



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ



ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDEKİ
DUYUSAL HASSASİYETİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Buse BİLGİÇ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN

Doç. Dr. Merve ÇIKILI UYTUN

ANKARA

2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

ANKSİYETE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERDEKİ
DUYUSAL HASSASİYETİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Buse BİLGİÇ

ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Doç. Dr. Merve ÇIKILI UYTUN

ANKARA
2023

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakóltesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerdeki Duyusal Hassasiyetin Değerlendirilmesi” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımda yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakóltesi Etik Kurulu tarafından, 13/04/2022 tarihinde, İ04-197-22 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Buse BİLGİÇ

Tarih: 15.05.2023

İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

Turnitin Orijinallik Raporu

İşleme konu: 22-May-2023 12:21 +03

NUMARA: 2099089721

Kelime Sayısı: 12108

Gönderildi: 1

Anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde... Buse Bilgiç tarafından

Kaynağa göre Benzerlik	
Benzerlik Endeksi	
%14	
Internet Sources:	%12
Yayınlar:	%5
Öğrenci Ödevleri:	%5

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN		
Adı, Soyadı	: Buse BİLGİÇ	Sınav tarihi: 31/ 05 / 2023
Anabilim/Bilim Dalı	: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	
Tez Danışmanı	: Doç.Dr. Merve ÇIKILI UYTUN	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Duyusal Hassasiyetin Değerlendirilmesi	
Tezin Niteliği:	☒ Ana Dal Uzmanlık Tezi ☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☒ 1 ☐ 2 ☐ 3

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
☒ Kabulüne	
☐ Reddine	
☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
☒ Oy birliği ☐ Oy çokluğu	ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR
Lütfen, tezin reddi veya düzeltme istenmesi durumunda gerekçeli açıklamalarınızı buraya yazınız

Jüri Başkanı
Doç.Dr.Esra YÜRÜMEZ
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Doç.Dr.Merve ÇIKILI UYTUN
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Doç.Dr.S.Burak AÇIKEL
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı

ÖNSÖZ

Başta bu araştırmanın yürütülmesinde her zaman bana yol gösteren, tez sürecinde içten ilgi ve desteğini esirgemeyen tez danışmanım Doç. Dr. Merve ÇIKILI UYTUN'a ve değerli hocalarım Prof. Dr. Didem Behice ÖZTOP, Doç. Dr. Esra YÜRÜMEZ ve Doç. Dr. Burak AÇIKEL'e

Rotasyon sürecinde çalışma fırsatı edindiğim Ankara Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ve Çocuk Nöroloji bölümündeki değerli hocalarıma,

Asistanlık eğitimimde kısa bir dönem de olsa yolumuzun kesiştiği, hocalığından ve insanlığından çok şey öğrendiğim değerli hocam Doç. Dr. Özhan YALÇIN'a

Bu süreçte hep yanımda olan, bıkmadan sorularımı cevaplayan, ne zaman düşsem desteğini hep yanı başımda hissettiğim, -bu tez varsa senin sayende var- canım Dr. Ayşegül ŞEN'e

Benim için asistanlık sürecini güzel kılan, bu hayatta onu tanıyabilmenin ve dostu olabilmenin büyük bir şans olduğunu düşündüğüm ve bunun kıymetini ömrümün sonuna kadar hissedeceğim canım eşkıdemim Dr. Ayşe Merve GÜNGÖR'e ve dört yıl boyunca bizi bir kere olsun kırmayan, her türlü nazımızı ve kötü esprimizi çeken canım eşkıdemim Dr. Göksarp ŞENGÜN'e

Asistanlığım boyunca birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum Dr. Gökçen YALÇIN'a, Dr. Zeynep TOPRAK'a, Dr. Ayşegül AKGÜL'e ve beraber çalıştığım tüm asistan arkadaşlarıma, psikologlara, hemşirelere ve personel ekibine,

Sevgilerini ve desteklerini doğduğum günden bu yana hissettiğim, bu hayatta her şeyden önemli olan şeyin güzel bir insan olmak olduğunu bana öğreten, her kararımda bana güvenip arkamda olan canım anneme ve babama, bana kardeşten öte her zaman bir abi ve arkadaş olan canım Furkan'ıma, aile demişken miniciğimi unutmak olmaz canım Cekuş'uma

Kısa pantolonlu hallerimizden beri birbirimizi tanıdığımız, çocukluğumdan bu yana dostluk ve sevgilerini her daim hissettiğim canlarım Nalan KILINÇ ve Murat KISTI'ya

Son olarak 13 yılı devirdiğim, acısıyla tatlısıyla birçok anı biriktirdiğim canım Ankara'ma ve bu şehirde artık her biri birer ailem haline gelen canım arkadaşlarıma teşekkür ederim.

Dr. Buse BİLGİÇ

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	i
Özgünlük Raporu	ii
Kabul Onay Sayfası	iii
Önsöz	iv
İçindekiler	v
Simgeler ve Kısaltmalar	viii
Şekiller	ix
Tablolar	x
1. ÖZET	1
2. ABSTRACT	3
3. GİRİŞ VE AMAÇ	5
4. GENEL BİLGİLER	7
4.1. Anksiyete Bozuklukları	7
4.1.1. Tanım ve Tarihçe	7
4.1.2. Epidemiyoloji	8
4.1.3. Etiyoloji	9
4.1.3.1. Ailesel Geçiş ve Genetik	9
4.1.3.2. Nöroanatomi ve Nörokimya	10
4.1.3.3. Mizaç	10
4.1.3.4. Model Alma ve Çevresel Etkenler	10
4.1.4. Sınıflandırma ve Tanı	11
4.1.5. Komorbidite	18
4.1.6. Tedavi	19
4.2. Duyusal İşleme ve Duyusal İşleme Bozuklukları	20
4.2.1. Duyusal İşleme	20
4.2.2. Duyusal İşleme Bozuklukları ve Duyusal Hassasiyet	20
4.2.3. Duyusal Hassasiyet	21
4.2.3.1. Duyusal Hassasiyetin Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi	22
4.2.3.2. Duyusal Hassasiyetin Anksiyete Bozuklukları ile İlişkisi	23
5. GEREÇ ve YÖNTEM	25
5.1. Örneklem Seçimi	25
5.2. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri	25

5.3. Uygulama	27
5.4. Gereçler	27
5.4.1. Sosyodemografik Veri Formu	27
5.4.2. Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - Türkçe (ÇGDS-ŞY-T)	27
5.4.3. Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)	28
5.4.4. Adolesan/Yetişkin Duyu Profili (AYDP)	28
5.4.5. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL 6-18)	29
5.4.6. Global Değerlendirme Ölçeği (GAS)	29
5.5. İstatistiksel Analiz ve Verilerin Yorumlanması	29
6. BULGULAR	31
6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular	31
6.2. Klinik Bulgular	35
6.3. Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi	37
6.3.1. Olguların ÇATÖ Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi	37
6.3.2. Olguların Adolesan/Yetişkin Duyu Profili (AYDP) Verilerinin Değerlendirilmesi	38
6.3.3. CBCL 6-18 Yaş Davranış Değerlendirme Ölçeği Verilerinin Değerlendirilmesi	39
6.4. Ölçekler Arası Korelasyon Bulguları	40
6.4.1. Çocuk ÇATÖ ile AYDP Ölçek Puanlarının Korelasyonu	40
6.4.2. Anne-Baba ÇATÖ ile AYDP Ölçek Puanlarının Korelasyonu	41
6.4.3. Olguların GAS skorları, semptom başlangıcı ile AYDP ölçek puanlarının korelasyonu	42
6.4.4. CBCL Alt Ölçekleri ile AYDP Alt Ölçeklerinin Korelasyonu	42
7. TARTIŞMA	45
7.1. Kısıtlılıklar	50
8. SONUÇ ve ÖNERİLER	51
9. KAYNAKLAR	53
10. EKLER	64
Ek 1: Aydınlatılmış Onam Formu (Hasta Grubu İçin)	64
Ek 2: Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu İçin)	66
Ek 3: Sosyodemografik Bilgi Formu	68

Ek 4: Çocuk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (Anne-Baba Form)	70
Ek 5: Çocuk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (Çocuk Form)	72
Ek 6: 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL 6-18)	74
EK 7: Adolesan Yetişkin Duyu Profili (AYDP)	78
Ek 8: Global Değerlendirme Ölçeği	79
Ek 9: Ölçek Kullanım İzni	80



SİMGELER VE KISALTMALAR

AB	: Anksiyete Bozukluğu
DH	: Duyusal Hassasiyet
AAB	: Ayrılık(Seperasyon) Anksiyetesi Bozukluğu
DB	: Davranım Bozukluğu
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
OSB	: Otizm Spektrum Bozukluğu
KOKGB	: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
ÖF	: Özgül Fobi
PB	: Panik Bozukluk
SAB	: Sosyal Anksiyete Bozukluğu
SF	: Sosyal Fobi
SM	: Selektif Mutizm
AYDP	: Adolesan/Yetişkin Duyu Profili
SPSS	: Statistical Package For The Social Science
BDT	: Bilişsel Davranışçı Terapi
ÇATÖ	: Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği
SCARED	: The Screen for Child Anxiety and Related Disorders
ÇDŞG-ŞY	: Okul Çağı Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam boyu Şekli Türkçe uyarlaması
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DSM-III	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Üçüncü Baskı
DSM-IV	: Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı, Dördüncü Baskı
DSM-V	: Mental Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı
fMRI	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
AACAP	: Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Akademisi
SSRI	: Seçici serotonin gerilim inhibitörleri
SNRI	: Serotonin ve noradrenalin gerilim inhibitörleri
CBCL	: Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği

ŞEKİLLER

Şekil 1. Duyusal İşleme Bozuklukları (Miller ve arkadaşları).....	21
---	----



TABLÖLAR

Tablo 1. Ayrılık Anksiyitesi Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri.....	11
Tablo 2. Seçici konuşmazlık (mutizm) DSM-5 Tanı Ölçütleri.....	13
Tablo 3. Özgül fobi DSM-5 Tanı Ölçütleri	13
Tablo 4. Sosyal Anksiyitesi Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri.....	15
Tablo 5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri	16
Tablo 6. Panik Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri	17
Tablo 7. Vaka ve kontrol grubunda yaş ortalaması	31
Tablo 8. Vaka ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı	31
Tablo 9. Vaka ve kontrol grubunda okul öncesi eğitim dağılımı	31
Tablo 10. Vaka ve kontrol grubunda klinik bilgilerinin dağılımı	32
Tablo 11. Ebeveynlerin yaş ortalamaları	32
Tablo 12. Ebeveynlerin eğitim durumu dağılımı	33
Tablo 13. Ebeveynlerin meslek dağılımı	33
Tablo 14. Ebeveynlerin tıbbi durumlarının dağılımı	34
Tablo 15. Ebeveynlerin birliktelik durumlarının dağılımı	34
Tablo 16. Kardeşlerin tıbbi durumlarının dağılımı	35
Tablo 17. Akrabaların tıbbi durumlarının dağılımı	35
Tablo 18. Vaka grubunda anksiyete bozukluğu alt tipleri	36
Tablo 19. Belirti sürelerine göre vaka grubu alt tiplerinin karşılaştırılması	36
Tablo 20. Vaka grubunda GAS skoru dağılımı	36
Tablo 21. Çocuk ÇATÖ alt ölçeklerinin gruplara göre karşılaştırılması.....	37
Tablo 22. Anne-Baba ÇATÖ alt ölçeklerinin gruplarına göre karşılaştırılması.....	37
Tablo 23. Vaka ve kontrol gruplarının ADYP verilerinin karşılaştırılması.....	38
Tablo 24. AYDP alt ölçeklerinin vaka grubu alt tiplerine göre karşılaştırılması	38
Tablo 25. AYDP duyusal alt alanların gruplara göre karşılaştırılması	39
Tablo 26. CBCL ölçeği alt ölçeklerinin gruplara göre karşılaştırılması	39
Tablo 27. Çocuk ÇATÖ alt ölçekleri ile AYDP alt ölçeklerinin korelasyonları	41
Tablo 28. Anne-Baba ÇATÖ alt ölçekleri ile AYDP alt ölçeklerinin korelasyonları	42
Tablo 29. GAS skoru ve belirti sürelerinin AYDP alt ölçekleri ile korelasyonları	42
Tablo 30. CBCL alt ölçekleri ile AYDP alt ölçeklerinin korelasyonları.....	44

1. ÖZET

Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerdeki Duyusal Hassasiyetin Değerlendirilmesi

Amaç: Temel amacımız anksiyete bozukluğu tanısı alan ve sağlıklı kontrol grubu kız ve erkeklerin duyusal hassasiyet açısından değerlendirip birbirleriyle karşılaştırmaktır. Çalışmamızın hipotezi şu şekildedir: Anksiyete bozukluğu tanısı alan grup kontrol grubuna göre çevresel uyaranlara karşı daha yüksek duyusal hassasiyet gösterecektir.

Yöntem: Araştırma hakkında bilgilendirme ve onam alınmasının ardından, araştırmacı tarafından katılımcı çocuk ve aileleri ile “Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - Türkçe Versiyonu (ÇGDS-ŞY-T)” yarı yapılandırılmış tarama görüşmesi yapılmıştır. ÇDSG-ŞY-T ile taranamayan Öğrenme Güçlüğü ve Otizm Spektrum Bozuklukları tanıları araştırmacının DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile değerlendirilmiştir. Bu görüşme sırasında her iki grupta da ek psikiyatrik tanımlar alanlar olmuş ve bu çocuklar çalışmaya alınmamıştır. Bu görüşmenin sonunda; ailelerin doldurması için “Sosyodemografik veri formu”, “6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18)”, “Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği(ÇATÖ) Anne-Baba Formu; çocuk ve ergenlere doldurması için “Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği(ÇATÖ) Çocuk Formu(8 yaş ve üzeri)” ve “Adolesan/Yetişkin Duyu Profili Ölçeği” verilmiştir. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22.0 programı kullanıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Vaka ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, anne ve baba yaş ortalaması, birliktelik durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Anne ve baba eğitim düzeyi incelendiğinde vaka grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Annede psikiyatrik hastalık varlığı açısından vaka grubu kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çalışmamızda anksiyete şiddetini belirleyen ÇATÖ çocuk ve ebeveyn değerlendirme ölçekleri; tüm alt ölçek puanları (okul fobisi, YAB, panik somatik, AAB, SF, toplam puan) açısından kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Çalışmaya katılan çocukların CBCL 6-18 alt ölçekleri değerlendirildiğinde; anksiyete grubu tüm alt alanlarda (anksiyete/depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları)

istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu bulunmuştur. AYDP verileri incelendiğinde gruplar arasında alt alanların hiçbirinde (düşük kayıt, duyuşal arayış, duyuşal hassasiyet, duyuşal kaçınma) anlamlı fark bulunamamıştır. Bununla beraber vaka grubundaki katılımcıların hastalıklarının alt tiplerine ve kombinasyonlarına göre AYDP verileri incelendiğinde yine gruplar arasında hiçbir alt ölçek açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çalışmamızda AYDP alt ölçekleri ile GAS skorları ve belirti süresi aralarında istatistiksel anlamlı korelasyon bulunamamıştır.

Sonuçlar: Sonuç olarak duyuşal hassasiyet; normal popülasyonda da oldukça sık görülen ve önemli çocukluk çağı psikiyatrik bozuklukları ile birliktelik gösterebilen, henüz psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi tam olarak aydınlatılamamış bir klinik durumdur. DH ve bunun mevcut psikiyatrik teşhislerle ilişkisine odaklanan gelecekteki çalışmalar, muhtemelen bu yapı hakkındaki genel anlayışımıza katkıda bulunacak ve DH semptomlarıyla mücadele eden çocuklar için yeni tedavi modalitelerinin gelişmesine olanak sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete bozukluğu, duyuşal hassasiyet, duyu profili

2. ABSTRACT

Objective: Our main aim was to evaluate and compare the sensory sensitivity of boys and girls diagnosed with anxiety disorder and healthy control subjects. The hypothesis of our study is as follows: The group diagnosed with anxiety disorder will show higher sensory sensitivity to environmental stimuli than the control group.

Method: After obtaining information about the study and informed consent, the researcher conducted a semi-structured screening interview with the participant children and their families using the "Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children - Present and Lifetime Version (KSADS-PL)". The diagnoses of Learning Disabilities and Autism Spectrum Disorders, which could not be screened with the KSADS-PL, were evaluated with the clinical opinion of the researcher based on DSM-5 diagnostic criteria. During this interview, both groups had children with additional psychiatric diagnoses and these children were excluded from the study. At the end of this interview, "Sociodemographic data form", "The Child Behaviour Checklist, School-Age Version (CBCL/6-18)", "Screen for Child Anxiety and Related Disorders (SCARED) Parent Form" were given to the families to fill in, while "Screen for Child Anxiety and Related Disorders (SCARED) Child Form" (8 years of age and above)" and "Adolescent/Adult Sensory Profile" (AASP) were given to the children and adolescents to fill in.

Results: No statistically significant difference was found between the case and control groups in terms of age, gender, average age of mother and father, and cohabitation status. When the educational level of the mother and father was analyzed, it was found to be significantly lower in the case group compared to the control group. In terms of the presence of psychiatric illness in the mother, the case group was significantly higher than the control group. In our study, in terms of all subscale scores (school phobia, GAD, panic somatic, separation anxiety, social phobia, total score) of the child and parent assessment scales of the SCARED, which determines the severity of anxiety, were found to be significantly higher in the case group than in the control group. When the CBCL 6-18 subscales of the children participating in the study were evaluated, it was found that the anxiety group was statistically significantly higher in all subscales (anxiety/depression, social introversion, somatic complaints, social problems, thought problems, attention problems, oppositional behavior, aggressive behaviors, internalizing problems, externalizing problems). When the AASP data were examined, no significant difference was found between the groups in any of the sub-domains (low registration, sensory seeking, sensory sensitivity, sensory avoidance). However,

when the AASP data of the participants in the case group were analyzed according to the subtypes and combinations of the diseases, no significant difference was found between the groups in terms of any subscale. In our study, no statistically significant correlation was found between AASP subscales and GAS scores and symptom duration.

Conclusions: In conclusion, sensory sensitization (SOR) is a clinical condition that is highly prevalent in the normal population and can be associated with significant childhood psychiatric disorders, yet its relationship with psychiatric disorders has not been fully elucidated. Future studies focusing on SOR and its association with existing psychiatric diagnoses will likely contribute to our overall understanding of this entity and allow the development of new treatment modalities for children struggling with SOR symptoms.

Key words: Anxiety disorder, sensory sensitivity, sensory profile

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Anksiyete bozukluğu(AB); önemli ölçüde sıkıntı ve işlev kaybına sebep olan yoğun bir kaygı ve bu kaygı sebebi ile ortaya çıkan bedensel belirtiler, bilişsel çarpıtmalar ve ardından gelen kaçınma davranışı olarak tanımlanır (1). Anksiyete bozuklukları, çocukluk ve ergenlik döneminde en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir ve akademik performans, sosyal ilişkiler, genel sağlık ve yaşam kalitesi üzerinde önemli bir etkiye sahiptir. Çocuklukta başlayan anksiyete bozukluklarının diğer psikiyatrik bozukluklar, özellikle majör depresyon ve madde kullanımı için risk faktörü olması, bunların bireyin yaşamı üzerindeki olumsuz etkilerini artırır (2). Metodolojik değişiklikler nedeniyle yaygınlık tahminlerinde önemli farklılıklar olmasına rağmen, çocuk ve ergenler üzerinde yapılan araştırmalar AB'nın yaşam boyu yaygınlığını %15-31 olarak bildirmektedir (3, 4). Toplum araştırmalarından elde edilen verilere dayanarak 13-18 yaş grubunda AB'nın yaygınlığı %31,9 olarak bulunmuştur (3).

Anksiyete bozukluklarının etiolojisine yönelik araştırmalar; ailesel geçiş, genetik yük, mizaç özellikleri ve çevresel faktörlere odaklanmıştır. Anksiyete bozukluğu olan çocukların ebeveynleri, anksiyete ve duygudurum bozuklukları açısından önemli ölçüde artmış riske sahiptir (5). İkizler üzerinde yapılan genetik çalışmalar, çocukluk dönemi anksiyete bozukluklarında genetiğin 1/3'lük bir etkisi olduğunu göstermektedir (6). Etiyolojide en çok çalışılmış ve en iyi tanımlanmış risk faktörü mizaçtır. İnhibe mizaca sahip çocuklarda yeniliklere karşı isteksizlik ve geri çekilme, akranlarına veya yabancı kişilere uyum sağlamakta zorlanma, azalmış göz teması, daha az gülümseme ve konuşma gözlemlenebilir. Okul öncesinde bu özelliklere sahip çocukların ilerleyen dönemlerde anksiyete bozukluğu geliştirme riskinin iki ila dört kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (7).

Anksiyete için potansiyel bir risk faktörü de duyuşal hassasiyettir. Duyuşal hassasiyet (DH), akranlarına kıyasla daha hızlı başlayan, uzun süren ve yoğunluğu daha fazla olan duyuşal girdiye davranışsal tepkilerle kendini gösteren bir tür duyuşal modülasyon bozukluğu olarak tanımlanır (8). DH'si olan çocuklar, duyumları normalden daha uzun bir süre boyunca çok yoğun hissederek ve öfke nöbetleri, çılgılık atma veya uyarımdan uzaklaşma gibi atipik davranışlarla aşırı tepki verebilirler (9). DH çocukluk çağında kötü uyku ve beslenme sorunları, anksiyete, olumsuz duygulanım ve bozulmuş aile işlevselliği gibi belirgin sıkıntıya ve işlevsel bozukluğa neden olmaktadır (10, 11). Bu yüzden kaygı riski taşıyan çocuklara çocuk tam anlamıyla bir kaygı bozukluğuna ilerlemeden müdahale etmek ve bu tür bir risk

oluşturan duyusal hassasiyet gibi erken faktörlerin belirlenmesi kritik öneme sahiptir. Bununla birlikte, kaygı ve DH arasındaki ilişkiye ilişkin araştırmaların çok sınırlı olması, bu kavramlar arasındaki farklılıkların ve olası örtüşmelerin anlaşılmasını zorlaştırmaktadır.

Amaç:

Çalışmamız 11-18 yaş arası anksiyete bozukluğu tanısı konulan çocuklarda ve ergenlerde duyusal aşırı duyarlılığı sağlıklı kontrollerle karşılaştırmayı amaçlamaktadır. Bildiğimiz kadarıyla bugüne kadar, klinik olarak belirgin anksiyetesi olan, gelişimsel gecikmeleri veya engelleri olmayan çocuk ve ergen örneğinde DH'i inceleyen hiçbir çalışma yoktur.

Çalışmanın hipotezi:

Anksiyete bozukluğu tanısı alan grup kontrol grubuna göre çevresel uyaranlara karşı daha yüksek duyusal hassasiyet gösterecektir.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Anksiyete Bozuklukları

4.1.1. Tanım ve Tarihçe

Anksiyete; erken çocukluktan beri var olan ve gelişmeye devam eden; bizi tehlikelere karşı uyararak, tehdidi fark etme ve fark edilen tehditten kaçınmayı sağlayan, fiziksel, bilişsel ve davranışsal belirtilerin eşlik edebileceği bir emosyondur (12). Bunun aksine anksiyete bozuklukları(AB) önemli ölçüde sıkıntı ve işlev kaybına sebep olan yoğun bir kaygı ve bu kaygı sebebi ile ortaya çıkan bedensel belirtiler, bilişsel çarpıtmalar ve ardından gelen kaçınma davranışı olarak tanımlanır (1).

Anksiyete bozukluklarının tanımlanması ancak bu yüzyılda gerçekleşmiş olsa bile korku ve endişe duygusunun bedensel hastalıklara sebep olabileceği inancının çok daha eski bir tarihi vardır. Milattan önce 3000’lerde yazılan Gılgamış Destanında, Gılgamış ölümsüzlüğünü ile ilgili endişelerini dile getirir. Hipokrat, ruhsal bozukluklarla ilgili yazılarında korku ve “amaçsız kaygı” olarak adlandırdığı bir durumdan söz eder (13). “Freud-Küçük Hans”, “Watson ve Rayner-Küçük Albert”, “Mary Cover Jones-Küçük Peter” vakaları anksiyete üzerine yapılan başlıca çalışmalar arasında gelmektedir (14).

Çocuklukta anksiyete bozuklukları ilk olarak DSM-3’te tanımlanmıştır (15). DSM-3’te AB; panik bozukluk(PB), travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), yaygın anksiyete bozukluğu(YAB) ve obsesif-kompulsif bozukluk(OKB) olarak sınıflanmıştır (16). Çocukluk ve ergenlik döneminde tanısı konan bozukluklar kısmında “Çocukluk ve ergenlikteki kaygı bozuklukları” ayrı bir başlık altında değerlendirilmiş; “ayrılık anksiyetesi bozukluğu(AAB)”, “aşırı kaygılı bozukluk” ve “çocukluk ve ergenlikte kaçınma bozukluğu” olarak üç alt kategoriye ayrılmıştır (16).

