. (2009). Psychosocial factors associated with stigma in adults with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 16(3), 484-490.
- Snead III, O. C. (1995). Basic mechanisms of generalized absence seizures. *Annals of Neurology: Official Journal of the American Neurological Association and the Child Neurology Society*, 37(2), 146-157.
- Stafstrom, C. E., & Carmant, L. (2015). Seizures and epilepsy: an overview for neuroscientists. *Cold Spring Harbor perspectives in medicine*, 5(6), a022426.
- Stein, D. J., Lim, C. C., Roest, A. M., De Jonge, P., Aguilar-Gaxiola, S., Al-Hamzawi, A., ... & WHO World Mental Health Survey Collaborators. (2017). The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: Data from the World Mental Health Survey Initiative. *BMC medicine*, 15, 1-21.
- Stein, D. J., Westenberg, H. G., & Liebowitz, M. R. (2002). Social anxiety disorder and generalized anxiety disorder: serotonergic and dopaminergic neurocircuitry. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 12-19.
- Stein, M. B. (2006). An epidemiologic perspective on social anxiety disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 3.
- Stein, M. B., & Stein, D. J. (2008). Social anxiety disorder. *The lancet*, 371(9618), 1115-1125.

- Stewart, E., Catroppa, C., & Lah, S. (2016). Theory of mind in patients with epilepsy: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychology Review*, 26, 3-24.
- Stewart, E., Catroppa, C., Gill, D., Webster, R., Lawson, J., Mandalis, A., ... & Lah, S. (2018). Theory of mind and social competence in children and adolescents with genetic generalised epilepsy (GGE): relationships to epilepsy severity and anti-epileptic drugs. *Seizure*, 60, 96-104.
- Sun, Y., Zhao, J., Zhao, P., Zhang, H., Zhong, J., Pan, P., ... & Xie, L. (2022). Social cognition in children and adolescents with epilepsy: A meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 983565.
- Şahin, B., Bozkurt, A., Usta, M. B., Aydın, M., Çobanoğlu, C., & Karabekiroğlu, K. (2019). Zihin kuramı: gelişim, nörobiyoloji, ilişkili alanlar ve Nörogelişimsel Bozukluklar. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(1), 24-41.
- Şahin, E. & Bebek, N. (2017). Epilepsi'de Genetik. *Türkiye Klinikleri J Neurol-Special Topics*, 10(1), 11-6.
- Şahin, S., Kamaşak, T., Arslan, E. A., Durgut, B. D., Dilber, B., Kandil, S., & Cansu, A. (2019). Çocuklarda epilepsi ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu birlikteliğinin özellikleri: Geriye dönük inceleme. *Güncel Pediatri*, 17(1), 71-84.
- Şengül, Y., & Kurudirek, F. (2022). Perceived stigma and self-esteem for children with epilepsy. *Epilepsy Research*, 186, 107017.
- Tager-Flusberg, H., & Sullivan, K. (2000). A componential view of theory of mind: evidence from Williams syndrome. *Cognition*, 76(1), 59-90.
- Taymur, İ. (2021). Sağlık Bilimleri Üniversitesi- Hamidiye Tıp Fakültesi Öğrenci Ders Notu- Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. [PDF]. https://www.sbu.edu.tr/FileFolder/Dosyalar/226a44f5/2023_9/ruhsagligivehastaliklari-2226a9bc.pdf
- Tekin, D., & Girli, A. (2011). Williams Sendromu ve zihin kuramı arasındaki ilişki. *Batı Anadolu Eğitim Bilimleri Dergisi*, 1(2), 67-75.
- Tıp Terimleri Sözlüğü, (2021). Sağlık Sözlüğü. Erişim 27 Mart 2024, <https://saglik.sozlugu.org/focal/> kaynağından

- Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I., & Fredrikson, M. (2002). Cerebral blood flow during anticipation of public speaking in social phobia: a PET study. *Biological psychiatry*, 52(11), 1113-1119.
- Tillfors, M., Furmark, T., Marteinsdottir, I., Fischer, H., Pissiota, A., Långström, B., & Fredrikson, M. (2001). Cerebral blood flow in subjects with social phobia during stressful speaking tasks: a PET study. *American journal of psychiatry*, 158(8), 1220-1226.
- Topbaş, M., Özgün, Ş., Sönmez, M. F., Aksoy, A., Çan, G., Yavuzylmaz, A., & Çan, E. (2012). Epilepsy prevalence in the 0-17 age group in Trabzon, Turkey. *Iranian Journal of Pediatrics*, 22(3), 344.
- Torres, A. R., Whitney, J., & Gonzalez-Heydrich, J. (2008). Attention-deficit/hyperactivity disorder in pediatric patients with epilepsy: review of pharmacological treatment. *Epilepsy & Behavior*, 12(2), 217-233.
- Trevathan, E. (2004). Seizures and epilepsy among children with language regression and autistic spectrum disorders. *Journal of Child Neurology*, 19(1S), S49-S57.
- Tsui, T. Y., Lahat, A., & Schmidt, L. A. (2017). Linking temperamental shyness and social anxiety in childhood and adolescence: Moderating influences of sex and age. *Child Psychiatry & Human Development*, 48, 778-785.
- Turanlı, G., & Öztoprak, Ü. (2022). Fokal Epilepsiler. In *Temel Pediatrik Nöroloji: Tanı ve Tedavi 3. Cilt* (pp. 2123–2142). Akademisyen Kitabevi.
- Turner, S. M., Beidel, D. C., Dancu, C. V., & Keys, D. J. (1986). Psychopathology of social phobia and comparison to avoidant personality disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 389.
- Türkçapar, M. H. (1999). Sosyal fobinin psikolojik kuramı. *Klinik Psikiyatri*, 2(4), 247-253.
- Velazquez, J. L. P., Huo, J. Z., Dominguez, L. G., Leshchenko, Y., & Snead III, O. C. (2007). Typical versus atypical absence seizures: network mechanisms of the spread of paroxysms. *Epilepsia*, 48(8), 1585-1593. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2007.01120.x>
- Vetter, N. C., Altgassen, M., Phillips, L., Mahy, C. E., & Kliegel, M. (2013). Development of affective theory of mind across adolescence: Disentangling the role of executive functions. *Developmental Neuropsychology*, 38(2), 114-125.

- Vezzani, A., Fujinami, R. S., White, H. S., Preux, P. M., Blümcke, I., Sander, J. W., & Löscher, W. (2016). Infections, inflammation and epilepsy. *Acta neuropathologica*, 131, 211-234.
- Wang, W. H., Shih, Y. H., Yu, H. Y., Yen, D. J., Lin, Y. Y., Kwan, S. Y., ... & Hua, M. S. (2015). Theory of mind and social functioning in patients with temporal lobe epilepsy. *Epilepsia*, 56(7), 1117-1123.
- Watanabe, R. G. S., de Oliveira Thais, M. E. R., Marmentini, E. L., Freitas, T. G., Wolf, P., & Lin, K. (2024). Theory of mind in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 158, 109910.
- Watanabe, R. G. S., de Oliveira Thais, M. E. R., Marmentini, E. L., Freitas, T. G., Wolf, P., & Lin, K. (2024). Theory of mind in epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 158, 109910.
- Wei, Z., Ren, L., Yang, L., Liu, C., Cao, M., Yang, Q., ... & Deng, Y. (2021). The relationship between social anxiety and felt stigma in patients with epilepsy: a network analysis. *Seizure*, 92, 76-81.
- Wellman, H. M., & Woolley, J. D. (1990). From simple desires to ordinary beliefs: The early development of everyday psychology. *Cognition*, 35(3), 245-275.
- Whatley, A. D., DiIorio, C. K., & Yeager, K. (2010). Examining the relationships of depressive symptoms, stigma, social support and regimen-specific support on quality of life in adult patients with epilepsy. *Health education research*, 25(4), 575-584.
- Wheless, J. W., & Kim, H. L. (2002). Adolescent seizures and epilepsy syndromes. *Epilepsia*, 43, 33-52 .
- Wilhelm, S., Otto, M. W., Zucker, B. G., & Pollack, M. H. (1997). Prevalence of body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders. *Journal of Anxiety Disorders*, 11(5), 499-502.
- Williams, J., Steel, C., Sharp, G. B., DelosReyes, E., Phillips, T., Bates, S., ... & Griebel, M. L. (2003). Anxiety in children with epilepsy. *Epilepsy & Behavior*, 4(6), 729-732.
- Wimmer, H., & Perner, J. (1983). Beliefs about beliefs: Representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13(1), 103-128.
- Wirrell, E. C. (2021). Classification of Seizures and the Epilepsies. *Epilepsy*, 11-22.

