



T.C.

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**JUVENİL MİYOKLONİK EPİLEPSİ VE PEDIYATRİK MİGREN
OLGULARINDA EMOSYONEL ŞEMALAR, EMOSYON DÜZENLEME
SORUNLARI VE ÖZNEL YAKINMALAR ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE EMOSYONEL ŞEMALAR VE EMOSYON
DÜZENLEME SORUNLARININ KONTROL GRUBU İLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

MUSTAFA ÇOBANER

UZMANLIK TEZİ

**2025
BOLU**



T.C.

**BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI**

**JUVENİL MİYOKLONİK EPİLEPSİ VE PEDİYATRİK MİGREN
OLGULARINDA EMOSYONEL ŞEMALAR, EMOSYON DÜZENLEME
SORUNLARI VE ÖZNEL YAKINMALAR ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN
DEĞERLENDİRİLMESİ VE EMOSYONEL ŞEMALAR VE EMOSYON
DÜZENLEME SORUNLARININ KONTROL GRUBU İLE
KARŞILAŞTIRILMASI**

MUSTAFA ÇOBANER

UZMANLIK TEZİ

TEZİ DANIŞMAN: PROF. DR. ALİ EVREN TUFAN

**2025
BOLU**



BOLU ABANT İZZET BAYSAL ÜNİVERSİTESİ
İZZET BAYSAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

TIPTA UZMANLIK ÖĞRENCİSİ
TEZ SAVUNMA SINAV TUTANAĞI

DOKÜMAN KODU: KU.FR.30
YAYIN TARİHİ: 07.11.2022
REVİZYON NO: 0
REVİZYON TARİHİ: 0
SAYFA NO: 1/1

Öğrencinin Adı Soyadı	Mustafa GÖBNER
Doğum Yeri/Tarihi	[REDACTED]
Mezun Olduğu Fakülte	Sakarya Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi
Diploma Tarih ve No	Tarih: 12/07/2021 No: 2.B1.16.1997
Anabilim Dalı/Uzmanlık Alanı	Genel ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı
Tez Danışmanı	Prof. Dr. Ali Eren TUFAN
Etik Kurul Onay Tarihi ve Numarası	20/08/2024 No: 2024/213
Tez Konusu/Başlığı	Jenel Miyokardik Epilepsi ve Kardiyatortik migran olgularında enorganel semeler ve enorganel dzenleme sorunları ve genel yetenmeler arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi ve enorganel semeler ve enorganel dzenleme sorunlarının kontrol grubu ile karşılaştırılması

Adayın tez savunmasının, **BAŞARILI**/BAŞARISIZ olduğuna **OYBİRLİĞİ**Y
ÇOKLUĞU ile karar verilmiştir.

13.10/2025

JÜRİ ÜYELERİ

- 1) Prof. Dr. Ali Eren Tufan
- 2) Dr. Öğr. Üyesi Yasemin İmrek
- 3) Doç. Dr. Aytekin Dany

BEYAN

Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Yazım Kurallarına uygun olarak hazırladığım bu tez çalışmada;

- ☐ Tez içinde sunduğum verileri, bilgileri ve dokümanları akademik ve etik kurallar çerçevesinde elde ettiğimi,
- ☐ Tüm bilgi, belge, değerlendirme ve sonuçları bilimsel etik ve ahlak kurallarına uygun olarak sunduğumu,
- ☐ Atıfta bulunduğum eserlerin tümünü kaynak olarak gösterdiğimi,
- ☐ Kullanılan verilerde herhangi bir değişiklik yapmadığımı,
- ☐ Bu tezde sunduğum çalışmanın özgün olduğunu, bildirir, aksi bir durumda aleyhime doğabilecek tüm hak kayıplarını kabullendiğimi beyan ederim.

TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim ve tez çalışmam sürecinde, bilgi, yol göstericilik ve emekleriyle bana destek olan hocalarıma en içten teşekkürlerimi sunarım.

Öncelikle, tezimin büyük bölümünde değerli katkı ve yönlendirmeleriyle bana ışık tutan, Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Ali Evren Tufan'a en derin şükranlarımı sunarım. Bilimsel birikimi, titiz yaklaşımı ve yapıcı önerileriyle yalnızca tezimin şekillenmesine değil, mesleki bakış açımın gelişmesine de büyük katkı sağlamış; öğretici yaklaşımı ve yol göstericiliğiyle bana ilham vermiştir.

Tez sürecimin her aşamasında bilgi ve deneyimlerini benimle paylaşan Dr. Öğr. Üyesi Mesut Sarı ve Dr. Öğr. Üyesi Yasemin İmrek'e de içten teşekkür ederim. Yol göstericilikleri, sabırlı yaklaşımları ve akademik titizliklerinin yanı sıra hekimlik anlayışları ve örnek tutumlarıyla da bana değerli katkılar sunmuşlardır.

Tez çalışmam sürecinde birlikte emek verdiğimiz, çocuk nörolojisi alanındaki bilgi ve katkılarıyla çalışmamı zenginleştiren değerli hocamız Doç. Dr. Ayşegül Danış'a da teşekkür ederim. Akademik birikimi, yönlendirici katkıları ve samimi desteğiyle bu tezin ortaya çıkışında önemli bir rol üstlenmiştir.

Eğitimim sürecinde desteğini her zaman hissettiren Doç. Dr. Yusuf Öztürk'e teşekkür ederim. Paylaşımçı tavrı, özverisi ve mesleki yaklaşımıyla eğitimime anlamlı katkılar sağlamıştır.

Psikiyatri rotasyonum sırasında mesleki bilgi ve deneyimin yanı sıra hekimlik anlayışı ve duruşuyla da bize örnek olan Prof. Dr. Mehmet Hamid Boztaş'a minnettarlığımı özellikle belirtmek isterim.

Psikiyatri rotasyonum sırasında, mesleki bilgi ve klinik deneyime katkılarıyla bana değerli bakış açıları kazandıran Prof. Dr. Özden Arısoy ve Doç. Dr. Filiz Özdemiroğlu'na da teşekkür ederim.

Bugünlere gelmemde en büyük paya sahip olan, her zaman yanımda olup koşulsuz desteklerini esirgemeyen aileme ve özellikle babama şükran borçluyum. Onların sabrı, sevgisi ve inancı sayesinde bu noktaya ulaşabildim.

Mustafa ÇOBANER

İÇİNDEKİLER

Sayfa

TEŞEKKÜR.....	iii
İÇİNDEKİLER.....	iv
TABLO LİSTESİ.....	viii
ŞEKİL LİSTESİ	x
KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ	xi
ÖZET	xiii
ABSTRACT	xiv
1.GİRİŞ.....	1
1.1. Çalışmanın Amacı.....	3
1.2. Çalışmanın Önemi	4
1.3. Çalışmanın Kapsamı.....	4
1.4. Çalışmanın Sınırlılıkları	5
2. KURAMSAL ÇERÇEVE	6
2.1. Juvenil Miyoklonik Epilepsi ve Pediatrik Migren.....	6
2.1.1. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME)	7
2.1.1.1. Klinik Özellikler ve Nörolojik Temeller	8
2.1.1.2. Tedavi Yöntemleri.....	9
2.1.2. Pediatrik Migren.....	11
2.1.2.1. Aura ve Aurasız Migren	13
2.1.2.2. Pediatrik Migrenin Nedenleri ve Risk Faktörleri.....	14
2.2. Emosyonel Şemalar ve Emosyon Düzenleme	15
2.2.1. Emosyonel Şemalar	16
2.2.1.1. Emosyonel Şema Kavramı ve Kuramsal Temelleri	19
2.2.2. Emosyon Düzenleme.....	20

2.2.2.1. Nörolojik Bozukluklarda Emosyon Düzenleme Sorunlarının Rolü	20
3. YÖNTEM.....	22
3.1.Çalışma Merkezi, Zaman Aralığı, Etik ve Örneklem	22
3.2. İçleme ve Dışlama Ölçütleri	22
3.3. Ölçüm Araçları	23
3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu.....	23
3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (K- SADS-PL).....	24
3.3.3. Klinik Global İzlem Ölçeği (KGİ)	24
3.3.4. Young Şema Ölçeği- Kısa Form-3 (YŞÖ-KF-3)	25
3.3.5. Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ)	25
3.3.6. Kısa Semptom Envanteri (KSE).....	26
3.3.7. Görsel Analog Skala (GAS)	26
3.3.8. Pediyatrik Migren Özürüllük Değerlendirme Ölçeği (PedMIDAS)	26
3.3.9. Stroop Testi-TBAG Formu.....	27
3.4. İstatistiksel Analiz.....	27
4. BULGULAR	29
4.1. Sosyodemografik Bulgular	29
4.2. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME) ve Migren Tanılı Ergenlerin Klinik Özellikleri....	31
4.2.1. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME) Tanılı Ergenlerin Klinik Özellikleri	31
4.2.2. Migren Tanılı Ergenlerin Klinik Özellikleri	32
4.3. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Yarı Yapılandırılmış Görüşme ile Psikiyatrik Tanılar	36
4.4. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Psikiyatrik Belirti Şiddetlerinin Değerlendirilmesi	40
4.5. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Saptanan Duygusal Şemalar	41
4.6. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Duygusal Düzenleme Becerileri	45

4.7. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Öznel Olarak Bildirilen Semptomlar	46
4.8. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Stroop testi- TBAG Formu (SCWT) Performansları	47
4.9. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar, Duygu Düzenleme Becerileri ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomlar Arası İlişkiler	49
4.9.1. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Duygu Düzenleme Becerilerinin İlişkisi	49
4.9.1.1. Migren Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Duygu Düzenleme Becerilerinin İlişkisi	49
4.9.1.2. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME) Tanılı Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Duygu Düzenleme Becerilerinin İlişkisi	52
4.9.1.3. Kontrol Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Duygu Düzenleme Becerilerinin İlişkisi	55
4.9.2. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Duygu Düzenleme Becerileri ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomların İlişkisi	58
4.9.2.1. Migren Grubundaki Ergenlerde Duygu Düzenleme Becerileri ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomların İlişkisi.....	58
4.9.2.2. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME) Grubundaki Ergenlerde Duygu Düzenleme Becerileri ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomların İlişkisi.....	59
4.9.2.3. Kontrol Grubundaki Ergenlerde Duygu Düzenleme Becerileri ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomların İlişkisi.....	60
4.9.3. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomlar Arasındaki İlişkiler.....	61
4.9.3.1. Migren Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomların İlişkisi	61
4.9.3.2. JME Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomların İlişkisi	64
4.9.3.3. Kontrol Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomların İlişkisi	67
5.TARTIŞMA.....	71

6. SONUÇ VE ÖNERİLER	80
7. KAYNAKLAR	84
8. EKLER	93
EK-1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	93
EK-2. K-SADS- PL	95
EK-3. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)	98
EK-4. Young Şema Ölçeği.....	99
EK-5. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği.....	102
EK-6. Kısa Semptom Envanteri	104
EK-7.Görsel Analog Skala (GAS).....	107
EK-8. Stroop Testi Kayıt Formu.....	109
8. ÖZGEÇMİŞ	111

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Young'un tanımladığı erken dönem uyumsuz şemalar ve ilişkili şema alanları.....	17
Tablo 2.2. Young'un tanımladığı erken dönem uyumsuz şemaların etkinleşmesi ile görülen şema modları	18
Tablo 4.1. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve kontrol gruplarındaki ergenlerin sosyodemografik özellikleri	29
Tablo 4.2. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve kontrol gruplarındaki ergenlerin akademik başarıları, akran ilişkileri ve psikiyatrik tedavi geçmişleri..	31
Tablo 4.3. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME) tanılı ergenlerde nöbetlerin tetikleyicileri	32
Tablo 4.4. Migren tanılı ergenlerde ağrıların yerleşimi	33
Tablo 4.5. Migren tanılı ergenlerde ağrıların biçimi.....	33
Tablo 4.6. Migren tanılı ergenlerde ağrıya eşlik eden semptomlar	34
Tablo 4.7. Migren tanılı ergenlerde ağrı öncesi yaşanan semptomlar	35
Tablo 4.8. Migren tanılı ergenlerde çalışma sırasında atakların tetikleyicileri.....	35
Tablo 4.9. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde yarı yapılandırılmış görüşme ile çalışma sırasında saptanan psikiyatrik tanılar.....	37
Tablo 4.10. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde yarı yapılandırılmış görüşme ile geçmişte saptanan psikiyatrik tanılar	39
Tablo 4.11. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde klinisyen tarafından klinik global izlem ölçeği (KGİ) ile değerlendirilen psikiyatrik belirti şiddetleri	41
Tablo 4.12. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde Young Şema Ölçeği (YŞÖ) puanları.....	42
Tablo 4.13. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) puanları.....	45
Tablo 4.14. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde Kısa Semptom Envanteri (KSE) puanları.....	46
Tablo 4.15. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerin Stroop Testi-TBAG formu (SCWT) performansları	48
Tablo 4.16. Migren tanılı ergenlerde emosyonel şemalar ve duygu düzenleme becerilerinin ilişkisi	50

Tablo 4.17. JME tanılı ergenlerde emosyonel şemalar ve duygu düzenleme becerilerinin ilişkisi	53
Tablo 4.18. Kontrol grubundaki ergenlerde emosyonel şemalar ve duygu düzenleme becerilerinin ilişkisi	56
Tablo 4.19. Migren grubundaki ergenlerde duygu düzenleme becerileri ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi.....	59
Tablo 4.20. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME) grubundaki ergenlerde duygu düzenleme becerileri ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi	60
Tablo 4.21. Kontrol grubundaki ergenlerde duygu düzenleme becerileri ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi.....	61
Tablo 4.22. Migren grubundaki ergenlerde emosyonel şemalar ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi	62
Tablo 4.23. JME grubundaki ergenlerde emosyonel şemalar ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi	65
Tablo 4.24. Kontrol grubundaki ergenlerde emosyonel şemalar ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi	68

ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 4.1. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren ve kontrol gruplarındaki ergenlerin Young Şema Ölçeği- İç içelik puanları ortalamaları.....	44
Şekil 4.2. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren ve kontrol gruplarındaki ergenlerin Young Şema Ölçeği- kendini feda etme puanları ortalamaları.....	44
Şekil 4.3. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren ve kontrol gruplarındaki ergenlerin Young Şema Ölçeği- Dayanıksızlık/ Karamsarlık puanları ortalamaları	45
Şekil 4.4. Migren tanılı ergenlerde Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ile değerlendirilen emosyonel şemalar ve Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) ile değerlendirilen emosyonel düzenleme becerileri arası korelasyonların ısı haritası.....	52
Şekil 4.5. JME tanılı ergenlerde Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ile değerlendirilen emosyonel şemalar ve Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) ile değerlendirilen emosyonel düzenleme becerileri arası korelasyonların ısı haritası.....	55
Şekil 4.6. Kontrol grubundaki ergenlerde Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ile değerlendirilen emosyonel şemalar ve Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) ile değerlendirilen emosyonel düzenleme becerileri arası korelasyonların ısı haritası	58
Şekil 4.7. Migren grubundaki ergenlerde Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ile değerlendirilen emosyonel şemalar ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile değerlendirilen öznel yakınmalar arası korelasyonların ısı haritası	64
Şekil 4.8. JME grubundaki ergenlerde Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ile değerlendirilen emosyonel şemalar ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile değerlendirilen öznel yakınmalar arası korelasyonların ısı haritası.....	66
Şekil 4.9. Kontrol grubundaki ergenlerde Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ile değerlendirilen emosyonel şemalar ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile değerlendirilen öznel yakınmalar arası korelasyonların ısı haritası	70

KISALTMA VE SEMBOLLER LİSTESİ

AF- ÖF	: Agorafobi- Özgül Fobi
AN	: Anoreksiya Nervoza
Anks	: Anksiyete
Ba	: Başarısızlık
Bağ	: bağımlılık
BN	: Bulimiya Nervoza
Bo	: boyun eğicilik
BP	: Bipolar Bozukluk
Bü	: büyülenmecilik
Bzk	: Bozukluğu
C	: Cezalandırıcılık
DB	: Davranım Bozukluğu
Db	: Duygusal Bastırma
DEHB	: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
Dep	: Depresyon
dF	: Serbestlik derecesi
Dİ	: Dışsal İşlevsel
Di	: Dışsal İşlevsiz
DK	: Dayanıksızlık/ karamsarlık
Dy	: Duygusal Yoksunluk
E.S	: Etki Büyüklüğü
ECS	: Göz Kapama Duyarlılığı
Ed	: Ekonomik Dayanıksızlık
EEG	: Elektroensefalografi
EİDDÖ	: Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği
EMS	: Erken Uyumu Bozucu Şemalar
EN	: Enürezis Noktürna
GABA	: Gamma-Aminobütirik Asit
GAS	: Görsel Analog Skala
Host	: Hostilite
HPA	: Hipotalamus-Hipofiz-Adrenal Eksen
IHS	: Uluslararası Baş Ağrısı Derneği
IQR	: Çevreklerarası Aralık
İ	: İç İçelik
İi	: İçsel İşlevsel
İi	: İçsel İşlevsiz

JME	: Juvenil Miyoklonik Epilepsi
K	: Kusurluluk
Kf	: Kendini Feda Etme
KOKGB	: Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu
KSE	: Kısa Semptom Envanteri
Ku	: Kuşkuculuk
M	: Migren
MDB	: Major Depresif Bozukluk
NSAID’ler	: Nonsteroid Antiinflamatuvar İlaçlar
O.b	: Olumsuz Benlik
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PedMIDAS	: Pediatrik Migren Özürlülük Değerlendirme Ölçeği
PI	: “Praxis Induction”, Bilişsel İşlevlerle Tetiklenen Nöbetler
PS	: “Photosensitivity”, Fotosensitivite
R	: Pearson Korelasyon Katsayısı
Sa	: Statü Arayışı
SAB	: Separasyon Anksiyetesi Bozukluğu
SCWT	: Stroop Testi- TBAG Formu
SD	: Standart Sapma
SF	: Sosyal Fobi
Si	: Sosyal İzolasyon
Somat	: Somatik
T	: Terk Edilme
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu
YAB	: Yaygın Anksiyete Bozukluğu
Yö	: Yetersiz Öz Denetim
YŞÖ	: Young Şema Ölçeği

**JUVENİL MİYOKLONİK EPİLEPSİ VE PEDIYATRİK MİGREN OLGULARINDA
EMOSYONEL ŞEMALAR, EMOSYON DÜZENLEME SORUNLARI VE ÖZNEL
YAKINMALAR ARASINDAKİ İLİŞKİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ VE
EMOSYONEL ŞEMALAR VE EMOSYON DÜZENLEME SORUNLARININ
KONTROL GRUBU İLE KARŞILAŞTIRILMASI
ÖZET**

Amaç: Bu araştırmanın amacı, juvenil miyoklonik epilepsi (JME) ve pediyatrik migren tanılı 12-18 yaş ergenlerde emosyonel şemaları (erken dönem uyumsuz şemalar), duygu düzenleme becerilerini ve öznel psikiyatrik yakınmaları değerlendirmek; bu değişkenler arasındaki ilişkileri incelemek ve klinik grupları sağlıklı ergenlerle karşılaştırmaktır.