DSM-4’te sadece ayrılık anksiyetesi bozukluğu(AAB) ve selektif mutizm(SM) “ilk kez bebeklik, çocukluk ya da ergenlik döneminde teşhis edilen bozukluklar” kısmında ayrı ayrı tanımlanmış, diğer AB için yetişkin tanı ölçütleri kullanılmıştır (17). DSM-4 yetişkinlikte tanı konulan ve çocuklukta da görülen AB; yaygın anksiyete bozukluğu(YAB), sosyal fobi(SF), özgül fobi(ÖF), akut stres bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (TSSB), obsesif-kompulsif bozukluk (OKB), agorofobinin eşlik ettiği ve etmediği panik bozukluğu(PB), genel tıbbi bozukluğa bağlı anksiyete bozukluğu, madde kullanımına bağlı

anksiyete bozukluğu, sınıflandırılmamış anksiyete bozuklukları şeklinde sınıflandırılmıştır. Ayrıca 18 yaşından önce SF ve ÖF tanısı konabilmesi için belirtilerin en az altı 6 aylık bir süre ile devam etmesi gerektiği belirtilmiştir (17).

DSM-5'te SM ve AAB, "Anksiyete Bozuklukları" kategorisi altında sınıflandırılmaya alınmıştır. AAB'nun yetişkinlerde de görülebileceğine dair yeni bir tanımlama eklenmiştir. Sosyal anksiyete bozukluğu(SAB) için sosyal ortamların çoğunda yoğun kaygı yaşama olarak kullanılan 'yaygın' ifadesi 'yalnızca bir eylemi gerçekleştirme sırasında' olarak değiştirilmiştir. ÖF, SAB, PB ve YAB DSM- 5'te de değişmeyerek AB başlığı altında sınıflandırılmıştır. PB ve agarofobi iki ayrı bozukluk olarak tanı kategorisinde yer almıştır. Son olarak OKB ve TSSB "Anksiyete Bozuklukları" kategorisinden çıkarılmış ve ayrı bölümler olarak tanımlanmıştır (17, 18).

4.1.2. Epidemiyoloji

Anksiyete bozuklukları çocuklarda ve ergenlerde en yaygın görülen ruhsal bozukluklardan biridir. Metodolojik değişiklikler nedeniyle yaygınlık tahminlerinde önemli farklılıklar olmasına rağmen, çocuk ve ergenler üzerinde yapılan araştırmalar AB'nın yaşam boyu yaygınlığını %15-31 olarak bildirmektedir (3, 4). Toplum araştırmalarından elde edilen verilere dayanarak 13-18 yaş grubunda AB'nın yaygınlığı %31,9 olarak bulunmuştur (3).

Binbay ve arkadaşlarının (2013) yaptığı derlemede çocuk ve ergenlerde %13 ile 45 arasında bir AB oranı bildirilmiştir (19). Görker ve arkadaşlarının (2004) ergen grubunda yaptığı retrospektif bir çalışmada da AB oranı %14,45 bulunmuştur (20). Ülkemizle ilgili en güncel veri Mutluer T ve arkadaşlarının(2022) yaptığı geniş kapsamlı bir epidemiyolojik çalışmada herhangi bir kaygı bozukluğu yaygınlığı %16,7 olarak bulunmuştur (21).

Çocuk ve gençlerde en sık AB alt tipleri; AAB, ÖF ve SAB'dur (3). 12 yaşının altındaki çocuklarda AAB en sık görülen AB olarak bildirilmektedir (22). Çocuk ve ergenlerde YAB, SAB ve PB görülme sıklığı yaşla birlikte artarken, SM ve AAB için böyle bir artış bildirilmemiştir (3). SAB genellikle çocuklukta ve erken ergenlikte başlar ve sıklıkla kronik bir seyir izler. SAB'nun yaşam boyu oranı %9,1 olmasına rağmen, çocukları kapsayan bir klinik grupta %14,9 ile görece daha yüksek bulunmuştur (23, 24). YAB'nun küçük çocuklarda nispeten daha hafif semptomlarla seyrettiği, ergenlikte ise sıklığının arttığı belirtilmektedir (25). Bu durum çocuklarda yaşla beraber bilişsel işlevlerin gelişmesi, potansiyel tehditlerin sonuçlarını anlama ve bu tehditlerin daha olumsuz sonuçlarını

düşünebilme ve gelecekteki olasılıklar konusunda farkındalığının artması ile açıklanabilir (26). Çocuklukta PB ve agorofobi sıklığı daha düşükken (%1den daha az), ergenlikte daha yüksek oranlar (%2-3 PB, %3-4 agorofobi) bildirilmektedir (27, 28).

AB kız cinsiyette daha çok görülmektedir. Anksiyete bozukluklarının kız/erkek görülme oranı, çocukluk döneminde 2:1, ergenlikte 3:1 bildirilmektedir (29). Toplum çalışmaları kızlarda 1,5 ila 2 kat daha fazla yaygınlık bildirmektedir (30, 31). Bu farklılık özellikle ÖF, SAB ve agorafobide daha ön plana çıkmaktadır (2).

COVID-19 salgın dönemi de çocukları psikolojik anlamda olumsuz etkilemiştir. Racine ve arkadaşları (2021) tarafından çocuk ve ergenlerde yapılan meta-analizde AB sıklığının salgın öncesi döneme göre arttığı tespit edilmiş ve ortalama %20.5 (%17.2-24.4) gibi bir oran rapor edilmiştir (32). Samji ve arkadaşlarının (2022) yaptığı başka bir meta-analizde salgın süresince çocuk ve ergenlerdeki AB sıklığının %8 ila %74 arasında değiştiği belirtilmiştir (33).

4.1.3. Etiyoloji

Anksiyete bozukluklarının etiyojisine yönelik araştırmalar; ailesel geçiş, genetik yük, mizaç özellikleri ve çevresel faktörlere odaklanmıştır.

4.1.3.1. Ailesel Geçiş ve Genetik

Anksiyete bozukluğu olan çocukların ebeveynleri, anksiyete ve duygudurum bozuklukları açısından önemli ölçüde artmış riske sahiptir (5). Bununla birlikte ebeveynde anksiyete bozukluğu bulunması çocuklarda anksiyete bozukluğu gelişimi ve daha fazla işlevsel bozulmayla ile ilişkilendirilmiştir (34).

İkizler üzerinde yapılan genetik çalışmalar, çocukluk dönemi anksiyete bozukluklarında genetiğin 1/3'lük bir etkisi olduğunu göstermektedir. Genetik etkinin kız cinsiyette daha fazla rolü olduğu ve yaşla beraber artabileceği bildirilmiştir (6).

Çocukluk anksiyete bozuklukları ile ilgili moleküler genetik çalışmalar yetişkinlere göre oldukça azdır ve sonuçları tutarsızdır. En çok çalışılan genlerden biri serotonin taşıyıcı genin(5HTTLPR) transporter promotör bölgesidir. Bununla birlikte bu gendeki polimorfizmler başka hastalıklarda da rol oynadığından bu genin kaygıda belirli bir rol oynayıp oynamadığı

bilinmemektedir.Çalışmalar, serotonin taşıyıcı gen ile ebeveyn davranışları arasındaki etkileşimin çocukta ilerleyen yaşlarda ortaya çıkabilecek anksiyete bozukluklarına zemin oluşturduğunu ortaya koymuştur (7).

4.1.3.2. Nöroanatomi ve Nörokimya

Amigdala, algılanan tehditlere verilen korku tepkileriyle ilgili bir beyin yapısıdır ve çocuklarda ve ergenlerde AB ile en sık ilişkilendirilen beyin yapılarından biridir (35). OSB'li çocukların tipik gelişim gösteren çocuklara kıyasla amigdala hacimlerinin arttığına ve amigdala boyutunun bu çocuklarda anksiyete ve sosyal iletişim semptomlarının şiddeti ile pozitif korelasyon gösterdiğine dair kanıtlar vardır (36, 37).

Norepinefrin, anksiyetede etiyolojisinde etkili olduğu düşünülen nörotransmitterlerden biridir ve korku, uyarılma, uyanıklık, stres tepkilerinde rol oynar.Öte yandan serotonin, özellikle amigdala ve prefrontal korteks yoluyla inhibitör kaçınma ve tehdiye karşı savunma yanıtında rol aldığı düşünülmektedir (38, 39).

4.1.3.3. Mizaç

Etiyolojide en çok çalışılan ve en iyi tanımlanmış risk faktörü mizaçtır ve bununla en sık ilişkilendirilen mizaç faktörleri; davranışsal inhibisyon, geri çekilme, ürkeklik ve utangaçlıktır (40, 41). İnhibe mizaca sahip çocuklarda yeniliklere karşı isteksizlik ve geri çekilme, akranlarına veya yabancı kişilere uyum sağlamakta zorlanma, azalmış göz teması, daha az gülümseme ve konuşma gözlemlenebilir. Okul öncesinde bu özelliklere sahip çocukların ilerleyen dönemlerde anksiyete bozukluğu gelişme riskinin 2-4 kat daha fazla olduğu bildirilmektedir (40). Bununla beraber aşırı uyarılmışlık ve duygu dışı vurumu yüksek bebeklerin çocukluk döneminde inhibisyon davranışı sergileme riskinin daha yüksek olduğu bulunmuştur (7).

4.1.3.4. Model Alma ve Çevresel Etkenler

Çocuk ile ebeveynin benzer korku ve kaygılar yaşadıklarından hareketle oluşturulan model alarak öğrenmenin etiyolojisinde yer aldığı düşünülmektedir. Bu yönde yapılan araştırmalar, anksiyete bozukluğu olan ebeveynlerin kaygılı düşünme biçimlerinin ve aşırı korumacı davranışlarının model olma yoluyla çocuklarına aktarabileceğini bildirmektedir (42).

Bunun dışında; yoksulluk, travma, ebeveyn psikopatolojilerinin de anksiyete bozukluklarının ortaya çıkmasına zemin hazırladığı düşünülmektedir. (43).

4.1.4. Sınıflandırma ve Tanı

Anksiyete bozuklukları terimi genel bir başlık olarak kullanılsa da bu bozukluklar klinik özellikler, başlama yaşı, altta yatan faktörler ve temas süresine göre çeşitli alt tiplere ayrılmaktadır.

Ayrılık kaygısının 6-8. ay arası ortaya çıkıp, 15-18. ay arası pik yapıp 2-4 yaş arası da azalarak kaybolması beklenir (44). Ayrılma anksiyetesi bozukluğu (AAB) ise çocuğun gelişim dönemine göre beklenenden fazla olan, çocuğun uyum ve günlük işlevselliğini bozan, bağlanma figürlerinden ayrılma durumu veya beklentisi karşısında ortaya çıkan bir grup duygusal, bilişsel, davranışsal ve somatik belirti ile seyreden anormal bir kaygı durumu olarak tanımlanır (44).

Tablo 1. Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri

Ayrılma Kaygısı Bozukluğu [309.21 (F93.0)]

A. Aşağıdakilerden en az üçünün olması ile belirli, kişinin bağlandığı insanlardan ayrılmasıyla ilgili, gelişimsel olarak uygun olmayan ve aşın düzeyde bir kaygı ya da korku duyması:

1. Evden ya da bağlandığı başlıca kişilerden ayrılacak gibi olduğunda ya da ayrıldığında hep aşın tasalanma.
2. Bağlandığı başlıca kişileri yitireceği ya da bu kişilerin başına, hastalık, yaralanma, yıkım, ölüm gibi kötü bir olay geleceğiyle ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.
3. Bağlandığı başlıca kişilerden birinden ayrılmaya neden olacak, istenmedik bir olay (örn. kaybolma, kaçırılma, bir kaza geçirme, hastalanma) yaşayacağıyla ilgili olarak, sürekli bir biçimde, aşırı tasalanma.
4. Ayrılma korkusundan ötürü, okula, işe ya da başka bir yere gitmek için dışarı çıkmayı, evden uzaklaşmayı hiç istememe ya da buna karşı koyma.

Tablo 1. (devam) Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri

5. Evde ya da başka ortamlarda tek başına kalmaktan ya da bağlandığı başlıca kişilerle birlikte olmamaktan, sürekli bir biçimde, aşırı korku duyma ya da bu konuda isteksizlik gösterme. 6. Evinin dışında ya da bağlandığı başlıca kişilerden biri yanında olmadan uyuma konusunda isteksizlik gösterme ya da buna karşı koyma. 7. Yineleyici bir biçimde, ayrılma konusunu da içerene karabasanlar görme. 8. Bağlandığı başlıca kişilerden ayrıldığında ya da ayrılacak gibi olduğunda bedensel belirtilerle (örn. baş ağrıları, karın ağrıları, bulantı, kusma) ilgili yineleyen yakınmalarının olması.
B. Bu korku, kaygı ya da kaçınma süreklilik gösterir, çocuklarda ve ergenlerde en az dört hafta, erişkinlerde altı ay ya da daha uzun sürer.
C. Bu bozukluk, klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, okulla ilgili, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.
D. Bu bozukluk, otizm açılımı kapsamında bozuklukta değişikliğe aşırı direnç göstermekten ötürü evden ayrılmaya karşı koyma, psikozla giden bozukluklarda ayrılmaya ilişkin sanrılar ya da varsanılar, agorafobide güvenilir bir eşlikçi olmadan dışarı çıkmaya karşı koyma, yaygın kaygı bozukluğunda önem verdiği diğer kişilerin başına bir hastalık ya da başka kötü bir olay gelecek olmasından ötürü kaygılanma ya da hastalık kaygısı bozukluğunda bir hastalığının olduğuna ilişkin kaygı duyma gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Selektif mutizm(SM), çocuğun yakın ilişki içinde olduğu kişilerle konuşuyor olmasına rağmen okul gibi belirli sosyal ortamlarda, özellikle otorite figürü olarak algıladıkları insanlarla konuşmalarının beklendiği durumlarda konuşmama durumudur (45). Sıklığı toplumlar arasında değişmekle birlikte akademik ve sosyal alanlarda önemli işlev kayıplarına neden olan kronik seyirli bir hastalıktır.

Selektif mutizmin klinik belirtileri ve şiddeti oldukça değişkenlik gösterebilir; okulda neredeyse hiç konuşmayan çocuklar olabildiği gibi, tek bir kişi ile konuşmama durumu da gözlenebilmektedir.Diğer ilişkili semptomlar; aşırı utangaçlık, içe çekilme, ebeveynlerine bağımlılık ve karşıt gelme davranışları şeklindedir (45, 46).

Tablo 2. Seçici konuşmazlık (mutizm) DSM-5 Tanı Ölçütleri

Seçici Konuşmazlık (Mutizm) [312.23 (F94.0)]

- A. Başka durumlarda konuşuyor olmasına karşın, konuşmasının beklendiği özgül toplumsal durumlarda (örn. okulda), sürekli bir biçimde konuşamıyor olma.
- B. Bu bozukluk, eğitimle ya da işle ilgili başarıyı engeller ya da toplumsal iletişimi bozar.
- C. Bu bozukluğun süresi en az bir aydır (okulun birinci ayıyla sınırlı değildir).
- D. Konuşamıyor olma, söz konusu toplumsal durumda konuşulan dili bilmeme ya da o dilde rahat konuşamama ile ilişkili değildir.
- E. Bu bozukluk, iletişim bozukluğu (örn. çocuklukta başlayan akıcılık bozukluğu) ile daha iyi açıklanamaz ve yalnızca otizm acılımı kapsamında bozukluğun, şizofreninin ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır.

Özgül fobi, belirli bir nesnenin veya durumun varlığında ya da beklentisi halinde ortaya çıkabilecek aşırı ve anlamsız, belirgin ve sürekli bir korku hali olarak tanımlanabilir. Bu korkunun sonucu olarak kişi genellikle kaçınma davranışı sergiler ya da kişinin işlevselliğini belirgin derecede etkileyecek derecede yoğun bir sıkıntıya neden olur (47).

Özgül fobileri çocukluk çağının gelişimsel korkularından ayırabilmek oldukça önemlidir. Fobi tanısı konabilmesi için fobinin çocuğun gelişim evresine uygun olmaması, en az 6 ay devam etmesi ve işlevselliğini önemli ölçüde etkilemesi gerekir (48). Özgül fobiler beş alt kategoriye ayrılmıştır: hayvan tipi, doğal-çevre tipi, kan-enjeksiyon-yaralanma tipi, durumsal tip ve diğer tip.

Tablo 3. Özgül fobi DSM-5 Tanı Ölçütleri

Özgül Fobi

- A. Özgül bir nesne ya da durumla ilgili olarak belirgin bir korku ya da kaygı duyma (örn. uçağa binme, yükseklikler, hayvanlar, iğne yapılması, kan görme).
- Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma ya da sıkıca sarılma ile kendini gösterebilir.
- B. Fobi kaynağı nesne ya da durum, neredeyse her zaman, doğrudan korku ya da kaygı doğurur.

Tablo 3. (devam) Özgül fobi DSM-5 Tanı Ölçütleri

C. Fobi kaynağı nesne ya da durumdan etkin bir biçimde kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile buna katlanılır.

D. Duyulan korku ya da kaygı, özgül nesne ya da durumun yarattığı gerçek tehlikeye göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

E. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

G. Bu bozukluk, panik benzeri belirtilere ya da yetersizleştiren belirtilere (agorafobide olduğu gibi) eşlik eden korku, kaygı ya da kaçınma gibi; takıntılarla ilişkili nesneler ya da durumlar gibi (takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi); örseleyici olayların anımsatıcıları gibi (örseleme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi); evden ya da bağlandığı kişilerden ayrılma gibi (ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi) ya da toplumsal durumlar gibi (toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi) başka bir ruhsal bozukluğun belirtileriyle daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

Fobi kaynağı uyarana göre kodlanır:

300.29 (F40.218) Hayvan (örn. örümcekler, böcekler, köpekler),

300.29 (F40.228) Doğal çevre (örn. yükseklikler, fırtınalar, su),

300.29 (F40.23x) Kan-iğne-yaralanma (örn iğneler, sağlıkla ilgili girişimler),

300.29 (F40.248) Durumsal öorn. uçaklar, asansörler, kapalı yerler),

300.29 (F40.298) Diğer (soluğun tıkanmasına ya da kusmaya yol açabilen durumlar; çocuklarda, örn. yüksek sesler ya da özel giysili kişiler).

Sosyal anksiyete bozukluğu (SAB), kişinin başkaları tarafından değerlendirileceği bir veya birden fazla sosyal durumda belirgin korku ve kaygı duyması ya da kaçınması olarak tanımlanabilir (18). Kaygının şiddetli ve sürekli olması işlevsellik kaybına ve yaşam kalitesini düşmesine neden olur (18). Yüzde kızarma, terleme, titreme, çarpıntı, ağız kuruluğu, baş dönmesi gibi fiziksel problemler yaygındır. Kişi bu belirtilerin diğer insanlar tarafından fark edilebileceğinden korkar ve bu durum daha fazla kaygı duymasına neden olur (49).

Çocuklarda ve ergenlerde SAB'nun klinik özellikleri yetişkinlerdekine benzer olsa da bazı farklılıklar vardır. Çocuklar korktukları sosyal durumlarla karşılaştıklarında ağlama, öfke

nöbeti, ebeveyne yapışma ya da okula gitmeyi reddetme davranışları sergileyebilirler. Bu çocuklar sınıf etkinliklerinden kaçınabilir, sınavlarda ve sunumlarda başarısız olabilir. Ergenlik döneminde karşı cinsle iletişimden ve yakın ilişkiden kaçınabilirler (50).

Tablo 4. Sosyal Anksiyetesi Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri

Toplumsal Kaygı Bozukluğu (Sosyal Fobi) [(300.23 (F40.10)]

A. Kişinin, başkalarınca değerlendirilebilecek olduğu bir ya da birden çok toplumsal durumda belirgin bir korku ya da kaygı duyması. Örnekleri arasında toplumsal etkileşimler (örn. karşılıklı konuşma, tanımadık insanlarla karşılaşma), gözlenme (örn. yemek yerken ya da içerken) ve başkalarının önünde bir eylemi gerçekleştirme (örn. bir konuşma yapma) vardır.

Not: Çocuklarda kaygı, yaşitlarının olduğu ortamlarda ortaya çıkmalı ve yalnızca erişkinlerle olan etkileşimler sırasında ortaya çıkmamalıdır.

B. Kişi, olumsuz olarak değerlendirilecek bir biçimde davranmaktan ya da kaygı duyduğuna ilişkin belirtiler göstermekten korkar (küçük düşeceği ya da utanç duyacağı bir biçimde; başkalarınca dışlanacağı ya da başkalarının kırılmasına yol açacak bir biçimde).

C. Söz konusu toplumsal durumlar, neredeyse her zaman, korku ya da kaygı doğurur.

Not: Çocuklarda, korku ya da kaygı, ağlama, bağırıp çağırarak tepinme, donakalma, sıkıca sarılma, sinme ya da toplumsal durumlarda konuşamama ile kendini gösterebilir.

D. Söz konusu toplumsal durumlardan kaçınılır ya da yoğun bir korku ya da kaygı ile bunlara katlanılır.

E. Duyulan korku ya da kaygı, söz konusu toplumsal ortamda çekinilecek duruma göre ve toplumsal-kültürel bağlamda orantısızdır.

F. Korku, kaygı ya da kaçınma sürekli bir durumdur, altı ay ya da daha uzun sürer.

G. Korku, kaygı ya da kaçınma, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

H. Korku, kaygı ya da kaçınma, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun fizyolojisiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

I. Korku, kaygı ya da kaçınma, panik bozukluğu, beden algısı bozukluğu ya da otizm açılımı kapsamında bozukluk gibi başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

J. Sağlığı ilgilendiren başka bir durum varsa (örn. Parkinson hastalığı, şişmanlık, yanık ya da yaralanmadan kaynaklanan biçimsel bozukluk), korku, kaygı ya da kaçınma bu durumla açıkça ilişkisizdir ya da aşırı bir düzeydedir.

Yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), korku ve endişe nedeniyle kişinin işlevselliğini önemli ölçüde bozan, gündelik olay ve etkinliklerden sürekli ve yoğun bir korku duyma durumu ile karakterize bir bozukluktur (17). Bu kaygıya fiziksel belirtiler(huzursuzluk, yorgunluk, kas gerginliği, baş ağrısı, sindirim problemleri, uyku bozuklukları gibi); bilişsel belirtiler(dikkati toplamada güçlük gibi) ve davranışsal belirtiler eşlik edebilir (49).

Tablo 5. Yaygın Anksiyete Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri

Yaygın Kaygı Bozukluğu [300.02 (F41.1)]

A. En az altı aylık bir sürenin çoğu gününde, birtakım olaylar ya da etkinliklerle (işte ya da okulda başarı gösterebilme gibi) ilgili olarak, aşırı bir kaygı ve kuruntu (kaygılı beklenti) vardır.

B. Kişi, kuruntularını denetim altına almakta güçlük çeker.

C. Bu kaygı ve kuruntuya, aşağıdaki altı belirtiden üçü (ya da daha çoğu) eşlik eder (en azından kimi belirtiler son altı ayın çoğu gününde bulunmuştur):

Not: Çocuklarda yalnızca bir maddenin olması yeterlidir.

1. Dinginleşememe (huzursuzluk) ya da gergin ya da sürekli diken üzerinde olma.

2. Kolay yorulma.

3. Odaklanmakta güçlük çekme ya da zihnin boşalması.

4. Kolay kızma.

5. Kas gerginliği.

6. Uyku bozukluğu (uykuya dalmakta ya da uykuyu sürdürmekte güçlük çekme ya da dinlendirmeyen, doyurucu olmayan bir uyku uyuma).

D. Kaygı, kuruntu ya da bedensel belirtiler, klinik acıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

E. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

F. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. panik bozukluğunda panik atakları olacağına ilişkin kaygı ya da kuruntu, toplumsal kaygı bozukluğunda [sosyal fobi] olumsuz değerlendirilme, takıntı-zorlantı bozukluğunda bulaşma ya da diğer takıntılar, ayrılma kaygısı bozukluğunda bağlandığı kişilerden ayrılma, örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda örseleyici olayların anımsatıcıları, anoreksiya nervozada kilo alma, bedensel belirti bozukluğunda bedensel yakınmalar, beden algısı bozukluğunda algılanan görünüm kusurları, hastalık kaygısı bozukluğunda önemli bir hastalığı olma ya da şizofreni ya da sanrılı bozuklukta sanrısız inançların içeriği).

Panik bozukluk, beklenmedik zamanlarda ortaya çıkan ve tekrarlayan yoğun kaygı ve içsel sıkıntı ataklarına çeşitli bedensel ve ruhsal belirtilerin eşlik ettiği, bu atakların olmadığı dönemlerde de tekrarlayacağına dair yoğun kaygı hali ve kaçınma davranışı ile karakterize bir bozukluktur (17).

Tablo 6. Panik Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri

Panik Bozukluğu [300.01(F41.0)]

A. Yineleyen beklenmedik panik atakları. Bir panik atağı, dakikalar içinde doruğa ulaşan ve o sırada aşağıdaki belirtilerden dördünün (ya da daha çoğunun) ortaya çıktığı, birden yoğun bir korku ya da yoğun bir içsel sıkıntının bastırdığı bir durumdur:

Not: Böyle bir durum, kişinin dingin ya da kaygılı olduğu bir durumda birden bastırabilir.