- Wirrell, E. C., Camfield, C. S., Camfield, P. R., Dooley, J. M., Gordon, K. E., & Smith, B. (1997). Long-term psychosocial outcome in typical absence epilepsy: sometimes a wolf in sheeps' clothing. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 151(2), 152-158.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, 28(1), 109-126.
- Worden, L. (2022). Seizure Classification and Semiology. *Handbook of Pediatric Epilepsy*, 11-29.
- World Health Organization, (2023). Epilepsy. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/epilepsy> adresinden 11 Kasım 2023 tarihinde alınmıştır.
- Yang, T. W., Kim, Y. S., Kim, D. H., Yeom, J. S., & Kwon, O. Y. (2023). Felt stigma proportion in people living with epilepsy: A systematic review. *Seizure: European Journal of Epilepsy*.
- Yanos, P. T., Roe, D., Markus, K., & Lysaker, P. H. (2008). Pathways between internalized stigma and outcomes related to recovery in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric services*, 59(12), 1437-1442.
- Yaşar, Z. E. (2022). Zihin Kuramının Gözden Geçirilmesi: Farklı Zihinsel Durumlar ve Yaşam Boyu Gelişim. *Gelişim ve Psikoloji Dergisi*, 3(5), 75-92.
- Yeni N.S., & Bora. İ. (2013). Epilepsinin Tarihçesi, Epidemiyolojisi ve Prognozu. Nöroloji temel kitabı. Güneş Tıp Kitabevi.
- Yeni, K., Tulek, Z., & Bebek, N. (2016). Factors associated with perceived stigma among patients with epilepsy in Turkey. *Epilepsy & Behavior*, 60, 142-148.
- Yeşiltaş, F., Bek, S., Sarı, O., Aydoğan, Ü., Özenç, S., Sağlam, K., ... & Öngel, K. (2009). Epilepsi hastalarında etyolojik faktörlerin nöbet başlangıç yaşı ile ilişkisi. *MN Dahili Tıp Bilimleri Dergisi*, 4(3-4), 125-130.
- Yetkin, H., Görmez, A., Elbay, R. Y., Kurtulmuş, A., Tombul, T., & Varoğlu, A. O. (2024). Separation anxiety disorder, perceived overprotection and quality of life in epilepsy patients. *Epilepsy & Behavior*, 159, 109972.

- Yıldız, M. (2015). Sosyal Anksiyete Bozukluğunda Genetik ve Nörogörüntüleme Bulguları. *Turkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, 8(3), 22-8.
- Yücel, P. P. (2022). Epilepsinin Tanımı Ve Tarihçesi. *Temel Pediatrik Nöroloji: Tanı Ve Tedavi-3. Cilt*, 2053.



EKLER

Ek 1. Demografik Bilgi Formu



Demografik Bilgi Formu

Değerli katılımcı,

Bu çalışma Üsküdar Üniversitesi Klinik Psikoloji Yüksek Lisans programında araştırmacının tez çalışması için yapılmaktadır. Aşağıda kendiniz ve tıbbi tanınıza dair bir takım sorular yer almaktadır. Cevaplarınız gizli tutulacak olup sadece araştırma kapsamında kullanılacaktır. Soruları boş bırakmamanız ve tüm samimiyetinizle cevaplamanız rica edilir.

Katılımınız için teşekkür ederim.