Yöntem: Tek merkezli, klinik temelli vaka-kontrol tasarımındaki çalışma 01.09.2024-01.02.2025 tarihleri arasında Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Anabilim Dalı polikliniğinde ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğinde yürütülmüştür. JME (n=30) ve pediyatrik migren (n=30) tanılı ergenler ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş sağlıklı kontrol grubu (n=20) çalışmaya dahil edilmiştir (toplam N=80). Katılımcılara Young Şema Ölçeği Kısa Form-3 (YŞÖ-KF3), Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ), Kısa Semptom Envanteri (KSE) ve Stroop Testi-TBAG Formu (SCWT) uygulanmış; migren grubunda Pediyatrik Migren Özürüllük Değerlendirme Ölçeği (PedMIDAS) ile işlevsel özürüllük değerlendirilmiştir. Psikiyatrik tanılar K-SADS-PL görüşmesi ile belirlenmiş, klinisyen değerlendirmesiyle belirti şiddeti Klinik Global İzlem Ölçeği-Şiddet (KGİ-Ş/CGI-S) üzerinden puanlanmıştır. Veriler gruplar arası karşılaştırmalar ve korelasyon analizleri ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: YŞÖ-KF3 alt ölçeklerinde JME grubunun iç içelik puanı migren ve kontrol grubuna göre daha yüksek bulunmuştur ($p=0,009$). Kendini feda etme ve dayanıksızlık/karamsarlık (zarar görmeye açıklık-kötümserlik) şemaları ise her iki klinik grupta kontrol grubuna kıyasla daha yüksektir (sırasıyla $p=0,026$ ve $p=0,029$). EİDDÖ alt ölçek puan ortalamaları gruplar arasında anlamlı farklılık göstermemiştir ($p=0,452$); ancak hem migren hem JME grubunda bazı şema alanları ve işlevsiz duygu düzenleme puanları KSE anksiyete, depresyon ve olumsuz benlik gibi öznel yakınmalarla pozitif ilişkili bulunmuştur. KSE alt ölçek puan ortalamaları açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Buna karşın klinisyen tarafından KGİ ile değerlendirilen belirti şiddeti gruplar arasında farklılık göstermiş; klinik gruplarda daha yüksek şiddet düzeyleri gözlenmiştir ($p<0,001$). Nöropsikolojik değerlendirmede, hasta gruplarında özellikle SCWT-2 hata ve düzeltme sayıları daha yüksek; interferens koşulunda (SCWT-5) tamamlanma süresi JME grubunda daha uzun bulunmuştur.

Sonuç: JME ve pediyatrik migren tanılı ergenlerde belirli erken dönem uyumsuz şemaların daha belirgin olması ve bu şemaların öznel psikiyatrik yakınmalarla ilişkili bulunması, kronik nörolojik hastalıklarda biyopsikososyal yaklaşımın önemini desteklemektedir. Bu nedenle nörolojik izlem ve tedavinin yanı sıra, ergenlerin psikososyal açıdan da değerlendirilmesi; şema odaklı yaklaşımlar ve duygu düzenleme becerilerini hedefleyen psikososyal müdahalelerin tedavi planına entegre edilmesine ihtiyaç duyulabilir.

Anahtar Kelimeler: Juvenil miyoklonik epilepsi, pediyatrik migren, ergen, erken dönem uyumsuz şemalar, duygu düzenleme, Stroop testi.

**EVALUATION OF THE RELATIONSHIPS BETWEEN EMOTIONAL SCHEMAS,
EMOTION REGULATION PROBLEMS, AND SUBJECTIVE COMPLAINTS IN
CASES OF JUVENILE MYOCLONIC EPILEPSY AND PEDIATRIC MIGRAINE
AND COMPARISON OF EMOTIONAL SCHEMAS AND EMOTION REGULATION
PROBLEMS WITH A CONTROL GROUP**

ABSTRACT

Aim: The aim of this study was to evaluate emotional schemas (early maladaptive schemas), emotion regulation skills, and subjective psychiatric complaints in adolescents aged 12–18 years diagnosed with juvenile myoclonic epilepsy (JME) and pediatric migraine; to examine the relationships among these variables; and to compare the clinical groups with healthy adolescents.

Methods: The single-center, clinic-based case–control study was conducted between 01.09.2024 and 01.02.2025 at the outpatient clinic of the Department of Pediatric Neurology and the Department of Child and Adolescent Psychiatry, Faculty of Medicine, Bolu Abant İzzet Baysal University. Adolescents diagnosed with JME (n=30) and pediatric migraine (n=30), and an age- and sex-matched healthy control group (n=20), were included (total N=80). Participants were administered the Young Schema Questionnaire Short Form-3 (YSQ-S3), Emotion Regulation Scale for Adolescents (REQ), Brief Symptom Inventory (BSI), and Stroop Test–TBAG Form (SCWT); functional disability in the migraine group was evaluated with the Pediatric Migraine Disability Assessment Scale (PedMIDAS). Psychiatric diagnoses were determined via the K-SADS-PL interview, and symptom severity was rated by clinician assessment using the Clinical Global Impression–Severity scale (CGI-S). Data were evaluated using between-group comparisons and correlation analyses.

Results: In the YSQ-S3 subscales, the enmeshment score of the JME group was higher than that of the migraine and control groups ($p=0,009$). Self-sacrifice and vulnerability/pessimism (vulnerability to harm—pessimism) schemas were higher in both clinical groups compared with the control group ($p=0,026$ and $p=0,029$, respectively). Mean REQ subscale scores did not differ significantly among groups ($p=0,452$); however, in both the migraine and JME groups, certain schema domains and dysfunctional emotion regulation scores were positively correlated with subjective complaints such as anxiety, depression, and negative self, as measured by the BSI. No significant between-group difference was found in BSI subscale mean scores. In contrast, symptom severity assessed by the clinician using the CGI differed across groups, with higher severity levels observed in the clinical groups ($p<0,001$). In the neuropsychological evaluation, error and correction counts—particularly in SCWT-2—were higher in the patient groups; and in the interference condition (SCWT-5), completion time was longer in the JME group.

Conclusion: The more pronounced presence of certain early maladaptive schemas in adolescents diagnosed with JME and pediatric migraine, and the association of these schemas with subjective psychiatric complaints, supports the importance of a biopsychosocial approach in chronic neurological disorders. Therefore, in addition to neurological follow-up and treatment, adolescents may need to be evaluated psychosocially; and schema-focused approaches and psychosocial interventions targeting emotion regulation skills may need to be integrated into the treatment plan.

Keywords: Juvenile myoclonic epilepsy, pediatric migraine, adolescent, early maladaptive schemas, emotion regulation, Stroop test

1.GİRİŞ

Juvenil miyoklonik epilepsi (JME) ve pediatrik migren (M), nörolojik bozukluklar arasında yer almakta ve bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemektedir. Her iki durum da genç bireylerde sık görülmekte ve hem biyolojik hem de psikososyal açıdan karmaşık bir yapı sergilemektedir (1, 2).

Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME) yaygın görülen, çoğunlukla genetik kökenli, genellikle ergenlikte başlayan, özellikle uyku-uyanıklık geçişi sırasında veya yorgunken ortaya çıkan, bilinç kaybı olmadan görülen miyoklonik jerkler ile karakterize bir epileptik sendromdur (1, 3). JME tüm epilepsilerin yaklaşık % 5.0-11.0'ini oluşturabilir ve olguların yaklaşık olarak üçte birinde aile öyküsü görülebilir (3). Uluslararası Epilepsi ile Savaş Derneği'nin 2022 yılında yayınlamış olduğu epilepsi sınıflamasına göre JME; çocukluk çağı absans epilepsisi, juvenil absans epilepsi ve yalnızca jeneralize tonik klonik nöbetlerin görüldüğü epilepsi ile birlikte idiyopatik jeneralize epilepsiler grubu içerisinde yer almaktadır (4). Uyku yoksunluğu ve fotik uyarılar nöbetler için önemli tetikleyiciler olabilir ve JME uzun süre tedavi gerektirebilir (4).

JME olgularında doğum öncesi ve doğum öyküleri genellikle normaldir, ancak belirli bilişsel alanlarda (örneğin, yönetici işlevler, dikkat, karar verme) bozukluklar görülebilir (5). JME idiyopatik jeneralize epilepsiler grubunda yer alan bir hastalık olduğundan tanımı gereği, rutin beyin görüntülemesi herhangi bir anormallik göstermez, ancak ileri görüntüleme çalışmaları ile frontal korteks ve talamusta işlevsel ve yapısal anormallikler gösterilmiştir. Nöropsikolojik çalışmalar, JME'li hastalarda, esas olarak frontal lobları ilgilendiren, hafif bilişsel eksiklikler ortaya koymuştur. Bu bulgular, JME'deki davranışsal sorunlara ilişkin başka çalışmalarla da desteklenmektedir. Bu çalışmaların sonuçları talamo-frontokortikal ağ işlev bozukluğu kavramını desteklemektedir (6).

Baykan ve Wolf JME'de psikiyatrik eş tanı oranının yüksek olduğunu (% 26.5-47.0), özellikle de frontal işlev bozukluğu, emosyonel düzenleme sorunları ve sosyal ilişki sorunları yaşayabildiklerini bildirmiştir (7). Bilişsel işlev sorunları özellikle karmaşık bilişsel işlevlerle tetiklenen nöbetler ("praxis induction", PI), fotosensitivite ("photosensitivity", PS) ve göz kapama duyarlılığı ("eye closure sensitivity", ECS) olan olgularda daha sık görülebilmektedir (7). JME olgularında B kümesi kişilik bozukluklarına özgü semptomlar artmış olabilir, yüzler/sözel uyarılarla aktarılan emosyonel iletileri (korku ve şaşkınlık için daha belirgin olmak üzere) tanıma zorluğu görülebilir, emosyonel uyaranlara amigdala yanıtları azalabilir, epilepsi süresi ile emosyon tanıma becerileri arasında negatif korelasyon gözlenebilir ve emosyon

tanıma sorunları psikiyatrik eş tanılar, dikkat ve yürütücü işlev sorunlarından bağımsız olabilir (8-12). Bazı çalışmalar JME olgularının sosyal bilişsel zorluklar da yaşayabileceğini düşündürmektedir (12). Sayılan bulgular JME olgularında emosyon düzenleme becerileri, yürütücü işlevler, sosyal biliş ve öznel yakınmalar ile nöbet tipleri, tetikleyicileri, kullanılan anti-epileptik tedaviler arasındaki ilişkilerin ileri çalışmalarla değerlendirilmesi gerektiğini düşündürmektedir (1).

Migren pediatrik nöroloji kliniklerine en sık başvuru nedenleri arasındadır ve çocukların yaklaşık onda birinin bu tanıyı alabileceği düşünülmektedir (2). Ülkemizde yürütülmüş olan epidemiyolojik çalışmalar migren yaygınlığının % 8.8- 14.5 arasında değişebileceğini, tanının kızlarda ve daha büyük yaşlarda daha sık görülebileceğini düşündürmektedir (13, 14). Günümüze kadar yürütülmüş olan çalışmalarda migren tanılı ergenlerde majör depresif bozukluk (MDB) ve yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) tanılarının bu tanıyı almayanlara göre daha sık görülebileceği (15) ve olguların yaklaşık % 40.0'ında psikopatoloji bulunabileceği bildirilmiştir (16). Özbildirim ölçeklerine dayanan bir çalışmada migren tanılı ergenlerin gerilim tipi baş ağrısı olanlara göre daha şiddetli psikopatoloji semptomları bildirdiği saptanmıştır (17). Ancak migren tanılı ergenlerde psikopatolojinin anlamlı ölçüde artmadığını da bildiren çalışmalar bulunmaktadır (18). Diğer yandan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde migren ve ilişkili baş ağrılarının bu tanıyı almayanlara göre daha sık görülebildiği de bildirilmiştir (19). Migren tanılı çocuk ve ergenlerde emosyon düzenleme becerileri ve ilişkili kavramlar yakın tarihli çalışmalarda giderek daha çok çalışılmaktadır (20, 21). Yakın tarihli iki çalışma erken dönemdeki emosyonel ilişkilerle ilgili erken uyumu bozucu şemaların ("early maladaptive schemas", EMS) migren olgularında belirtilerin şiddetinin ve süregenleşmesinin yanısıra anksiyete/ depresyon eş tanısını etkileyebileceğini ve bu etkinin cinsiyete göre farklılaşabildiğini düşündürmektedir (20, 21). Diğer bir çalışmada migreni de içeren birincil baş ağrısı sendromları olan çocuklarda kontrollere göre olumsuz duygulanım şiddeti ve içe yönelim semptomlarının anlamlı derecede yüksek, emosyonların bedensel ipuçlarına dönük farkındalığın ise anlamlı derecede düşük olduğunu bildirmiştir (22). Başka bir çalışma hem migren tanılı ergenler hem de bu ergenlerin annelerinin kontrollere göre daha yüksek ölçüde aleksitimi (duygu körlüğü, duyguları tanımlama ve açıklama güçlüğü) bildirdiğini ve aleksitimi semptomlarının psikopatoloji riskini artırdığını saptamıştır (23). Aleksitimik özellikler migren tanılı bireylerde çocukluk döneminden itibaren saptanabilmektedir (24). Erişkinlerle yapılan çalışmalarda emosyon düzenleme sorunlarının migrenin süregenleşmesinde rol alabileceği bildirilmiştir (25).

Mevcut literatür bilgileri hem migren hem de JME tanılı çocuk ve ergenlerde depresyon ve anksiyete bozukluklarının sıklığının arttığı bilinmesine rağmen bu iki bozukluğun emosyon düzenleme becerileri, yürütücü işlevler, erken dönem uyumu bozucu şemalar ve öznel yakınmalar açısından karşılaştırılmadığı ve sayılan özelliklerin ataklarla ilişkisinin değerlendirilmediği görülmüştür (26). Epilepsi ve migren tanılı çocuk ve ergenlerde emosyonel şemalar ve emosyon düzenleme becerilerinin öznel yakınmalar ile birlikte değerlendirildiği ek çalışmalara gerek duyulduğunu gösterebilir.

1.1. Çalışmanın Amacı

Bu çalışmanın temel amacı, JME ve pediatrik migren olgularında emosyonel şemalar, emosyon düzenleme sorunları ve öznel yakınmalar arasındaki ilişkilerin kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesidir. Nörolojik rahatsızlıkların bireylerin yalnızca fiziksel sağlıklarını değil, aynı zamanda duygusal ve davranışsal süreçlerini de derinden etkilediği bilinmektedir (1, 2). Bu bağlamda, çalışmanın ilk hedefi, JME ve pediatrik migren hastalarının emosyonel şemalarındaki farklılıkların kontrol grubu ile karşılaştırmalı olarak incelenmesi olmuştur. Emosyonel şemaların bireylerin duygusal deneyimlerini anlamlandırmalarını ve bu deneyimlere yönelik tepkilerini şekillendirdiği göz önünde bulundurulduğunda (27), söz konusu şemaların nörolojik bozukluklar üzerindeki etkisinin belirlenmesi büyük bir önem taşımaktadır. Bu bağlamda,

- Emosyon düzenleme, bireylerin duygusal durumlarını kontrol etme ve bu durumlarla başa çıkma süreçlerini ifade etmektedir (28). JME ve pediatrik migren hastalarında bu düzenleme süreçlerinde yaşanan aksaklıkların, bireylerin hastalık deneyimlerini nasıl şekillendirdiği ve işlevlerini ne ölçüde etkilediği bu çalışmanın temel sorularından birini oluşturmaktadır. Çalışma, bu bireylerde emosyon düzenleme mekanizmalarının etkinliğini incelemekte ve bu mekanizmaların hastalık yönetimi üzerindeki dolaylı etkilerini ortaya koymayı hedeflemektedir.
- Çalışma, bu hedeflere ek olarak JME ve pediatrik migren hastalarının kontrol grubu ile kıyaslandığında emosyonel ve davranışsal süreçlerde ne tür farklılıklar gösterdiğini anlamayı da amaçlamaktadır. Geçmiş çalışmalar nörolojik hastalıkları olan çocuk ve ergenlerde psikopatoloji riskinin artmış olduğunu göstermiştir (8, 15). Bu farklılıkların belirlenmesi, hastalıkların emosyonel ve psikososyal boyutlarını daha iyi anlamaya ve bireylerin ihtiyaçlarına yönelik daha etkili tedavi stratejileri geliştirmeye olanak sağlamaktadır.