1. Çarpıntı, kalbin küt küt atması ya da kalp hızının artması.
2. Terleme.
3. Titreme ya da sarsılma.
4. Soluğun daraldığı ya da boğuluyor gibi olma duyumu.
5. Soluğun tıkanıldığı duyumu.
6. Göğüs ağrısı ya da göğüste sıkışma.
7. Bulantı ya da karın ağrısı.
8. Baş dönmesi, ayakta duramama, sersemlik ya da bayılacak gibi olma duyumu.
9. Titreme, üşüme, ürperme ya da ateş basması duyumu.
10. Uyuşmalar (duyumsuzluk ya da karıncalanma duyumları).
11. Gerçekdışılık (“derealizasyon”, gerçekdışı olma duyumu) ya da kendine yabancılaşma (“depersonalizasyon”, kendinden kopma duyumu).
12. Denetimini yitirme ya da “çıldırma” korkusu.
13. Ölüm korkusu.

Not: Kültüre özgü belirtiler (örn. kulak çınlaması, boyun ağrısı, baş ağrısı, denetim dışı çılgılık atma ya da ağlama) görülebilir. Bu belirtiler, gereken dört belirtiden biri olarak sayılmamalıdır.

Tablo 6. (devam) Panik Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri

B. Ataklardan en az birinden sonra, aşağıdakilerden biri ya da her ikisi de bir ay (ya da daha uzun bir) süreyle olur:

1. Başka panik ataklarının olacağı ya da bunların olası sonuçlarıyla (örn. denetimimi yitirme, kalp krizi geçirme, “çıldırma”) ilgili olarak sürekli bir kaygı duyma ya da tasalanma.
2. Ataklarla ilgili olarak, uyum bozukluğuyla giden davranış değişiklikleri (örn. Spor yapmaktan ya da tanıdık, bildik olmayan durumlardan kaçınma gibi panik atağı geçirmekten kaçınmak için tasarlanmış davranışlar) gösterme.

C. Bu bozukluk, bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir madde, bir ilaç) ya da başka bir sağlık durumunun (örn. hipertiroidi, kalp-akciğer hastalıkları) fizyolojiyle ilgili etkilerine bağlanamaz.

D. Bu bozukluk, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Panik atakları, toplumsal kaygı bozukluğunda olduğu gibi, yalnızca korkulan toplumsal durumlara tepki olarak; özgül fobide olduğu gibi, sınırlı birtakım fobi kaynağı nesneler ya da durumlara tepki olarak; takıntı-zorlantı bozukluğunda olduğu gibi takıntılara tepki olarak; örselenme sonrası gerginlik bozukluğunda olduğu gibi örseleyici olayların anımsatıcılarına tepki olarak ya da ayrılma kaygısı bozukluğunda olduğu gibi bağlandığı kişilerden ayrılmaya tepki olarak ortaya çıkmamaktadır).

4.1.5. Komorbidite

Anksiyete bozuklukları en sık başka bir anksiyete bozukluğu ile birlikte görülmektedir. Yapılan araştırmalar anksiyete bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin % 75’inde başka bir anksiyete bozukluğuna daha sahip olduğunu göstermektedir(51). AAB diğer anksiyete bozukluklarıyla özellikle de YAB ve SAB ile yüksek oranda birliktelik gösterir (52). Yapılan bir çalışmada SM olgularının %74.1’ne en az bir anksiyete bozukluğunun eşlik ettiğini, en sık eşlik eden anksiyete bozukluklarının ise SAB(%67.9) ve AAB(%31.5) olduğu gösterilmiştir (53). SAB ile birlikte en sık AAB ve YAB gibi diğer anksiyete bozukluklarının, depresyonun, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve madde kullanımının görüldüğü bilinmektedir (54). YAB genellikle duygudurum bozuklukları ve diğer AB’ları ile sıklıkla birliktelik gösterir. Burstein ve arkadaşlarının (2014) yaptığı bir çalışmada en sık birliktelik gösterdiği AB özgül fobi (%40.71) bunu AAB (%20.95), SAB (%20.8), TSSB (%20.59) izlemektedir (55). Başka bir çalışmada YAB tanıılı çocuk ve ergenlerin %71’inde komorbid bir

psikiyatrik bozukluğun bulunduğu; en yaygın komorbid tanının SAB olduğu (%33.1); bunu özgül fobi (%16.9), AAB (%15.4) ve depresif bozukluğun (%12.3) izlediği saptanmıştır (56).

Anksiyete bozuklukları ile yüksek oranda beraber görülebilen psikiyatrik komorbiditelerden birisi de depresyondur. MDB ve anksiyete kombinasyonu, daha yüksek intihar düşüncesi ve intihar girişimi olasılığı da dahil olmak üzere, her iki koşuldan da tek başına beklenenden çok daha fazla morbidite ve tedavi direnci ile ilişkilidir (57, 58). Yapılan çalışmalarda, YAB'nun depresyon ile diğer AB'na göre çok daha sık birliktelik gösterdiği bulunmuştur (59).

4.1.6. Tedavi

Yapılan çalışmalar çocuklarda ve ergenlerde AB için ilaç tedavisi ve bilişsel davranışçı terapisinin (BDT) etkili olduğunu göstermektedir. BDT bireysel terapi, aile terapisini yada grup terapileri şeklinde uygulanabilmektedir. Tedavi seşimine karar verirken belirtilerin şiddeti, çocuk ve ailenin tercihleri, tedaviye ulaşım imkanları, komorbid durumlar değerlendirilmelidir.

Amerikan Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Akademisi (AACAP), AB'da hafif ve orta derecede işlevsel kaybı olan çocukların ve ergenlerin tedavisinde; ilk seşenek çocuk ve aileye yönelik psikoeğitim ile bilişsel davranışçı terapi (BDT) önermiştir (60). Ancak, orta ve ağır derecede işlevsel kaybı olan çocuklarda ve ergenlerde ilaç tedavisi önerilmiştir (60). İlaç tedavisi ve BDT ile eş zamanlı olarak uygulanabilir. Ancak ağır vakalarda belirtilerin şiddetini azaltmak ve BDT öncesi hasta uyumunu kolaylaştırmak için ilaç tedavisi öncelikli tercih edilebileceği bildirilmiştir (60).

Seçici serotonin geri alım inhibitörleri (SSRI) çalışmalarda tutarlı etkinlik ve güvenilirleri nedeniyle çocuklarda ve ergenlerde AB'nun farmakolojik tedavisi için ilk tercihtir. Bununla birlikte serotonin ve noradrenalin geri alım inhibitörleri (SNRI), trisiklik antidepresanlar ve benzodiazepinler gibi çeşitli ilaçlar tedavide kullanılabilir (61).

4.2. Duyusal İşleme ve Duyusal İşleme Bozuklukları

4.2.1. Duyusal İşleme

Duyusal işleme, kişinin kendi vücudundan veya çevresinden aldığı duyusal bilgilere sosyal, duygusal, bilişsel veya davranışsal bir tepki verme süreci olarak tanımlanır (62). Duyusal işleme süreci duyusal bilgilerin kaydedilmesi, farklı bilgileri birbirinden ayırma (diskriminasyon), bilgileri organize etme (modülasyon) ve bu bilgileri bütünleştirme süreçlerinin tümünü içerir (62).

Araştırmalar, duyusal işlemenin tek bir belirli beyin bölgesinde değil, birbirine bağlı beyin bölgelerinin etkileşimi yoluyla diğer duylarla bütünleşme yoluyla gerçekleştiğini göstermektedir. Bu çoklu duyusal süreçlere dahil olduğu tahmin edilen beyin bölgeleri; bazal gangliyonlar ve superior kollikulus, serebellum, superior temporal sulkus, pariyetal, premotor ve prefrontal korteks gibi hem kortikal hem subkortikal bölgelerdir (63).

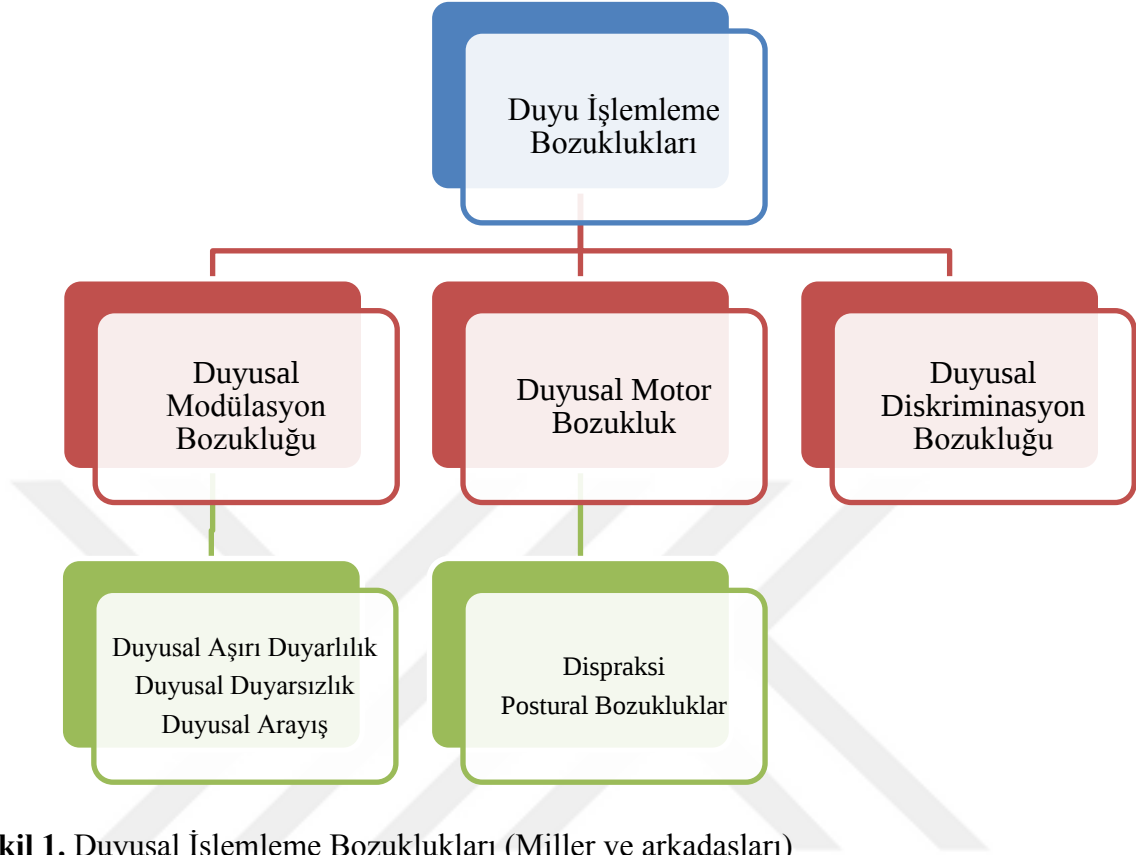
İlk kez Ayres tarafından tanımlanan “Duyu Bütünleme Teorisi”, uyaranlara karşı insan beyninin kendi bedenini ve çevresini algılaması ve uyaranlara karşı uyumsal tepkiler üretebilme becerisi olarak ifade edilebilir (64). Duyusal bütünlüğün bozulması, insanların yeni beceriler öğrenme, kendilerini organize etme, dikkatini toplama, okul ve oyun etkinlikleri gibi sosyal deneyimlere katılmasında zorluk yaşamasına neden olur (65). Kişiler arası duyusal işlemedeki farklılıkları tanımlayan duyu profili (DP) kavramı ise ilk kez 1994 yılında Winnie Dunn tarafından tanımlanmıştır (66).

4.2.2. Duyusal İşleme Bozuklukları ve Duyusal Hassasiyet

Duyusal işleme bozukluğu(DİB), duyu sistemlerinden alınan duyusal bilgilerin düzenlenmesi ve organize edilmesindeki zorlukları tanımlamak için kullanılan klinik bir durum olarak tanımlanır. Duyusal işleme bozuklukları ile ilgili sınırlı sayıda çalışma sebebiyle DSM-5 ve ICD-10 DİB tanısını içermemektedir. Erken Çocukluk ve Bebeklik Dönemindeki Gelişimsel ve Ruhsal Bozuklukların Tanısal Sınıflandırılması DC:0-5’te Duyusal İşleme Bozukluğu tanımlanmaktadır (67).

Ayres’ in duyu bütünlüğü teorisinden hareketle Miller ve ark. (2007) duyusal işleme bozukluklarını belirli sınıflara ayırmıştır. Bu sınıflandırmada birtakım alt gruplar

belirlenmiştir. Bunlar; duyuşal modülasyon bozukluğu, duyuşal temelli motor bozukluk, duyuşal ayırım bozuklukları şeklindedir (8).



Şekil 1. Duyuşal İşleme Bozuklukları (Miller ve arkadaşları)

Duyuşal modülasyon bozukluğu (DBM) duyuşal girdiye verilen yanıtları düzenleme ve organize etme zorluğu ile karakterize edilen bir bozukluktur. Kendi içerisinde üç alt kategoriye ayrılır: (9, 66).

- ✓ Duyuşal Aşırı Duyarlılık (Duyuşal Hassasiyet, DBM tip 1)
- ✓ Duyuşal Duyarsızlık (DBM tip 2)
- ✓ Duyuşal Arayış (DBM tip 3)

4.2.3. Duyuşal Hassasiyet

Duyuşal hassasiyet (DH), görünüşte zararsız duyuşal uyarılara abartılı, yoğun veya uzun süreli davranışsal tepkilerle karakterize bir duyuşal modülasyon bozukluğu alt tipidir (8). Bu kişilerde duyuşal uyarılma eşiği normalden düşüktür ve uyarılara karşı dürtüsellik, agresiflik ve uyarılmışlıktan pasif geri çekilmeye veya duyuşal uyarılardan kaçınmaya kadar değişen çeşitli davranışsal tepkiler gözlemlenir. Bu kişiler kıyafet kumaşı, saç taranması, tırnak kesimi, ani sesler, kokular, parlak ışıklardan veya gün doğumlarından rahatsız olabilir,

ani ve abartılı tepkiler gösterebilir ya da insanlarla yakınlık kurmakta zorlanabilirler (9). DH çocukluk çağında sıkıntıya ve işlevsel bozukluğa neden olduğu ve kötü uyku ve beslenme sorunları, anksiyete, olumsuz duygulanım ve bozulmuş aile işlevselliği ile ilişkili olduğu bilinmektedir (10, 11).

4.2.3.1. Duyusal Hassasiyetin Psikiyatrik Bozukluklarla İlişkisi

DH'nin psikiyatrik bozukluklarla ilişkisi tam olarak anlaşılamamıştır. Mevcut veriler, DH'nin psikiyatrik bozukluklarla hem eş zamanlı hem de bağımsız olarak ortaya çıktığını göstermektedir ve bu da DH'nin uygun nozolojik sınıflandırması ve tanısal geçerliliği hakkında tartışmalara yol açmaktadır (68).

DH, nörogelişimsel bozukluğu olan çocuklar arasında yaygındır ve yakın zamanda otizm spektrum bozukluğu (OSB) için DSM-5 tanı kriterlerine eklenmiştir (18, 69). Bununla birlikte, DH tipik olarak gelişmekte olan çocukların yaklaşık %15-20'sinde görülmektedir ve yaygın çocukluk çağı psikiyatrik semptomları ve tanıları ile pozitif ilişkilidir (70, 71, 72).

OSB'li çocuklar duyuşsal problemler sebebi ile uyku problemleri, yeme sorunları, sosyal ortamlarda iletişim güçlükleri, rutinlere bağılılık ve uyum sorunları yaşayabilmektedir (73). Oral aşırı duyarlılık otizmlı çocuklarda normal gelişim gösteren çocuklara göre daha sık görülür ve bu durum besin organizasyonu ve besin seçiminde güçlükler yol açabilir (74). Başka bir çalışma, dokunmaya karşı aşırı duyarlılığın otizmlı çocuklarda uyku bozukluklarına neden olan veya şiddetlendiren önemli bir faktör olabileceğini bulmuştur (75).

DEHB olan çocukların sıklıkla duyuşsal aşırı tepki verme, yetersiz tepki verme ve yoğun heyecan arama gibi çeşitli duyuşsal modülasyon bozukluğu semptomları yaşadığı bilinmektedir (76). DEHB'si olan çocuklarda duyuşsal problemler, artan suç işleme ve saldırganlık sorunları olasılığı ile ilişkilendirilmiştir (77). Çalışmalar DEHB'si olan çocukların çevresel uyaranlara karşı erken dönemde duyuşsal duyarlılık gösterdiklerini ve dikkat, hiperaktivite ve dürtüsellik sorunları farkedilir hale gelmeden önce bebeklik dönemindeki değişikliklere uyum sağlamada zorluk yaşadıklarını göstermektedir (78). Lane ve Reylonds (2019) yaptığı çalışmada duyuşsal aşırı tepkiselliği daha sık sergileyen DEHB'si olan çocukların klinik olarak anlamlı kaygı seviyelerine sahip olduklarını ve çocukların duyuşsal uyaranlara verdiği tepkinin gücünün dikkatle arasındaki ilişkiye aracılık ettiği gösterilmiştir (79).

Reike ve arkadaşlarının (2009) OKB tanılı 51 yetişkinde AYDP ölçeği kullanarak yaptığı çalışmada duyuşal hassasiyet ve duylardan kaçınma konusunda sağılıklı gruba göre anlamlı fark bulunmuştur (80). OKB'si olan (3-17 yaş arası) gençlerden oluşan bir klinik örneklemede duyuşal hassasiyeti inceleyen bir çalışmada, %32,5'inin dokunsal, %20,3'ünün görsel veya işitsel ve %20,5'inin tat veya koku alma aşırı duyarlılığı yaşadığı, DH'nin kompulsiyonlarla güçlü bir şekilde ilişkili olduğu ve duyuşal fenomenlerin kompulsiyonların şiddeti, genel OKB yükü ve bozulmuş yaşam kalitesi ile ilişkili olduğu bulunmuştur (81).

4.2.3.2. Duyusal Hassasiyetin Anksiyete Bozuklukları ile İlişkisi

Anksiyete, hem DH hem de psikopatolojisi olan çocuklar arasında en sık görülen içselleştirme sorunlarından biridir. Bebek ve okul öncesi mizacını inceleyen çalışmalarda, işitsel ve dokunsal alanlardaki DH'nin anksiyete ve korku ile pozitif ilişkili olduğu bulunmuştur (82, 83). OSB'li küçük çocuklar arasında yapılan bir çalışmada DH'nin anksiyeteden önce ortaya çıktığı ve daha sonra anksiyete gelişimini öngördüğü bulunmuştur (84). Pfeiffer ve arkadaşlarının (2005), Asperger sendromu tanısı konmuş 6-16 yaş arası 46 çocuğı AYDP ile değerlendirdiğı çalışmada; DH ile anksiyete arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur (85). Başka bir araştırma, duyuşal aşırı duyarlılık belirtileri gösteren okul öncesi çocukların, ilkokulun başlarında kaygı belirtileri gösterme olasılığının daha yüksek olduğunu ve bu belirtilerin daha sonraki davranışsal zorluklarla ilişkili olabileceğini belirtmiştir (72).

Anksiyete bozukluğu olan bireylerde hipervijilans ve dikkat üzerine yapılan çalışmalar, anksiyete bozukluklarının aşırı uyarılma ile karakterize edildiğini ve bu durumun hipervijilans durumunu desteklediğini (tehditle ilgili uyarılar için çevreyi tarama ve potansiyel tehde hazırlık) göstermektedir (29). Endişeli bireyler için bu aşırı uyarılmışlık durumunun, tehde dayalı duygu düzenleme olarak bilinen, olumsuz duygulanımı düzenlemedeki genel bir zorluğun parçası olduğu varsayılmaktadır. Bu bireyler, olumsuz duygulanım ve uyarılmayı azaltacak şekilde dikkati kaydırma ve davranışı etkinleştirme ya da engelleme konusunda sorun yaşayabilir (29).

Dikkat yanlılığını değerlendiren paradigmaları kullanan çalışmalar, kaygılı bireylerin daha yüksek çevresel tarama oranlarına sahip olduğu, ardından tehde ilgili bir uyarı tespit edildiğinde dikkatin daraldığı ve daha sonra bu uyarıdan ayrılmakta göreceli olarak zorluk yaşadığı teorisini desteklemektedir (86). Bu endişeli hipervijilans ve dikkat yanlılığı yoluyla olumsuz uyarılmanın zayıf düzenlenmesinin DH'ye katkıda bulunabildiğı düşünülmektedir.

Kaygı riski taşıyan çocuklara çocuk tam anlamıyla bir kaygı bozukluğuna ilerlemeden müdahale etmek ve bu tür bir risk oluşturan duyuşal hassasiyet gibi erken faktörlerin belirlenmesi kritik öneme sahiptir (87). Bununla birlikte, kaygı ve DH arasındaki ilişki üzerine yapılan araştırmaların son derece sınırlı olması, bu yapıların farklı veya örtüştüğü olası yolların değerdendirilmesini zorlaştırmaktadır.

Bildiğimiz kadarıyla bugüne kadar, klinik olarak belirgin anksiyetesi olan, gelişimsel gecikmeleri veya engelleri olmayan çocuk ve ergenlerden oluşan bir örneklemdede DH'i inceleyen bir çalışma yoktur. Çalışmamızda 11-18 yaş arası anksiyete bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenlerin duyuşal hassasiyetlerini sağlıklı kontrol grubuyla karşılaştırmayı amaçlanmaktadır.



5. GEREÇ ve YÖNTEM

5.1. Örneklem Seçimi

Çalışmamıza Temmuz 2022-Nisan 2023 tarihleri arasında Ankara Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na ilk kez başvuran 11-18 yaş arası anksiyete bozukluğu tanısı alan ve yine 11-18 yaş arası üniversitemiz Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran çocuklar ya da ailelerin yakınları arasından, çalışmaya katılmaya gönüllü, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı çocuklar kontrol grubu olarak dahil edilmiştir. Çalışma için kontrol grubu, hasta grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilerek seçilmiştir. Çalışmaya dahil olan her iki gruptaki çocuklara ve ebeveynlerine çalışma hakkında sözlü olarak bilgi verilmiş ve yazılı onamları alınmıştır. Aydınlatılmış onam formları **Ekler** kısmında sunulmuştur.

Her iki gruba da Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - Türkçe Versiyonu uygulanmıştır. Vaka grubunda anksiyete bozukluğu tanısı dışında ek tanısı olanlar ile sağlıklı kontrol grubunda herhangi bir psikiyatrik tanısı olanlar çalışma dışı bırakılmıştır.

Araştırma ile ilgili gerekli etik kurul onayı 13/04/22 tarihinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi İnsan Araştırmaları Etik Kurulu tarafından alınmıştır. (Etik Kurul No:2022/216).

5.2. Araştırmaya Dahil Edilme ve Dışlanma Ölçütleri

Vaka grubu için dahil edilme ölçütleri:

- 11-18 yaş arasında olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- DSM-5 tanı ölçütlerine göre anksiyete bozukluklarından herhangi biri(yab, aab, sab gibi) tanısı almış olmak
- Klinik görüşme sırasında yapılan değerlendirmede zekanın klinik olarak normal olması(Yaşlıtlarına göre klinik olarak zeka geriliği saptanmaması)
- Ölçekleri dolduracak yeterlilikte olmak
- Ek psikiyatrik veya nörolojik tanısının olmaması
- Kronik hastalığının olmaması

Vaka grubu dışlanma ölçütleri

- 11 yaşından küçük yada 18 yaşından büyük olması
- DSM-5'e göre anksiyete bozukluğu dışında başka bir psikiyatrik tanının olması
- Klinik görüşme sırasında zeka geriliğinin saptanmış olması
- Nörolojik hastalığının olması
- Kronik hastalığının olması
- Ölçekleri dolduracak yeterlilikte olmayan hastalar
- Ebeveynleri ölçekleri dolduracak yetkinlikte olmayan hastalar

Sağlıklı kontrol grubu dahil edilme ölçütleri:

- 11-18 yaş arasında olmak
- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak
- DSM-5 tanı ölçütlerine göre anksiyete bozukluğu tanısı konmamış olmak
- DSM-5 tanı ölçütlerine göre herhangi başka psikiyatrik bozukluk tanısını konmamış olması
- Klinik görüşme sırasında yapılan değerlendirmede zekanın klinik olarak normal olması
- Ölçekleri dolduracak yeterlilikte olmak
- Herhangi bir kronik tıbbi ve nörolojik hastalığının olmaması

Sağlıklı kontrol grubu dışlanma ölçütleri:

- 11 yaşından küçük ya da 18 yaşından büyük olması
- DSM-5'e göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısının olması
- Klinik görüşme sırasında zeka geriliğinin saptanmış olması
- Nörolojik hastalığının olması
- Kronik hastalığının olması
- Ölçekleri dolduracak yeterlilikte olmayan hastalar
- Ebeveynleri ölçekleri dolduracak yetkinlikte olmayan hastalar

5.3. Uygulama

Araştırma hakkında bilgilendirme ve onam alınmasının ardından, araştırmacı tarafından katılımcı çocuk ve aileleri ile “Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - Türkçe Versiyonu (ÇGDS-ŞY-T)” yarı yapılandırılmış tarama görüşmesi yapılmıştır. ÇDŞG-ŞY-T ile taranamayan Öğrenme Güçlüğü ve Otizm Spektrum Bozuklukları tanıları araştırmacının DSM-5 tanı ölçütlerine dayalı klinik görüşü ile değerlendirilmiştir. Bu görüşme sırasında her iki grupta da ek psikiyatrik tanımlar alanlar olmuş ve bu çocuklar çalışmaya alınmamıştır. Bu görüşmenin sonunda; ailelerin doldurması için “Sosyodemografik veri formu”, “6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL/6-18)”, “Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği(ÇATÖ) Anne-Baba Formu; çocuk ve ergenlere doldurması için “Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği(ÇATÖ) Çocuk Formu(8 yaş ve üzeri)” ve “Adolesan/Yetişkin Duyu Profili Ölçeği” verilmiştir.