Cinsiyet: () Kadın () Erkek

Yaş:

Kardeş Sayısı:

Sınıf:

Ailenin sosyoekonomik durumu: () Çok Yüksek () Yüksek () Orta () Düşük

Annenin yaşı:

Annenin eğitim durumu: () Okuryazar () İlkokul () Lise () Lisans () Lisansüstü

Annenin mesleği: () Ev hanımı () Çalışıyor

Babanın yaşı:

Babanın eğitim durumu: () Okuryazar () İlkokul () Lise () Lisans () Lisansüstü

Babanın mesleği: () İşsiz () Serbest meslek () Memur () Özel Sektör () Emekli

Tanı:

Tanının konmasının üzerinden geçen süre:

İlaç Kullanım Durumu: () Kullanıyor () Kullanmıyor

Kullanıyorsanız kullandığınız ilaçları ve kullanım sıklığını belirtiniz:

.....

.....

.....

Ailede kronik rahatsızlık var mı? () Var () Yok

Ailede epilepsi geçmişı var mı? () Var () Yok

Psikolojik destek alıyor musunuz? () Evet () Hayır

Epileptik nöbet sıklığı:

- () Sadece tek nöbet
- () 6 ayda bir veya daha az
- () Ayda bir veya iki nöbet
- () Haftada birkaç nöbet
- () Hemen her gün genelde bir nöbet
- () Hemen her gün birden fazla nöbet

En son nöbet geçirme tarihi:

- () Son 1 hafta içinde
- () Son 1 ay içinde
- () Son 6 ay içinde
- () Son birkaç sene içinde
- () Sadece tanı anında

Nöbet tipi: Biliyorsanız işaretleyiniz

- () Jeneralize
- () Fokal
- () Absans

Ek 2. Algılanan Damgalanma Ölçeği

HİSSEDİLEN STİGMA ÖLÇEĞİ						
	Tamamen katılıyorum	Katılıyorum	Emin değilim	Katılmıyorum	Hiç katılmıyorum	
1. Epilepsimden dolayı dışlanmaktan korkarım.						
2. Nöbet geçirdikten sonra, buna şahit olan insanlardan uzaklaşmak isterim.						
3. Epilepsi nöbeti geçirdikten sonra utanç duyarım.						
4. Epilepsim yüzünden kendimi diğer insanlardan daha az değerli hissediyorum.						
5. Epilepsi utanılacak bir hastalık değildir.						
6. Epilepsinin bir talihsizlik olduğunu düşünüyorum.						
7. Epilepsim olduğunu bilen insanların bana acıdığını hissedirim.						
8. Epilepsimden dolayı, kendimi diğer insanlardan eksik hissedirim.						
9. Epilepsinin utanılacak bir hastalık olduğunu düşünüyorum.						
Diğer insanların epilepsimden dolayı beni daha değersiz gördüğünü düşünüyorum						

Ek 3. Çocuklar için Sosyal Anksiyete Ölçeği (Yenilenmiş Biçim)

ÇOCUKLAR İÇİN SOSYAL ANKSİYETE ÖLÇEĞİ (YENİLENMİŞ BİÇİM)

Aşağıda bazı cümleler ve yanlarında da bazı seçenekler verilmiştir. Her cümleyi okuduktan sonra, son bir ayı düşünerek bu cümle için size en uygun gelen seçeneği işaretleyin. Cümlelerin size uygunluğuna göre o cümleye 1-5 arasında bir puan verin. Cümledeki ifade size hiç uymuyorsa 1, çok az uyuyorsa 2, bazen uyuyorsa 3, çoğu zaman uyuyorsa 4, daima uyuyorsa 5'i işaretleyin.