Genel olarak bu çalışma, aynı zamanda literatürdeki önemli bir boşluğu doldurmayı hedeflemiştir. Emosyonel şemalar, emosyon düzenleme, öznel yakınmalar ve nöropsikolojik işlevler arasındaki ilişkilerin JME ve pediatrik migren özelinde ele alınması, alan yazına katkı verecek, kuramsal ve klinik bilgiyi artıracak, hastalar ve ailelerinde farkındalık düzeylerine katkı vererek, hastalık yönetiminde biyopsikososyal ve birey odaklı yaklaşımın önemini vurgulayacaktır (29).

1.2. Çalışmanın Önemi

Bu çalışma, JME ve pediatrik migren gibi nörolojik rahatsızlıkların emosyonel ve davranışsal süreçlerle ilişkisini ele alması açısından önemlidir. Yazında, bu rahatsızlıkların fizyopatolojik mekanizmalarına dair çok sayıda çalışma bulunmasına rağmen, hastaların emosyonel şemaları, emosyon düzenleme becerileri ve tedavi uyumları üzerindeki etkileri sınırlı bir şekilde incelenmiştir (20, 21, 30). JME ve pediatrik migren, bireylerin yaşam kalitesini düşüren ve günlük yaşamlarını olumsuz etkileyen kronik rahatsızlıklar arasında yer almakta olup, bu etkilerin sadece biyolojik değil, psikolojik ve sosyal boyutları da bulunmaktadır. Bu nedenle, çalışmanın elde edeceği bulgular, bu alanlardaki katkı verebilecektir.

Bu çalışma, aynı zamanda kontrol grubu ile hasta gruplarının karşılaştırmalı analizini içermesi bakımından literatürde farklı bir yere sahiptir. Kontrol grubu analizleri, emosyonel şemalar ve düzenleme süreçlerindeki bozuklukların nörolojik rahatsızlıklarla ne ölçüde ilişkili olduğunu ve bu rahatsızlıkların özgül etkilerini ortaya koymaya yardımcı olabilecektir.

1.3. Çalışmanın Kapsamı

Bu çalışma, JME ve pediatrik migren olgularında emosyonel şemalar, emosyon düzenleme sorunları, nöropsikolojik işlevler ve öznel yakınmalar arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesini kapsamaktadır. Çalışma, nörolojik rahatsızlıkların yalnızca fizyolojik etkileriyle sınırlı kalmayıp, bireylerin duygusal ve davranışsal süreçlerini de derin bir şekilde etkilediği gerçeğinden hareketle, bu alanları bütüncül bir yaklaşımla incelemeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda, çalışmada hem JME hem de pediatrik migren hastalarının emosyonel şemalarının, emosyon düzenleme becerilerinin ve tedaviye olan bağlılıklarının detaylı bir şekilde analiz edilmesi hedeflenmektedir.

1.4. Çalışmanın Sınırlılıkları

Bu çalışma, kapsamı itibarıyla önemli ve değerli bilgiler sağlamayı hedeflemekle birlikte, belirli sınırlılıklara da sahiptir. İlk olarak, araştırmanın örneklem yapısı, çalışmanın sınırlılıkları arasında yer almaktadır. JME ve pediatrik migren hastaları üzerinde gerçekleştirilen bu araştırma, belirli bir demografik grup üzerinde odaklanmış olup, genel popülasyona yönelik genellemelere izin vermemektedir. Örneklem grubunun homojenliği, özellikle farklı sosyoekonomik düzeyler ve kültürel bağlamlar açısından çeşitlilik içermemesi nedeniyle, sonuçların farklı gruplar için geçerliliği sınırlı kalmıştır. İkinci olarak sonuçlar çalışma zaman aralığı içinde çalışma merkezinde değerlendirilen hastalar için geçerlidir ve diğer merkezlerde takip edilen veya toplumda yaşayan JME ve migren hastaları için geçerli olmayabilir. Üçüncü olarak emosyon düzenleme sorunları ve öznel yakınmaların dinamik bir süreçte gerçekleşmektedir. Bu süreçler, zaman içerisinde değişkenlik gösterebilmekte ve bireylerin yaşam koşullarına, çevresel faktörlere ve hastalık seyrine bağlı olarak farklılaşabilmektedir ancak çalışma kesitsel bir tasarıma sahip olduğu için, bu değişimlerin uzun vadeli etkileri değerlendirilememiştir. Ek uzunlamasına olarak tasarlanmış çalışmalar emosyon düzenleme sorunları, öznel yakınmalar ve hastalıkla ilgili semptomların zaman içerisinde değişimini daha iyi modelleyebilir. Dördüncü olarak, araştırma belirli bir bölgedeki katılımcılarla sınırlı kalmıştır ve kültürel faktörlerin emosyonel şemalar, düzenleme becerileri ve tedavi uyumu üzerindeki etkileri yeterince ele alınamamıştır. Bu kısıtlılığın aşılabilmesi için farklı bölgeler ve araştırma merkezlerinin dâhil edildiği çok merkezli çalışmaların gerekli olduğu düşünülmüştür. Beşinci olarak emosyon düzenleme sorunları ve emosyonel şemalar öz bildirim ölçekleri ile değerlendirilmiştir ve elde edilen sonuçların hatırlama ve bildirim yanlılığının yanı sıra ortak metod varyansından da etkilenebileceği düşünülmüştür. Ek çalışmalarda emosyon düzenleme sorunları ve emosyonel şemaların farklı bilgi kaynakları ve paradigmlar aracılığı ile değerlendirilmesi bu kısıtlılığı önleyebilir.

2. KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Juvenil Miyoklonik Epilepsi ve Pediatrik Migren

JME ve migren yaygın olarak görülen pediatrik nörolojik hastalıklar arasında yer almakta ve bireylerin yaşam kalitesini çok yönlü olarak etkilemektedir. Bu iki rahatsızlık, yalnızca fiziksel semptomlarla sınırlı kalmamakta, aynı zamanda bireylerin emosyonel, bilişsel ve sosyal süreçlerinde de çeşitli etkiler yaratmaktadır. Bu bağlamda, JME ve pediatrik migren, hem klinik hem de psikososyal açıdan karmaşık ve dikkatle ele alınması gereken iki önemli sağlık sorunu olarak değerlendirilmektedir (1, 2).

JME genellikle ergenlikte başlar ve pediatrik epilepsiler arasında en sık görülen alt tiplerden biri olarak tanımlanır. JME hastaları, sabah saatlerinde yoğunlaşan ve ani, istemsiz kas kasılmaları şeklinde kendini gösteren miyoklonik nöbetler geçirir (1, 3, 4). Bu nöbetler, bireylerin günlük yaşam aktivitelerini önemli ölçüde kısıtlar ve özellikle ergenlik döneminde duygusal ve sosyal işlevselliği olumsuz yönde etkileyebilir (4-7).

JME kız ergenlerde erkeklere göre biraz daha sık görülebilir. Aile öyküsünün varlığı etiolojide genetik faktörlerin önemini desteklemektedir. JME olasılıkla poligenik bir sendrom olsa da bazı olgularda *GABRA1* (GABA-A reseptörü $\alpha 1$ alt ünitesini kodlar), *CACNB4* (Voltaj bağımlı L tipi kalsiyum kanalı alt birimi beta-4'ü kodlar) ve *EFHC1* (EF-el alanı içeren protein 1 kodlar) gibi genlerde mutasyonlar olduğu gösterilmiştir. Bu genetik değişiklikler, beynin motor korteksinde ve talamokortikal devrelerde anormal bir hiper-uyarılabilirlik durumu yaratmakta ve nöbetlerin oluşumuna zemin hazırlamaktadır. İkiz çalışmaları ise monozigot ikizlerde % 70.0- 90.0 olarak saptanan eş hastalanma oranları nedeniyle genetik etiolojiyi desteklemektedir. JME tanılı ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite (DEHB) ve özgül öğrenme bozukluğu (ÖÖB) gibi nörogelişimsel bozukluklar da görülebilmektedir (31, 32). JME genetik ve çevresel faktörlerin karmaşık bir etkileşimi ile ortaya çıkmaktadır. Yukarıda belirtilen genetik etkenlerin dışında uykusuzluk, stres, alkol kullanımı ve düzensiz yaşam tarzı gibi çevresel faktörlerin de nöbet sıklığını artırdığı gözlemlenmiştir (1, 3, 4, 40).

Pediatrik migren ise çocukluk ve ergenlik döneminde görülen en yaygın baş ağrısı türlerinden biri olarak tanımlanmaktadır. Migrenin, çocuklarda yaşam boyu prevalansının %5 ila %10 arasında değiştiği tahmin edilmektedir. Pediatrik migren, tipik olarak tek taraflı, zonklayıcı özellikte bir baş ağrısı ile kendini göstermekte ve sıklıkla bulantı, kusma, fotofobi veya fonofobi gibi eşlik eden semptomlarla karakterize olmaktadır (2, 14). Migren atakları,

çocukların okula devamlılığını, akademik başarılarını ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilir. Migrenin patofizyolojisi, karmaşık bir nörovasküler mekanizmaya dayanmakta ve genetik ile çevresel faktörlerin etkileşimiyle şekillenmektedir. Çocuklarda migren, yetişkinlere kıyasla daha farklı klinik özellikler gösterebilmekte ve çoğu durumda, zamanla erişkin migrenine dönüşme potansiyeline sahip olmaktadır (2).

Hem JME hem de migren bireylerin emosyonel süreçleri üzerinde önemli etkiler bırakmaktadır. JME ve pediatrik migren hastalarında emosyon düzenleme becerilerinin sıklıkla zayıfladığı ve bu durumun, bireylerin yaşam kalitesini daha da kötüleştirdiği görülmüştür (5-12, 17, 20). Her iki bozuklukta da belirtilerin kontrol altına alınamaması, semptom şiddeti ve sıklığı psikopatoloji riskini, stres ve anksiyete düzeylerini, emosyonel sorunları artırabilmektedir (5-12, 17, 20). JME ve pediatrik migren tedavisi farmakolojik yöntemlere dayanmakla birlikte psikososyal müdahalelerin de bu tedavi süreçlerinde önemli yeri bulunmaktadır (33, 34).

JME hastalarında antiepileptik ilaçlar, nöbetlerin sıklığını azaltmak ve bireylerin yaşam kalitesini iyileştirmek için temel bir tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Pediatrik migren tedavisinde ise ağrı yönetimi, tetikleyici faktörlerin önlenmesi ve uygun farmakolojik tedaviler bir arada uygulanmaktadır (33-35). Ek olarak her iki hastalıkta da emosyonel süreçlere yönelik müdahaleler tedavinin etkisini artırabilmektedir (34, 36). Özellikle, stres yönetimi, duygusal farkındalık eğitimi ve bilişsel-davranışçı terapi gibi yöntemlerin hastaların emosyonel iyi oluşuna katkı sağladığı belirtilmiştir (37-39).

2.1.1. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME)

Juvenil miyoklonik epilepsi (JME), epilepsi türleri arasında en yaygın görülen genetik epilepsi sendromlarından biridir. Genellikle 12 ile 18 yaşları arasında ortaya çıkar ve nöbetler çoğunlukla sabah erken saatlerde, uyanma sırasında meydana gelen miyoklonik kasılmaları içerir (1, 3, 4). Miyoklonik nöbetler, ani, kısa süreli kas hareketleri şeklinde ortaya çıkar ve hastaların gündelik etkinliklerini olumsuz etkiler (3). Bu hastalarda absans nöbetleri ve tonik-klonik nöbetler de görülebilmektedir (1, 3, 4). Miyoklonik nöbetler, genellikle vücudun üst kısmında, özellikle kollarda yoğunlaşmakta ve bireylerin nesneleri tutma veya kullanma gibi günlük işlevlerini etkileyebilmektedir. Absans nöbetler, geçici bir bilinç kaybı ile karakterize olup, genellikle kısa süreli bir donma veya dalma şeklinde ortaya çıkmaktadır. Tonik-klonik nöbetler ise bilinç kaybı ve kasılmaların eşlik ettiği daha ciddi bir tabloya işaret etmektedir. Bu

nöbet türlerinin her biri, hastaların yaşam kalitesini ve fonksiyonel kapasitelerini farklı şekillerde etkilemektedir (1, 3, 4, 40).

JME'nin tanısında hastalık öyküsü, nöbet özellikleri ve klinik değerlendirmenin yanı sıra elektroensefalografi (EEG) de önemli bir rol oynamaktadır. EEG incelemelerinde, genellikle genelleşmiş çoklu dikenler ve dalga deşarjları saptanmıştır. Bu bulgular, JME'nin nörofizyolojik özelliklerini anlamada ve doğru bir şekilde tanımlamada kritik bir öneme sahiptir (41).

JME tedavisinde, antiepileptik ilaçlar temel tedavi seçeneği olarak kullanılmaktadır. Valproat, JME tedavisinde en etkili ilaçlardan biri olarak kabul edilmekte ancak yan etkileri nedeniyle özellikle kadın hastalarda dikkatli bir şekilde uygulanmaktadır. Bunun yerine lamotrijin ve levetirasetam gibi diğer antiepileptik ilaçlar da tercih edilmektedir. Tedavinin etkinliği, bireyin nöbet sıklığını azaltmakla sınırlı kalmamakta, aynı zamanda hastanın emosyonel ve sosyal işlevselliğini de desteklemeyi hedeflemektedir (31). Tedavi sürecinde, bireylerin yaşam tarzında yapacakları değişiklikler de büyük bir öneme sahiptir. Düzenli uyku, stres yönetimi ve alkol gibi tetikleyici faktörlerden kaçınılması, nöbetlerin kontrol altına alınmasına katkı sağlamaktadır (41).

JME, yalnızca fiziksel semptomlarıyla değil, aynı zamanda emosyonel ve psikososyal etkileriyle de ele alınması gereken bir rahatsızlık olarak değerlendirilmektedir. JME hastalarında sıklıkla anksiyete, depresyon ve emosyon düzenleme sorunları görülmekte, bu durum hastaların genel yaşam memnuniyetini azaltmaktadır. Araştırmalar, JME hastalarının nöbet korkusu nedeniyle sosyal izolasyona eğilim gösterdiğini ve bu durumun hastaların yaşam kalitesini daha da kötüleştirdiğini ortaya koymuştur. Bu nedenle, JME tedavisinde yalnızca nörolojik semptomların değil, aynı zamanda bireylerin emosyonel ihtiyaçlarının da dikkate alınması gerekmektedir. Hem klinik belirtileri hem de psikososyal etkileriyle bireylerin yaşamını çok yönlü olarak etkileyen bu rahatsızlık, erken tanı ve etkili bir tedavi yaklaşımı gerektirmektedir. JME'nin bireyler üzerindeki etkilerini anlamak, yalnızca nörolojik süreçlerin değil, aynı zamanda duygusal ve sosyal faktörlerin de göz önünde bulundurulmasını zorunlu kılmaktadır. Bu bağlamda, JME, hem klinik hem de psikososyal açıdan kapsamlı bir değerlendirme gerektiren önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmıştır (7, 8).

2.1.1.1. Klinik Özellikler ve Nörolojik Temeller

Juvenil miyoklonik epilepsi (JME), klinik özellikleri ve nörolojik temelleri açısından karmaşık bir tablo sergilemektedir. Sendromda nöbetler genellikle sabah erken saatlerde ve

uyanmayı takiben gerçekleşir. Ani kasılmalar, özellikle kollarda yoğunlaşmakta ve hastaların tutma, taşıma gibi temel motor becerilerinde zorluk yaşamasına neden olmaktadır. JME hastalarında görülen miyoklonik nöbetlere ek olarak absans ve tonik-klonik nöbetler de gözlemlenmektedir. Absans nöbetler, geçici bilinç kaybı ile karakterize olmakta ve hastaların çevreyle bağlantısını kısa süreliğine kesmektedir. Bu nöbetler, genellikle birkaç saniye sürmekte ancak sık tekrarlanması halinde bireylerin akademik ve sosyal yaşamını ciddi şekilde etkilemektedir. Tonik-klonik nöbetler ise kasların ani sertleşmesi ve ardından ritmik kasılmalarla seyreden daha ağır bir tabloya işaret etmektedir. Bu nöbet türü, hastaların fiziksel güvenliğini tehdit etmekte ve travmatik yaralanmalara yol açabilmektedir. JME olgularında nöbetler dışında uyku bozuklukları da sık olarak görülmektedir (7, 8).

JME'nin nörolojik temelleri, beyindeki elektriksel aktivite bozukluklarına dayanmaktadır. Özellikle talamokortikal devrelerde görülen anormalliklerin, JME nöbetlerinin oluşumunda merkezi bir rol oynadığı saptanmıştır. Bu devrelerdeki GABA iletilisinin azalması ile görülen hiper-uyarılabilirlik durumu, genelleşmiş nöbetlerin ortaya çıkmasına neden olmaktadır. Nörolojik görüntüleme çalışmaları, JME hastalarında özellikle prefrontal korteks ve talamus bölgelerinde yapısal ve fonksiyonel değişiklikler olduğunu ortaya koymuştur. Bu değişiklikler, hastaların yalnızca motor işlevlerini değil, aynı zamanda bilişsel ve emosyonel süreçlerini de etkileyebilmektedir. Özellikle prefrontal korteksteki bozulmalar, hastaların karar verme, dikkat ve emosyon düzenleme becerilerini zayıflatmıştır (6-8).