5.4. Gereçler

5.4.1. Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından araştırmaya yönelik hazırlanmış bu formda çocuk ve ebeveynlerine ait sosyodemografik özellikler (çocuğun cinsiyeti, doğum tarihi, iletişim numarası ve adresi, eğitim bilgisi, kronik tıbbi hastalık ve ilaç kullanım bilgileri, anne-babasının yaşı, eğitim durumu, birlikteliği, kardeş sayısı, kaçınıcı çocuk olduğu, aylık gelir miktarı, ailede çalışmaya katılan çocuk/ergen haricinde başka bireyde psikiyatrik yakınma olup olmadığı, geniş ailede tıbbi hastalık varlığı, geniş ailedeki psikiyatrik hastalık varlığı vb.) sorgulanmaktadır.

5.4.2. Okul Çağı (6-18 Yaş) Çocukları İçin Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi - Şimdi ve Yaşam Boyu Versiyonu - Türkçe (ÇGDS-ŞY-T)

Çocuk ve ergenlerin geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptama amacıyla Kaufman ve arkadaşları tarafından geliştirilip geçerliliği ve güvenilirliği yapılmış yarı yapılandırılmış bir tanı görüşmesidir (88). Anne, baba ve çocuğun kendisiyle görüşme yoluyla uygulanır ve en sonunda tüm kaynaklardan alınan bilgiler doğrultusunda değerlendirme yapılır. Kaynaklardan elde edilen bilgiler arasında uyumsuzluk varsa klinisyen kendi klinik yargısını kullanır. Temel olarak DSM-III-R ve DSM-IV tanı ölçütlerine dayanmaktadır.

ÇDŞG-ŞY Türkçe çeviri ve tekrar çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (89).

5.4.3. Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ)

Ölçeğin özgün adı “The Screen for Child Anxiety and Related Disorders (SCARED)” olup Birmaher ve ark. (1998) tarafından geliştirilmiştir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması Çakmakçı (2004) tarafından yapılmıştır. Çocuklarda kaygı bozukluklarının belirtilerini ölçen bir kendini değerlendirme ölçeğidir. 8-18 yaş arasındaki çocuklara uygulanabilen 41 maddelik bir ölçektir. Ölçekte 25 ve üzeri puanın kaygı bozukluğu için uyarı özelliği taşıdığı benimsenmiştir. Ölçek içinde ayrıca somatik/panik, yaygın anksiyete, ayrılık anksiyetesi, sosyal anksiyete ve okul korkusu alt ölçekleri bulunmaktadır. Her bir madde 0 ile 2 puan arasında puan alır. Doğru değil ya da nadiren doğru seçeneği 0 puan, biraz ya da bazen doğru seçeneği 1 puan, doğru ya da çoğu zaman doğru seçeneği 2 puan alır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan 82 olup alınan puan ne kadar yüksekse kaygı düzeyi o kadar yüksektir (90).

5.4.4. Adolesan/Yetişkin Duyu Profili (AYDP)

Adolesan/Yetişkin Duyu Profili (Brown& Dunn) 60 maddeden oluşan, 6 duyu modelini, farklı duyu uyaranlarına karşı oluşan cevabı değerlendiren, 2002 yılından beri kullanılan standardize bir testtir. Tat/koku (kişilerin tat ve kokulara karşı cevabı), hareket (kişilerin duyuşal ve vestibular uyaranlara karşı cevabı), görsel (kişilerin görsel uyaranlara verdiği cevap), dokunma (deriye ve dile dokunma uyarılarına cevap), işitsel gelişimini (işitilene verilen cevap) ve aktivite seviyesini (günlük yaşam aktivitelerine katılım ve eğilimi) değerlendirir. 11 yaş ve üstü adolesan, yetişkinler için kullanılır.

Dunn’ın Duyu İşleme Teorisine dayalı dört alt ölçekten oluşur.

1. Duyusal hassasiyet (duyusal uyaranlara karşı düşük eşik sahibi olup, uyarılara normalden fazla cevap vermek)
2. Duyusal kaçınma (duyusal uyarlardan bilerek kaçınmak)
3. Düşük kayıt (duyusal girdilere az ya da normalden daha yavaş cevap vermek)
4. Duyusal arayış (duyusal girdilerden zevk almak, duyuşal arayış içinde olmak)

Beş maddelik bir likert ölçeği (çoğu insandan çok daha az, çoğu insandan az, çoğu insana benzer, çoğu insandan fazla, çoğu insandan çok daha fazla) kullanılarak katılımcıların her bir maddede tarif edilen duyuşal olay/deneyime ne sıklıkla cevap verdiklerine dair puanlaması istenir. Her bir kategoride puan 5 ile 75 puan aralığında sonuçlanır. Alt testlerde ve genel testte alınan düşük puanlar, kişinin günlük aktivitelere katılımı ile ilgili ilgili duyuşal alanlarda sorun yaşadığını gösterir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları Üçgül ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (91).

5.4.5. 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL 6-18)

Türkiye’de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılan bu ölçek 6-18 yaş grubu çocuk ve gençlerin sorun davranışlarını anne babalardan elde edilen bilgiler doğrultusunda değerlendirmektedir. 8 yeterlilik ve 113 sorun davranış maddesinden oluşmaktadır. Yeterlilikle ilgili ilk bölüm etkinlik, sosyallik, okul alt ölçeklerini içermektedir. Ölçeğin sorun davranış bölümünden içe yönelim ve dışa yönelim olmak üzere iki ayrı davranış belirti puanı elde edilir. İçe yönelim davranış puanını sosyal içe çekilme, somatik sorunlar ve anksiyete/depresyon alt bölümlerinden alınan puanlar, dışa yönelim puanını ise suça yönelik davranışlar ve saldırgan davranışlar ait bölümlerinden elde edilen puanlar belirler. Ayrıca içe yönelim ve dışa yönelim davranış belirti puanı içinde yer almayan sosyal sorunlar, düşünce sorunları ve dikkat sorunları da ölçekte yer almaktadır. Ölçeğin uyarılama ve standardizasyon çalışmaları Erol ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır (92).

5.4.6. Global Değerlendirme Ölçeği (GAS)

Global Değerlendirme Ölçeği (GAS) 1976 yılında Endicott ve ark’ı tarafından oluşturulmuştur. Hem hasta hem de sağlıklı popülasyonlarda kullanılmaktadır. 0-100 arasında değişmektedir. Yüksek skorlar fonksiyonelliğin yüksek olduğuna işaret etmektedir. Köhler ve ark’ı tarafından GAS sonuçları şu şekilde kategorize edilmiştir: 61- 100 arası skorlar iyi fonksiyonelliğe, 31- 60 arası skorlar orta, 30’dan düşük skorlar kötü fonksiyonelliğe işaret etmektedir (93).

5.5. İstatistiksel Analiz ve Verilerin Yorumlanması

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences for Windows) 22.0 programı kullanıldı. Verilerin normallik dağılımını göstermek için Shapiro Wilk-W testi, Kolmogorov Smirnov testi,

skewness ve kurtosis değerleri kullanılmıştır. Sürekli değişkenlere ait tanımlayıcı istatistikler ortalama ve standart sapma ile, kategorik verilere ait tanımlayıcı istatistikler ise frekans ve yüzde olarak belirtilmiştir. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında Ki-kare testi kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda normal dağılım gösteren veriler için Bağımsız rneklerde T testi ve Tek Yönlü Varyans Analizi (One-Way Anova) testi kullanılmıştır. Normal dağılım varsayımı karşılamayanlarda ise Mann Whitney U testi ve Kruskall Wallis testi kullanılmıştır. Değişkenler arasındaki ilişki Pearson ve Spearman korelasyon analizleri ile değerlendirildi. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.



6. BULGULAR

6.1. Sosyodemografik Özelliklere İlişkin Bulgular

Çalışmaya katılan katılımcıların yaş ortalaması kontrol grubunda $13,81 \pm 1,91$ ve vaka grubunda $14,53 \pm 1,72$ olarak bulunmuştur. Gruplar arasında yaş ortalamaları bakımından istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. ($p > 0,05$) (Tablo 7)

Tablo 7. Vaka ve kontrol grubunda yaş ortalaması

	Kontrol		Vaka		t	p
	Ort.±S.S.	Ortanca (Min.-Mak.)	Ort.±S.S.	Ortanca (Min.-Mak.)		
Yaş	$13,81 \pm 1,91$	13 (11-17)	$14,53 \pm 1,72$	14,5 (11-17)	-1,708	0,092

Ort.: Ortalama; Min.: Minimum; Mak.: Maksimum;
t: Bağımsız Örnekler t-testi; p: anlamlılık ($< 0,05$)

Kontrol grubundaki katılımcıların 26'sı (%72,22) kız ve 10'u (%27,78) erkek olarak dağılırken vaka grubundaki katılımcıların 33'ü (%86,84) kız ve 5'i (%13,16) erkek olarak dağılım göstermiştir (Tablo 8).

Tablo 8. Vaka ve kontrol grubunda cinsiyet dağılımı

		Kontrol	Vaka	X^2	p
		n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kız	26 (%72,22)	33 (%86,84)	2,445	0,118
	Erkek	10 (%27,78)	5 (%13,16)		

X^2 : Ki-Kare Testi; p: anlamlılık ($p < 0,05$)

Kontrol/vaka grupları ile okul öncesi eğitim arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (**$p = 0,003$**). Kontrol grubunun en yüksek oran %41,67 (n:15) ile “anasınıfı” en düşük oran %8,33 (n:3) ile “gitmedi” olarak dağılmışken; vaka grubunda ise en yüksek oran %47,37 (n:18) ile “anasınıfı” en düşük oran %0 (n:0) ile “kreş” olarak dağılım göstermiştir. (Tablo 9)

Tablo 9. Vaka ve kontrol grubunda okul öncesi eğitim dağılımı

		Kontrol	Vaka	X^2	p
		n (%)	n (%)		
Okul Öncesi Eğitim	Gitmedi	3 (%8,33)	13 (%34,21)	13,155	0,003
	Kreş	5 (%13,89)	0 (%0)		
	Anasınıfı	15 (%41,67)	18 (%47,37)		
	Kreş+Anasınıfı	13 (%36,11)	7 (%18,42)		

X^2 : Fisher Exact Testi; p: anlamlılık ($p < 0,05$)

Vaka ve kontrol grubunda klinik bilgilerinin dağılımına bakıldığında vaka grubundakilerin %5,26'sında (n:2) tıbbi hastalık bulunurken kontrol grubunda tıbbi hastalığı bulunan katılımcı bulunmamaktadır. Vaka grubundakilerin %2,63'ü (n:1) düzenli ilaç kullanırken kontrol grubunda düzenli ilaç kullanan katılımcı bulunmamaktadır. (Tablo 10)

Tablo 10. Vaka ve kontrol grubunda klinik bilgilerinin dağılımı

		Kontrol	Vaka	X ²	P
		n (%)	n (%)		
Tıbbi Hastalık Varlığı	Yok	36 (%100)	36 (%94,74)	1,947	0,163
	Var	0 (%0)	2 (%5,26)		
Düzenli İlaç Kullanımı	Yok	36 (%100)	37 (%97,37)	0,960	0,327
	Var	0 (%0)	1 (%2,63)		

X²: Fisher Exact Testi; p: anlamlılık (p<0,05)

Vaka/kontrol gruplarına göre ebeveyn yaşlarının ortalama, standart sapma değerleri ve karşılaştırmaları Tablo 11'de verilmiştir. Katılımcıların anne yaşları açısından kontrol grubu (42,83±3,6) ile vaka grubu (42,45±6,03) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır. Katılımcıların baba yaşları açısından kontrol grubu (46,69±3,58) ile vaka grubu (46,26±6,2) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 11. Ebeveynlerin yaş ortalamaları

	Kontrol		Vaka		t	P
	Ort.±S.S.	Ortanca (Min.-Mak.)	Ort.±S.S.	Ortanca (Min.-Mak.)		
Anne Yaşı	42,83±3,6	43 (35-56)	42,45±6,03	42 (30-53)	0,336	0,738
Baba Yaş	46,69±3,58	46 (41-57)	46,26±6,2	46 (34-60)	0,369	0,714

t: Bağımsız Örnekler t-testi; p: anlamlılık (<0,05)

Katılımcıların anne ve babalarının eğitim vaka/kontrol gruplarına dağılımı ve aralarındaki fark Tablo 12'de verilmiştir. Kontrol/vaka grupları ile anne eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p<0,001**). Kontrol grubunda annelerin en yüksek oranla mezun oldukları okul %61,11 (n:22) ile üniversite iken vaka grubunda ise en yüksek oran %55,26 (n:21) ile lise olarak dağılım göstermiştir. Kontrol/vaka grupları ile baba eğitim durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p<0,001**). Kontrol grubunda babaların en yüksek oranla mezun oldukları okul %83,33 (n:30) ile lise iken vaka grubunda ise en yüksek oran %44,74 (n:17) ile ortaokul olarak dağılım göstermiştir.

Tablo 12. Ebeveynlerin eğitim durumu dağılımı

		Kontrol	Vaka	X ²	p
		n (%)	n (%)		
Anne Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	0 (%0)	1 (%2,63)	19,774	<0,001
	İlkokul	0 (%0)	6 (%15,79)		
	Ortaokul	1 (%2,78)	0 (%0)		
	Lise	9 (%25)	21 (%55,26)		
	Üniversite	22 (%61,11)	9 (%23,68)		
	Lisansüstü	4 (%11,11)	1 (%2,63)		
Baba Eğitim Durumu	Okur-yazar değil	0 (%0)	5 (%13,16)	39,611	<0,001
	İlkokul	0 (%0)	7 (%18,42)		
	Ortaokul	2 (%5,56)	17 (%44,74)		
	Lise	30 (%83,33)	8 (%21,05)		
	Üniversite	4 (%11,11)	1 (%2,63)		
	Lisansüstü	0 (%0)	5 (%13,16)		

X²: Fisher Exact Testi; p: anlamlılık (p<0,05)

Katılımcıların anne ve babalarının mesleklerinin gruplara göre dağılımı ve ilişki analizi Tablo 13'te verilmiştir. Kontrol/vaka grupları ile anne mesleği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p<0,001**). Kontrol grubunda annelerin en yüksek oranla sahip oldukları meslek %55,56 (n:20) ile memurluk iken vaka grubunda ise en yüksek oran %78,95 (n:30) ile çalışmıyor olarak dağılım göstermiştir. Kontrol/vaka grupları ile baba mesleği arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır (**p<0,001**). Kontrol grubunda babaların en yüksek oranla sahip oldukları meslek %69,44 (n:25) ile memurluk iken vaka grubunda ise en yüksek oran %34,21 (n:13) ile işçi olarak dağılım göstermiştir.

Tablo 13. Ebeveynlerin meslek dağılımı

		Kontrol	Vaka	X ²	p
		n (%)	n (%)		
Anne Meslek	Çalışmıyor	11 (%30,56)	30 (%78,95)	25,360	<0,001
	İşçi	4 (%11,11)	1 (%2,63)		
	Memur	20 (%55,56)	4 (%10,53)		
	Esnaf	0 (%0)	1 (%2,63)		
	Serbest	1 (%2,78)	0 (%0)		
	Emekli	0 (%0)	1 (%2,63)		
	Diğer	0 (%0)	1 (%2,63)		
Baba Meslek	Çalışmıyor	0 (%0)	1 (%2,63)	23,462	<0,001
	İşçi	4 (%11,11)	13 (%34,21)		
	Memur	25 (%69,44)	6 (%15,79)		
	Esnaf	2 (%5,56)	8 (%21,05)		
	Serbest	4 (%11,11)	6 (%15,79)		
	Emekli	1 (%2,78)	3 (%7,89)		
	Diğer	0 (%0)	1 (%2,63)		

X²: Fisher Exact Testi; p: anlamlılık (p<0,05)

Katılımcıların kontrol/vaka gruplarına göre anne ve babalarının tıbbi durumlarının dağılımı ve ilişkisi Tablo 14’te verilmiştir. Katılımcıların kontrol/vaka grupları ile anne psikiyatrik hastalık varlığı (**p=0,026**) ve anne düzenli ilaç kullanımı (**p=0,007**) arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık vardır. Kontrol grubunda annesinde psikiyatrik hastalık bulunan yokken vaka grubunun %13,16’sının (n:5) annesinde psikiyatrik hastalık var olarak dağılım göstermiştir. Bunlardan 2’si AB, 2’si PB, 1 tanesi de majör depresif bozukluk tanısı şeklindedir. Kontrol grubunda anneleri düzenli ilaç kullananlar %13,89 (n:5) iken Vaka grubunun %42,11’inin (n:16) annesi düzenli ilaç kullanmaktadır.

Tablo 14. Ebeveynlerin tıbbi durumlarının dağılımı

		Kontrol	Vaka	X ²	p
		n (%)	n (%)		
Anne Tıbbi Hastalık Varlığı	Yok	30 (%83,33)	26 (%68,42)	2,233*	0,135
	Var	6 (%16,67)	12 (%31,58)		
Anne Psikiyatrik Hastalık Varlığı	Yok	36 (%100)	33 (%86,84)	5,080**	0,024
	Var	0 (%0)	5 (%13,16)		
Anne Düzenli İlaç Kullanımı	Yok	31 (%86,11)	22 (%57,89)	7,421*	0,007
	Var	5 (%13,89)	16 (%42,11)		
Baba Tıbbi Hastalık Varlığı	Yok	28 (%77,78)	31 (%81,58)	0,165*	0,684
	Var	8 (%22,22)	7 (%18,42)		
Baba Psikiyatrik Hastalık Varlığı	Yok	35 (%97,22)	37 (%97,37)	0,002**	1,000
	Var	1 (%2,78)	1 (%2,63)		
Baba Düzenli İlaç Kullanımı	Yok	29 (%80,56)	32 (%84,21)	0,171*	0,680
	Var	7 (%19,44)	6 (%15,79)		

*: Ki-Kare Testi; **: Fisher Exact Testi; p: anlamlılık (p<0,05)

Katılımcıların kontrol/vaka gruplarına göre anne ve babalarının birlikte yaşama durumlarının dağılımı ve ilişkisi Tablo 15’de verilmiştir. Katılımcıların anne-baba birliktelik durumu ile kontrol/vaka durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p=0,802).

Tablo 15. Ebeveynlerin birliktelik durumlarının dağılımı

		Kontrol	Vaka	X ²	p
		n (%)	n (%)		
Anne Baba Birlikteliği	Birlikte	33 (%91,67)	36 (%94,74)	1,136	0,802
	Boşanmış anne ile yaşıyor	2 (%5,56)	2 (%5,26)		
	Boşanmış baba ile yaşıyor	1 (%2,78)	0 (%0)		

X²: Fisher Exact Testi; p: anlamlılık (p<0,05)

Katılımcıların kontrol/vaka grupları ile kardeşlerinin tıbbi durumlarının dağılımı ve ilişkisi Tablo 16’da verilmiştir. Katılımcıların vaka/kontrol grupları ile kardeş tıbbi hastalık varlığı ($p=0,006$) ve kardeşlerin düzenli ilaç kullanımı ($p=0,037$) arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmaktadır. Kontrol grubundaki katılımcılarda kardeşlerinde tıbbi hastalık bulunmamakta, vaka grubundaki katılımcıların %21,62’sinin (n:8) kardeşlerinde tıbbi hastalık bulunmaktadır. Kontrol grubundaki katılımcıların %3,03’ünün (n:1) kardeşleri düzenli ilaç kullanırken vaka grubundaki katılımcıların %18,92’sinin (n:7) kardeşleri düzenli ilaç kullanımı vardır.

Tablo 16. Kardeşlerin tıbbi durumlarının dağılımı

		Kontrol	Vaka	X ²	p
		n (%)	n (%)		
Kardeş Tıbbi Hastalık Varlığı	Yok	33 (%100)	29 (%78,38)	8,056	0,006
	Var	0 (%0)	8 (%21,62)		
Kardeş Psikiyatrik Hastalık Varlığı	Yok	32 (%96,97)	32 (%86,49)	2,446	0,118
	Var	1 (%3,03)	5 (%13,51)		
Kardeşlerin Düzenli İlaç Kullanımı	Yok	32 (%96,97)	30 (%81,08)	4,350	0,037
	Var	1 (%3,03)	7 (%18,92)		

X²: Fisher Exact Testi; p: anlamlılık ($p<0,05$)

Katılımcıların kontrol/vaka gruplarına göre akrabalarının tıbbi durumlarının dağılımı ve ilişkisi Tablo 17’de verilmiştir. Katılımcıların kontrol/vaka grupları ile akrabada tıbbi hastalık varlığı ($p=0,109$) ve akraba psikiyatrik hastalık varlığı (0,156) arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamaktadır.

Tablo 17. Akrabaların tıbbi durumlarının dağılımı

		Kontrol	Vaka	X ²	p
		n (%)	n (%)		
Akraba Tıbbi Hastalık Varlığı	Yok	28 (%77,78)	23 (%60,53)	2,568*	0,109
	Var	8 (%22,22)	15 (%39,47)		
Akraba Psikiyatrik Hastalık Varlığı	Yok	34 (%94,44)	32 (%84,21)	2,008**	0,156
	Var	2 (%5,56)	6 (%15,79)		

*: Ki-Kare Testi; **: Fisher Exact Testi; p: anlamlılık ($p<0,05$)

6.2. Klinik Bulgular

Vaka grubunda anksiyete bozukluğu alt tipleri açısından bakıldığında; %5,3’ü (n:2) ÖF, %34,2’si (n:13) SAB, %36,8’i (n:14) YAB, %7,9’u (n:3) SAB ve ÖF, %7,9’u (n:3) YAB ve ÖF, %7,9’u (n:3) de YAB ve SAB tanısı almıştır. (Tablo 18)

Tablo 18. Vaka grubunda anksiyete bozukluğu alt tipleri

AB alt tipleri	n (%)
ÖF	2 (%5,3)
SAB	13 (%34,2)
YAB	14 (%36,8)
SAB, ÖF	3(%7,9)
YAB, ÖF	3(%7,9)
YAB, SAB	3(%7,9)

Anksiyete bozukluğu olan katılımcıların belirti sürelerinin ortalaması ve standart sapma değerleri $17,74 \pm 9,88$ olarak bulunmuştur. Vaka grubundaki katılımcıların hastalıklarının alt tipleri ve kombinasyonlarına göre belirti sürelerinin ay cinsinden karşılaştırılması Tablo 19’da verilmiştir. Yapılan One-Way Anova analizi sonucunda gruplar arasında hiçbir alt ölçek açısından anlamlı farklılık yoktur ($p > 0,05$).