1:hiçbir zaman 2:çok az 3:bazen 4:çoğu zaman 5:daima

Rakamların altındaki uygun kutucuğa X işareti koyun	1	2	3	4	5
1.Başka çocukların önünde yeni bir şey yapmaktan rahatsız olurum.					
2.Bana şaka yapılmasından rahatsız olurum.					
3.Tanımadığım çocukların yanında utanırım.					
4.Diğer çocuklar arkamdan konuşuyorlar diye düşünürüm.					
5.Yalnızca iyi tanıdığım çocuklarla konuşurum.					
6.Diğer çocuklar benim hakkımda ne düşünüyorlar diye endişelenirim.					
7.Diğer çocukların benden hoşlanmayacağından korkarım.					
8.İyi tanımadığım çocuklarla konuşurken rahatsız olurum.					
9.Diğer çocuklar benim hakkımda ne diyecekler diye endişelenirim.					
10.Yeni tanıştığım çocuklarla konuşurken rahatsız olurum.					
11.Diğer çocuklar benden hoşlanmıyorlar diye üzülürüm.					
12.Bir grup çocukla birlikteyken sessiz kalırım.					
13.Diğer çocuklar benimle alay ediyorlar diye düşünürüm.					
14.Başka bir çocukla tartışırsam, onun benden hoşlanmayacağından korkarım.					
15.Başkalarını evime çağırmaktan çekinirim, çünkü hayır diyebilirler.					
16.Bazı çocukların yanındayken rahatsız olurum.					
17.İyi tanıdığım çocukların yanındayken bile utanırım.					
18.Başka çocuklarla birlikte oynamayı teklif etmek bana zor gelir.					

www.bilisseldavranisci.org

Ek 4. Çocukluk Çağı Kaygı Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

ÇOCUKLUK ÇAĞI KAYGI BOZUKLUKLARI ÖZBİLDİRİM ÖLÇEĞİ (ÇOCUK FORMU)

Adı – Soyad :

Uygulama Tarihi:/...../.....

Doğum Tarihi :/...../.....

Cinsiyet : K ☐ E ☐

Aşağıda insanların kendilerini nasıl hissettiklerini tanımlayan maddelerden oluşan bir liste bulunmaktadır. Her madde için, eğer madde sizin için doğru ya da çoğu zaman doğru ise 2'yi; biraz ya da bazen doğru ise 1'i; doğru değil ya da nadiren doğru ise 0'ı işaretleyin. Bazı maddelerin size uymadığını düşünseniz de lütfen boş bırakmayın.

1. Korktuğum zaman nefes almam zorlaşır.	0	1	2
2. Okuldayken başım ağrır.	0	1	2
3. İyi tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.	0	1	2
4. Evden uzak bir yerde uyursam korkarım.	0	1	2
5. Başka insanların beni sevip sevmediğinden endişelenirim.	0	1	2
6. Korktuğum zaman bayılacak gibi hissederim.	0	1	2
7. Huzursuzum.	0	1	2
8. Nereye giderlerse gitsinler annemin ve babamın peşinden giderim.	0	1	2
9. Birçok insan bana huzursuz göründüğümü söyler.	0	1	2
10. İyi tanımadığım insanların yanında kendimi huzursuz hissederim.	0	1	2
11. Okuldayken karnım ağrır.	0	1	2
12. Korktuğum zaman aklımı kaçıracak gibi hissederim.	0	1	2
13. Yalnız yatmaktan endişe duyarım.	0	1	2
14. Diğer çocuklar kadar iyi olmadığımndan endişelenirim.	0	1	2
15. Korktuğum zaman olayları gerçek değilmiş gibi hissederim.	0	1	2
16. Annemin ve babamın başına kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.	0	1	2
17. Okula gitmekten endişe duyarım.	0	1	2
18. Korktuğum zaman kalbim hızlı çarpar.	0	1	2
19. Titrerim.	0	1	2
20. Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar (korkunç rüyalar) görürüm.	0	1	2
21. İşlerim yolunda gitmeyecek diye endişelenirim.	0	1	2
22. Korktuğum zaman çok terlerim.	0	1	2
23. Her şeyi kendime dert ederim.	0	1	2
24. Hiçbir neden olmadığı halde çok korktuğum olur.	0	1	2
25. Evde yalnız kalmaktan korkarım.	0	1	2
26. İyi tanımadığım insanlarla konuşmak bana zor gelir.	0	1	2
27. Korktuğum zaman boğuluyormuş gibi hissederim.	0	1	2
28. Birçok insan bana çok endişelendiğimi söyler.	0	1	2
29. Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.	0	1	2