2.1.1.2. Tedavi Yöntemleri

JME tedavi edilmediği takdirde bireylerin yaşam kalitesini ciddi şekilde etkileyen ancak uygun tedavi yöntemleriyle büyük ölçüde kontrol altına alınabilen bir epileptik sendromdur. JME tedavisinde, nöbetlerin sıklığını ve şiddetini azaltmayı hedefleyen farmakolojik yaklaşımlar temel oluşturmaktadır. Bununla birlikte, hastaların yaşam tarzında yapacakları değişiklikler ve psikososyal destekler, tedavi sürecini tamamlayan önemli unsurlar arasında yer almaktadır. JME tedavisinde birinci basamak olarak antiepileptik ilaçlar kullanılmaktadır. Valproat, JME tedavisinde en sık tercih edilen ilaçlardan biri olarak öne çıkmaktadır. Valproat, hem miyoklonik nöbetler hem de tonik-klonik ve absans nöbetler üzerinde yüksek bir etkinlik göstermektedir. Bu ilaç, GABA (gamma-aminobütirik asit) seviyelerini artırarak beyindeki inhibitör mekanizmaları güçlendirmekte ve anormal elektriksel aktivitelerin kontrol altına alınmasını sağlamaktadır (1, 41)

Valproat kullanımına alternatif olarak, lamotrijin ve levetirasetam gibi diğer antiepileptik ilaçlar da tercih edilmektedir. Lamotrijin, özellikle miyoklonik nöbetler üzerinde etkili olmakta ve genellikle daha düşük yan etki profiliyle öne çıkmaktadır. Bu ilaç, beyindeki glutamat salınımını azaltarak nöbetlerin kontrol altına alınmasına katkı sağlamaktadır. Levetirasetam ise hem etkinliği hem de iyi tolere edilebilirliği nedeniyle JME tedavisinde sıklıkla kullanılmaktadır. Bu ilaç, sinaptik vezikül proteinlerini hedef alarak nöbetlerin başlamasını engellemekte ve nörolojik dengeyi sağlamaktadır (1). Tedavi sürecinde ilaçların bireysel olarak tolere edilebilirliği ve etkinliği dikkatle izlenmelidir (1). Farmakolojik tedavinin yanı sıra, JME tedavisinde yaşam tarzı değişiklikleri büyük bir öneme sahiptir. Uyku düzenine dikkat edilmesi, nöbetlerin kontrol altına alınmasında kritik bir rol oynamaktadır. Uykusuzluk, JME hastalarında nöbetleri tetikleyen en önemli faktörlerden biri olarak kabul edilmekte ve düzenli bir uyku alışkanlığı geliştirilmesi tedavi başarısını artırmaktadır. Ayrıca, stres yönetimi de JME hastalarında nöbet kontrolü için önemli bir unsurdur. Stres, beynin elektriksel dengesini bozarak nöbetlerin sıklığını artırabilmekte, bu nedenle hastaların stresle başa çıkma becerilerini geliştirecek destekleyici müdahalelere ihtiyaç duyulmaktadır (1, 41)

JME tedavisinde tetikleyici faktörlerin önlenmesi de kritik bir yer tutmaktadır. Alkol tüketimi, parlak ışık uyaranları ve düzensiz yaşam tarzı, JME nöbetlerini tetikleyen başlıca unsurlar arasında yer almaktadır. Özellikle fotik stimülasyona duyarlılık gösteren hastaların, parlak ışık yayan cihazlardan uzak durması veya koruyucu gözlük kullanması önerilmektedir. Bu tür tetikleyici faktörlerin fark edilmesi ve kontrol altına alınması, nöbetlerin önlenmesinde etkili olmaktadır. Psikososyal destekler, JME tedavisinin önemli bir parçası olarak kabul edilmektedir (1, 3, 4). JME hastalarında sıklıkla anksiyete, depresyon ve sosyal izolasyon gibi emosyonel zorluklar görülmekte, bu durum tedavi sürecini olumsuz etkileyebilmektedir. Bu bağlamda, bireysel psikoterapi, grup terapileri ve destek grupları gibi müdahaleler, hastaların emosyonel süreçlerini düzenlemede ve yaşam kalitelerini artırmada etkili olmaktadır. Ayrıca, aile desteği, JME hastalarının tedaviye uyumunu artırmakta ve hastalıkla başa çıkma süreçlerini kolaylaştırmaktadır (5-8, 37, 38, 42).

JME tedavisinde multidisipliner bir yaklaşım benimsenmesi gerekmektedir. Nörologlar, psikiyatristler, psikologlar ve diğer sağlık profesyonellerinin birlikte çalışması, tedavi sürecinin başarısını artırmaktadır. Ayrıca, hastaların ve ailelerinin hastalıkla ilgili bilgilendirilmesi, tedaviye olan bağlılığı güçlendirmektedir. Eğitim programları, JME hastalarının hastalıklarını daha iyi anlamalarını ve nöbet yönetimi konusunda daha bilinçli davranmalarını sağlamaktadır. Antiepileptik ilaçlar, nöbetlerin kontrol altına alınmasında etkili bir çözüm sunmuş ancak ilaç

tedavisinin tek başına yeterli olmadığı durumlarda bireyin bütüncül olarak ele alınması gerekliliği ortaya çıkmıştır (37, 38).

2.1.2. Pediatrik Migren

Pediatrik migren, çocukluk ve ergenlik döneminde sık görülen nörolojik rahatsızlıklardan biri olarak tanımlanmaktadır. Yetişkin migrenden farklı klinik özellikler sergileyen pediatrik migren, genellikle kısa süreli ancak yoğun ağrı atakları ile karakterize olmaktadır. Çocuklarda baş ağrısı şikâyetlerinin önemli bir kısmını oluşturan bu durum, bireylerin yaşam kalitesini önemli ölçüde etkilemiştir. Pediatrik migrenin, özellikle okul çağındaki çocukların akademik, sosyal ve emosyonel süreçlerini olumsuz etkilediği bilinmektedir. Bu rahatsızlık, sadece ağrıya neden olan bir sorun olarak değil, aynı zamanda bireylerin biyolojik, psikolojik ve çevresel etkileşimlerinin bir yansıması olarak ele alınmaktadır (2).

Pediatrik migrenin etiyolojisi, genetik ve çevresel faktörlerin bir araya gelmesiyle şekillenmektedir. Aile öyküsü, pediatrik migrende önemli bir risk faktörü olarak öne çıkmaktadır. Migreni olan çocukların genellikle birinci derece akrabalarında da benzer bir durumun görüldüğü tespit edilmiştir. Genetik yatkınlığın yanı sıra hormonal değişiklikler, stres, uyku düzensizlikleri ve bazı gıda tetikleyicilerinin de pediatrik migreni tetiklediği bilinmektedir. Özellikle ergenlik döneminde hormon seviyelerindeki değişimler, migren ataklarının sıklığını ve şiddetini artırabilmektedir. Pediatrik migrenin klinik belirtileri, yetişkin migrenden bazı farklılıklar göstermektedir. Çocuklarda migren ağrısı genellikle iki taraflı olmakta ve başın her iki tarafında hissedilmektedir (2, 33, 43). Ağrı, zonklayıcı bir karakter sergileyebilmekte ancak çocuklarda basınç hissi şeklinde de tanımlanabilmektedir. Migren atakları sırasında, bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobi gibi eşlik eden semptomlar sıkça görülmektedir. Ayrıca çocuklarda migren atağı süresi genellikle yetişkinlere göre daha kısa sürmektedir; bu süre çoğu zaman iki ile dört saat arasında değişmektedir. Pediatrik migrende, baş ağrısı ataklarına duygu durum değişiklikleri, halsizlik ve konsantrasyon güçlükleri de eşlik edebilmektedir (2).

Pediatrik migrende migren aurası adı verilen bir öncül semptom grubu da sıkça rapor edilmiştir. Aura, genellikle görsel bozukluklar, uyuşma veya konuşma güçlüğü gibi belirtilerle kendini göstermektedir. Çocuklarda aura semptomları yetişkinlere göre daha kısa süreli olabilmekte ve farklı şekillerde algılanabilmektedir (2, 33, 43). Aura semptomları, migren atağının öncesinde hastaların tetikte olmasını sağlamış ancak bazen bu semptomların erken

dönemde tanımlanamaması yanlış tanılara yol açmıştır. Pediatrik migrenin tanısı, genellikle klinik belirtilere dayanılarak konulmaktadır. Tanı sürecinde çocukların ayrıntılı öyküsünün alınması ve baş ağrısının özelliklerinin dikkatlice değerlendirilmesi gerekmektedir. Uluslararası Baş Ağrısı Derneği'nin (IHS) kriterleri, pediatrik migrenin tanısında yaygın olarak kullanılmaktadır. Bununla birlikte migrenle benzer semptomlar gösteren diğer nörolojik veya sistemik hastalıkların dışlanması amacıyla bazı durumlarda görüntüleme yöntemlerine ve laboratuvar testlerine başvurulmaktadır (2).

Pediatrik migrenin tedavisi, bireysel farklılıkları dikkate alan çok yönlü bir yaklaşımı gerektirmektedir. Tedavinin temel hedefi, migren ataklarının sıklığını ve şiddetini azaltmak, atak süresince hastanın yaşadığı rahatsızlığı gidermek ve yaşam kalitesini artırmak olmaktadır. Tedavi sürecinde farmakolojik yöntemlerin yanı sıra yaşam tarzı değişiklikleri ve psikososyal destekler de önemli bir yer tutmaktadır (2, 33, 43). Farmakolojik tedavi, akut migren ataklarının kontrol altına alınması ve profilaktik önlemler alınması şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Akut atak tedavisinde nonsteroid antiinflatuvar ilaçlar (NSAID'ler) ve triptanlar yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu ilaçlar, ağrının şiddetini azaltmakta ve atak süresini kısaltmaktadır. Profilaktik tedavi ise migren ataklarının sıklığını azaltmayı hedeflemektedir. Bu amaçla propranolol, topiramet ve amitriptilin gibi ilaçlar kullanılabilir ancak çocuklarda bu ilaçların kullanımı sırasında dozaj ayarlamalarına ve yan etkilerin dikkatle izlenmesine özen gösterilmesi gerekmektedir (2, 33, 43).

Pediatrik migren tedavisinde, yaşam tarzı değişiklikleri büyük bir öneme sahiptir. Düzenli uyku alışkanlıkları, dengeli bir beslenme programı ve fiziksel aktivitenin artırılması, migren ataklarının kontrol altına alınmasına katkı sağlamaktadır. Ayrıca stres yönetimi teknikleri, özellikle okul çağındaki çocuklar için migrenle başa çıkmada etkili bir destek sunmaktadır. Çocukların tetikleyici faktörleri tanımlaması ve bu faktörlerden kaçınması da migren ataklarının önlenmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Psikososyal destekler, pediatrik migren tedavisinin ayrılmaz bir parçasını oluşturmaktadır (43, 44). Migren ağrısının tekrar etme korkusu, çocuklarda sıklıkla anksiyete ve depresyon gibi emosyonel sorunlara yol açmıştır. Bilişsel-davranışçı terapi ve gevşeme teknikleri, bu tür sorunlarla başa çıkmada etkili olmaktadır. Ayrıca ailelerin eğitimi ve desteği, çocukların migrenle baş etme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmaktadır (44).

Genel olarak pediatrik migren, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimiyle ortaya çıkan ancak bireye özgü tedavi yaklaşımlarıyla kontrol altına alınabilen bir rahatsızlık olarak tanımlanmaktadır. Migrenin çocukluk dönemindeki etkilerinin anlaşılması ve bu etkilerin

uygun tedavi yöntemleriyle giderilmesi, çocukların yaşam kalitesini artırmada önemli bir rol oynamaktadır (44).

2.1.2.1. Aura ve Aurasız Migren

Pediyatrik migren, çocukluk ve ergenlik döneminde farklı klinik türler altında sınıflandırılmakta ve bu sınıflandırma, tedavi planlarının şekillendirilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Pediyatrik migrende temel ayırım, “auralı” migren ve “aurasız” migren olmak üzere iki farklı alt tür üzerinden yapılmaktadır (2). Auranın varlığı veya yokluğu, sadece migrenin semptomlarının niteliğini değil, aynı zamanda bu rahatsızlığın bireylerin günlük yaşamı üzerindeki etkilerini de belirlemektedir (2). Aura, genellikle migren atağından önce ortaya çıkan ve nörolojik semptomlarla karakterize olan bir öncül dönem olarak tanımlanmaktadır. Pediyatrik migren hastalarında aura, baş ağrısının başlamasından yaklaşık 5 ila 60 dakika önce görülen, kısa süreli, yoğun bir semptom grubunu içermektedir. Auranın en yaygın belirtisi, görsel bozukluklardır. Çocuklarda genellikle görme alanında parlak ışıklar, zigzag desenler veya kör noktalar gibi semptomlar ortaya çıkmıştır. Bunun yanı sıra, bazı çocuklarda karıncalanma hissi, uyuşma, konuşma güçlüğü ve denge kaybı gibi belirtiler de auranın bir parçası olarak gözlemlenmektedir. Aura, migren atağının habercisi olarak işlev görmektedir ve çoğu zaman baş ağrısının hemen ardından yerini migren semptomlarına bırakmaktadır (2, 45).

Auralı migren, çocuklarda daha nadir görülen ancak tanısında zorlanılan bir tabloyu içermektedir (2, 45-47). Aura semptomlarının bireyler arasında değişebilmesi, çocukların öznel nörolojik semptomlarının dile getirmekte zorlanması nedeniyle tanı sürecinde zorluklar yaşanabilmektedir (45- 47). Auralı migrenin mekanizmasında, beyinde kortikal yayılma depresyonu adı verilen bir süreç önemli bir yer tutmaktadır (2, 45-48). Bu süreç, korteks boyunca yayılan geçici bir elektriksel inhibisyon ile karakterize olmakta ve aura semptomlarının nörolojik temelini oluşturmaktadır. Aurasız migren, pediyatrik migren türleri arasında en sık görülen alt grup olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu türde migren atağı doğrudan baş ağrısı ve eşlik eden belirtilerle başlamaktadır. Aurasız migren, tipik olarak iki taraflı veya tek taraflı bir baş ağrısı ile karakterize olmaktadır. Zonklayıcı bir ağrı profili sergileyen bu tür migren, bulantı, kusma, fotofobi ve fonofobi gibi eşlik eden semptomlarla birlikte görülmektedir. Aurasız migren, çocuklarda genellikle daha kısa süreli bir atak süresi gösterir ve birkaç saat içinde sonlanabilir fakat sık tekrarlayan ataklar, çocukların okul performansını ve sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyebilir (2).

Aurasız migrenin mekanizması, beyindeki nörovasküler süreçlerle (geçici genişleme ve daralmalar) ilişkili olarak açıklanmaktadır. Bu migren türü de kronikleşebilir ve erişkinlik dönemindeki migren ile devamlılık gösterebilir (2). Auralı migren, çocuklarda deneyimlerin rahatsız edici ve anlaşılmakta zorlanılan doğası nedeniyle belirsizlik ve kaygıyı artırabilirken, aurasız migrende ise ani başlangıç ve yoğun ağrı şiddeti rahatsız edici öğreler olarak öne çıkmaktadır (2). Her iki migren türü de pediatrik yaş grubunda multidisipliner bir yaklaşımla ele alınmalı ve bireylerin fiziksel, emosyonel ve sosyal ihtiyaçlarına uygun bir tedavi planı oluşturulmalıdır (2).

2.1.2.2. Pediatrik Migrenin Nedenleri ve Risk Faktörleri

Pediatrik migren, çocukluk ve ergenlik döneminde sık görülen nörolojik bir rahatsızlık olarak karmaşık bir etiyolojiye sahiptir ve gelişiminde genetik, nörolojik ve çevresel etkenlerin karmaşık bir etkileşiminin rol aldığı düşünülmektedir (2). İkiz ve aile çalışmaları auralı migrende aurasız migrene kıyasla daha yüksek olmak üzere migren için kalıtılabilirliği % 35.0- 60.0 arasında bildirmektedir. Diğer yandan genom çapında ilişkilendirme çalışmaları (GWAS, “genome wide association studies”) ile özellikle nöron ve damar işlevini etkileyen yüz seksenin üzerinde genetik polimorfizm saptanmıştır. Bu polimorfizmlerin kortikal depresyonun yanı sıra glutamat ve kalsiyum kanallarının rol aldığı nöral iletileri etkilediği düşünülmektedir (2, 43). Ailesel hemiplejik migren gibi monogenik migren formlarında CACNA1A, ATP1A2 (Sodyum/potasyum taşıyan ATPase alt birimi alfa-2’yi kodlar), SCN1A (voltage kapılı sodyum kanallarının $\alpha 1$ alt ünitesini kodlar) ve PRRT2 (Prolin açısından zengin transmembran proteini kodlar) gibi genlerde mutasyonlar görülebilmektedir. Ancak diğer çoğu pediatrik migren olgusu poligeniktir ve çevresel veya epigenetik etkenlerle etkileşim içerisindeki düşük etkili genetik varyantları içerdiği düşünülmektedir (2, 43). Pediatrik migrende merkezi sinir sisteminde görülen aşırı uyarılabilirliğe uyarıcı (glutamat) ve inhibitör (GABA) nörotransmitter dengesizliğinin katkıda bulunduğu kabul edilmektedir (2). Serotonin, dopamin ve melatonin gibi nöromodülatörlerin işlev farklılığı da hem migren hem de ilişkili diğer bozukluklara katkıda bulunabilmektedir (2, 43).