Tablo 19. Belirti sürelerine göre vaka grubu alt tiplerinin karşılaştırılması

	Alt Tip							
	ÖF	SAB	YAB	SAB, ÖF	YAB, SAB	YAB, ÖF	F	P
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.		
Belirti süresi(ay)	10,5±2,12	24,00±12,96	14,93±5,27	10,67±2,31	19,00±8,66	14,33±8,74	2,172	0,082

F: One-Way ANOVA; p: anlamlılık ($p < 0,05$)

Anksiyete bozukluğu bulunanlarda GAS skorları; %2,63’ünün (n:1) 41-50, %68,42’sinin (n:26) 51-60 ve %28,95’inin (n:11) 61-70 aralığında olduğu gözlemlenmiştir. (Tablo 20)

Tablo 20. Vaka grubunda GAS skoru dağılımı

Anksiyete Bozukluğu	Puan aralığı	n (%)
GAS skoru	41-50	1 (%2,63)
	51-60	26 (%68,42)
	61-70	11 (%28,95)

6.3. Ölçeklerden Elde Edilen Verilerin Değerlendirilmesi

6.3.1. Olguların ÇATÖ Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Katılımcılara uygulanan Çocuk ÇATÖ alt ölçeklerinin vaka-kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 21’de gösterilmiştir. Vaka grubunun tüm alt ölçek puanları (okul fobisi, YAB, panik somatik, AAB, SF, toplam puan) kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ($p<0,05$)

Tablo 21. Çocuk ÇATÖ alt ölçeklerinin gruplara göre karşılaştırılması

Çocuk ÇATÖ	Anksiyete Bozukluk					
	Kontrol		Vaka		T	p
	Ort.±S.S.	Ortanca (Min.-Mak.)	Ort.±S.S.	Ortanca (Min.-Mak.)		
Okul Fobisi	1,31±1,47	1 (0-7)	2,95±2,28	3 (0-8)	-3,704	<0,001
YAB	6,11±4,48	5,5 (0-15)	12,24±5,03	13 (0-18)	-5,521	<0,001
Panik Somatik	4,19±4,7	2,5 (0-19)	12,05±6,87	11 (1-25)	-5,771	<0,001
AAB	4,22±3,31	3 (0-13)	6,47±3,33	6 (1-14)	-2,916	0,005
SF	5,72±3,45	5,5 (0-14)	9,68±4,47	12 (2-14)	-4,282	<0,001
Toplam	21,56±14,64	18 (3-67)	43,39±16,41	44 (8-72)	-6,030	<0,001

t: Bağımsız Örnekler t-testi; p:anlamlılık ($p<0,05$)

Katılımcılara uygulanan Anne-Baba ÇATÖ alt ölçeklerinin vaka-kontrol gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 22’de verilmiştir. Çocuk ÇATÖ ölçeğine benzer şekilde vaka grubunun tüm alt ölçek puanları(okul fobisi, YAB, panik somatik, AAB, SF, toplam puan) kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. ($p<0,05$)

Tablo 22. Anne-Baba ÇATÖ alt ölçeklerinin gruplarına göre karşılaştırılması

Anne Baba ÇATÖ	Anksiyete Bozukluk					
	Kontrol		Vaka		t	p
	Ort.±S.S.	Ortanca (Min.-Mak.)	Ort.±S.S.	Ortanca (Min.-Mak.)		
Okul Fobisi	0,5±0,74	0 (0-3)	2,05±2,07	1,5 (0-8)	-4,350	<0,001
YAB	2,5±2,74	2 (0-12)	8,97±5,28	9 (0-18)	-6,670	<0,001
Panik Somatik	1±1,64	0,5 (0-7)	7,03±5,79	5 (0-24)	-6,086	<0,001
AAB	2±2,19	1 (0-8)	4,39±2,81	4 (0-10)	-4,069	<0,001
SF	4,22±2,72	4 (0-9)	8,61±4,28	9,5 (0-14)	-5,285	<0,001
Toplam	10,22±7,7	9 (0-32)	31,46±13,62	30 (13-65)	-8,228	<0,001

t: Bağımsız Örnekler t-testi; p:anlamlılık ($p<0,05$)

6.3.2. Olguların Adolesan/Yetişkin Duyu Profili (AYDP) Verilerinin Değerlendirilmesi

AYDP verileri incelendiğinde gruplar arasında alt alanların hiçbirinde (düşük kayıt, duyuşal arayış, duyuşal hassasiyet, duyuşal kaçınma) anlamlı fark bulunamamıştır. ($p>0,05$)

Tablo 23. Vaka ve kontrol gruplarının ADYP verilerinin karşılaştırılması

AYDP	Anksiyete Bozukluk					
	Kontrol		Vaka		T	p
	Ort.±S.S.	Ortanca (Min.-Mak.)	Ort.±S.S.	Ortanca (Min.-Mak.)		
Düşük Kayıt	58,17±8,88	58 (27-74)	55,61±9,73	56,5 (34-75)	1,181	0,242
Duyuşal arayış	45,44±7,46	45 (30-67)	46,79±7,97	48 (29-67)	-0,748	0,457
Duyuşal Hassasiyet	52,39±8,78	52,5 (27-70)	49,5±9,38	51 (28-71)	1,366	0,176
Duyuşal Kaçınma	51,92±8,19	52,5 (34-66)	49,21±12,08	50 (16-81)	1,122	0,266

t: Bağımsız Örnekler t-testi; p: anlamlılık ($p<0,05$)

Vaka grubundaki katılımcıların hastalıklarının alt tiplerine ve kombinasyonlarına göre AYDP alt ölçeklerinin karşılaştırılması Tablo 24'te verilmiştir. Yapılan One-Way Anova analizi sonucunda gruplar arasında hiçbir alt ölçek açısından anlamlı farklılık yoktur ($p>0,05$).

Tablo 24. AYDP alt ölçeklerinin vaka grubu alt tiplerine göre karşılaştırılması

AYDP	Alt Tip						F	p
	ÖF	SAB	YAB	SAB, ÖF	YAB, SAB	YAB, ÖF		
	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.	Ort.±S.S.		
Düşük Kayıt	52±15,56	52,38±9,72	57,43±9,18	49,33±10,02	64±8,54	61,33±4,93	1,419	0,244
Duyuşal Arayış	47±7,07	48,08±9,89	44,64±7,96	48,33±6,66	46,33±3,79	50±5,57	0,359	0,873
Duyuşal Hassasiyet	45,5±6,36	46,31±9,75	52±9,71	46,33±9,07	54,33±12,22	52,67±1,53	0,851	0,524
Duyuşal Kaçınma	42±0	46,08±15,99	53,79±9,28	41,67±13,61	50,67±7,37	52,33±0,58	1,002	0,432

F: One-Way ANOVA; p: anlamlılık ($p<0,05$)

Gruplar arası duyuşal sorunların duyu alt alanlara göre dağılımı da incelenmiştir. Buna göre anksiyete grubunda tat/koku ($p=0,025$) ve hareket alanında ($p=0,029$) kontrol grubuna kıyasla anlamlı yükseklik bulunmuştur. ($p<0,05$). Diğer duyu modalitelerinde (görsel, işitsel, dokunma, aktivite) iki grup arasında anlamlı fark saptanamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25. AYDP duyusal alt alanların gruplara göre karşılaştırılması

AYDP	Anksiyete Bozukluk					
	Kontrol		Vaka		T	p
	Ort.±S.S.	Ortanca (Min.-Mak.)	Ort.±S.S.	Ortanca (Min.-Mak.)		
Tat Koku	25,53±4,01	26 (17-34)	27,71±4,18	28 (18-35)	-2,290	0,025
Hareket	28,94±4,56	29,5 (18-40)	26,37±5,34	27 (13-35)	2,226	0,029
Görsel	34,89±5,29	35 (24-47)	33,79±6,63	33,5 (23-60)	0,785	0,435
Dokunma	46,81±6,61	46,5 (26-60)	46,32±8,66	47 (29-65)	0,272	0,786
Aktivite	33,78±5,84	33,5 (19-48)	31,53±5,53	31,5 (19-42)	1,704	0,093
İşitsel	37,97±7,78	37 (22-52)	35,39±8	35,5 (19-53)	1,404	0,165

t: Bağımsız Örnekler t-testi; p: anlamlılık (p<0,05)

6.3.3. CBCL 6-18 Yaş Davranış Değerlendirme Ölçeği Verilerinin Değerlendirilmesi

Çalışmaya katılan çocukların CBCL 6-18 alt ölçekleri değerlendirildiğinde; anksiyete grubu tüm alt alanlarda (anksiyete/depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 26. CBCL ölçeği alt ölçeklerinin gruplara göre karşılaştırılması

CBCL Ölçeği	Anksiyete Bozukluk					
	Kontrol		Vaka		t	p
	Ort.±S.S.	Ortanca (Min.-Mak.)	Ort.±S.S.	Ortanca (Min.-Mak.)		
Anksiyete/Depresyon	2,19±2,18	2 (0-8)	10,68±5,08	9,5 (2-22)	-9,424	<0,001
Sosyal İçe Dönüklük	1,72±1,95	1 (0-8)	6,76±3,96	7 (0-16)	-6,998	<0,001
Somatik Yakınmalar	0,97±1,28	1 (0-5)	5,47±3,68	5,5 (0-15)	-7,101	<0,001
Sosyal Sorunlar	1,83±2,41	1 (0-10)	4,55±3,31	4 (0-13)	-4,056	<0,001
Düşünce Sorunları	0,53±1,13	0 (0-6)	4,21±3,04	3,5 (0-12)	-6,970	<0,001
Dikkat Sorunları	2,33±3,05	1 (0-13)	6,76±3,84	6 (1-16)	-5,470	<0,001
Karşı Gelme Davranışı	0,53±1,03	0 (0-5)	1,63±2,38	0,5 (0-11)	-2,617	0,012
Salırgan Davranışlar	2,58±3,27	2 (0-13)	6,92±6,13	5 (0-28)	-3,786	<0,001
Diger Problemler	1,89±1,94	1 (0-6)	3,84±2,77	3,5 (0-11)	-3,500	0,001
İçe Yönelim Sorunları	4,89±4,21	5 (0-19)	22,92±10,2	23 (8-48)	-10,035	<0,001
Dışa Yönelim Sorunları	3,11±3,75	2 (0-14)	8,59±7,88	7 (0-39)	-3,813	<0,001
Toplam	14,58±13,66	10,5 (0-66)	50,54±25,17	50 (14-120)	-7,614	<0,001

t: Bağımsız Örnekler t-testi; p: anlamlılık (p<0,05)

6.4. Ölçekler Arası Korelasyon Bulguları

6.4.1. Çocuk ÇATÖ ile AYDP Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Katılımcıların Çocuk ÇATÖ alt ölçekleri ile Duyu Profili ölçeği alt ölçeklerinin korelasyonlarına bakılarak Tablo 27’de özetlenmiştir. Pearson korelasyon katsayısı 0-0,25 aralığında “çok zayıf”, 0,26-0,49 aralığında “zayıf”; 0,50-0,69 aralığında “orta”, 0,70-0,89 aralığında “yüksek” ve 0,90-1,00 aralığında “çok yüksek” olarak yorumlanmaktadır.

✓ Düşük kayıtlı alt ölçeği:

Çocuk ÇATÖ Okul Fobisi ($r=-0,366$), Çocuk ÇATÖ YAB ($r=-0,380$), Çocuk ÇATÖ Panik Somatik ($r=-0,353$), Çocuk AAB ($r=-0,472$) ve Çocuk ÇATÖ SF ($r=-0,445$) alt ölçekleri ile negatif yönlü ve zayıf korelasyon bulunmaktadır. Çocuk ÇATÖ toplam puanı ($p=-0,532$) ile negatif yönlü ve orta düzey korelasyon bulunmaktadır.

✓ Duyusal arayış alt ölçeği:

Duyusal arayış alt ölçeği ile Çocuk ÇATÖ alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

✓ Duyusal hassasiyet alt ölçeği:

Çocuk ÇATÖ Okul Fobisi ($r=-0,366$), Çocuk ÇATÖ YAB ($r=-0,438$), Çocuk ÇATÖ AAB ($r=-0,481$) ve Çocuk ÇATÖ SF ($r=-0,449$) alt ölçekleri ile negatif yönlü ve zayıf korelasyon bulunmaktadır. ÇATÖ Panik Somatik ($r=-0,512$) ve Çocuk ÇATÖ toplam puanı ($p=-0,619$) ile negatif yönlü ve orta düzey korelasyon bulunmaktadır.

✓ Duyusal kaçınma alt ölçeği:

Çocuk ÇATÖ YAB ($r=-0,410$), Çocuk ÇATÖ Panik Somatik ($r=-0,406$), Çocuk ÇATÖ AAB ($r=-0,449$) ve Çocuk ÇATÖ SF ($r=-0,404$) alt ölçekleri ile negatif yönlü ve zayıf korelasyon bulunmaktadır. Çocuk ÇATÖ Okul Fobisi ($r=-0,572$) ve Çocuk ÇATÖ toplam puanı ($p=-0,576$) ile negatif yönlü ve orta düzey korelasyon bulunmaktadır.

Tablo 27. Çocuk ÇATÖ alt ölçekleri ile AYDP alt ölçeklerinin korelasyonları

Çocuk ÇATÖ		Çocuk ÇATÖ Okul Fobisi	Çocuk ÇATÖ YAB	Çocuk ÇATÖ Panik Somatik	Çocuk ÇATÖ AAB	Çocuk ÇATÖ SF	Çocuk ÇATÖ Toplam
AYDP							
Düşük Kayıt	r	-0,366	-0,380	-0,353	-0,472	-0,445	-0,532
	p	0,024	0,019	0,030	0,003	0,005	0,001
Duyusal Arayış	r	-0,237	-0,233	-0,191	-0,105	0,071	-0,186
	p	0,151	0,158	0,250	0,530	0,672	0,262
Duyusal Hassasiyet	r	-0,366	-0,438	-0,512	-0,481	-0,449	-0,619
	p	0,024	0,006	0,001	0,002	0,005	<0,001
Duyusal Kaçınma	r	-0,572	-0,410	-0,406	-0,449	-0,404	-0,576
	p	<0,001	0,011	0,011	0,005	0,012	<0,001

r:Pearson Korelasyon Katsayısı; p: anlamlılık (p<0,05)

6.4.2. Anne-Baba ÇATÖ ile AYDP Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Katılımcıların Anne-Baba ÇATÖ alt ölçekleri ile Duyu Profili ölçeği alt ölçeklerinin korelasyonlarına bakılarak Tablo 28’de özetlenmiştir.

✓ Düşük kayıt alt ölçeği:

Anne-Baba ÇATÖ SF (**r=-0,464**) ve Anne-Baba ÇATÖ toplam puanı (**p=-0,386**) ile negatif yönlü ve zayıf korelasyon bulunmaktadır.

✓ Duyusal arayış alt ölçeği:

Duyusal arayış alt ölçeği ile Anne-Baba ÇATÖ alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

✓ Duyusal hassasiyet alt ölçeği:

Duyusal hassasiyet alt ölçeği ile Anne-Baba ÇATÖ alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

✓ Duyusal kaçınma alt ölçeği:

Duyusal kaçınma alt ölçeği ile Anne-Baba ÇATÖ alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 28. Anne-Baba ÇATÖ alt ölçekleri ile AYDP alt ölçeklerinin korelasyonları

Ebeveyn ÇATÖ		Okul Fobisi	YAB	Panik Somatik	AAB	SF	Toplam
AYDP							
Düşük Kayıt	r	-0,086	-0,199	-0,296	-0,187	-0,464	-0,386
	p	0,606	0,232	0,075	0,262	0,003	0,018
Duyusal arayış	r	-0,008	-0,152	-0,139	-0,028	0,205	-0,060
	p	0,964	0,361	0,413	0,870	0,217	0,726
Duyusal Hassasiyet	r	0,066	-0,117	-0,275	-0,092	-0,266	-0,245
	p	0,696	0,484	0,099	0,584	0,107	0,143
Duyusal Kaçınma	r	-0,109	-0,228	-0,170	-0,054	-0,314	-0,223
	p	0,516	0,169	0,314	0,747	0,055	0,184

r:Pearson Korelasyon Katsayısı; p: anlamlılık ($p<0,05$)

6.4.3. Olguların GAS skorları, semptom başlangıcı ile AYDP ölçek puanlarının korelasyonu

Katılımcıların Duyu Profili ölçeği alt ölçekleri ile GAS skorları ve belirti süresi aralarında korelasyonlarına bakılarak Tablo 29’da özetlenmiştir. Duyu profilleri alt ölçekleri ile GAS skorları arasında istatistiksel anlamlı korelasyon bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 29. GAS skoru ve belirti sürelerinin AYDP alt ölçekleri ile korelasyonları

GAS Belirti Süresi(ay)		GAS Skor	Belirti Süresi(ay)
Duyu Profili			
Düşük Kayıt	r	0,247	0,150
	p	0,136	0,370
Duyusal Arayış	r	-0,265	0,230
	p	0,108	0,166
Duyusal Hassasiyet	r	-0,034	-0,083
	p	0,840	0,619
Duyusal Kaçınma	r	-0,029	-0,067
	p	0,864	0,690

6.4.4. CBCL Alt Ölçekleri ile AYDP Alt Ölçeklerinin Korelasyonu

Katılımcıların CBCL alt ölçekleri ile Duyu Profili ölçeği alt ölçeklerinin korelasyonlarına bakılarak Tablo 30’da özetlenmiştir.

✓ Düşük kayıt alt ölçeği:

Anksiyete Depresyon ($r=-0,233$) ve İç Yönelim ($r=-0,240$) puanları ile negatif yönlü ve çok zayıf korelasyon bulunmaktadır. Sosyal Sorunlar ($r=-0,368$), Dikkat Sorunları ($r=-0,300$), Toplam ($r=-0,282$), Dışa Yönelim ($r=-0,240$), DSM Anksiyete ($r=-0,254$) ve DSM Depresyon ($r=-0,270$) puanları ile negatif yönlü ve zayıf korelasyon bulunmaktadır.

✓ Duyusal arayış alt ölçeği:

Sosyal İç Dönüklük ($r=-0,298$) puanları ile pozitif yönlü ve zayıf korelasyon bulunmaktadır.

✓ Duyusal hassasiyet alt ölçeği:

Anksiyete Depresyon ($r=-0,249$), DSM OKB ($r=-0,229$) ve Otistik Trait ($r=-0,228$) puanları ile negatif yönlü ve çok zayıf korelasyon bulunmaktadır. Sosyal Sorunlar ($r=-0,253$), Saldırgan Davranış ($r=-0,257$), Toplam ($r=-0,251$), Dışa Yönelim ($r=-0,250$), DSM Anksiyete ($r=-0,262$) ve DSM Depresyon ($r=-0,273$) puanları ile negatif yönlü ve zayıf korelasyon bulunmaktadır.

✓ Duyusal kaçınma alt ölçeği:

Duyusal kaçınma alt ölçeği ile CBCL alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Tablo 30. CBCL alt ölçekleri ile AYDP alt ölçeklerinin korelasyonları

Duyu Profil CBCL		Düşük Kayıt	Duyusal arayış	Duyusal Hassasiyet	Duyusal Kaçınma
Anksiyete	r	-0,233	0,074	-0,249	-0,149
Depresyon	p	0,046	0,529	0,032	0,206
Sosyal İçe	r	-0,205	0,298	-0,143	-0,091
Dönüklük	p	0,079	0,010	0,223	0,440
Somatik	r	-0,194	-0,027	-0,182	-0,095
	p	0,097	0,818	0,120	0,420
Sosyal	r	-0,368	0,068	-0,253	-0,130
Sorunlar	p	0,001	0,563	0,030	0,271
Düşünce	r	-0,171	0,094	-0,208	-0,100
Sorunları	p	0,146	0,427	0,075	0,396
Dikkat	r	-0,300	0,120	-0,140	-0,061
Sorunları	p	0,009	0,310	0,234	0,605
Karşı	r	-0,124	0,075	-0,156	0,032
Gelme	p	0,294	0,524	0,183	0,788
Saldırgan	r	-0,219	0,124	-0,257	-0,049
Davranış	p	0,063	0,294	0,028	0,680
Diger	r	-0,196	-0,069	-0,196	-0,060
Problem	p	0,094	0,560	0,095	0,610
Toplam	r	-0,282	0,126	-0,251	-0,107
	p	0,016	0,286	0,032	0,370
İçe	r	-0,240	0,128	-0,223	-0,131
Yönelim	p	0,040	0,277	0,056	0,266
Dışa	r	-0,210	0,119	-0,250	-0,030
Yönelim	p	0,074	0,316	0,033	0,801
DSM	r	-0,254	0,111	-0,262	-0,144
Anksiyete	p	0,029	0,345	0,024	0,220
DSM	r	-0,270	0,116	-0,273	-0,166
Depresyon	p	0,020	0,325	0,019	0,159
DSM	r	-0,163	-0,067	-0,083	-0,076
Somatik	p	0,165	0,570	0,481	0,518
DSM	r	-0,163	0,010	-0,229	-0,163
OKB	p	0,164	0,930	0,050	0,166
Otistik	r	-0,286	0,194	-0,228	-0,123
Trait	p	0,013	0,099	0,050	0,297

7. TARTIŞMA

Çalışmamızda Ankara Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde DSM-5 tanı ölçütlerine göre ilk defa anksiyete bozukluğu tanısı alan 11-18 yaş arası çocuk ve ergenler ile yaş ve cinsiyet açısından benzer özelliklere sahip, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı ergenler; sosyodemografik özellikler, anksiyete bozukluğu şiddeti ve tipi, duyu profilleri ve duyusal hassasiyet açısından değerlendirilip birbirleriyle karşılaştırılmıştır. Bu kısımda çalışma sonunda elde edilen bulgular mevcut literatür ile karşılaştırılarak tartışılacaktır.

Çalışmamızda yaşları 11-18 arasında değişen anksiyete bozukluğu tanılı 38 ergen vaka grubunu, psikiyatrik bozukluğu olmayan 36 ergen ise kontrol grubunu oluşturmaktadır. Vaka ve kontrol grupları arasında yaş ve cinsiyet açısından anlamlı fark yoktur. Anksiyete bozukluğu tanısı alan olgu grubunun yaş ortalaması $14,53 \pm 1,72$, kontrol grubunun yaş ortalaması $13,81 \pm 1,91$ bulunmuştur.

Anksiyete bozukluğu olan vakaların 33'ünün (%86,84) kız cinsiyette olduğu ve yine kontrol grubumuzun 26'sinin (%72,22) kız cinsiyette olduğu ve iki grup arasında cinsiyet oranlarının istatistiksel açıdan anlamlı derecede farklı olmadığı ($p=0,118$) bulunmuştur. AB'nun kız/erkek görülme oranı, çocukluk döneminde 2:1, ergenlikte 3:1 bildirilmektedir (29). Toplum çalışmalarında kızlarda 1.5-2 kat daha sık olduğu rapor edilmiştir (30, 31).Bizim çalışmamızda da literatürle uyumlu olacak şekilde olguların %86,84'ü kız, %13,16'sı erkek cinsiyettedir.

Vaka grubu klinik alt tipler açısından incelendiğinde olguların; %5,3'ü (n:2) ÖF, %34,2'si (n:13) SAB, %36,8'i (n:14) YAB, %7,9'u (n:3) SAB ve ÖF, %7,9'u (n:3) YAB ve ÖF, %7,9'u (n:3) de YAB ve SAB tanısı almıştır. Çocukluk çağında en sık izlenen anksiyete bozukluğunun özgül fobi olduğu ifade edilmektedir(94). Bununla birlikte SAB genellikle çocuklukta ve erken ergenlikte başladığı ve ortalama başlangıç yaşının 13-18 yaş arasında değiştiği, 25 yaşından sonra başlamasının ise nadir olduğu bildirilmiştir (95). YAB'nun küçük çocuklarda nispeten daha hafif semptomlarla seyrettiği, ergenlikte ise sıklığının arttığı belirtilmektedir (25). Bu durum çocuklarda yaşla beraber bilişsel işlevlerin gelişmesi, potansiyel tehditlerin sonuçlarını anlama ve bu tehditlerin daha olumsuz sonuçlarını düşünebilme ve gelecekteki olasılıklar konusunda farkındalığının artması ile açıklanmaktadır (26). Bizim çalışmamızda da olgu sayısının azlığı nedeniyle genel bir yorumda bulunmak

mümkün olmamakla birlikte 11-18 yaş aralığındaki ergenler dahil edildiği için sonuçlarımız mevcut literatürle uyumlu bulunmuştur.

Anne ve baba yaş ortalaması ve birliktelik durumlarına bakıldığında iki grup arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Anne ve baba eğitim düzeyi incelendiğinde vaka grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Mutluer T ve arkadaşlarının (2022) yaptığı çalışmada da benzer şekilde herhangi bir anksiyete bozukluğu olan çocuklarda anne ve baba eğitim düzeylerinin, anksiyete bozukluğu olmayan çocuklara göre daha düşük olduğunu bulunmuştur (21). Çalışmada bu durum ebeveynlerin eğitim düzeylerinin düşük olmasının ebeveynlerin düşük sosyoekonomik veya düşük mesleki durumunun bir parçası olabileceği şeklinde yorumlanmıştır (21).Bizim çalışmamızda bu durumun örnekleme ilişkili olabileceği kontrol grubunun daha çok personel yakınları ve benzer özellikteki aileler arasından seçilmesinin de etkisinin olabileceği düşünülmektedir.

Yapılan aile ve ikiz çalışmalarında anksiyetenin genellikle orta düzeyde bir ailesel geçiş gösterdiği, anksiyete bozukluğu tanısı olan çocukların ebeveynlerinde anksiyete ve duygudurum bozuklukları riski önemli ölçüde arttığı ve anksiyeteli erişkinlerin de anksiyete bozukluğu olan çocukları olma ihtimali arttığı bildirilmektedir (5). Ebeveyn anksiyetesi; paylaşılmış bir genetik geçişin yanı sıra ebeveynlerin kaygılı düşünme biçimlerinin ve aşırı korumacı davranışlarının model olma yoluyla çocuklara aktarılması yoluyla da çocuklarda anksiyete bozuklukları için risk oluşturmaktadır.(42) Bizim çalışmamızda da literatürle benzer şekilde annede psikiyatrik hastalık varlığı açısından vaka grubu kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda semptom başlangıcı(ay) 17.74 ± 9.88 olarak bulunmuş olup, anksiyete bozukluğu alt tipleri ve kombinasyonlarına göre semptom başlangıç süreleri arasında anlamlı fark yoktur. Bununla birlikte SAB olan hastalarda bu değer $24,00 \pm 12,96$ olup diğer alt tiplere göre daha yüksek bulunmuştur. Bu durum SAB'nun özellikle kız cinsiyette bir kişilik özelliği olarak değerlendirilip görece diğer anksiyete bozukluklarına göre daha geç başvurmalarından kaynaklanıyor olabilir (96).

Çalışmamızda anksiyete şiddetini belirleyen ÇATÖ çocuk ve ebeveyn değerlendirme ölçekleri; tüm alt ölçek puanları (okul fobisi, YAB, panik somatik, AAB, SF, toplam puan) açısından kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur. Her ne kadar çalışmamızda komorbid tanıları dışlamış olsak da bilindiği üzere anksiyete bozuklukları sıklıkla başka bir anksiyete bozukluğu ile görülmektedir. Bizim çalışmamızda da bununla

uyumlu olarak tanı kriterlerini tam olarak karşılamamış olsa da eşik altı diğer anksiyete bozukluklarına da yatkınlık olduğu düşünülmektedir.