30. Heyecan nöbetleri geçirmekten korkarım.	0	1	2
31. Annemin ve babamın başına kötü şeyler gelecek diye endişelenirim.	0	1	2
32. İyi tanımadığım insanların yanında utanırım.	0	1	2
33. Gelecekte olacaklar konusunda endişelenirim.	0	1	2
34. Korktuğum zaman kusacakmış gibi olurum.	0	1	2
35. İşlerimi ne kadar iyi yaptığımdan endişelenirim.	0	1	2
36. Okula gitmekten korkarım.	0	1	2
37. Olup bitmiş şeyler hakkında endişe duyarım.	0	1	2
38. Korktuğum zaman başım döner.	0	1	2
39. Başka çocuk ve yetişkinlerle birlikteyken ve onlar benim yaptığım şeyi seyrederken kendimi huzursuz hissedirim.(örn: yüksek sesle okurken, konuşurken, oyun oynarken, spor yaparken).	0	1	2
40. İyi tanımadığım insanların bulunacağı partiye, dansa ya da herhangi bir yere giderken kendimi huzursuz hissedirim.	0	1	2
41. Utangacım.	0	1	2

Ek 5. Gözlerden Zihin Okuma Testi Çocuk Formu

GÖZLERDEN ZİHİN OKUMA TESTİ- ÇOCUK FORMU

alıştırma

kıskanmış

korkmuş



rahatlamış

nefret ediyor

1

nefret ediyor

şaşırmış



nazik

öfkeli

2

kaba

öfkeli



şaşırmış

üzgün

arkadaşça

üzgün



şaşırmış

endişeli

rahatlamış

canı sıkın



şaşırmış

heyecanlı

yaptığı şey için
üzgün hissediyor

birine bir şey
yaptırıyor



şaka yapıyor

rahatlamış

6

nefret ediyor

kaba



endişeli

sıkılmış

yaptığı şey için
üzgün hissediyor

sıkılmış



bir şey ilgisini
çekmiş

şaka yapıyor

bir şeyi hatırlıyor

mutlu



arkadaşça

kızgın

rahatsız olmuş

nefret ediyor



şaşırmış

bir şey düşünüyor

nazik

utangaç



inanmıyor

üzgün

emrediyor

umut ediyor



kızgın

iğrenmiş

aklı karışmış

şaka yapıyor



üzgün

ciddi

bir şey düşünüyor

canı sıkın



heyecanlı

mutlu

mutlu

bir şey düşünüyor



heyecanlı

nazik

inanmıyor

arkadaşça



oynamak istiyor

rahatlamış

kararını vermiş

şaka yapıyor



şaşırmış

sıkılmış

kızgın

arkadaşça



kaba

biraz endişeli

üzücü bir şey
hakkında düşünüyor

kızgın

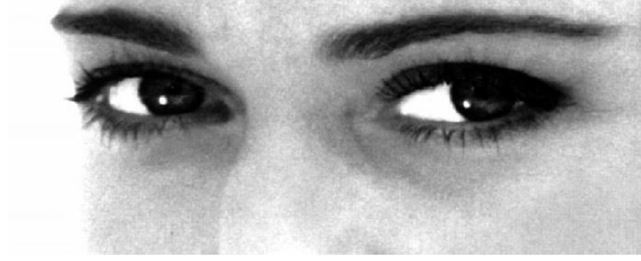


emrediyor

arkadaşça

kızgın

hayal kuruyor



üzgün

bir şey ilgisini
çekmiş

20

nazik

şaşırmış



memnun değil

heyecanlı

bir Şey ilgisini
çekmiş

Şaka yapıyor



rahatlamış

mutlu

şen

nazik



şaşırmış

bir şey düşünüyor

şaşırmış

bir şey
hakkında emin



şaka yapıyor

mutlu

ciddi

yaptığından
utanmış



kafası karışmış

şaşırmış

25

utangaç

suçlu



hayal kuruyor

endişeli

şaka yapıyor

rahatlamış



sinirli

pişman

yaptığından utanmış

heyecanlı



inanmıyor

memnun

iğrenmiş

nefret ediyor



mutlu

sıkılmış