Pediatrik migrende uyku sorunları, akademik stres, beslenme alışkanlıkları, ekran karşısında geçirilen zaman gibi çevresel risk etkenleri rol alabilmektedir. Uyku sorunları uykusuzluğun yanı sıra aşırı uyumayı da içerebilir. Stres ile hipotalamus-hipofiz-adrenal eksenin (HPA) aktivasyonu migren yatkınlığını artırabilmektedir. Migren ataklarının tipik olarak stresör yaşandıktan hemen sonra, rahatlatma döneminde geçirildiği bildirilmiştir. Diyet

ve beslenme ile ilgili faktörler ise öğünleri atlama/ unutmayı (hipoglisemi), dehidratasyonu, bazı peynirler, nitrat içeren işlenmiş etler, çukulata, yapay tatlandırıcıları içerebilmektedir. Çocukluk çağında taciz, ihmal ve benzeri olumsuz yaşam olaylarının da olasılıkla epigenetik düzenekler ve stres yanıt sistemleri aracılığı ile migren riskini artırabildiği bildirilmiştir (2, 43). Cinsiyet ve yaş migren görünümünü etkileyebilmektedir. Puberte öncesi migrenin erkeklerde daha sık olduğu ancak puberte sonrası kızlarda özellikle östrojeni içeren hormonal değişimler nedeniyle migren yaygınlığının artarak erkekleri geçtiği saptanmıştır (2). Ergen kızlarda adet döngüsü ile ilişkili migren atakları görülebilmektedir. Bunun dışında çevresel uyaranlar da pediatrik migrenin risk faktörleri arasında sayılmaktadır. Parlak ışıklar, yoğun sesler ve güçlü kokular gibi çevresel uyaranların migren ataklarını tetiklediği bilinmektedir. Özellikle fotik stimülasyon, çocuklarda migrenin yaygın bir tetikleyicisi olarak öne çıkmıştır. Çocukların bu tür uyaranlara maruz kalma süresinin azaltılması, migren yönetiminde etkili bir önlem olarak değerlendirilmektedir (2).

2.2. Emosyonel Şemalar ve Emosyon Düzenleme

Emosyonel şemalar, bireylerin çocukluk döneminden itibaren geliştirdiği ve duygularını anlamlandırmak için kullandığı bilişsel ve duygusal yapıları ifade etmektedir. Bu şemalar, bireylerin geçmişteki deneyimlerine, öğrenilmiş davranışlarına ve çevresel etkileşimlerine dayalı olarak şekillenmekte ve bireyin dünyayı algılama/ yorumlama biçimlerini etkileyebilmektedir (27).

Dolayısıyla emosyonel şemalar duyguların düzenlenmesinde rehberlik eden zihinsel çerçeveler olarak işlev görebilir ve bireylerin kendileri, diğerleri ve çevreleri hakkındaki inançlarını yapılandırabilir. Olumlu emosyonel şemalar bireylerin duygularını sağlıklı bir şekilde yönetmelerine ve duygusal dayanıklılık düzeylerinin artmasına katkı verenleri içerirken olumsuz/ işlevi bozucu olanlar ise bireylerin duygularını yönetme becerilerini bozabilir ve stres, kaygı yada depresyon gibi psikopatolojilere katkıda bulunabilir (27, 49).

Emosyon düzenleme ise bireylerin duygularının içeri ve şiddetlerini öncelikli hedeflerine uygun biçimde kontrol edip düzenleyebilmeleri ve uygun tepkiler verme becerilerini ifade etmektedir (28). Yaygın olarak kabul edilen süreç modeli, sürecin bireyin duygularını tanımlaması, anlamlandırması ve bu duygulara yönelik etkili stratejiler kullanmasını içerdiğini öne sürmektedir (28). Emosyon düzenleme becerileri ile duygular ne aşırı yoğun olarak yaşanmakta ne de bastırılmakta böylece birey duygusal olarak dengeli bir şekilde işlev görebilmektedir. Emosyon düzenleme stratejileri uyumu sağlayıcı (adaptif) veya

uyumu bozucu (maladaptif) olarak sınıflandırılabilir (28, 49, 50). Adaptif stratejiler bireylerin duygularını öznel hedeflerine yönelik olarak ve sağlıklı biçimde yönetmelerini sağlayan sorun çözme, bilişsel yeniden çerçeveleme veya duygusal destek arama gibi yöntemleri içermektedir. Diğer yandan uyumu bozucu stratejileri se bireylerin duygusal deneyimlerini yeterince kontrol edememeleri veya öznel hedefleri ile uyumsuz tepkiler geliştirmeleri ile ilişkilidir ve kaçınma, duyguları bastırma, aşırı tepki verme gibi yöntemleri içerebilmektedir (28, 50).

Emosyonel şemalar bireylerin tercih ettikleri emosyon düzenleme stratejilerini etkileyebilmektedir. Sonuçta olumsuz emosyonel şemaları olan bireyler duygu düzenleme zorlukları yaşayabilmektedir. Örneğin süregelen reddedilme korkusu yaşayan veya çevredeki diğer bireyleri tehdit edici olarak algılayan kişiler uyumu bozucu emosyon düzenleme stratejilerini tercih edebilmektedir (28, 50- 52). Diğer yandan olumlu emosyonel şemalar ise bireylerin duygularını uyumlarını destekleyici biçimde düzenlemelerine olanak sağlamaktadır.

Emosyon düzenleme becerileri yalnızca psikolojik sağlık ve esenlik üzerinde değil, aynı zamanda fiziksel sağlık üzerinde de etkili olabilir. Etkili emosyon düzenleme becerileri stres düzeyini azaltabilir, bağışıklık sistemini güçlendirebilir ve genel sağlık ve iyilik halini destekleyebilir (53, 54). Diğer yandan uyumu bozucu emosyon düzenleme stratejileri ise farklı ruhsal ve bedensel bozukluklarla ilişkili olabilir (52- 54). Bu bağlamda JME ve pediatrik migren olgularında emosyonel şemalar ve emosyon düzenleme becerilerinin değerlendirilmesi ile olguların bireye özgün tedavilerinin sağlanabileceği ve esenlik hallerinin desteklenebileceği düşünülebilir (8- 12, 15- 26).

2.2.1. Emosyonel Şemalar

Emosyonel şemalar, bireylerin duygusal deneyimlerini anlamlandırma, organize etme ve bu deneyimlere yanıt verme biçimlerini belirleyen bilişsel-duygusal yapı taşları olarak tanımlanmaktadır. Bu şemalar, bireylerin yaşam boyu kazandıkları deneyimler, sosyal etkileşimler ve çevresel faktörler tarafından şekillendirilmekte ve duygusal tepkilerinin temelini oluşturmaktadır. Emosyonel şemalar, bireyin kendisi, diğerleri ve dünya hakkındaki duygusal ve bilişsel inançlarını ifade etmekte ve bu inançlar bireylerin yaşam olaylarına verdikleri tepkilerde belirleyici bir rol oynamaktadır. Emosyonel şemaların gelişimi, erken çocukluk döneminde başlamaktadır (27, 52).

Çocukların bakım verenleriyle olan ilişkileri, duygusal deneyimlerini nasıl organize edeceklerini öğrenmelerinde kritik bir rol oynamaktadır. Özellikle güvenli bağlanma ilişkileri,

olumlu emosyonel şemaların oluşumunu desteklemiştir. Güvensiz bağlanma veya travmatik deneyimler ise, bireylerin duygusal şemalarında bozulmalara yol açmakta ve bu durum ilerleyen yaşamlarında emasyon düzenleme sorunlarına neden olmaktadır. Örneğin ihmal veya istismar gibi olumsuz deneyimler, bireylerde reddedilme, değersizlik veya yetersizlik hissi gibi disfonksiyonel emosyonel şemaların gelişmesine katkıda bulunmuştur (55).

Sonuç olarak emosyonel şemaların, bireylerin duygusal tepkilerinin oluşumunda önemli rol oynadığı söylenebilir. otomatik hale gelmesinde önemli bir role sahiptir (52). Jeffrey Young tarafından geliştirilen şema terapi modelinde, bireylerin erken çocukluk döneminde çekirdek emosyonel ihtiyaçlarının karşılanmaması ile erken uyumu bozucu şemalar gelişmekte, bu şemalar ise uyumu bozucu başa çıkma biçimleri ve eşma modları ile ortaya çıkmaktadır (27, 52). Young, şemaları “şema alanları” içerisinde gruplamıştır. Bu alanlar, erken çocukluk dönemindeki temel ihtiyaçlar ve bu ihtiyaçların karşılanmaması ile ilişkili erken dönem uyumu bozucu şemalar tablo 1 içerisinde gösterilmiştir (27, 52, 56).

Tablo 2.1. Young’un tanımladığı erken dönem uyumsuz şemalar ve ilişkili şema alanları

Şema Alanı	Temel ihtiyaçlar	İlişkili şemalar
Ayrılma/ Reddedilme (kopukluk)	Başkalarına güvenli bağlanma (güvenlik, kabul, bakım ve benimsenme)	Terk edilme/ istikrarsızlık* Güvensizlik/ suistimal edilme Duygusal yoksunluk* Kusurluluk/ utanç* Sosyal izolasyon/ Yabancılaşma*
Zedelenmiş özerklik/ başarısızlık	Özerklik, yeterlilik, kimlik hissi	Bağımlılık- yetersizlik Hastalık ve zarar görmeye dayanıksızlık* Yapışıklık- gelişmemiş benlik- iç içelik* Başarısızlık*
Zedelenmiş sınırlar	Gerçekçi sınırlar ve özdenetim	Hak görme- büyüklenmecilik Yetersiz öz denetim/ öz disiplin*
Başkalarına yönelimlilik	İhtiyaç ve duygularını ifade özgürlüğü	Boyun eğicilik Kendini feda etme* Onay/ tanınma arayıcılık*
Aşırı tetikte olma- tutukluk/ baskılanma (yüksek standartlar)	Kendiliğindenlik ve oyun	Olumsuzluk- karamsarlık* Duygusal baskılama- ketleme* Yüksek standartlar- aşırı eleştiricilik* Cezalandırıcılık- acımasızlık*

*Ülkemizdeki geçerlik- güvenilirlik çalışmalarında saptanan şemalar

Bireyin anlık olarak etkinleşen şemaları ve ilişkili duygusal ve davranışsal tepkileri “şema modu” olarak adlandırılmaktadır. Şema modları deneyimlenen duygularla baş etme amacı ile etkinleşmekte ve uyumu destekleyici ya da bozucu olabilmektedir. Modlar bireyin

önceden hassasiyet geliştirmiş olduğu yaşam olayları ile tetiklenmektedir (27, 52). Şema modları tablo 2 içerisinde gösterilmiştir (57- 60).

Tablo 2.2. Young'un tanımladığı erken dönem uyumsuz şemaların etkinleşmesi ile görülen şema modları (57-60).

Şema Modu	İçeriği	Görünümü
İşlevsel olmayan “çocuk”	Kırılganlık - incinebilirlik	Yalnız çocuk Terk edilmiş- kötüye kullanılmış çocuk Küçümsenmiş- aşağılanmış çocuk Bağımlı çocuk
	Öfke	Öfkeli çocuk İnatçı çocuk Hiddetli çocuk
	Denetim eksikliği	Dürtüsel çocuk Denetimsiz çocuk
İşlevsel olmayan “ebeveyn”	Ceza	Cezalandırıcı ebeveyn
	Eleştiri	Talepkar ebeveyn
İşlevsel olmayan “başa çıkma”	Teslim olma	Söz dinleyen, teslim olan
	Kaçınma	Kopuk- korungan Kaçingan- korungan Öfkeli- korungan Kopuk- kendini uyuşturan
	Aşırı telafi	Büyükleme İlgi bekleyen Aşırı denetimci Mükemmeliyetçi- aşırı denetimci Paranoid- aşırı denetimci Zorba- saldırgan Entrikacı- manipülatif Kurnaz- avcı
İşlevsel-sağlıklı	Mutlu	Çocuk
	Sağlıklı	Yetişkin

Etkinleşen şemalar ve şema modları bireylerin emasyon düzenleme süreçlerini doğrudan etkilemektedir. Olumsuz emasyonel şemalar, bireylerin duygusal durumlarını anlamlandırmasını ve yönetmesini zorlaştırmaktadır. Örneğin yetersizlik şeması taşıyan bir birey, stresli bir durumda kendisini suçlama eğilimi gösterebilmekte ve bu durum duygusal yükün artmasına neden olmaktadır. Buna karşın, olumlu emasyonel şemalar, bireylerin stresle daha etkili başa çıkmasına olanak tanımaktadır (57- 60).

Sağlıksız emasyonel şemalar, anksiyete, depresyon, yeme bozuklukları ve ilişki sorunları gibi birçok psikolojik rahatsızlıkla ilişkilendirilmiştir. Bu nedenle emasyonel şemaların fark edilmesi ve dönüştürülmesi, psikolojik iyilik halinin artırılmasında önemli bir müdahale alanı sunmaktadır. Özellikle bilişsel-davranışçı terapi ve şema terapisi, bireylerin olumsuz şemalarını yeniden yapılandırmalarına yardımcı olmakta ve daha sağlıklı emasyonel düzenleme stratejileri geliştirmelerini desteklemektedir (27, 52, 57- 60).

2.2.1.1. Emasyonel Şema Kavramı ve Kuramsal Temelleri

Emasyonel şema kavramı, bireylerin duygusal deneyimlerini nasıl algıladıklarını, anlamlandırdıklarını ve organize ettiklerini açıklayan bir çerçeve sunmaktadır. Kuramsal olarak emasyonel şema kavramı birçok farklı psikolojik yaklaşım ve modelin kesişim noktasında yer almaktadır. Psikanalitik teoriden bilişsel-davranışçı yaklaşımlara kadar birçok farklı disiplin, bu kavramın gelişimine katkıda bulunmuştur. Psikanalitik teori, bireylerin çocukluk deneyimlerinin duygusal işleyişleri üzerindeki etkisini vurgulamış ve erken yaşta kazanılan deneyimlerin bireyin yaşam boyu süren duygusal yapılarının temelini oluşturduğunu ileri sürmüştür. Örneğin bakım veren ile olan ilişkilerde yaşanan olumlu veya olumsuz deneyimlerin, bireyde güven, korku, yetersizlik veya değersizlik gibi duygusal temaların gelişimine neden olduğu belirtilmiştir (27, 52, 57-59).

Bilişsel-davranışçı yaklaşım, bilişsel- emasyonel şemaların bireylerin düşünce, duygu ve davranışlarını şekillendirdiğini öne sürmüştür. Bu görüşte erken dönem yaşantıların bireyde kendisi, diğerleri ve çevredeki olayları anlamlandırmakta yardımcı olan otomatik ve örtük yapılar olan bilişsel-emasyonel şemaları şekillendirdiği düşünülmektedir. Şemalar, ara inançlar ve otomatik düşünceler aracılığı ile olaylara yönelik atıfları şekillendirmektedir. Örneğin, bir bireyin kendisi hakkında geliştirdiği yetersizlik şeması, onun stresli bir durumda aşırı öz eleştiri yapmasına ve duygusal olarak kendisini kötü hissetmesine neden olmaktadır (61).

Kişiler arası ilişkiler teorisi de emasyonel şemaların gelişimini açıklamada önemli bir bakış açısı sağlamaktadır (62, 63). Bu teori ve bağlanma kuramı bireylerin erken yaşta bakım

verenleriyle kurduğu ilişkilerin, duygusal şemaların temelini oluşturduğunu öne sürmektedir. Güvenli bir bağlanma ortamında yetişen bireylerin olumlu emosyonel şemalar geliştirdiği, buna karşın ihmal, reddedilme veya istismar gibi olumsuz deneyimlerin bireylerde sağlıklı şemalara yol açtığı belirtilmiştir. Bu bağlamda, emosyonel şemalar, bireylerin gelecekteki ilişkilerinde duygusal tepkilerinin ve davranış kalıplarının temelini oluşturmuştur (55). Bu şemalar, bireylerin yaşam boyu kazandıkları deneyimlerden etkilenmekte ve onların duygusal süreçlerini şekillendirmektedir. Kuramsal temelleri, psikanalitik teori, bilişsel-davranışçı yaklaşımlar ve kişilerarası ilişkiler teorisi gibi birçok farklı disiplin tarafından ele alınmış olan emosyonel şemalar, bireylerin psikolojik sağlıkları üzerinde belirleyici bir etkiye sahiptir. Olumlu şemalar, bireylerin daha sağlıklı duygusal tepkiler geliştirmesine katkı sağlarken olumsuz şemalar emosyon düzenleme sorunlarına ve psikolojik rahatsızlıklara yol açabilmektedir (27).

Jeffrey Young tarafından geliştirilen Şema Terapi Modeli, emosyonel şema kavramına önemli bir katkıda bulunmuş ve bu şemaların bireylerin temel duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasıyla şekillendiğini öne sürmüştür. Young, emosyonel şemaların bireylerin yaşam boyu süren duygusal kalıplarını temsil ettiğini ve bu şemaların bireylerin psikolojik iyi oluşları üzerinde belirleyici bir rol oynadığını belirtmiştir. Bu modele göre bireylerin güvenlik, bağlanma, özerklik, yeterlilik ve öz değer gibi temel duygusal ihtiyaçlarının karşılanma düzeyi, sağlıklı veya sağlıklı şemaların oluşumunu belirlemektedir. Temel ihtiyaçları karşılanmayan bireylerde terk edilme, yetersizlik, kusurluluk gibi olumsuz şemaların geliştiği ve bu şemaların bireylerin duygusal düzenleme becerilerini olumsuz etkilediği görülmektedir (27, 52, 57-59).

2.2.2. Emosyon Düzenleme

2.2.2.1. Nörolojik Bozukluklarda Emosyon Düzenleme Sorunlarının Rolü

Nörolojik bozukluklar, bireylerin yalnızca fiziksel sağlıklarını değil, aynı zamanda duygusal ve psikolojik süreçlerini de derinden etkilemektedir. Emosyon düzenleme, bireylerin duygusal durumlarını tanıması, bu durumları kontrol etmesi ve uygun tepkiler geliştirmesi süreçlerini ifade etmektedir (28). Nörolojik bozukluklara sahip bireylerde, bu süreçlerde aksaklıklar görülmekte ve bu durum bireylerin stresle başa çıkma kapasitelerini olumsuz etkilemektedir. Örneğin JME olgularında emosyon tanıma ve düzenleme sorunlarının yaşanabildiği ve B kümesi kişilik özelliklerinin artmış olduğu bildirilmektedir (8-12). Pediyatrik migren tanılı hastalarda da emosyon tanıma ve düzenleme sorunları görülebilmekte ve bu sorunlar migrenin süregelenleşmesine katkıda bulunabilmektedir (20- 25).