Çalışmaya katılan çocukların CBCL 6-18 alt ölçekleri değerlendirildiğinde; anksiyete grubu tüm alt alanlarda (anksiyete/depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu bulunmuştur. Bilindiği üzere anksiyete bozuklukları diğer psikiyatrik rahatsızlıklara göre daha erken yaşta başlayabilmekte ve daha ileri yaşlardaki psikiyatrik sorunların öncülü olabilmektedir (97). Küçük çocuklar anksiyete belirtilerini ifade etmekte zorlanmaları nedeniyle donup kalma, ebeveyne yapışma, ağlama, hırçınlık, öfke nöbeti gibi farklı davranışsal tepkiler gösterebilirler (98). Anksiyete bozukluklarında DEHB'ye benzer bir biçimde aşırı hareketlilik, dikkatsizlik gibi belirtiler de görülebilmektedir. Anksiyete bozukluğunda dikkatin seçici bir şekilde tehdit algısına yönelmesi dikkatte ciddi bir bozulmaya yol açmakta, o sırada devam eden diğer aktivitelere yeteri kadar odaklanılmamasına neden olmaktadır (99). Anksiyete bozukluklarında somatik şikayetler sık görülmektedir (100). Yapılan kapsamlı bir çalışmada somatik belirtileri olan ergenlerin kaygı düzeylerinin yüksek olduğu bildirilmiştir (101). Uzun süre sosyal fobi yaşayan çocuklarda ve ergenlerde düşük benlik saygısı ve artmış intihar düşünceleri gibi depresif semptomlar, rutinlerde bir değişiklik olduğunda huzursuzluk ve daha az arkadaşına sahip olma gibi sosyal içe çekilme belirtileri görülebilmektedir (95). Anksiyete bozukluklarının kendi içindeki belirti çeşitliliği ve diğer psikiyatrik bozukluklara öncül oluşturabilme potansiyeli vaka kontrol grupları arasındaki bu farklılığı açıklayabilmektedir.

AYDP verileri incelendiğinde gruplar arasında alt alanların hiçbirinde (düşük kayıt, duyuşal arayış, duyuşal hassasiyet, duyuşal kaçınma) anlamlı fark bulunamamıştır. Bununla beraber vaka grubundaki katılımcıların hastalıklarının alt tiplerine ve kombinasyonlarına göre AYDP verileri incelendiğinde yine gruplar arasında hiçbir alt ölçek açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır. Çalışmamızdaki bu bulgular ilgili literatürle farklılık göstermektedir. Engel-Engel Yeşer ve Dunn (2011) sağlıklı bireylerde günlük yaşam koşullarında ifade edilen aşırı duyuşal tepkisellik ile sürekli ve durumluk kaygı arasındaki ilişkiyi inceledikleri çalışmada duyuşal aşırı duyarlılık ve düşük kayıt alt alanlarıyla yüksek sürekli kaygı ve durum kaygısı arasında anlamlı ilişki bulunmuştur (102). Pfeiffer ve arkadaşlarının (2005), Asperger sendromu tanısı konmuş 6-16 yaş arası 46 çocuğu AYDP ile değerlendirdiği çalışmada; duyuşal hassasiyet ile anksiyete arasında anlamlı bir pozitif ilişki bulunmuştur (85). Bununla

birlikte DH tipik olarak gelişmekte olan çocukların yaklaşık %15-20'sinde görülmektedir (70). Örneklem sayımızın az oluşu ve bunun yanında toplum örneklemindeki bu yüksek oranın çalışmamızda farklılık saptanmamasına neden olduğu düşünülmektedir.

Çalışmamızda gruplar arası duyuşsal sorunların duyuş alt alanlara göre dağılımı incelendiğinde; anksiyete grubunda tat/koku ve hareket alanında kontrol grubuna kıyasla anlamlı yükseklik bulunmuş ve diğer duyuş modalitelerinde (görsel, işitsel, dokunma, aktivite) iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Bu sonuç atipik duyuşsal işleme ile ilgili genel bir farklılığı ifade etmekte, duyuşsal hassasiyet ya da kaçınma alanındaki bir farklılık açısından yorum yapmayı mümkün kılmamaktadır.

Katılımcıların Çocuk ÇATÖ alt ölçekleri ile Duyu Profili ölçeği alt ölçeklerinin korelasyonlarına bakıldığında düşük kayıt alt ölçeği ile okul fobisi, YAB, panik somatik, AAB, SF alt ölçekleri arasında negatif yönlü ve zayıf korelasyon; toplam puan ile negatif yönlü ve orta düzey korelasyon bulunmuştur. Dunn'un duyuşsal işlem modeline göre düşük kayıt; duyuşsal girdilere normalden daha yavaş yanıt verme şeklinde tanımlanır. Bu çocuklar çevrelerindeki duyuşsal uyarıları görmezden gelme veya bunlara yanıt vermeme eğilimindedir. İçe dönük, ilgisiz ve duyuşsal bilgileri algılamıyor ya da ipuçlarını kaçırıyor gibi görünebilirler. Bu çocuklar daha az fark ettikleri için, diğer çocuklara göre daha uyumlu oldukları ve ailedeki veya sınıftaki diğer kişilerin fark ettiği şeylerden rahatsız olmadıkları gözlemlenebilir. Ancak fark etmemek, çocukların çağrıldığında yanıt vermemesi, etkinlikler sırasında uzaklaşması ve görevleri yerine getirmekte zorlanması anlamına da gelebilir (103). Aslında bu durum anksiyete ile ters ilişkili görünmektedir. Anksiyete alt klinik görünümündeki çeşitlilik ve eşlik eden eşik altı semptom varlığı bu durumu açıklayabilir.

Duyuşsal hassasiyet alt ölçeği ile okul fobisi, YAB, AAB, SF arasında negatif yönlü ve zayıf korelasyon; panik somatik ve toplam puan açısından negatif yönlü ve orta düzey korelasyon bulunmuştur. Dunn modeline göre duyuşsal hassasiyeti olan kişiler; duyuşsal uyarılara daha hızlı, daha güçlü veya daha uzun süre tepki verirler. Davranışları, aktif, olumsuz, dürtüsel veya agresif tepkilerden pasif geri çekilme veya kaçınmaya kadar değişir (103). Anksiyete bozukluğu olan bireylerde görülebilen artmış uyarılmışlık hali ve hipervijilans durumu, yüksek çevresel tarama oranlarına sahip olma, tehditle ilgili bir uyarı tespit edildiğinde dikkatin daralması ve dikkati bu uyarıdan ayırmada zorlanma durumum duyuşsal hassasiyetle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Duyusal kaçınma alt ölçeği ile YAB, panik somatik, AAB, SF arasında negatif yönlü ve zayıf korelasyon; okul fobisi ve toplam puan açısından negatif yönlü ve orta düzey korelasyon bulunmuştur. Duyusal kaçınma; katı ve ödünsüz ritüeller, uyum ve değişim zorluğu ön plandadır. Bu çocuklar genellikle duyumları tehdit olarak hissederler ve bu nedenle kaçınma davranışını sergilerler. Bu çocuklar yalnız kalmaya veya çok sessiz yerlere daha fazla ilgi duyabilirler. Ortamlar çok zorlayıcı olduğunda, bu çocuklar geri çekilebilir ve bu nedenle günlük yaşam aktivitelerini tamamlayamayabilirler (103).

Duyusal arayış; yüksek nörolojik eşik ve aktif öz düzenlenme becerisine sahiplerdir. Bu çocuklar gün boyu hareket halinde olma, düşme, çarpma, insanlara ya da nesnelere dokunma gibi davranışlar sergileyebilirler (103). Çalışmamızda duyusal arayış alt ölçeği ile çocuk ÇATÖ alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamaktadır

Çalışmamızda AYDP alt ölçek puanlarıyla CBCL ölçeği toplam puan ve alt alan puanlarının korelasyonuna bakıldığında düşük kayıt puanı ile anksiyete- depresyon, iç yönelim alt alanları arasında negatif yönlü ve çok zayıf korelasyon; sosyal sorunlar, dikkat sorunları, dışa yönelim, toplam puan ve DSM'ye göre revize edilmiş anksiyete ve depresyon alt alanlarında negatif yönlü ve zayıf korelasyon bulunmuştur. Duyusal arayış puanı ile sosyal içe dönüklük puanı ile pozitif yönlü ve zayıf korelasyon bulunmuştur. Duyusal hassasiyet puanı ile sosyal sorunlar, saldırgan davranışlar, dışa yönelim, toplam puan, DSM'ye göre revize edilmiş anksiyete ve depresyon puanları ile negatif yönlü ve zayıf korelasyon; anksiyete-depresyon, DSM'ye göre revize edilmiş OKB ve otistik trait puanları ile negatif yönlü ve çok zayıf korelasyon bulunmuştur. Duyusal kaçınma alt ölçeği ile CBCL alt ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır.

Boogert ve arkadaşlarının (2022) 33 çalışmayı içeren meta-analizinde, çeşitli psikiyatrik bozukluklara sahip hastaları karşılık gelen AYDP'nin referans gruplarıyla karşılaştırıldığı çalışmada genel olarak tüm alt hastalık gruplarında hastalar yüksek seviyelerde düşük kayıt, duyusal hassasiyet ve duyusal kaçınma göstermiştir. Çalışmada bu sonuç duyusal sorunların herhangi bir psikopatolojiye atfedilemeyeceği, psikiyatrik bozukluğu olan birçok kişinin duyusal işlemede zorluklar yaşayabildiğini, duyusal işleme zorluklarının çoklu psikiyatrik durumlarla ilişkili transdiagnostik bir fenotip olduğu şeklinde yorumlanmıştır (104). Çalışmamızda komorbid tanıları dışlamış olsak da eşik altı semptomların varlığı sonuçlarımızdaki çeşitliliği açıklıyor olabilir.

Ben-Avi ve arkadaşlarının (2012) yaptığı bir çalışmada hassasiyeti olan bireylerin daha yüksek düzeyde sosyal içe dönüklük, utangaçlık ve sosyal rahatsızlık özellikleri ile karakterize olduğu gösterilmiştir (105). Bizim çalışmamızda da bu literatürle benzer şekilde duyuşal hassasiyet alt alanı ile sosyal sorunlar arasında anlamlı fark bulunmuş ancak sosyal içe dönüklük arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır. Bu durum çalışmanın yetişkin yaş grubunda yapılmış olması ve örneklem büyüklüğünün bizim çalışmamıza göre görece daha fazla olmasıyla açıklanabilir.

Genel popülasyonda otistik özellikler ile DH'in ilişkisini araştırıldığı bir erişkin çalışmasında otistik özellik sayısı ile duyuşal işleme sorunları arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır (106). Bizim çalışmamızda CBCL'in otistik özellikler alt ölçeği ile AYDP duyuşal hassasiyet alt ölçeği arasında negatif yönlü ve çok zayıf korelasyon bulunmuştur.

Çalışmamızda AYDP alt ölçekleri ile GAS skorları ve belirti süresi aralarında istatistiksel anlamlı korelasyon bulunamamıştır.

7.1. Kısıtlılıklar

Çalışmamızın önemli kısıtlılıklarından biri klinik değerlendirmelerin kesitsel olması ve küçük bir örneklemde yapılmış olmasıdır.

Diğer bir kısıtlılık olgularda duyuşal işleme sorunlarının öz bildirim anketleriyle değerlendirilmesidir. Bulgularımızın daha objektif ölçüm araçlarıyla tekrar edilmesi daha anlamlı sonuçlar sağlayacaktır.

Anksiyete bozukluklarının alt klinik görünümünün semptom kümeleri açısından çeşitlilik göstermesi ve diğer psikiyatrik hastalıklarla sık komorbiditesi çalışmayı zorlaştırabilmektedir. Bu yüzden tek bir anksiyete bozukluğu üzerinden yapılabilecek değerlendirmelerin duyuşal hassasiyet açısından daha anlamlı sonuçlar ortaya çıkarabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda otistik özellikleri ayrıntılı değerlendirecek bir ölçek kullanmamamız çalışmamızın diğer bir kısıtlılığı olabilir. OSB ile duyuşal sorunların sık birlikteliği göz önüne alındığında gelecek çalışmalarda hastaların otistik özellikler açısından ayrıntılı bir tarama ölçeği ile değerlendirilmesi önerilebilir.

8. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda Ankara Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde DSM-5 tanı ölçütlerine göre ilk defa anksiyete bozukluğu tanısı alan 11-18 yaş arası çocuk ve ergenler ile yaş ve cinsiyet açısından benzer özelliklere sahip, herhangi bir psikiyatrik tanısı olmayan sağlıklı ergenler; sosyodemografik özellikler, anksiyete bozukluğu şiddeti ve tipi, duyu profilleri ve duyuusal hassasiyet açısından değerlendirilip birbirleriyle karşılaştırılmıştır.

Vaka ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet, anne ve baba yaş ortalaması, birliktelik durumu açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Anne ve baba eğitim düzeyi incelendiğinde vaka grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Annede psikiyatrik hastalık varlığı açısından vaka grubu kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur.

Çalışmamızda anksiyete şiddetini belirleyen ÇATÖ çocuk ve ebeveyn değerlendirme ölçekleri; tüm alt ölçek puanları (okul fobisi, YAB, panik somatik, AAB, SF, toplam puan) açısından kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur.

Çalışmaya katılan çocukların CBCL 6-18 alt ölçekleri değerlendirildiğinde; anksiyete grubu tüm alt alanlarda (anksiyete/depresyon, sosyal içe dönüklük, somatik yakınmalar, sosyal sorunlar, düşünce sorunları, dikkat sorunları, karşı gelme davranışı, saldırgan davranışlar, içe yönelim sorunları, dışa yönelim sorunları) istatistiksel olarak anlamlı daha yüksek olduğu bulunmuştur.

AYDP verileri incelendiğinde gruplar arasında alt alanların hiçbirinde (düşük kayıt, duyuusal arayış, duyuusal hassasiyet, duyuusal kaçınma) anlamlı fark bulunamamıştır. Bununla beraber vaka grubundaki katılımcıların hastalıklarının alt tiplerine ve kombinasyonlarına göre AYDP verileri incelendiğinde yine gruplar arasında hiçbir alt ölçek açısından anlamlı farklılık bulunamamıştır.

Çalışmamızda AYDP alt ölçekleri ile GAS skorları ve belirti süresi aralarında istatistiksel anlamlı korelasyon bulunamamıştır.

Sonuç olarak duyuusal hassasiyet; normal popülasyonda da oldukça sık görülen ve önemli çocukluk çağı psikiyatrik bozuklukları ile birliktelik gösterebilen, henüz psikiyatrik

bozukluklarla ilişkisi tam olarak aydınlatılamamış bir klinik durumdur. DH ve bunun mevcut psikiyatrik teşhislerle ilişkisine odaklanan gelecekteki çalışmalar, muhtemelen bu yapı hakkındaki genel anlayışımıza katkıda bulunacak ve DH semptomlarıyla mücadele eden çocuklar için yeni tedavi modalitelerinin gelişmesine olanak sağlayacaktır.



9. KAYNAKLAR

1. Bennett K, Manassis K, Duda S, Bagnell A, Bernstein GA, Garland EJ, et al. Preventing Child and Adolescent Anxiety Disorders: Overview of Systematic Reviews. *Depression and Anxiety* 2015;32(12):909-18.
2. Costello EJ, Egger HL, Angold A. The developmental epidemiology of anxiety disorders: Phenomenology, prevalence, and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2005.
3. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the national comorbidity survey replication-adolescent supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010.
4. Katzman MA, Bleau P, Blier P, Chokka P, Kjernisted K, Van Ameringen M, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014.
5. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety disorders during childhood and adolescence: Origins and treatment. *Annual Review of Clinical Psychology* 2009;5:311-41.
6. Eley, T. C., & Stevenson, J. Exploring the covariation between anxiety and depression symptoms: A genetic analysis of the effects of age and sex. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 1999;40(8), 1273-1282.
7. Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ, Nichols KE, Ghera MM. Behavioral inhibition: linking biology and behavior within a developmental framework. *Annu Rev Psychol* 2005 ve 56:235-62.
8. Miller LJ, Anzalone ME, Lane SJ, Cermak SA, Osten ET. Concept evolution in sensory integration: a proposed nosology for diagnosis. *Am J Occup Ther*. 2007 Mar-Apr;61(2):135-40.
9. Rose, F. (2008). *Sensory Processing Disorders*. Early Intervention Training Institute, 1-4.

10. Carter AS, Ben-Sasson A, Briggs-Gowan MJ. Sensory over-responsivity, psychopathology, and family impairment in school-aged children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(12):1210-9.
11. Ben-Sasson A, Carter AS, Briggs-Gowan MJ. The development of sensory over-responsivity from infancy to elementary school. *J Abnorm Child Psychol*. 2010;38(8):1193-202.
12. Alkın T, Onur E (2007) Anksiyete kavramı ve anksiyete bozukluklarına genel bakış: Psikiyatri Temel Kitabı içinde, Köroğlu E, Güleç C, Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın, Ankara, s:296-303.
13. Berksun, O. E. (2003). Anksiyete ve Anksiyete Bozuklukları. Turgut Yayıncılık.
14. Silverman, W. K., & Weems, C. F. (1998). Anxiety sensitivity in children. In S. Taylor (Ed.), *Anxiety Sensitivity: Theory, Research, and Treatment of the Fear of Anxiety* içinde (239-269). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III)*. Washington DC: APA Press, 1980.
16. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed, text rev, Washington DC, 1980.
17. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed, Washington DC, 2000.
18. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. DSM-5, 2013.
19. Binbay T, Direk N, Aker T, Akvardar Y, Alptekin K, Cimilli C, et al. Türkiye’de psikiyatrik epidemiyoloji: Yakın zamanlı araştırmalarda temel bulgular ve gelecek için öneriler. = *Psychiatric epidemiology in Turkey: Main advances in recent studies and future directions*. *Türk Psikiyatri Derg*. 2014.
20. Görker I, Korkmazlar Ü, Durukan M, Aydoğdu A. Çocuk ve ergen psikiyatri kliniğine başvuran ergenlerde belirti ve tanı dağılımı. *Klinik Psikiyatri* 2004;7:103-10.

21. Mutluer T, Gorker I, Akdemir D, Ozdemir DF, Ozel OO, Vural P, et al. Prevalence, comorbidities and mediators of childhood anxiety disorders in urban Turkey: a national representative epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2022;1-11.
22. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th text r. Washington DC: American Psychiatric Press; 2013.
23. Beesdo-Baum K, Knappe S. Developmental epidemiology of anxiety disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2012;21(3):457-478.
24. Mohapatra S, Agarwal V, Sitholey P. Pediatric anxiety disorders. *Asian J Psychiatr* 2013;6(5):356-363.
25. Broeren S, Muris P (2009) The Relation Between Cognitive Development and Anxiety Phenomena in Children. *J Child Fam Stud* 18:702-709.
26. Vasey MW, Daleiden EL (1994) Worry in children: Worrying: Perspectives on Theory , Assessment and treatment içinde, GCL Davey, F Tallis (eds) Wiley, Oxford , s:185-207.
27. Merikangas KR, He JP, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime Prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2011;49(10):980-9.
28. Wittchen HU, Nocon A, Beesdo K, Pine DS, Hofler M, Lieb R, et al. Agoraphobia and panic: prospective-longitudinal relations suggest a rethinking of diagnostic concepts. *Psychother Psychosom* 2008;77:147-57.
29. Craske MG. *Origins of phobias and anxiety disorders: why more women than men?* Elsevier; 2003. 4 p.
30. Rapee R. Anxiety disorders in children and adolescents: nature, development, treatment and prevention. In: Rey J, editor. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*. Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions; 2012.
31. Pine DS, Cohen P, Gurley D, Brook J, Ma Y. The risk for early-adulthood anxiety and depressive disorders in adolescents with anxiety and depressive disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1998.

32. Racine N, McArthur BA, Cooke JE, EirichR, Zhu J, Madigan S. Global prevalence of depressiveandanxiety symptoms in childrenandadolescentsduring COVID-19: a meta-analysis, *JAMA Pediatr*,2021, 175(11):1142-1150.
33. SamjiH, Wu J, Ladak A, Vossen C, Stewart E, Dove N, ... SnellG. Mentalhealthimpacts of the COVID-19 pandemic on childrenand youth—a systematicreview, *Child. Adolesc.Ment.Health*, 2022, 27(2):173-189.
34. Joseph Biederman, M.D. ,, Stephen V. Faraone, Ph.D. ,, Dina R. Hirshfeld-Becker, Ph.D. ,, Deborah Friedman, B.A. ,, Joanna A. Robin, B.A. , and, Jerrold F. Rosenbaum, M.D. Patterns of Psychopathology and Dysfunction in High-Risk Children of Parents With Panic Disorder and Major Depression. *American Journal of Psychiatry*. 2001;158(1):49-57.
35. De Bellis MD, Casey BJ, Dahl RE, Birmaher B, Williamson DE, Thomas KM, et al. A pilot study of amygdala volumes in pediatric generalized anxiety disorder. *Biol Psychiatry*. 2000.
36. Amaral DG, Schumann CM, Nordahl CW. Neuroanatomy of autism. *Trends in Neurosciences*. 2008;31(3):137-45.
37. Juranek J, Filipek PA, Berenji GR, Modahl C, Osann K, Spence MA. Association between amygdala volume and anxiety level: magnetic resonance imaging (MRI) study in autistic children. *J Child Neurol*. 2006;21(12):1051-8.
38. Berridge CW, Schmeichel BE, España RA. Noradrenergic modulation of wakefulness/arousal. *Sleep Medicine Reviews*. 2012.
39. Graeff FG, Zangrossi H. The dual role of serotonin in defense and the mode of action of antidepressants on generalized anxiety and panic disorders. *Cent Nerv Syst Agents Med Chem*. 2010.
40. Fox NA, Henderson HA, Marshall PJ, Nichols KE, Ghera MM. Behavioral Inhibition: Linking Biology and Behavior within a Developmental Framework. *Annu Rev Psychol*. 2005.
41. Rapee RM, Schniering CA, Hudson JL. Anxiety Disorders During Childhood and Adolescence: Origins and Treatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2009.

42. Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H., & Meesters, C. The role of parental fearfulness and modeling in children's fear. *Behaviour research and therapy*, 1996; 34(3), 265-268.
43. Weems, C. F., & Stickle, T. R. Anxiety disorders in childhood: Casting a nomological net. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 2005; 8(2), 107.
44. Lavalley KL, Schneider S, Separation Anxiety Disorder. In: Compton NC, Villabo MA, Kristensen H, *Pediatric Anxiety Disorders*. Ed. Oxford, Academic Press, 2019:151-176.
45. Hua A, Major N. Selective mutism. *Current Opinion in Pediatrics* 2016;28(1):114-20.
46. Viana AG, Beidel DC, Rabian B. Selective mutism: a re-view and integration of the last 15 years. *Clin Psychol Rev*. 2009;29:57-67.
47. Köroğlu E, Association AP, Force APAD- T. *Dsm-5 Ruh- sal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı: Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık*; 2013.
48. Crozier M, Gillihan SJ, Powers MB. Issues in Differential Diagnosis: Phobias and Phobic Conditions. *Handbook of Child and Adolescent Anxiety Disorders* 2011. p. 7-22.
49. Erdal Işık YIT. Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozuklukları. Erdal Işık YIT, editor. *Çocuk, Ergen ve Erişkinlerde Anksiyete Bozuklukları*. İstanbul: Golden Print; 2006. p.367-491.
50. Burklund LJ, Craske MG, Taylor SE, Lieberman MD. Altered emotion regulation capacity in social phobia as a function of comorbidity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* 2015;10(2):199-208.
51. Russo MF, Beidel DC. Comorbidity of childhood anxiety and externalizing disorders: Prevalence, associated characteristics, and validation issues. *Clin Psychol Rev*, 1994;14(3):199-221.
52. de la Barra F, Vicente B, Saldivia S et al. Separation anxiety, social phobia and generalized anxiety disorders in the Chilean epidemiological study of children and adolescents. *J Child & Adolescent Behavior*. -20 2014;2(133):2.
53. Kristensen H. Selective mutism and comorbidity with developmental disorder/delay, anxiety disorder, and elimination disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39(2):249-56.

54. Lopes VM, Albano AM (2013) Pediatric social phobia. Vasa RA, Roy AK (Eds.) *Pediatric Anxiety Disorders: A Clinical Guide*, Springer, NY.
55. Burstein M, Beesdo-Baum K, He JP, Merikangas KR. Threshold and subthreshold generalized anxiety disorder among US adolescents: prevalence, sociodemographic, and clinical characteristics. *Psychol Med*. 2014;44(11):2351-62.
56. Leyfer O, Gallo KP, Cooper-Vince C et al. (2013) Patterns and predictors of comorbidity of DSM-IV anxiety disorders in a clinical sample of children and adolescents. *J Anxiety Disord* 27:306-311.
57. Foley DL, Goldston DB, Costello EJ, Angold A. Proximal Psychiatric Risk Factors for Suicidality in Youth: The Great Smoky Mountains Study. *Archives of General Psychiatry*. 2006;63(9):1017-24.
58. Husky MM, Olfson M, He JP, Nock MK, Swanson SA, Merikangas KR. Twelve-month suicidal symptoms and use of services among adolescents: results from the National Comorbidity Survey. *Psychiatr Serv*. 2012;63(10):989-96.
59. Wehry AM, McNamara RK, Adler CM, Eliassen JC, Croarkin P, Cerullo MA, et al. Neurostructural impact of co-occurring anxiety in pediatric patients with major depressive disorder: A voxel-based morphometry study. *Journal of Affective Disorders*. 2015;171:54-9.
60. Kodish I, Rockhill C, Varley C. Pharmacotherapy for anxiety disorders in children and adolescents, *Dialogues Clin. Neurosci.*, 2022.
61. Mohatt JW, Keller AE, Walkup JT. Psychopharmacology of pediatric anxiety disorders. In: Vasa RA, Roy AK, eds. *Pediatric Anxiety Disorders. A Clinical Guide*. New York: Humana Press; 2013. p.289-314.
62. Ayres AJ, Robbins J. *Sensory integration and the child: Understanding hidden sensory challenges*: Western Psychological Services; 2005.
63. Driver J, Noesselt T. Multisensory Interplay Reveals Crossmodal Influences On “Sensory-Specific” Brain Regions, Neural Responses, and judgments. *Neuron*. 2008;57(1):11–23.

64. Ayres AJ. Reading: A product of sensoryintegrativeprocesses. *Perceptionandreading*.1968:77-82.
65. Pollock, N. (2009). Sensory integration: A review of the current state of the evidence. *Occupational Therapy Now*, 11 (5), 6-10.
66. Dunn W. Sensory profile: User'smanual: Psychological Corporation San Antonio, TX;1999.
67. Three Zt. DC: 0-5 :Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood 2016.
68. Rogers C, Luby J. Sensory over-responsivity: a diagnosis whose time has come? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(12):1205-7.
69. Ben-Sasson A, Gal E, Fluss R, Katz-Zetler N, Cermak SA. Update of a Meta-analysis of Sensory Symptoms in ASD: A New Decade of Research. *J Autism Dev Disord*. 2019;49(12):4974-96.
70. Ben-Sasson A, Carter AS, Briggs-Gowan MJ. Sensory over-responsivity in elementary school: prevalence and social-emotional correlates. *J Abnorm Child Psychol*. 2009;37(5):705-16.
71. Van Hulle C, Lemery-Chalfant K, Goldsmith HH. Trajectories of Sensory Over-Responsivity from Early to Middle Childhood: Birth and Temperament Risk Factors. *PLoS One*. 2015;10(6):e0129968.
72. Carpenter KLH, Baranek GT, Copeland WE, Compton S, Zucker N, Dawson G, et al. Sensory Over-Responsivity: An Early Risk Factor for Anxiety and Behavioral Challenges in Young Children. *J Abnorm Child Psychol*. 2019;47(6):1075-88.
73. Marco EJ, Hinkley LBN, Hill SS, Nagarajan SS. Sensory Processing In Autism: A Review of Neurophysiologic Findings. *Pediatr Res*. 2011;69(5 Pt 2). doi:10.1203/PDR.0B013E3182130C54.
74. Cermak SA, Curtin C, Bandini LG. Food selectivity and sensory sensitivity in children with autism spectrum disorders. *J Am Diet Assoc*. 2010;110(2):238-46.

75. Tzischinsky O, Meiri G, Manelis L, Bar-Sinai A, Flusser H, Michaelovski A, et al. Sleep disturbances are associated with specific sensory sensitivities in children with autism. *Mol Autism*. 2018;9:22.
76. Mangeot SD, Miller LJ, McIntosh DN, McGrath-Clarke J, Simon J, Hagerman RJ, et al. Sensory modulation dysfunction in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Dev Med Child Neurol*. 2001;43(6):399-406.
77. Miller LJ, Nielsen DM, Schoen SA. Attention deficit hyperactivity disorder and sensory modulation disorder: A comparison of behavior and physiology. *Research in developmental disabilities*. 2012;33(3):804-18.
78. Sadock BJ. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry: Wolters Kluwer Philadelphia, PA; 2015.
79. Lane SJ, Reynolds S. Sensory Over-Responsivity as an Added Dimension in ADHD. *Front Integr Neurosci*. 2019;13:40.
80. Rieke EF, Anderson D. Adolescent/Adult Sensory Profile and obsessive-compulsive disorder. *The American Journal of Occupational Therapy*. 2009;63(2):138-45.
81. Lewin A, Wu M, Murphy T, Storch E. Sensory Over-Responsivity in Pediatric Obsessive Compulsive Disorder. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2014;37.
82. McLaughlin KA, Hatzenbuehler ML, Mennin DS, Nolen-Hoeksema S. Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: a prospective study. *Behav Res Ther*. 2011;49(9):544-54.
83. Beauchaine TP. Future Directions in Emotion Dysregulation and Youth Psychopathology. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2015;44(5):875-96.
84. Van Hulle CA, Esbensen K, Goldsmith HH. Co-occurrence of Sensory Overresponsivity with Obsessive-Compulsive Symptoms in Childhood and Early Adolescence. *J Dev Behav Pediatr*. 2019;40(5):377-82.
85. Pfeiffer B, Kinnealey M, Reed C, Herzberg G. Sensory modulation and affective disorders in children and adolescents with Asperger's disorder. *Am J Occup Ther*. 2005;59(3):335-45.

86. Mobini S, Grant A. Clinical implications of attentional bias in anxiety disorders: An integrative literature review. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*. 2007;44(4):450.
87. Chronis-Tuscano A, Danko CM, Rubin KH, Coplan RJ, Novick DR. Future Directions for Research on Early Intervention for Young Children at Risk for Social Anxiety. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2018;47(4):655-67.
88. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, et al. Schedule for affective disorders and schizophrenia for school-age children-present and lifetime version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 1997;36(7):980-8.
89. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Reliability and Validity of Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children-Present and Lifetime Version-Turkish Version (K-SADS-PL-T). *Turkish Journal of Child and Adolescent Mental Health*. 2004;11(3):109-16.
90. Karaceylan-Çakmakçı F (2004) Çocuklarda anksiyete bozukluklarını tarama ölçeği geçerlik ve güvenirlik çalışması. Yayınlanmamış tıpta uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Kocaeli.
91. Üçgül MŞ, Karahan S, Öksüz Ç. Reliability and validity study of Turkish version of Adolescent/Adult Sensory Profile. *British journal of occupational therapy*. 2017;80(8):510-6.
92. Erol, N., Arslan, B.L., Akçakın, M. (1995)" 'The Adaptation and Standardization of the Child Behavior Checklist among 6-18 Year- Old Turkish Children". In J Sergeant (ed.), *Eunethydis: European Approaches to Hyperkinetic Disorder*. 97- 113.
93. Köhler O, Horsdal HT, Baandrup L, Mors O, Gasse C. Association between Global Assessment of Functioning scores and indicators of functioning, severity, and prognosis in first-time schizophrenia. *Clinical Epidemiology*. 2016;8:323-332.
94. Beesdo K, Knappe S, Pine DS. Anxiety and Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Developmental Issues and Implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*. 2009.

95. NOYAN H, SERTEL-BERK Ö. ERGENLERDE SOSYAL FOBİ, İÇE VE DIŞA DÖNÜK KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE OKUL BAŞARI DURUMU. Psikoloji Çalışmaları. 2007;27:31-50.
96. Memik N, Yıldız Ö, Tural U, Ağaoğlu B. Sosyal Fobinin Yaygınlığı: Bir Gözden Geçirme. Nöro Psikiyatri Arşivi. 2011;48:1-.
97. Egger HL, Angold A. Common emotional and behavioral disorders in preschool children: presentation, nosology, and epidemiology. J Child Psychol Psychiatry. 2006;47(3-4):313-37.
98. Ollendick TH, Cowart MJW, Milliner EL (2013) Specific phobias. Pediatric Anxiety Disorders: A Clinical Guide içinde, Vasa AR ve Roy AK (ed), Springer, New York (NY), s:113-129.
99. Gümüş Y, Memik N, Ağaoğlu B. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Anksiyete Bozukluğu Eşhastalanımı. Nöro Psikiyatri Arşivi. 2014.
100. Özen EM, Serhadlı ZNA, Türkcan AS, Ülker GE. Depresyon ve anksiyete bozukluklarında somatizasyon. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi. 2010;23(1):60-5.
101. Balázs J, Miklósi M, Keresztény A, Hoven CW, Carli V, Wasserman C, et al. Comorbidity of Physical and Anxiety Symptoms in Adolescent: Functional Impairment, Self-Rated Health and Subjective Well-Being. Int J Environ Res Public Health. 2018;15(8).
102. Engel-Yeger B, Dunn W. The Relationship between Sensory Processing Difficulties and Anxiety Level of Healthy Adults. British Journal of Occupational Therapy. 2011;74(5):210-6.
103. Dunn W. Supporting Children to Participate Successfully in Everyday Life by Using Sensory Processing Knowledge. Infants & Young Children. 2007;20(2):84-101.
104. van den Boogert F, Klein K, Spaan P, Sizoo B, Bouman YHA, Hoogendijk WJG, et al. Sensory processing difficulties in psychiatric disorders: A meta-analysis. Journal of Psychiatric Research. 2022;151:173-80.

105. Ben-Avi N, Almagor M, Engel-Yeger B. Sensory Processing Difficulties and Interpersonal Relationships in Adults: An Exploratory Study. *Psychology*. 2012;03.
106. Robertson AE, Simmons DR. The relationship between sensory sensitivity and autistic traits in the general population. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(4):775-84.



10. EKLER

Ek 1: Aydınlatılmış Onam Formu (Hasta Grubu İçin)

Araştırmanın Adı: Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Duyusal Hassasiyetin Değerlendirilmesi

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Merve Çıkkılı UYTUN

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayın Katılımcı;

Bu aydınlatılmış formu sizlerin bu araştırmaya katılıp katılmama kararını verebilmeniz amacıyla size bilgi vermek üzere hazırlanmıştır. Aynı zamanda araştırma grubumuzun bir üyesi de size sözel olarak bilgi verecektir. Bu çalışmaya katılmış ya da katılmamış olmak eğer varsa herhangi bir yerde devam etmekte olan tedaviniz veya takiplerinizi konusunda hiçbir olumsuz etki yaratmayacaktır.

Bu çalışmanın amacı “Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Duyusal Hassasiyetin Değerlendirilmesi”nin araştırılmasıdır. Bu amaçla bu gönüllü olarak katılmanızı teklif ediyoruz. Bu çalışmaya sizin gibi polikliniğimize başvuran 11-18 yaş arası yaklaşık 40 kişinin dahil edilmesi planlanmaktadır.

Onay vermeniz durumunda araştırmayı sürdüren hekim tarafından yaklaşık 1 saat sürecek bir psikiyatrik görüşme yapılacak ve sonrasında sizden ve ebeveynlerinizden Anksiyete Bozukluğu ve ilişkili şikayetlerle ilgili bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir.

Sosyodemografik bilgileriniz, ruhsal muayene, ölçek ve test bulgularınız kaydedilecektir. Bu uygulamalar sırasında sizin için herhangi bir rahatsızlık ya da risk beklenmemektedir. Sizinle ilgili alınan bilgiler yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, isimleriniz gizli tutulacak ve mahremiyetinize azami titizlik gösterilecektir. Çocuğunuzun Anksiyete Bozukluğu için uygun tedavi süreci başlatılacak, çalışmanın tedavi sürecine herhangi bir etkisi olmayacaktır. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra da istediğiniz herhangi bir anda mazeret göstermeksizin çalışmadan çıkabilme hakkınız bulunmaktadır. Araştırmacı da sizin araştırmaya uyum sağlayamamanız veya benzeri nedenlerle sizi araştırma dışı bırakılabilir. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir.

Eğer çalışma ile ilgili daha detaylı bilgi almak isterseniz veya çalışma süresince aklınıza takılan bir soru olursa araştırmacı Dr. Buse Bilgiç’e danışabilirsiniz.

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Ben-_____ Bu sayfayı imzalamakla gönüllü olarak kendimin “Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Duyusal Hassasiyetin Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul etmiş olacağım konusunda bilgilendirildim. Yukarıdaki bilgileri okudum. Aynı zamanda bana sözlü açıklama da yapıldı. Bu koşullar altında, kendi rızam ile bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Çalışmaya katılmam konusunda bana bir etkide bulunulmadı veya buna zorlanmadım. Bana ait tıbbi kayıtların sağlık otoritelerince incelenebileceğini anladım ve bu kişilere izin veriyorum.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

Katılımcı

Adı- Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının;

Adı- Soyadı:

Tarih:

İmza:

Katılımcı Ebeveyn/Yasal Vasi

Adı- Soyadı:

Tarih:

İmza:

Ek 2: Aydınlatılmış Onam Formu (Kontrol Grubu İçin)

Araştırmanın Adı: Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Duyusal Hassasiyetin Değerlendirilmesi

Sorumlu Araştırmacı: Doç. Dr. Merve Çıkılı UYTUN

Araştırmanın Yürütüleceği Yer: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sayın Katılımcı;

Bu aydınlatılmış formu sizlerin bu araştırmaya katılıp katılmama kararını verebilmeniz amacıyla size bilgi vermek üzere hazırlanmıştır. Aynı zamanda araştırma grubumuzun bir üyesi de size sözel olarak bilgi verecektir. Bu çalışmaya katılmış ya da katılmamış olmak eğer varsa herhangi bir yerde devam etmekte olan tedaviniz veya takiplerinizi konusunda hiçbir olumsuz etki yaratmayacaktır.

Bu çalışmanın amacı “Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Duyusal Hassasiyetin Değerlendirilmesi”nin araştırılmasıdır. Bu amaçla çalışmaya gönüllü olarak katılmanızı teklif ediyoruz. Bu çalışmaya sizin gibi polikliniğimize başvuran 11-18 yaş arası ruhsal hastalığı olmayan yaklaşık 40 kişinin dahil edilmesi planlanmaktadır.

Onay vermeniz durumunda araştırmayı sürdüren hekim tarafından yaklaşık 1 saat sürecek bir psikiyatrik görüşme yapılacak ve sonrasında sizden ve ebeveynlerinizden Anksiyete Bozukluğu ve ilişkili şikayetlerle ilgili bazı formları doldurmanız istenecektir. Bu formlarla ilgili ayrıntılı bilgi araştırmacılar tarafından verilecektir.

Sosyodemografik bilgileriniz, ruhsal muayene, ölçek ve test bulgularınız kaydedilecektir. Bu uygulamalar sırasında sizin için herhangi bir rahatsızlık ya da risk beklenmemektedir. Sizinle ilgili alınan bilgiler yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak, isimleriniz gizli tutulacak ve mahremiyetinize azami titizlik gösterilecektir. Parasal bir bedel ödemenizi gerektirmeyen ve size de bir ödeme yapılması söz konusu olmayan bu çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra da istediğiniz herhangi bir anda mazeret göstermeksizin çalışmadan çıkabilme hakkınız bulunmaktadır. Araştırmacı da sizin araştırmaya uyum sağlayamamanız veya benzeri nedenlerle sizi araştırma dışı bırakılabilir.

Eğer çalışma ile ilgili daha detaylı bilgi almak isterseniz veya çalışma süresince aklınıza takılan bir soru olursa araştırmacı Dr. Buse Bilgiç’e danışabilirsiniz.

Araştırmamıza katılmayı kabul ediyorsanız, lütfen aşağıdaki bölüme adınızı-soyadınızı yazıp tarih ve imza atınız. Teşekkür ederiz.

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Ben-_____Bu sayfayı imzalamakla gönüllü olarak kendimin “Anksiyete Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Duyusal Hassasiyetin Değerlendirilmesi” başlıklı çalışmaya katılmayı kabul etmiş olacağım konusunda bilgilendirildim. Yukarıdaki bilgileri okudum. Aynı zamanda bana sözlü açıklama da yapıldı. Bu koşullar altında, kendi rızam ile bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Çalışmaya katılmam konusunda bana bir etkide bulunulmadı veya buna zorlanmadım. Bana ait tıbbi kayıtların sağlık otoritelerince incelenebileceğini anladım ve bu kişilere izin veriyorum.

Katılımcı

Adı- Soyadı:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının;

Adı- Soyadı:

Tarih:

İmza:

Katılımcı Ebeveyn/Yasal Vasi

Adı- Soyadı:

Tarih:

İmza:

Ek 3: Sosyodemografik Bilgi Formu

ADI SOYADI :

PROTOKOL:

CİNSİYETİ:

DOĞUM TARİHİ / YAŞI:

ADRES:

TELEFON NO:

OKULU VE SINIFI:

OKUL ÖNCESİ EĞİTİM ÖYKÜSÜ: 1)Gitmedi 2)Kreş (..... ay) 3)Anasınıfı (..... ay)

Çocuğunuzun bilinen herhangi bir tıbbi hastalığı var mı?

1)Yok 2)Var(Ne olduğunu belirtiniz:)

Çocuğunuzun bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalığı var mı?

1)Yok 2)Var(Ne olduğunu belirtiniz:)

Çocuğunuzun düzenli kullandığı bir ilaç var mı?

1)Yok 2)Var(Ne olduğunu belirtiniz:)

Çocuğunuzun görme veya işitme sorunu var mı?

1)Yok 2)Var(Ne olduğunu belirtiniz:)

Çocuğunuzun semptomlarının başlama zamanı:

Kaygı süresi:

AİLE YAPISI:

ANNE:

Adı:

Yaşı:

Mesleği:

1)Çalışmıyor 2)İşçi 3)Memur 4)Esnaf 5)Serbest Meslek 6)Emekli 7)Diğer(.....)

Eğitim Düzeyi:

1)Okuryazar Değil 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite 6)Yüksek Lisans/Doktora

Tıbbi Hastalık: 1)Yok 2)Var(Belirtiniz:)

Psikiyatrik Hastalık: 1)Yok 2)Var(Belirtiniz:)

Düzenli Kullandığı İlaç: 1)Yok 2)Var(Belirtiniz:)

BABA:

Adı:

Yaşı:

Mesleği:

1)Çalışmıyor 2)İşçi 3)Memur 4)Esnaf 5)Serbest Meslek 6)Emekli 7)Diğer(.....)

Eğitim Düzeyi:

1)Okuryazar Değil 2)İlkokul 3)Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite 6)Yüksek Lisans/Doktora

Tıbbi Hastalık: 1)Yok 2)Var(Belirtiniz:)

Psikiyatrik Hastalık: 1)Yok 2)Var(Belirtiniz:)

Düzenli Kullandığı İlaç: 1)Yok 2)Var(Belirtiniz:)

Anne-Baba birliktelik:

1)Birlikte 2)Boşanmış anne ile yaşıyor 3) Boşanmış baba ile yaşıyor 4) Boşanmış büyükanne-büyükbaba ile yaşıyor 5)Diğer (Kimlerle yaşıyor belirtiniz:)

Ailenin aylık gelir düzeyi: TL (aylık toplam gelir olarak belirtiniz)

Kardeş sayısı:

Kaçıncı çocuk:

Kardeşlerden herhangi birinde herhangi bir tıbbi hastalık var mı?

1)Yok 2)Var(Hangisinde ve ne olduğunu belirtiniz:)

Kardeşlerden herhangi birinde herhangi bir psikiyatrik hastalık var mı?

1)Yok 2)Var(Hangisinde ve ne olduğunu belirtiniz:)

Kardeşlerden herhangi birinin düzenli kullandığı bir ilaç var mı?

1)Yok 2)Var(Hangisinde ve ne olduğunu belirtiniz:)

Geniş ailenizde bilinen herhangi bir tıbbi hastalık var mı?

1)Yok 2)Var (Kimde ve ne olduğunu belirtiniz:)

Geniş ailenizde bilinen herhangi bir psikiyatrik hastalık var mı?

1)Yok 2)Var (Kimde ve ne olduğunu belirtiniz:)

Ek 4: Çocuk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (Anne-Baba Form)

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve çocuğunuz için doğru olan seçeneğe (“doğru değil ya da nadiren doğru” ya da “bazen ya da kısmen doğru” ya da “çok doğru ya da çoğu kez doğru” olduğuna) karar verin.

Şu an ya da son 3 ayı göz önüne alarak sana en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu karalayın. Bazı ifadeler çocuğunuzu ilgilendirmese de, mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt verin.

	0 Doğru değil ya da nadiren doğru	1 Bazen ya da kısmen doğru	2 Çok doğru ya da çoğu kez
1. Çocuğum korktuğu zaman nefes almakta zorlanır.			
2. Çocuğumun okulda başı ağrır.			
3. Çocuğum fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmaz.			
4. Çocuğum ev dışında bir yerde uyuduğunda korkar.			
5. Çocuğum diğer insanların kendisini sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyar.			
6. Çocuğum korktuğumda bayılacak gibi hisseder.			
7. Çocuğum gergindir (huzursuzdur).			
8. Çocuğum nereye gitsem (sanki gölgem gibi) beni izler.			
9. İnsanlar çocuğuma gergin (huzursuz) göründüğünü söyler.			
10. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikteyken kendini gergin (huzursuz) hisseder.			
11. Çocuğumun okulda karnı ağrır.			
12. Çocuğum korktuğumda delirecekmiş gibi hisseder.			
13. Çocuğum yalnız uyumaktan korkar.			
14. Çocuğum diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığı konusunda endişelenir (kaygılanır).			
15. Çocuğum korktuğumda çevresindekileri gerçek değilmiş gibi hisseder.			
16. Çocuğum anne ve babasına kötü şeylerin olduğu kabuslar görür.			

17. Çocuğum okula gitmek konusunda endişelenir (kaygılanır).			
18. Çocuğum Korktuğunda kalbi hızlı çarpar.			
19. Çocuğumda titremeler olur.			
20. Çocuğum kendisine kötü şeylerin olduğu kabuslar görür.			
21. Çocuğum işlerin kendisi için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyar.			
22. Çocuğum korktuğumda çok terler.			
23. Çocuğum endişeli (kaygılı) biridir.			
24. Çocuğumun hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkuları olur.			
25. Çocuğum evde yalnız kalmaktan korkar.			
26. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla konuşmakta zorlanır.			
27. Çocuğum korktuğu zaman boğulacakmış gibi hisseder.			
28. İnsanlar çocuğuma çok fazla endişelendiğini (kaygılandığını) söyler.			
29. Çocuğum ailesinden uzakta olmaktan hoşlanmaz.			
30. Çocuğum sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğinden korkar.			
31. Çocuğum anne ve babasının başına kötü bir şeyler gelmesinden korkar.			
32. Çocuğum fazla tanımadığı insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olur.			
33. Çocuğum gelecekte neler olacağı konusunda endişelenir (kaygılanır).			
34. Çocuğum korktuğumda kusacakmış gibi hisseder.			
35. Çocuğum işleri ne kadar iyi yaptığı konusunda endişelenir (kaygılanır).			
36. Çocuğum okula gitmekten korkar.			
37. Çocuğum olmuş bitmiş şeyler için endişelenir (kaygılanır).			
38. Çocuğum korktuğumda başı döner.			
39. Çocuğum diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar kendini izlerken bir şeyler yapması gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olur.			
40. Çocuğum bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığı insanların olacağı herhangi bir yere gideceği zaman gergin (huzursuz) olur.			
41. Çocuğum çekingen (utangaç) biridir.			

Ek 5: Çocuk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (Çocuk Form)

Aşağıda insanların kendini nasıl hissettiklerini tanımlayan ifadeler bulunmaktadır. Her ifadeyi dikkatlice okuyun ve sizin için doğru olan seçeneğe ("doğru değil ya da nadiren doğru" ya da "bazen ya da kısmen doğru" ya da "çok doğru ya da çoğu kez doğru" olduğuna) karar verin.

Şu an ya da son 3 ayı göz önüne alarak sana en çok uyan seçeneğin altındaki kutuyu karalayın. Bazı ifadeler sizi ilgilendirmese de mümkün olduğunca her ifade için bir yanıt verin.

	0 Doğru değil ya da nadiren doğru	1 Bazen ya da kısmen doğru	2 Çok doğru ya da çoğu kez doğru
1. Korktuğum zaman nefes almakta zorlanırım.			
2. Okulda başım ağrır.			
3. Fazla tanımadığım insanlarla birlikte olmaktan hoşlanmam.			
4. Ev dışında bir yerde uyuduğumda korkarım.			
5. Diğer insanların beni sevip sevmediğinden endişe (kaygı) duyarım.			
6. Korktuğumda bayılacak gibi hissederim.			
7. Gerginim (huzursuzum).			
8. Annem ya da babam nereye gitseler izlerim.			
9. İnsanlar gergin (huzursuz) görüldüğümü söyler.			
10. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken kendimi gergin (huzursuz) hissederim.			
11. Okulda iken karnım ağrır.			
12. Korktuğumda delirecekmiş gibi hissederim.			
13. Yalnız uyumaktan korkarım.			
14. Diğer çocuklar kadar iyi olup olmadığımı beni endişelendirir (kaygılandırır).			
15. Korktuğumda çevremdekileri gerçek değilmiş gibi hissederim.			
16. Anneme ve babama kötü şeylerin olduğu kabuslar görürüm.			