Psikososyal müdahaleler, nörolojik bozukluklarda emasyon düzenleme sorunlarının yönetiminde etkili bir araç olarak öne çıkmaktadır. Bilişsel-davranışçı terapi, mindfulness temelli yaklaşımlar ve grup terapileri, bu bireylerin emasyon düzenleme becerilerini geliştirmelerine katkı sağlamaktadır. Bu yaklaşımlar, bireylerin duygusal farkındalıklarını artırmakta ve daha sağlıklı düzenleme stratejileri geliştirmelerine olanak tanımaktadır4 (29, 33, 37). Sayılan nedenlerle bu çalışmada JME ve pediyatrik migren tanılı ergenlerde emosyonel şemalar, emasyon düzenleme becerileri ve öznel olarak bildirilen yakınmaların değerlendirilmesi ve kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır.



3. YÖNTEM

3.1.Çalışma Merkezi, Zaman Aralığı, Etik ve Örneklem

Bu tez çalışması Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi BD polikliniğinde ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde 01.09.2024 ve 01.02.2025 tarihleri arasında yürütülmüştür. Tez çalışması için Başhekimlik (18.07.2024 tarih ve E-33443051-903.99-248962774 sayılı) ve yerel etik kurul onayı 20.08.2024 tarih ve 249 Sayılı alınmıştır. Çalışma prosedürleri Helsinki Bildirgesi ve ülkemiz mevzuat ve yasalarına uygun olarak yürütülmüştür. Çalışma öncesinde üç grupta, altı ölçümü üç yordayıcı ile ve çok değişkenli varans analizi (MANOVA) ile $p=0.05$ düzeyinde % 95.0 güçle değerlendirebilmek ve orta etki boyutunda ($f^2= 0.0625$) saptayabilmek için 163 katılımcıya ihtiyaç duyulacağı hesaplanmıştır (64). Her gruptan 32 katılımcı ile toplam 96 kişilik bir örneklemde ise % 71.0 güç sağlanabilmektedir. Dolayısıyla bu çalışmada toplam 96 ergenin değerlendirilmesi hedeflenmiş ancak çalışma süresi içerisinde 80 ergene erişilebilmiş ve % 62.2 güç sağlanabilmiştir (64).

3.2. İşleme ve Dışlama Ölçütleri

JME ve Migren olguları için;

- 12 -18 yaş arasında olan
- BAİBÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Çocuk Nöroloji Bilim Dalı tarafından JME ve/ veya Migren tanıları ile takip ediliyor olan
- Halen ÇERSAH polikliniğinde nörogelişimsel bozukluk veya psikiyatrik bozukluk tanısı ile takip ediliyor ve tedavi alıyor olmayan
- Mental retardasyon ve psikoz eş tanısının olmayan
- Test, ölçek ve değerlendirmelere uyumu etkileyebilecek süreğen fiziksel hastalık veya özürlü bulunmayan
- Ebeveynlerin çalışmaya katılım için yazılı aydınlanmış onam, ergenlerin ise yazılı onay vermiş olduğu olgular dâhil edilmiştir.

Kontrol grubu için;

- 12-18 yaş arasında olan
- Bayılma veya ağrı yakınması ile BAİBÜ Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Çocuk Nöroloji Bilim Dalına başvuran ancak epilepsi ve/ veya çocukluk çağı baş ağrısı tanısı almayan

- Halen ÇERSAH polikliniğinde nörogelişimsel bozukluk veya psikiyatrik bozukluk tanısı ile takip ediliyor ve tedavi alıyor olmayan
- Mental retardasyon ve öğrenme güçlüğü olmayan
- Test, ölçek ve değerlendirmelere uyumu etkileyebilecek süregelen fiziksel hastalık veya özürünün bulunmayan
- Ebeveynlerin çalışmaya katılım için yazılı aydınlanmış onam, ergenlerin ise yazılı onay vermiş olduğu olgular dahil edilmiştir.

3.3. Ölçüm Araçları

3.3.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Bu form araştırmacılar tarafından katılımcıların yaşı, cinsiyeti, sınıfı, akademik başarısı (Ders ortalaması 80-100 = iyi, 60- 80= orta, 60 veya altı= düşük), akran ilişkileri (en az bir yakın arkadaş varlığı= iyi, yakın arkadaş bulunmaması= kötü) geçmişte psikolojik destek/ psikiyatrik tedavi başvurusu olup olmadığı, oldu ise hangi yöntemlerin kullanıldığı, kardeş sayısı, aile yapısı (anne- baba beraber, anne-baba ayrı/ boşanmış/ dul), ebeveynlerin yaş (yıl), eğitim (ilköğretim veya altı, orta okul, lise, yüksek okul veya üzeri) ve işleri (ev hanımı/ işsiz, işçi, memur, serbest meslek, emekli) hakkında bilgi toplamak amacıyla geliştirilmiştir. Ebeveynlerin geçmişte tedavi gerektiren fiziksel ve/ veya psikiyatrik bozuklukları olup olmadığı ve varsa bu bozuklukların ne olduğu da kaydedilmiştir.

JME olgularında ek olarak; nöbet başlangıç yaşı (yıl), nöbet zamanlaması (gün içinde), nöbet sıklığı, nöbet tipi/ tipleri, nöbet tetikleyicileri (praksis, uykusuzluk, uyku, hiperventilasyon, fotosensitivite, göz kapama, adet görme), EEG bulgusu/ bulguları, epilepsi için aile öyküsü, antiepileptik tedavi öyküsü (geçmiş), antiepileptik tedavi öyküsü (güncel) ve dozları kaydedilmiştir.

Migren olgularında; birden çok tipte baş ağrısı olup olmadığı, baş ağrısı başlangıç yaşı (yıl), ilk atak için tetikleyiciler (uykusuzluk, uyku, adet görme, düşme), Sıklık (< 1/ ay, 1-3/ ay, 1/ hafta, 2-3/ hafta, > 3/ hafta, her gün, sürekli, diğer), ne zamandır belirtilen sıklıkta olduğu, en sık ne zamanlar olduğu (hafta sonları, hafta içi, tatillerde, sabah, öğleden sonra, akşam, değişken), sıklığın artıp artmadığı, süresi (ilaçla, dk/ saat/ gün ve ilaçsız dk/ saat/ gün), şiddeti (0-10 arası, Görsel Analog Skala ile), yeri (alın/ şakak/ ense/ gözlerin etrafı/ gözlerin arkası/ tümü) ve yönü (tek tarafta/ her iki tarafta/ zamanla taraf değiştiren), biçimi (nabız gibi atma, sıkıştırma, bıçak batır gibi, baskı, yanma, keskin/ künt) ve ağrıyı şiddetlendiren etkinlik olup

olmadığı, ağrıya eşlik eden semptomlar (bulantı, kusma, fotosensitivite, sese hassasiyet, kokuya hassasiyet, bayılacak gibi hissetme, baş dönmesi, gözlerin sulanması, burnun akması, iştahsızlık, karın ağrısı, yorgunluk, kulak çınlaması, görme sorunları, kafa karışıklığı, düşünme/ yürüme/ ellerini kullanma/ konuşma güçlüğü) ve ağrı öncesi görme ile ilgili semptomlar (görsel aura: zigzag çizgiler, parlayıp sönen ışıklar, bir yönde görme kaybı, görme bulanıklığı, tünel görüşü, çift görme, tam görme kaybı, diğer). Ağrı öncesi görme ile ilgili semptomların süresi (dk/ saat) ve ağrının başlangıcına kadar geçen süre (dk/ saat), görme ile ilgili semptomları ağrı olmadan da deneyimlenip deneyimlenmediği, ağrı öncesi, öncül semptomlar (yorgunluk, sinirlilik, hiperaktivite, depresif hissetme, “tam sağlıklı” hissetmeme, yemeklere aşırma, aşırı konuşma, konuşma güçlüğü, gözlerin içe çökmesi, yüz kızarması, ishal, kabızlık) ve bu semptomların ağrıdan ne kadar önce fark edildiği (dk/ saat/ gün), baş ağrısını tetikleyenler (beslenme [oruç tutma/ aç kalma, çukulata, kafein, abur cubur, diğer], fiziksel [öksürme, konuşma, çiğneme, spor yapma], endokrin [adet öncesi, adet sırasında, adet sonrasında], stres [okul, ev, diğer], çevresel [alerjiler, hava durumu değişimleri, yükseklik, gün ışığı, kokular, aydınlatma, gürültü, diğer], uyku [uykusuzluk, aşırı uyuma, uyku/ uyanıklık değişimi, diğer] ve hafifletenler (uzanma, karanlık ve sessiz bir ortam, sıcak kompres, soğuk kompres, hareket etme, ayakta durma, masaj, diğer), alerjiler, işlevsellik (PedMIDAS değerlendirmesi ile), migren tipi, EEG bulgusu/ bulguları, migren için aile öyküsü, abdominal migren/ çocukluk benin paroksizmal vertigo/ siklik kusma öyküsü, geçmiş ve güncel tedaviler ve dozları kaydedilmiştir.

3.3.2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi (K- SADS-PL)

K-SADS-PL 6- 18 yaş arası çocuk ve ergenlerde yaşam boyu ve güncel psikopatolojilerin DSM-IV-TR ölçütlerine göre değerlendirilebilmesi için geliştirilmiş yarı yapılandırılmış bir görüşmedir (65). K-SADS-PL daha sonra DSM-5 ölçütlerine göre güncellenmiş ve görüşme formunun Türkçe çevirisi hem ilk hem de gözden geçirilmiş biçiminde geçerli ve güvenilir bulunmuştur (66, 67). Katılımcılar K-SADS-PL için eğitim almış ÇERSAH Arş. Gör. Dr. Mustafa ÇOBANER tarafından değerlendirilmiştir.

3.3.3. Klinik Global İzlem Ölçeği (KGİ)

KGİ, Amerika Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü tarafından geliştirilmiş, klinisyenin değerlendirdiği bir ölçektir (68). Bozukluk şiddeti, düzelme ve tedavi ile ilişkili yan etkilerin

değerlendirildiği üç bölümden oluşmaktadır. Türkçe çevirisi geçmiş çalışmalarda yaygın olarak kullanılmıştır (69). Katılımcılar KGI ile ÇERSAH Arş. Gör. Dr. Mustafa ÇOBANER tarafından değerlendirilmiştir.

3.3.4. Young Şema Ölçeği- Kısa Form-3 (YŞÖ-KF-3)

YŞÖ-KF-3 Jeffrey E. Young tarafından (57, 70- 72) erken dönem uyumsuz şemaların (EDŞ) değerlendirilmesi için geliştirilmiş, 90 maddelik, likert-tipi bir öz bildirim ölçeğidir. On üç yaş ve üzeri bireylerde kullanılabileceği bildirilmektedir. EDŞ yaşamın erken döneminde çekirdek emosyonel gereksinimlerin karşılanmaması sonucunda gelişen bilişsel yapılardır ve otomatik bellek örüntülerini, duyguları, bilişleri ve vücuttaki hisleri içerebilmektedir. EDŞ'lerin oluştukları dönemde uyuma dönük oldukları ancak yaşamın sonraki dönemlerinde devamlarının psikopatoloji riskini artırabildiği bildirilmiştir (57, 70- 72). YŞÖ-KF3'te Kopukluk ve Reddedilmişlik, Zedelenmiş Otonomi ve Kendini Ortaya Koyma, Zedelenmiş Sınırlar, Diğeri Yönelimlilik, Aşırı Tetikte Olma ve Bastırılmışlık şema alanlarını kapsayan 18 boyut önerilmiştir. Şema alanları içerisindeki alt ölçekler ise Terk Edilme/ İstikrarsızlık, Güvensizlik/ Suiistimal Edilme, Duyguları Bastırma, Kusurluluk/ Utanma, Sosyal İzolasyon/ Yabancılaşma, Bağımlılık/ Yetersizlik, Hastalıklar ve Tehditler Karşısında Dayanıksızlık, İç İç Geçme/ Gelişmemiş Benlik, Başarısızlık, Hak Görme/ Büyüklük, Yetersiz Özdenetim, Boyun Eğicilik, Kendini Feda Etme, Onay Arayıcılık, Karamsarlık, Duygusal Yoksunluk, Yüksek Standartlar/ Aşırı Eleştiricilik ve Cezalandırıcılık olarak tanımlanmaktadır (57, 70- 72). Ölçekteki maddeler 1 ("Beni hiç tanımlamıyor") ile 6 ("Beni mükemmel şekilde tanımlıyor") arasında puanlanmaktadır. Ölçekte herhangi bir kesme puanı belirlenmemiş ancak yüksek puanların çok sayıda ve şiddetli derecede uyumsuz şemaların varlığına işaret ettiği belirtilmiştir. YŞÖ-KF-3'ün Türkçe çevirisi geçerli ve güvenilir olarak saptanmıştır (56). Ölçek geçmişte ülkemizde ergenler üzerinde yürütülmüş olan çalışmalarda kullanılmıştır (20, 21, 49, 73). Bu çalışmada katılımcı ergenler YŞÖ-KF-3'ü doldurmuştur.

3.3.5. Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ)

EİDDÖ Phillips ve Power (74) tarafından ergenlerin duygu düzenleme becerilerini değerlendirebilmek amacıyla geliştirilmiştir. EİDDÖ, beşli likert-tipinde puanlanan (1: Hiçbir zaman, 2: Nadiren, 3: Bazen, 4: Çoğu Zaman ve 5: Her zaman) ve dört alt ölçeği (içsel işlevsel duygu düzenleme, içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme, dışsal işlevsel duygu düzenleme ve dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme) içeren 19 maddeden oluşmaktadır. En yüksek

puan alınan alt boyutun ergenin en sık başvurduğu duygu düzenleme yöntemini yansıttığı düşünülmektedir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenirlik çalışması Duy ve Yıldız (75) tarafından gerçekleştirilmiştir. EİDDÖ bu çalışmada katılımcı ergenler tarafından doldurulmuştur.

3.3.6. Kısa Semptom Envanteri (KSE)

KSE Derogatis (76) tarafından geliştirilmiş 53 maddelik bir, beşli likert-tipi (0: Hiç ve 4: Çok fazla arasında) öz bildirim ölçeğidir. Dokuz alt ölçek, üç global indeks ve ek maddelerden oluşmaktadır. Alt ölçekler somatizasyon, obsesif kompulsif bozukluk, kişiler arası duyarlılık, depresyon, anksiyete, hostile, fobik anksiyete, paranoid düşünceler ve psikotizm şeklinde listelenirken, global indekslerin rahatsızlık ciddiyeti indeksi, belirti toplamı ve semptom rahatsızlık indeksini içerdiği bildirilmektedir. KSE Türkçe formunun geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiş ve ergenlerle yürütülmüş olan çalışmalarda kullanılmıştır (77, 78). KSE bu çalışmada ergenler tarafından doldurulmuştur.

3.3.7. Görsel Analog Skala (GAS)

GAS ilk olarak 1921’de Hayes ve Patterson tarafından geliştirilmiştir ve bu tarihten beri epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda ağrı şiddetini değerlendirmek amacıyla kullanılmaktadır (79, 80). GAS içerisinde sunulan ve ağrı şiddetinin üzerinde işaretlenmesi istenen çizgi genellikle yataydır ve 100 mm uzunluğundadır. Çizginin iki tarafı da ağrı şiddetini tanımlayan sözel belirteçlerce sabitlenmiştir (“ağrı yok” ve “en kötü ağrı” gibi). Çocuklardan o an hissettiği ağrı şiddetini gösteren noktayı işaretlemesi istenir. GAS 8 yaş ve üzeri çocuklara rahatlıkla uygulanabilmekte ve çocuklarda dikey olarak sunulmasının daha faydalı olduğu bildirilmektedir (79, 80). GAS bu çalışmada migren tanılı ergenler tarafından doldurulmuştur.

3.3.8. Pediyatrik Migren Özürülük Değerlendirme Ölçeği (PedMIDAS)

MIDAS ya da Migren Özürülük Değerlendirme Ölçeği Stewart ve arkadaşları tarafından migren başta olmak üzere baş ağrılarının işlevsel sonuçlarını değerlendirebilmek için geliştirilmiştir (81). Pediyatrik Migren Özürülük Değerlendirme Ölçeği (PedMIDAS) ise ölçeğin çocuklara uyarlanması ile geliştirilmiştir (82). PedMIDAS içerisinde çocukların son üç ay içerisinde okula gidemediği günler ve yarınm günlerin yanı sıra ağrı nedeniyle akademik performansta % 50.0 veya daha fazla azalma olan gün sayısı ve ev işi/ ödevinde aksama olan günler sorgulanmaktadır. Akademik işlevselliğe ek olarak PedMIDAS iki soruda baş ağrısı

nedeniyle oyun/ spor etkinliklerindeki değişimi de sorgulamaktadır. Son olarak ağrı şiddeti 0-10 arasında puanlanmakta ve toplam skor tüm soruların yanıtlarının toplanması ile elde edilmektedir. PedMIDAS skorlarına göre migren evreleri ise evre 1 (“hiç kayıp yok veya çok az kayıp”, skor 0- 5), evre 2 (“hafif kayıp, skor 6-10), evre 3 (“orta derecede kayıp”, skor 11-20) ve evre 4 (“ciddi kayıp, Skor 21 ve üzeri) olarak listelenmektedir (82). PedMIDAS Türkçe versiyonu geçmişte çalışmalarda kullanılmış ve geçerli ve güvenilir olduğu bildirilmiştir (83, 84). PedMIDAS bu çalışmada migren tanılı ergenlere Doç. Dr. Ayşegül DANIŞ süpervizörlüğünde Dr. Mustafa ÇOBANER tarafından uygulanmıştır.