17. Okula gitmek konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
18. Korktuğumda kalbim hızlı çarpar.			
19. Titremelerim olur.			
20. Başıma kötü şeylerin geldiği kabuslar görürüm.			
21. İşlerin benim için yolunda gidip gitmeyeceği konusunda endişe (kaygı) duyarım.			
22. Korktuğumda çok terlerim.			
23. Endişeli (kaygılı) biriyim.			
24. Hiç bir nedeni olmayan (sebepsiz) korkularım var.			
25. Evde yalnız kalmaktan korkarım.			
26. Fazla tanımadığım insanlarla konuşmakta zorlanırım.			
27. Korktuğum zaman boğulacakmış gibi hissederim.			
28. İnsanlar çok fazla endişelendiğimi (kaygılandığımı) söyler.			
29. Ailemden uzakta olmaktan hoşlanmam.			
30. Sıkıntı (ya da panik) atakları geçireceğimden korkarım.			
31. Annemin ve babamın başına kötü bir şeyler gelmesinden korkarım.			
32. Fazla tanımadığım insanlarla birlikteyken çekingen (utangaç) olurum.			
33. Gelecekte neler olacağı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
34. Korktuğumda kusacakmış gibi hissederim.			
35. İşleri ne kadar iyi yaptığımı konusunda endişelenirim (kaygılanırım).			
36. Okula gitmekten korkarım.			
37. Olmuş bitmiş şeyler için endişelenirim (kaygılanırım).			
38. Korktuğumda başım döner.			
39. Diğer çocuklarla veya yetişkinlerle beraberken ve onlar beni izlerken bir şeyler yapmam gerektiğinde (örneğin: sesli okumak, konuşmak, bir oyun oynamak) gergin (huzursuz) olurum.			
40. Bir partiye, eğlenceye (dansa) ya da fazla tanımadığım insanların olacağı herhangi bir yere gideceğim zaman gergin (huzursuz) olurum.			
41. Çekingen (utangaç) biriyim.			

Ek 6: 6-18 Yaş Çocuk ve Gençler İçin Davranış Değerlendirme Ölçeği (CBCL 6-18)



6-18 YAŞ ÇOCUK VE GENÇLER İÇİN DAVRANIŞ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

ÇOCUĞUN ADI, SOYADI		EV ADRESİ ve TEL NO:	ANNE BABANIN İŞİ (Ayrıntılı biçimde yazınız). EĞİTİMİ (Toplam kaç yıl okula gittiğinizi yazınız)
CİNSİYETİ: ☐ ERKEK ☐ KIZ	YAŞI:	BABANIN İŞİ : TEL NO: EĞİTİMİ: YAŞI	ANNENİN İŞİ : TEL NO: EĞİTİMİ: YAŞI
BUGÜNÜN TARİHİ GÜN.....AY.....YIL.....	ÇOCUĞUN DOĞUM TARİHİ GÜN.....AY.....YIL.....	FORMU DOLDURAN: ☐ ANNE ☐ BABA ☐ DİĞER ÇOCUKLA OLAN İLİŞKİSİ	
SINIFI:	Çocuğunuzun davranışlarıyla ilgili bu formu lütfen görüşlerinizi yansıttak biçimde yanıtlayınız. Her bir madde ile ilgili bilgi verebilir ve 2. sayfadaki boşluklara yazabilirsiniz. Lütfen bütün maddeleri işaretlemeye çalışınız. Teşekkür ederiz.		
OKULA DEVAM ETMİYOR ☐			

I. Çocuğunuzun yapmaktan hoşlandığı sporları a, b, c şıklarına yazınız. Örneğin: Yüzme, futbol, basketbol, voleybol, atletizm, tekvando, jimnastik, bisiklete binme, güreş, balık tutma gibi.

	Çocuğunuzun her birine ne kadar zaman ayırır?				Çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?			
	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum
a.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

II. Çocuğunuzun spor dışındaki ilgi alanlarını, uğraş, oyun ve aktivitelerini a, b, c şıklarına yazınız. Örneğin: Bilgisayar, satranç, araba akvaryum, el işi, kitap, müzik aleti çalmak, şarkı söylemek, resim yapmak gibi (Radyo dinlemeyi ya da televizyon izlemeyi katmayınız.)

	Çocuğunuzun her birine ne kadar zaman ayırır?				Çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?			
	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum	Normalden az	Normal	Normalden fazla	Bilmiyorum
a.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

III. Çocuğunuzun üyesi olduğu kuruluş, kulüp ya da takımları a, b, c, şıklarına yazınız. Örneğin: Spor, müzik, izcilik, folklor gibi.

	Çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?			
	Bilmiyorum	Az Aktif	Normal	Çok Aktif
a.	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐

IV. Çocuğunuzun evde ya da dışında yaptığı işleri a, b, c, şıklarına yazınız. Örneğin: Gazete alma, bakkala gitme, pazara gitme, bahçe-tarla işleri, hayvancılık, elektrik-su faturası yatırma, çocuk bakımı, sofru kurma-kaldırma, bir dükkanda çalışma gibi ödeme yapılan ve yapılmayan herşeyi katınız.

	Çocuğunuz her birinde ne kadar başarılıdır?			
	Bilmiyorum	Normalden Az	Normal	Normalden Fazla
a.	☐	☐	☐	☐
b.	☐	☐	☐	☐
c.	☐	☐	☐	☐

V. 1- Çocuğunuzun yaklaşık olarak kaç yakın arkadaşı vardır? (Kardeşlerini katmayınız)

Hiç yok	1	2 ya da 3	4 ya da fazla
☐	☐	☐	☐

2- Çocuğunuzun okul dışı zamanlarda haftada kaç kez arkadaşlarıyla birlikte olur? (Kardeşlerini katmayınız)

1 den az	1 ya da 2	3 ya da daha fazla
☐	☐	☐

VI. Yaşıtlarıyla karşılaştırıldığında çocuğunuzun:

	Kötü	Normal Sayılır	Oldukça İyidir	Kardeşi Yoktur
a. Kardeşleriyle arası nasıldır?	☐	☐	☐	☐
b. Diğer çocuklarla arası nasıldır?	☐	☐	☐	☐
c. Size karşı davranışları nasıldır?	☐	☐	☐	☐
d. Kendi başına oyun oynaması ve iş yapması nasıldır?	☐	☐	☐	☐

VII. 1- Çocuğunuzun okul başarısı nasıldır? Çocuğunuz okula gitmiyorsa lütfen nedenini belirtiniz: _____

	Başarısız	Orta	Başarılı	Çok Başarılı
a. Türkçe / Türk Dili Edebiyatı	☐	☐	☐	☐
b. Hayat Bilgisi / Sosyal Bilgiler	☐	☐	☐	☐
c. Matematik	☐	☐	☐	☐
d. Fen Bilgisi	☐	☐	☐	☐
Diğer derslerde nasıldır? Örneğin: Yabancı dil, bilgisayar. (Beden eğitimi, resim ve müziği katmayınız)				
e. _____	☐	☐	☐	☐
f. _____	☐	☐	☐	☐
g. _____	☐	☐	☐	☐

2- Çocuğunuzun özel alt sınıf ya da bir özel eğitim kurumunda okuyor mu?

☐ Hayır ☐ Evet- Ne tür bir sınıf ya da okul? _____

3- Çocuğunuz hiç sınıfta kaldı mı?

☐ Hayır ☐ Evet- Kaçınıcı sınıfta ve nedeni? _____

4- Çocuğunuzun okulda ders ya da ders dışı sorunları oldu mu?

☐ Hayır ☐ Evet- açıklayınız _____

Bu sorunlar ne zaman başladı? _____

Sorunlar bitti mi?

☐ Hayır ☐ Evet- Ne zaman? _____

Çocuğunuzun herhangi bir bedensel hastalığı ya da zihinsel engeli var mıdır?

☐ Hayır ☐ Evet- açıklayınız _____

Çocuğunuzun sizi en çok üzen, kaygılandıran ve öfkeliendiren özellikleri nelerdir?

Çocuğunuzun en beğenmediğiniz özellikleri nelerdir?

Lütfen yan sayfaya geçiniz.

Aşağıda çocuk ve gençleri tanımlayan maddelerin bir listesi bulunmaktadır. Her bir madde çocuğun **şu andaki ya da son 6 ay** içindeki durumunu belirtmektedir. Bir madde çocuk için **çok ya da sıklıkla doğru ise 2, bazen ya da biraz doğru ise 1, hiç doğru değilse 0** sayılarını yuvarlak içine alınız. Lütfen tüm maddeleri işaretlemeye çalışınız

0: Doğru Değil (Bildiğiniz kadarıyla)

1: Bazen ya da Biraz Doğru

2: Çok ya da Sıklıkla Doğru

- 0 1 2 1. Yaşından çok daha çocuksu davranır
- 0 1 2 2. Anne ve babanın izni olmadan içki içer
- 0 1 2 3. Çok tartışan bir çocuktur
- 0 1 2 4. Başladığı etkinlikleri (oyunu, desleri, işleri) bitirmez
- 0 1 2 5. Hoşlandığı ya da zevk aldığı çok az şey vardır
- 0 1 2 6. Kakasını tuvaletten başka yere yapar
- 0 1 2 7. Bir şeylerle övünür, başkalarına hava atar
- 0 1 2 8. Bir konuya odaklanamaz, dikkatini uzun süre toplayamaz
- 0 1 2 9. Kafasından atamadığı, onu rahatsız eden bazı düşünceleri vardır (mikrop bulaşma, simetri takıntısı, okul sorunları, bilgisayar gibi)
(açıklayınız): _____
- 0 1 2 10. Yerinde sakince oturamaz, çok hareketli ve huzursuzdur
- 0 1 2 11. Gereken gayreti göstermeden, sırtını tamamen büyüklere dayayıp herşeyi onlardan bekler
- 0 1 2 12. Yalnızlıktan şikayet eder
- 0 1 2 13. Kafası karışık, zihni bulanıktır
- 0 1 2 14. Çok ağlar
- 0 1 2 15. Hayvanlara eziyet eder
- 0 1 2 16. Başkalarına eziyet eder, kötü davranır, kabadayılık eder
- 0 1 2 17. Hayal kurar, hayallere dalıp gider
- 0 1 2 18. Kendine bilerek zarar verdiği ya da intihar girişiminde bulunduğu olmuştur
- 0 1 2 19. Hep dikkat çekmeye çalışır
- 0 1 2 20. Eşyalarına zarar verir
- 0 1 2 21. Ailesine ya da başkalarına ait eşyalara zarar verir
- 0 1 2 22. Evde söz dinlemez
- 0 1 2 23. Okulda söz dinlemez
- 0 1 2 24. İştahsızdır
- 0 1 2 25. Başka çocuklarla geçinemez
- 0 1 2 26. Hatalı davranışından dolayı suçluluk duymaz, oralı olmaz, aldırılmaz
- 0 1 2 27. Kolay kıskanır
- 0 1 2 28. Ev, okul ya da diğer yerlerde kurallara uymaz, karşı gelir
- 0 1 2 29. Bazı hayvanlardan, durumlardan (yüksek yerler), ya da ortamlardan (asansör, karanlık gibi) korkar (okulu katmayınız) (açıklayınız): _____
- 0 1 2 30. okula gitmekten korkar, okul korkusu vardır
- 0 1 2 31. Kötü bir şey düşünebileceği ya da yapabileceğinden korkar
- 0 1 2 32. Kusursuz, dört dörtlük ve her konuda başarılı olması gerektiğine inanır
- 0 1 2 33. Kimsenin onu sevmediğinden yakınır

- 0 1 2 34. Başkalarının ona karşı olduğu, zarar vermeye ya da açığını yakalamaya çalıştığı hissine kapılır
- 0 1 2 35. Kendini değersiz, önemsiz ya da yetersiz hisseder
- 0 1 2 36. Bir yerlerini kaza ile sık sık incitir
- 0 1 2 37. Çok kavgacı çıkarır, kavgaya karışır
- 0 1 2 38. Çok fazla sataşılır, dalga geçilir
- 0 1 2 39. Başlı belada olan kişilerle dolaşır
- 0 1 2 40. Olmayan sesler ve konuşmalar işitir (açıklayınız): _____
- 0 1 2 41. Düşünmeden hareket eder, aklına eseni yapar
- 0 1 2 42. Başkalarıyla birlikte olmaksızın yalnız olmayı tercih eder
- 0 1 2 43. Yalan söyler, hile yapar ve aldatır
- 0 1 2 44. Tırnaklarını yer
- 0 1 2 45. Sinirli ve gergindir
- 0 1 2 46. Kasları oynar, seğirmeleri ve tikleri vardır (açıklayınız): _____
- 0 1 2 47. Geceleri kabus görür
- 0 1 2 48. Başka çocuklar tarafından sevilmez
- 0 1 2 49. Kabızlık çeker
- 0 1 2 50. Çok korkak ve kaygılıdır
- 0 1 2 51. Baş döner, gözleri kararır
- 0 1 2 52. Kendini çok suçlu hisseder
- 0 1 2 53. Aşırı yer
- 0 1 2 54. Sebepsiz yere çok yorgun hissettiği olur
- 0 1 2 55. Fazla kiloludur
56. **Sağlık sorunu olmadığı halde;**
- 0 1 2 a. Ağrı ve sızılardan yakınıyor (baş ve karın ağrısı dışında)
- 0 1 2 b. Baş ağrılarından yakınıyor (şikayet eder)
- 0 1 2 c. Bulantı, kusma duygusu olur
- 0 1 2 d. Gözle ilgili şikayetleri olur (Gözlek, lens kullanma dışında açıklayınız): _____
- 0 1 2 e. Döküntüler, pullanma ya da başka cilt hastalığı olur
- 0 1 2 f. Mide - karın ağrısından şikayet eder
- 0 1 2 g. Kusmaları olur
- 0 1 2 h. Diğer (açıklayınız): _____

Lütfen [arka sayfaya](#) geçiniz.

0: Doğru Değil (Bilddiğiniz kadarıyla)

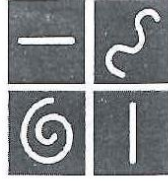
1: Bazen ya da Biraz Doğru

2: Çok ya da Sıklıkla Doğru

0	1	2	57.	İnsanlara vurur, fiziksel saldırıda bulunur	0	1	2	85.	Tuhaf, alışılmadık düşünceleri vardır (bazı sayıları, sözcükleri tekrarlama ve bunları zihninden atamama gibi) (açıklayınız):
0	1	2	58.	Burnunu karıştırır, derisini ya da vücudunu yolar, saç ve kirpiğini koparır (açıklayınız):					
0	1	2	59.	Herkese içinde cinsel organıyla oynar	0	1	2	86.	İnatçı ve huysuzdur
0	1	2	60.	Cinsel organıyla çok fazla oynar	0	1	2	87.	Ruhsal durumu ya da duyguları çabuk değişir
0	1	2	61.	Okul ödevlerini tam ve iyi yapamaz	0	1	2	88.	Çok sık küser
0	1	2	62.	El, kol, bacak hareketlerini ayarlamada güçlük çeker, sakardır	0	1	2	89.	Şüphesidir, kuşku duyar
0	1	2	63.	Kendinden büyük çocuklarla vakit geçirmeyi tercih eder	0	1	2	90.	Küfürlü ve açık saçık konuşur
0	1	2	64.	Kendinden küçüklerle vakit geçirmeyi tercih eder	0	1	2	91.	Kendini öldürmekten söz eder
0	1	2	65.	Konuşmayı reddeder	0	1	2	92.	Uykuda yürür ve konuşur (açıklayınız):
0	1	2	66.	İstemeyerek de olsa belli bazı davranışları tekrar tekrar yapar (ellerini defalarca yıkama, kapı kilidini tekrar tekrar kontrol etme gibi) (açıklayınız):					
0	1	2	67.	Evden kaçır	0	1	2	93.	Çok konuşur
0	1	2	68.	Çok bağırır	0	1	2	94.	Başkalarına rahat vermez, onlara sataşır, onlarla çok dalga geçer
0	1	2	69.	Sırlarını kendine saklar, hiç kimseye paylaşmaz	0	1	2	95.	Öfke nöbetleri vardır, çabuk öfkelenir
0	1	2	70.	Olmayan şeyleri görür (açıklayınız):	0	1	2	96.	Cinsel konuları fazlaca düşünür
0	1	2	71.	Topluluk içinde rahat değildir, başkalarının kendisi hakkında ne düşünecekleri ve ne söyleyecekleriyle ilgili kaygı duyar	0	1	2	97.	İnsanları tehdit eder
0	1	2	72.	Yangın çıkarır	0	1	2	98.	Parmak emer
0	1	2	73.	Cinsel sorunları vardır (açıklayınız):	0	1	2	99.	Sigara içer, tütün çiğner
0	1	2	74.	Gösteriş meraklısıdır, maskaralık yapar	0	1	2	100.	Uyumakta zorlanır (açıklayınız):
0	1	2	75.	Çok utangaç ve çekingendir					
0	1	2	76.	Diğer çocuklardan daha az uyur	0	1	2	101.	Okuldan kaçır, dersini asar
0	1	2	77.	Gece ve/veya gündüz diğer çocuklardan daha çok uyur (açıklayınız):	0	1	2	102.	Hareketleri yavaştır, enerji düşüktür
0	1	2	78.	Dikkati kolayca dağılır	0	1	2	103.	Mutsuz, üzgün ve çökkündür (defresyondadır)
0	1	2	79.	Konuşma problemi vardır (açıklayınız):	0	1	2	104.	Çok gürlüctüdür
0	1	2	80.	Boş gözlerle bakar	0	1	2	105.	Sağlık korunu olmadığı halde madde kullanır (içki ve sigarayı katmayınız) (açıklayınız):
0	1	2	81.	Evden birşeyler çalar					
0	1	2	82.	Ev dışındaki başka yerlerden birşeyler çalar	0	1	2	106.	Çevresindeki kişi ve eşyalara kasıtlı olarak zarar verir, zorbalık eder
0	1	2	83.	İhtiyacı olmadığı halde pek çok şeyi biriktirir (açıklayınız):	0	1	2	107.	Gündüz altını ıslatır
0	1	2	84.	Tuhaf, alışılmadık davranışları vardır (eşyaların belli bir düzende ve sırada olmasını isteme gibi) (açıklayınız):	0	1	2	108.	Gece yatağını ıslatır
					0	1	2	109.	Mızırdanır, sızlanır
					0	1	2	110.	Karşı cinsiyetten biri olmayı ister
					0	1	2	111.	İçine kapanıktır, başkalarıyla kaynaşmaz
					0	1	2	112.	Evhamlıdır, her şeyi dert eder
					0	1	2	113.	Çocuğunuzun yukarıdaki listede belirtilmeyen başka sorunları varsa lütfen yazınız:
					0	1	2		
					0	1	2		
					0	1	2		

EK 7: Adolesan Yetişkin Duyu Profili (AYDP)

. Adolesan / Yetişkin Duyu Profili



ADOLESAN / YETİŞKİN DUYU PROFİLİ

Catana Brown, Ph.D., OTR, FAOTA
Winnie Dunn, Ph.D., OTR, FAOTA

KİŞİSEL ANKET FORMU

Ad Soyad: _____ Yaş: _____ Tarih: _____

Doğum Tarihi: _____ Cinsiyet : ☐ Erkek ☐ Kadın

Günlük yaşantınızda sizi tatmin etmeyen şeyler var mı? Evet ise açıklayın. _____

AÇIKLAMA

Lütfen ankette belirtilen davranışları ne kadar sıklıkla yaptığınızı en iyi tanımlayan kutuyu işaretleyin. Eğer bazı durumlarla daha önce karşılaşmadığınızdan dolayı herhangi bir yorum yapamıyorsanız o soru sayısının üzerine X işareti koyun. Her bölümün sonuna yorumunuzu yazın.

Lütfen tüm ifadeleri cevaplayın. Cevapları işaretlemek için aşağıdaki kılavuzu kullanın :

NEREDEYSE HIÇ	Fırsat sunulduğunda neredeyse hiçbir zaman bu şekilde yanıt vermem. (zamanın yaklaşık %5'i ya da daha azı).
NADİREN	Fırsat sunulduğunda nadiren bu şekilde yanıt veririm (zamanın yaklaşık %25'inde).
ARA SIRA	Fırsat sunulduğunda ara sıra bu şekilde yanıt veririm (zamanın yaklaşık %50'sinde).
SIKLIKLA	Fırsat sunulduğunda sıklıkla bu şekilde yanıt veririm (zamanın yaklaşık %75'inde).
NEREDEYSE HER ZAMAN	Fırsat sunulduğunda neredeyse her zaman bu şekilde yanıt veririm (zamanın %95'i ya da daha fazlası).

Ek 8: Global Değerlendirme Ölçeği

Hastanın Adı, Soyadı:	Tarih:
Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:	Değerlendirici:

GLOBAL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (GAS)

Mental sağlık-hastalık'ın varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği göz önünde bulundurunuz. Fiziksel (ya da çevresel) kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını bu kapsam içinde değerlendirmeyiniz.

Kod	(Not: Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınız, örn. 45, 68, 72.)
91-100	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevsellik, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarının aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
81-90	Hiç belirti olmaması ya da çok az belirti olması (örn. sınavdan önce hafif bir anksiyete duyma), tüm alanlarda işlevselliğin iyi olması, çok çeşitli etkinliklerle ilgilenme ve bunlara katılma, toplumsal yönden etkindir, genellikle yaşamı doyumludur, günlük sorunlar ya da kaygılardan öte sorun ya da kaygıların olmaması (örn. aile bireyleriyle ara sıra olan tartışmalar).
71-80	Semptomlar varsa bile bunlar gelip geçicidir ve psikososyal stres kaynaklarına verilen beklenir tepkilerdir (örn. aile tartışmasından sonra düşüncelerini belirli bir konu üzerinde yoğunlaştırmada zorluk çekme); toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte hafif bir bozulma olmasından daha ileri bir durum yoktur (örn. geçici olarak okulda geri kalma).
61-70	Birtakım hafif semptomlar (örn. depresif duygudurum ve hafif insomnia) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte birtakım zorlukların olması (örn. ara sıra okuldan kaçmalar ya da ev içinde hırsızlık yapma), ancak genelde oldukça iyi bir biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişiler arası ilişkileri vardır.
51-60	Orta derecede semptomlar (örn. donuk duygulanım ve çevresel konuşma, ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (örn. az sayıda arkadaşı vardır, çalışma arkadaşları ile çatışmaları vardır).
41-50	Ağır semptomlar (örn. intihar düşünceleri, ağır obsesyonel törensel davranışlar, sık sık mağazalardan mal çalma) YA DA toplumsal, mesleki ya da okuldaki işlevsellikte ciddi bir bozukluk vardır (örn. hiç arkadaşı yoktur, işini koruyamaz).
31-40	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (örn. konuşması kimi zaman mantıkdışı, çapraşık ya da konuşulan konuyla ilgisizdir) YA DA iş/okul, aile ilişkileri, yargılama, düşünme ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (örn. depresif bir kişi arkadaşlarından kaçır, ailesini ihmal eder ve çalışamaz; çocuk yaşta olan bir kişi kendinden daha küçükleri döver, evde hep karşı gelir ve okulda başarısızdır).
21-30	Davranışları hezeyanlar ve varsanılardan oldukça etkilenir YA DA iletişim ya da yargıda ciddi bir bozukluk vardır (örn. bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz bir biçimde davranır, intihar düşünceleriyle uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği kötüdür (örn. bütün gün yataktan çıkmaz; işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20-11	Kendisini ya da başkalarını yaralayacak olma tehlikesi zaman zaman vardır (örn. açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimleri; sıklıkla şiddete başvurur; manik eksitasyon) YA DA ara sıra kişisel bakımın en temel gereksinimleri bile yerine getiremez (örn. dışkı sürer) YA DA iletişimde ileri derecede bir bozukluk vardır (örn. ileri derecede enkoherandır ya da mutizm içindedir).
1-10	Kendisini ya da başkalarını ağır bir biçimde yaralayacak olma tehlikesi sürekli vardır (örn. yineleyen şiddet gösterileri) YA DA kişisel bakımın en temel gereksinimleri sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz

--

PUAN

Ek 9: Ölçek Kullanım İzni

Adolesan Yetişkin Duyu Profili Ölçeği 



Buse Bilgiç

Alici: cigdemoksuz

11 Oca 2023 23:16



İyi günler Çiğdem hocam;

Ben Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Arş. Gör. Dr. Buse BİLGİÇ. Doç.Dr. Merve ÇIKILI UYTUN hocamızın danışmanlığında hazırlayacağım tezim için türkçe geçerlik güvenirliği sizin tez danışmanlığınızda Merve Şuay Aydın tarafından yapılmış duyuşal hassasiyet için 'Adolesan Yetişkin Duyu Profili Ölçeği'ni sizin de izniniz olursa kullanmak istiyoruz.Bu konuda geri dönüş yapabilirsiniz çok seviniriz. Saygılarımla...

CIGDEM OKSUZ

Alici: ben

12 Oca 2023 12:04



Buse hanım merhaba,

Adolesan Yetişkin Duyu Profili Ölçeği'ni tabi ki kullanabilirsiniz.

Kolaylıklar dilerim.

Cigdem Oksuz Hacettepe University Faculty of Health Sciences Occupational Therapy Department