3.3.9. Stroop Testi-TBAG Formu

Stroop testi ilk olarak Stroop (1935) tarafından deneysel olarak geliştirilmiştir (85). Stroop Testi-TBAG (“TÜBİTAK Temel Bilimler Araştırma Grubu”) formu ise Stroop testinin özgün formu ile Victoria formunun birleştirilmesi ile geliştirilmiştir (86). Test bireyin farklı taleplere yanıt olarak algı düzenini değiştirebilme ve bozucu etkiye karşı koyabilme becerisini ölçmektedir. Bozucu etkiye karşı koyabilme ise alışıldık davranış örüntüsünü bastırabilme ve sıradışı davranışı gerçekleştirebilme becerisi olarak tanımlanmaktadır (87). Stroop testi performansının frontal lob ile yakından ilişkili olduğu ancak diğer beyin bölgelerinin de işlevini yansıttığı düşünülmektedir (86, 87). Test ile seçici dikkat, odaklanmış dikkat, yanıt önleme, bozucu etkiye karşı koyabilme ve bilgi işlem hızı gibi bir çok bilişsel süreç hakkında bilgi edinilebilmektedir (88). Testin ülkemizdeki çocuk, ergen ve erişkinler için geçerlik ve güvenilirliği bulunmaktadır (86, 88). Stroop Testi- TBAG formu bu çalışmada katılımcılara testin eğitimini almış olan Dr. Mustafa ÇOBANER tarafından uygulanmıştır.

3.4. İstatistiksel Analiz

Çalışma verileri IBM SPSS 22.0 (IBM Inc., Armonk, NY) aracılığı ile hazırlanan bir veri tabanına kaydedilmiştir. Nominal veriler sayı ve yüzde, sayısal veriler ise kesikli veya sürekli olmalarına, uç değerlerin varlığı ve normallik varsayımına uyumlarına göre ortalama ve standart sapma (SD) veya ortanca ve çeyrekler arası aralık (IQR) olarak özetlenmiştir. Tek değişkenli uç değerler için Z skorları, çok değişkenli uç değerler için Mahalanobis uzaklıkları hesaplanmıştır. Tek değişkenli normal dağılım için Shapiro-Wilk testi ve basıklık/ çarpıklık katsayıları değerlendirilmiştir. Çok değişkenli normallik için Mardia’nın çok değişkenli normallik testi yapılmıştır (89). Nominal verilerin gruplar arası karşılaştırmasındaki kare testi (gerektiğinde Likelihood Ratio ve linear-by-linear association testleri ile) kullanılmıştır. Sayısal

verilerin gruplar arası karşılaştırılmasında Welch tek yönlü ANOVA ve Kruskal-Wallis non-parametrik varyans analizi kullanılmış, Kruskal-Wallis testi ile anlamlılık saptanması halinde Dwass-Steel-Critchlow-Fligner yöntemi ile çoklu karşılaştırmalar için p değeri kontrol edilerek ikili post-hoc karşılaştırmalar yapılmıştır (90). Birden fazla sayısal ölçümün gruplar arası karşılaştırılmasında çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ve post hoc tek yönlü ANOVA değerlendirmeleri yapılmıştır. Sayısal veriler arası ilişkiler Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir. Kullanılan ölçeklerin güvenilirliği için Cronbach alfa değerleri hesaplanmıştır (91). P 0.05 düzeyinde anlamlı olarak kabul edilmiş (çift yönlü) ve anlamlı sonuçlar için etki boyutları da sunulmuştur (92, 93).



4. BULGULAR

4.1. Sosyodemografik Bulgular

Bu tez çalışmasına JME ve Migren gruplarından otuzar ergen ve 20 kontrol olmak üzere toplam 80 ergen (n= 50, % 62.5 kız) dahil edilmiştir. Ergenlerin ortalama yaşları 15.1 (S.D.= 1.4) yıl, sınıfları ortancası ise 9.0 (IQR= 2.0) olarak bulunmuştur. Tüm örnekleme anne ve babaların yaşları; sırasıyla 42.3 (S.D.= 4.9) ve 45.9 (S.D.= 5.2) yıl olarak bulunmuştur. Ergenlerin tanı gruplarına göre sosyodemografik özellikleri tablo 3 içerisinde sunulmuştur.

Tablo 4.1. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve kontrol gruplarındaki ergenlerin sosyodemografik özellikleri

N (%), Ortalama (S.D) veya Ortanca (IQR)		JME (n= 30)	Migren (n= 30)	Kontrol (n= 20)	χ^2/ p ve F/ p*	E.S.
Cinsiyet	Erkek	7 (23.3)	14 (46.7)	9 (45.0)	4.1/ 0.127	-
	Kız	23 (76.7)	16 (53.3)	11 (55.0)		
Yaş		15.1 (1.3)	15.2 (1.7)	14.8 (1.2)	0.7/ 0.524	-
Sınıf		10.0 (2.0)	10.0 (4.0)	9.0 (0.0)	4.0/ 0.134	-
Anne Yaşı		42.7 (5.1)	42.1 (5.6)	42.1 (3.0)	0.2/ 0.833	-
Anne eğitimi	İlköğretim veya altı	9 (30.0)	17 (56.7)	10. (50.0)	8.3/ 0.219	-
	Orta okul mezunu	7 (23.3)	4 (13.3)	6 (30.0)		
	Lise	7 (23.3)	6 (20.0)	3 (15.0)		
	Yüksek okul veya üzeri	7 (23.3)	3 (10.0)	1 (5.0)		
Anne işi	Ev hanımı	15 (50.0)	23 (76.7)	14 (70.0)	8.6/ 0.199	-
	İşçi	8 (26.7)	4 (13.3)	5 (25.0)		
	Memur	4 (13.3)	1 (3.3)	1 (5.0)		
	Serbest	3 (10.0)	2 (6.7)	0 (0.0)		
	Emekli	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)		
Annede psikopatoloji†		5 (16.7)	5 (16.7)	0 (0.0)	3.8/ 0.149	-
Annede fiziksel hastalık		3 (10.0)	13 (43.3)	2 (10.0)	12.0/ 0.003	0.39
Baba Yaşı		46.6 (6.7)	45.0 (4.8)	46.3 (2.9)	0.8/ 0.442	-

Tablo 4.1. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve kontrol gruplarındaki ergenlerin sosyodemografik özellikleri (devam)

Baba eğitimi	İlköğretim veya altı	11 (36.7)	8 (26.7)	3 (15.0)	7.4/ 0.284	-
	Orta okul mezunu	3 (10.0)	4 (13.3)	4 (20.0)		
	Lise	9 (30.0)	15 (50.0)	11 (55.0)		
	Yüksek okul veya üzeri	7 (23.3)	3 (10.0)	2 (10.0)		
Baba işi	İşsiz	1 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)	3.0/ 0.935	-
	İşçi	12 (40.0)	15 (50.0)	8 (40.0)		
	Memur	5 (16.7)	4 (13.3)	3 (15.0)		
	Serbest	9 (30.0)	8 (26.7)	7 (35.0)		
	Emekli	2 (6.7)	3 (10.0)	2 (10.0)		
Babada psikopatoloji††		2 (6.7)	2 (6.7)	1 (5.0)	0.1/ 0.965	-
Babada fiziksel hastalık		7 (23.3)	11 (36.7)	2 (10.0)	4.6/ 0.099	-
Aile gelir düzeyi	Düşük	2 (6.7)	1 (3.3)	0 (0.0)	2.6/ 0.620	-
	Orta	22 (73.3)	21 (70.0)	14 (70.0)		
	Yüksek	6 (20.0)	8 (26.7)	6 (30.0)		

S.D.: Standart Sapma, IQR: Çeyrekler Arası Aralık, * Ki kare testi (gerektiğinde Likelihood Ratio testi), Welch tek yönlü ANOVA ve Kruskal-Wallis non-parametrik varyans analizi, E.S: Etki Büyüklüğü (Cramer's V). †: JME grubunda annelerde en sık tanı majör depresif (n= 3, % 60.0), migren grubunda annelerde en sık tanı ise panik bozukluktur (n= 2, % 40.0). ††: Her iki grupta da babalarda en sık anksiyete bozukluğu (n= 1, % 50.0) olduğu bildirilmiştir.

Migren tanılı ergenlerin annelerinde fiziksel hastalık yaygınlığı diğer iki gruba göre anlamlı ölçüde artmıştır. Bu farkın etki büyüklüğü orta olarak saptanmıştır. Diğer sosyodemografik özellikler bakımından gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır.

Ergenlerin tanı gruplarına göre akademik başarıları, akran ilişkileri ve psikiyatrik tedavi geçmişleri tablo 4 içerisinde sunulmuştur.

Tablo 4.2. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve kontrol gruplarındaki ergenlerin akademik başarıları, akran ilişkileri ve psikiyatrik tedavi geçmişleri

N (%), Ortalama (S.D) veya Ortanca (IQR)		JME (n= 30)	Migren (n= 30)	Kontrol (n= 20)	χ^2/ p ve F/ p*	E.S.
Akademik başarı	Düşük	4 (13.3)	1 (3.4)	1 (5.0)	3.5/ 0.474	-
	Orta	15 (50.0)	18 (62.1)	14 (70.0)		
	Yüksek	11 (36.7)	10 (34.5)	5 (25.0)		
Sorunlu akran ilişkileri		4 (13.3)	5 (16.7)	1 (5.0)	1.5/ 0.467	-
Psikiyatrik başvuru öyküsü		9 (30.0)	6 (20.0)	3 (15.0)	1.7/ 0.423	-
Psikofarmakolojik tedavi öyküsü		3 (10.0)	4 (13.3)	0 (0.0)	4.5/ 0.104	-

S.D.: Standart Sapma, IQR: Çeyrekler Arası Aralık, * Ki kare testi, E.S.: Etki Büyüklüğü (Cramer's V).

JME ve migren tanılı ergenler ve kontrol grubundaki katılımcılar arasında akademik başarı, akran ilişkileri ve psikiyatrik başvuru geçmişleri anlamlı fark göstermemiştir.

4.2. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME) ve Migren Tanılı Ergenlerin Klinik Özellikleri

4.2.1. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME) Tanılı Ergenlerin Klinik Özellikleri

JME tanılı ergenlerin semptomlarının çoğunlukla 13.0 (n= 8, % 26.7) ve 12.0 (n= 5, % 16.7) yaşlarında başladığı görülmüştür. Yakınmalar ortalama 12.0 (S.D.= 2.9) yaşında başlamaktadır. Nöbetler sıklıklarına göre; sabah (n= 17, % 56.7), akşam (n= 10, % 33.3) ve öğleyin (n= 8, % 26.7) gerçekleşmektedir. Nöbet sıklığı çoğu ergende (n= 13, % 43.3) ayda bir olarak bildirilmiş, on bir ergen ise sıklık konusunda bilgi verememiştir (% 36.7). Tüm olgularda nöbetler jeneralize tonik klonik ve miyoklonik olarak gerçekleşmektedir. Nöbet tetikleyicileri tablo 5 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 4.3. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME) tanılı ergenlerde nöbetlerin tetikleyicileri

Tetikleyici	N (%)
Uykusuzluk	16 (53.3)
Fotosensitivite	4 (13.3)
Praksis	3 (10.0)
Hiperventilasyon	3 (10.0)
Uyku	1 (3.3)

JME tanılı ergenlerde nöbetlerin en sık uykusuzlukla ardından fotosensitivite ve praksis/hiperventilasyonla tetiklendiği görülmüştür. Tüm olgularda JME için elektroensefalografi (EEG) bulgusu bulunmaktayken onbir ergende (% 36.7) JME için aile öyküsü de olduğu saptanmıştır. Onbeş ergenin (% 50.0) geçmişte JME için antiepileptik tedavi aldığı bildirilmiştir. Geçmişte çoğunlukla levatirasetam (n= 13, % 86.7) veya lamotrijin (n= 1, % 6.7) kullanılmıştır. JME tanılı ergenler çalışma sırasında çoğunlukla levatirasetam (n= 24, % 80.0), lamotrijin (n= 4, % 13.3) ve valproik asit (n= 3, % 10.0) kullanmaktadır.

4.2.2. Migren Tanılı Ergenlerin Klinik Özellikleri

Bu gruptaki ergenlerde yakınmaların çoğunlukla 12.0 (n= 7, % 23.3) ve 11.0 (n= 5, % 16.7) yaşlarında başladığı, ortalama başlangıç yaşının ise 12.2 (S.D.= 2.3) yıl olduğu görülmüştür. Oniki ergende (% 40.0) birden çok baş ağrısı atağı yaşanmıştır. İlk migren atağı için en sık tetikleyici uykusuzluk (n= 25, % 83.3) olarak bildirilmiş, bir ergende ise (% 3.3) atağın adet ile başladığı aktarılmıştır. Ergenler geçmişte ataklarının çoğunlukla haftada ≥ 2 kez (n= 19, % 63.3) olduğunu şu anda ise sıklıkla haftada < 2 atak yaşadıklarını (n= 17, % 56.7) bildirmektedir. Ataklar sık olarak hafta içlerinde (n= 27, % 90.0), değişken zamanlarda (n= 18, % 60.0) akşamları (n= 13, % 43.3) veya öğleden sonraları (n= 8, % 26.7) gerçekleşmektedir. Ergenlerin çoğu (n= 26, % 86.7) atakların sıklığının zamanla artmakta olduğunu bildirmiştir.

Migren ataklarının süresi ergenler ilaç almadıklarında çoğunlukla on (n= 8, % 26.7), sekiz (n= 5, % 16.7) veya altı (n= 4, % 13.3) saat olarak bildirilmiştir. İlaç alındığında ataklar çoğunlukla 30 dakika (n= 17, % 56.7) veya bir saat (n= 8, % 26.7) sürmektedir. Görsel Analog Skala (GAS) ile ağrı şiddet ortancası 7.0 (IQR= 1.3) olarak bildirilmiştir. GAS ile çoğu ergen 7.0 (n= 12, % 40.0), 6.0 (n= 9, % 30.0) veya 8.0 (n= 6, % 20.0) şiddetinde ağrı deneyimlediklerini aktarmaktadır. Migren ağrılarının yerleşimi tablo 6 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 4.4. Migren tanılı ergenlerde ağrılarının yerleşimi

Bölge	N (%)
Alın	27 (90.0)
Şakak	17 (56.7)
Göz çevresi	16 (53.3)
Göz arkası	16 (53.3)
Ense	8 (26.7)
Diğer	1 (3.3)

Migren tanılı ergenlerde ağrılarının çoğunlukla alın, şakak ve göz çevresi/ etrafında yaşandığı bildirilmiştir. Ağrı çoğu ergende çift yönlüdür (n= 13, % 43.3) veya zamanla yön değiştirmektedir (n= 12, % 40.0). Migren ağrılarının biçimi tablo 7 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 4.5. Migren tanılı ergenlerde ağrılarının biçimi

Biçim	N (%)
Baskı	25 (83.3)
Sıkıştırma	23 (76.7)
Batma	11 (36.7)
Nabız gibi atma	7 (23.3)
Künt	5 (16.7)
Yanma	3 (10.0)
Keskin	3 (10.0)

Migren ağrısı ergenler tarafından çoğunlukla baskı, sıkıştırma veya batma tarzında tariflenmektedir. On üç ergen (% 43.3) ağrının egzersizle arttığını, on beşi ise (% 50.0) ağrının egzersizle artmadığını aktarmaktadır. Ağrıya eşlik eden semptomlar ve sıklıkları tablo 8 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 4.6. Migren tanılı ergenlerde ağrıya eşlik eden semptomlar

Semptom	N (%)
Fotosensitivite	24 (80.0)
Bulantı	20 (66.7)
Ses hassasiyeti	16 (53.3)
Koku hassasiyeti	13 (43.3)
Göz sulanması	11 (36.7)
Ellerini kullanma güçlüğü	10 (33.3)
Kusma	8 (26.7)
Yorgunluk	8 (26.7)
Baş dönmesi	7 (23.3)
Bayılacak gibi hissetme	6 (20.0)
İştahsızlık	5 (16.7)
Kafa karışıklığı	5 (16.7)
Görme sorunları	4 (13.3)
Burun akıntısı	4 (13.3)
Yürüme güçlüğü	4 (13.3)
Kulak çınlaması	3 (10.0)
Karın ağrısı	2 (6.7)
Diğer	1 (3.3)

Migren tanılı ergenlerde baş ağrısına en sık fotosensitivite, bulantı ve ses hassasiyetinin eşlik ettiği saptanmıştır. Migren tanılı ergenlerden altısı (% 20.0) baş ağrısı öncesinde görsel semptomlar yaşadıklarını bildirmiştir. Semptomlar zigzag çizen çizgiler görme (n= 3, % 50.0), parlayıp sönen ışıklar görme (n= 2, % 33.3) ve çift görmeyi (n= 1, % 16.7) içermektedir. Semptomların sıklıkla (n= 4, % 66.7) 30 dakika kadar sürdüğü bildirilmiştir. Bir ergende semptomlar 15 dakika (% 16.7) diğerinde ise bir saat (% 16.7) sürmektedir. Görsel semptomları olduğunu bildiren altı ergenden üçünde (% 50.0) bu semptomların ağrı olmadan da yaşanabildiği aktarılmıştır.

Migren tanılı ergenlerde ağrıya öncül olarak bildirilen semptomlar ve sıklıkları tablo 9 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 4.7. Migren tanılı ergenlerde ağrı öncesi yaşanan semptomlar

Semptom	N (%)
Yorgunluk	17 (56.7)
Sinirlilik	9 (30.0)
“Tam olarak sağlıklı hissetmeme”	8 (26.7)
Depresyon	4 (13.3)
Hiperaktivite	2 (6.7)

Migren tanılı ergenler baş ağrısı atakları öncesi en sık yorgunluk, sinirlilik ve “tam olarak sağlıklı hissetmeme” şeklinde yakınmalarının olduğunu bildirmiştir.

Migren tanılı ergenlerde çalışma sırasında atakların tetikleyicileri tablo 10 içerisinde sunulmuştur.

Tablo 4.8. Migren tanılı ergenlerde çalışma sırasında atakların tetikleyicileri

Tetikleyici		N (%)
Uyku	Uykusuzluk	23 (76.7)
	Aşırı uyuma	1 (3.3)
Çevresel	Gün ışığı	16 (53.3)
	Kokular	12 (40.0)
	Gürültü	9 (30.0)
	Aydınlatma	8 (26.7)
	Hava durumu	3 (10.0)
	Diğer	3 (10.0)
Beslenme	Oruç tutma/ Açlık	15 (50.0)
	Abur cubur tarzı atıştırma	7 (23.3)
	Diğer	5 (16.7)
	Çikolata	4 (13.3)
	Kafein	3 (10.0)
Fiziksel	Spor yapma	5 (16.7)
	Diğer	1 (3.3)
Endokrin (adet)		1 (3.3)

Migren tanılı ergenlerde çalışma sırasında atakların en sık uyku, çevresel faktörler ve beslenme ile tetiklendiği saptanmıştır. Uyku ile ilgili olarak en sık tetikleyici uykusuzluk, çevresel olarak en sık tetikleyici gün ışığı, beslenme ile ilgili olarak en sık tetikleyici ise oruç tutma veya uzun süre aç kalma olarak bildirilmektedir. Ergenlerin çoğu karanlık (n= 29, % 96.7) veya uzanma (n= 29, % 96.7) ile atakların hafiflediğini aktarmıştır. Migren tanılı yedi ergende (% 23.3) alerji bildirilmiştir. En sık bildirilen alerji ise penisilin alerjisi olarak saptanmıştır (n= 2, % 28.6). Çoğu ergende (n= 21, % 70.0) migren için aile öyküsü bulunmaktadır.

Ergenlerin geçmişte migren tedavisi için lüzum halinde parasetamol (500 veya 1000 mg, n= 27, % 90.0), flunarizin 5 mg/ gün (n= 2, % 6.7) ve magnezyum 365 mg/ gün (n= 1, % 3.3) kullandıkları saptanmıştır. Ergenlerin güncel tedavileri ise lüzum halinde parasetamol (500 veya 1000 mg, n= 28, % 93.3), lüzum halinde naproksen sodyum 550 mg (n= 1, % 3.3) ve lüzum halinde nimesulid 100 mg (n= 1, % 3.3) olarak bildirilmiştir.

Çalışmaya katılım sırasında migren olgularının PEDMIDAS skoru ortancası 18.5 (IQR= 20.2) olarak saptanmıştır. Çoğu ergenin migrene bağlı PEDMIDAS işlev bozukluğu hafif (n= 16, % 53.3) çok hafif (n= 8, % 26.7) veya ciddi (n= 6, % 20.0) olarak değerlendirilmiştir. Ergenlerin çalışmaya katılım sırasında baş ağrısı şiddetleri hafif (n= 15, % 50.0), çok hafif (n= 9, % 30.0), şiddetli (n= 4, % 13.3) ve orta (n= 2, % 6.7) olarak sıralanmaktadır.

4.3. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Yarı Yapılandırılmış Görüşme ile Psikiyatrik Tanılar

Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde yarı yapılandırılmış görüşme ile çalışma sırasında saptanan psikiyatrik tanılar tablo 11 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 4.9. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde yarı yapılandırılmış görüşme ile çalışma sırasında saptanan psikiyatrik tanılar

N (%) Tanı		JME (n= 30)	Migren (n= 30)	Kontrol (n= 20)	χ^2 / dF	P*	E.S.
MDB†	Eşik altı	11 (36.7)	9 (30.0)	3 (15.0)	4.5/ 4	0.339	-
	Eşik	0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)			
BP†		1 (3.3)	1 (3.3)	0 (0.0)	-	-	-
Psikoz		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-	-
Panik Bzk.	Eşik altı	2 (6.7)	2 (6.7)	0 (0.0)	4.6/ 4	0.333	-
	Eşik	0 (0.0)	1 (3.3)	2 (10.0)			
SAB	Eşik altı	6 (20.0)	7 (23.3)	3 (15.0)	2.2/ 4	0.696	-
	Eşik	1 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)			
SF	Eşik altı	9 (30.0)	4 (13.3)	4 (20.0)	3.4/ 4	0.495	-
	Eşik	5 (16.7)	6 (20.0)	2 (10.0)			
YAB	Eşik altı	9 (30.0)	15 (50.0)	9 (45.0)	7.2/ 4	0.124	-
	Eşik	7 (23.3)	4 (13.3)	0 (0.0)			
AF-ÖF	Eşik altı	2 (6.7)	3 (10.0)	1 (5.5)	2.8/ 4	0.600	
	Eşik	9 (30.0)	4 (13.3)	5 (25.0)			
OKB	Eşik altı	4 (13.3)	7 (23.3)	2 (10.0)	5.7/ 4	0.226	-
	Eşik	2 (6.7)	4 (13.3)	0 (0.0)			
EN	Eşik altı	0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)	3.4/ 4	0.501	-
	Eşik	1 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)			
Enkoprezis		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-	-
AN	Eşik altı	2 (6.7)	3 (10.0)	0 (0.0)	3.8/ 4	0.439	-
	Eşik	1 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)			
BN	Eşik altı	1 (3.3)	1 (3.3)	0 (0.0)	-	-	-
	Eşik	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)			
DEHB††	Eşik altı	9 (30.0)	11 (36.7)	4 (20.0)	4.2/ 4	0.383	-
	Eşik	3 (10.0)	2 (6.7)	0 (0.0)			
KOKGB	Eşik altı	1 (3.3)	3 (10.0)	0 (0.0)	4.0/ 4	0.401	-
	Eşik	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (5.0)			
DB	Eşik altı	2 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-	-
	Eşik	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)			
Tik Bzk. †††		0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)	-	-	-
TSSB	Eşik altı	0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)	-	-	-
	Eşik	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)			

dF: serbestlik derecesi, *: Ki kare testi, E.S.: Etki büyüklüğü, MDB: Major Depresif Bozukluk, BP: Bipolar Bozukluk, †: tümü belirlenmemiş tiptir, SAB: Separasyon Anksiyetesi Bozukluğu, SF: Sosyal Fobi, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, AF- ÖF: Agorafobi- Özgül Fobi, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, EN: Enürezis Noktürna, AN: Anoreksiya Nervoza, BN: Bulimiya Nervoza, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, ††: Kontrol grubunda tümü dikkat eksikliği önde gelen tip, JME grubunda onu dikkat eksikliğinin önde geldiği geri kalanı bileşik tip, migren grubunda on biri dikkat eksikliğinin önde geldiği, geri kalanı bileşik tip olmak üzere, KOKGB: Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu, DB: Davranım Bozukluğu, †††: tümü Tourette Bozukluğu olmak üzere, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Bzk: Bozukluğu

Ki kare testi ile JME, Migren ve kontrol gruplarındaki ergenlerin yarı yapılandırılmış görüşme ile çalışma sırasında saptanan tanı oranları arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışma sırasında JME grubundaki ergenlerde en sık tanılar agorafobi – özgül fobi (% 30.0), yaygın anksiyete bozukluğu (% 23.3) ve sosyal fobidir (% 16.7). Migren tanılı ergenlerde en sık tanılar ise; sosyal fobi (% 20.0), yaygın anksiyete bozukluğu, agorafobi- özgül fobi ve obsesif kompulsif bozukluktur (tümü için % 13.3). Kontrol grubunda en sık agorafobi- özgül fobi (% 25.0), panik bozukluk ve sosyal fobi (her ikisi için de % 10.0) tanılarının olduğu saptanmıştır.

Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde yarı yapılandırılmış görüşme ile geçmişte saptanan psikiyatrik tanılar tablo 12 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 4.10. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde yarı yapılandırılmış görüşme ile geçmişte saptanan psikiyatrik tanılar

N (%) Tanı		JME (n= 30)	Migren (n= 30)	Kontrol (n= 20)	χ^2 / dF	P*	E.S.
MDB†	Eşik altı	6 (20.0)	7 (23.3)	3 (15.0)	0.7/ 4	0.958	-
	Eşik	2 (6.7)	2 (6.7)	1 (5.0)			
BP††		1 (3.3)	1 (3.3)	0 (0.0)	-	-	-
Psikoz		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-	-
Panik Bzk.	Eşik altı	1 (3.3)	3 (10.0)	1 (5.0)	7.3/ 4	0.120	-
	Eşik	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (10.0)			
SAB	Eşik altı	6 (20.0)	7 (23.3)	4 (20.0)	0.1/ 2	0.940	-
	Eşik	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)			
SF	Eşik altı	11 (36.7)	3 (10.0)	3 (15.0)	7.9/ 4	0.096	-
	Eşik	4 (13.3)	6 (20.0)	2 (10.0)			
YAB	Eşik altı	7 (23.3)	6 (20.0)	7 (35.0)	4.7/ 4	0.320	-
	Eşik	5 (16.7)	3 (10.0)	0 (0.0)			
AF-ÖF	Eşik altı	1 (3.3)	4 (13.3)	1 (5.0)	4.2/ 4	0.374	-
	Eşik	9 (30.0)	4 (13.3)	5 (25.0)			
OKB	Eşik altı	1 (3.3)	5 (16.7)	1 (5.0)	5.4/ 4	0.253	-
	Eşik	2 (6.7)	2 (6.7)	0 (0.0)			
EN	Eşik altı	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-	-
	Eşik	1 (3.3)	1 (3.3)	0 (0.0)			
Enkoprezis		0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-	-
AN	Eşik altı	3 (10.0)	1 (3.3)	0 (0.0)	4.6/ 4	0.330	-
	Eşik	1 (3.3)	0 (0.0)	0 (0.0)			
BN	Eşik altı	1 (3.3)	1 (3.3)	0 (0.0)	-	-	-
	Eşik	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)			
DEHB†††	Eşik altı	9 (30.0)	11 (36.7)	4 (20.0)	4.2/ 4	0.383	-
	Eşik	3 (10.0)	2 (6.7)	0 (0.0)			
KOKGB	Eşik altı	0 (0.0)	4 (13.3)	0 (0.0)	8.2/ 4	0.085	-
	Eşik	1 (3.3)	0 (0.0)	1 (5.0)			
DB	Eşik altı	2 (6.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	-	-	-
	Eşik	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)			
Tik Bzk. ††††		0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)	-	-	-
TSSB	Eşik altı	0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)	-	-	
	Eşik	0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)			

dF: serbestlik derecesi, *: Ki kare testi, E.S.: Etki büyüklüğü, MDB: Major Depresif Bozukluk, BP: Bipolar Bozukluk, †: JME, migren ve kontrol gruplarında MDB sırasıyla; iki, bir ve bir olguda karşılanmıştır. Aynı gruplarda; sırayla yedi, sekiz ve üç olgu belirlenmemiş tip tanısı almıştır. ††: tümü belirlenmemiş tiptir, SAB: Separasyon Anksiyetesi Bozukluğu, SF: Sosyal Fobi, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, AF- ÖF: Agorafobi- Özgül Fobi, OKB: Obsesif Kompulsif Bozukluk, EN: Enürezis Noktürna, AN: Anoreksiya Nervoza, BN: Bulimiya Nervoza, DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, †††: Kontrol grubunda tümü dikkat eksikliği önde gelen tip, JME grubunda altısı dikkat eksikliğinin önde geldiği biri bileşik tip, migren grubunda yedisi dikkat eksikliğinin önde geldiği, geri kalanı bileşik tip olmak üzere, KOKGB: Karşıt Olma- Karşı Gelme Bozukluğu, DB: Davranım Bozukluğu, ††††: tümü Tourette Bozukluğu olmak üzere, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, Bzk: Bozukluğu

Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde yarı yapılandırılmış görüşme ile geçmişte saptanan psikiyatrik tanılar anlamlı fark göstermemiştir. JME grubunda geçmişte en sık saptanan tanılar AF-ÖF (% 30.0), YAB (% 16.7) ve SF (% 13.3) olarak bulunmuştur. Migren grubunda en sık tanılar SF (% 20.0), AF-ÖF (% 13.3) ve YAB'dir (% 10.0). Kontrol grubunda en sık tanılar ise AF-ÖF (% 25.0), SF ve Panik bozukluk olarak saptanmıştır (her ikisi için de % 10.0).

4.4. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Psikiyatrik Belirti Şiddetlerinin Değerlendirilmesi

Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde klinisyen tarafından değerlendirilen psikiyatrik belirti şiddetleri tablo 13 içerisinde sunulmuştur.

Tablo 4.11. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde klinisyen tarafından klinik global izlem ölçeği (KGİ) ile değerlendirilen psikiyatrik belirti şiddetleri

N (%) Şiddet	JME (n= 30)	Migren (n= 30)	Kontrol (n= 20)	χ^2 / dF	P*	E.S.
Normal-Hasta değil	6 (20.0)	0 (0.0)	7 (35.0)	14.4/ 1	0.000	0.39
Hastalık sınırında	3 (10.0)	3 (10.0)	7 (35.0)			
Hafif düzeyde hasta	16 (53.3)	22 (73.3)	4 (20.0)			
Orta düzeyde hasta	5 (16.7)	4 (13.3)	2 (10.0)			
Belirgin düzeyde hasta	0 (0.0)	1 (3.3)	0 (0.0)			

dF: serbestlik derecesi, *: ki kare testi (linear-by-linear association), E.S: etki büyüklüğü (Cramer's V).

Ki kare testi ile JME ve migren gruplarındaki ergenlerin klinisyen tarafından değerlendirilen belirti şiddetlerinin kontrol grubundaki ergenlere göre anlamlı derecede daha yüksek olduğu görülmüştür. Farkın etki büyüklüğü çok kuvvetli olarak değerlendirilmiştir.

4.5. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Saptanan Duygusal Şemalar

Çalışma örnekleminde Young Şema Ölçeği'nin (YŞÖ) güvenilirliği için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0.97 olarak bulunmuş ve ölçeğin yüksek güvenilirlik gösterdiği düşünülmüştür (66). Gruplara göre ergenlerin YŞÖ alt ölçek puanları tablo 14 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 4.12. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde Young Şema Ölçeği (YŞÖ) puanları

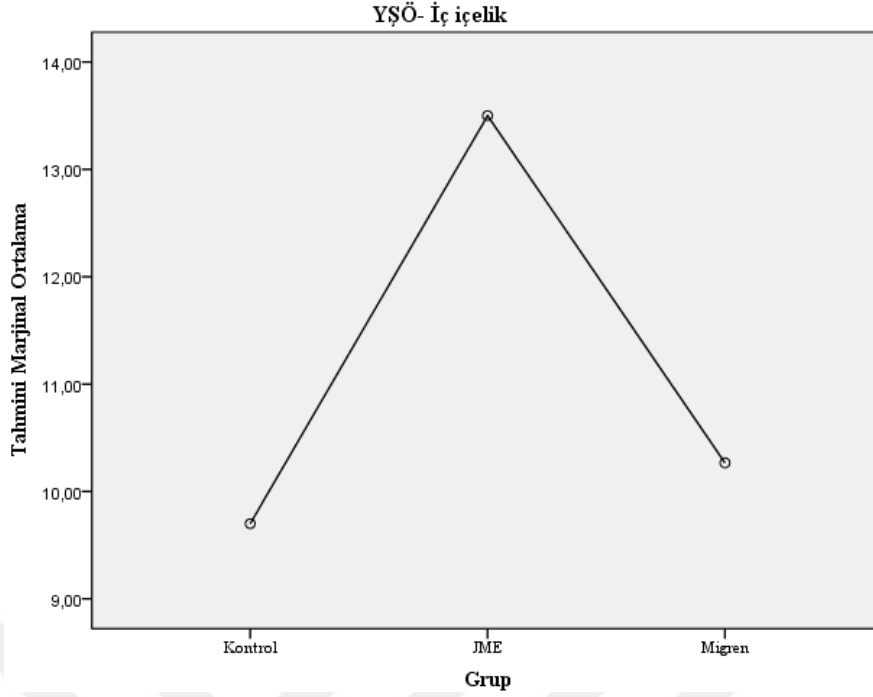
Ortalama (S.D).	JME (n= 29)	Migren (n= 29)	Kontrol (n= 20)	F	P*	kısmi η^2
YŞÖ- Başarısızlık	13.6 (7.2)	11.9 (5.2)	10.4 (4.3)	1.4	0.245	0.04
YŞÖ- Bağımlılık	8.9 (4.0)	8.3 (3.8)	7.1 (3.0)	1.2	0.313	0.03
YŞÖ- Boyun eğicilik	12.1 (5.0)	12.2 (6.3)	9.2 (4.2)	2.3	0.106	0.06
YŞÖ- İçişçelik	13.5 (5.8)	10.3 (3.7)	9.7 (3.6)	5.0	0.009	0.12
YŞÖ- Terk edilme	15.6 (7.1)	13.6 (6.4)	11.3 (4.4)	2.4	0.102	0.06
YŞÖ- Duygusal yoksunluk	10.0 (5.3)	10.0 (5.2)	8.9 (4.1)	0.3	0.723	0.01
YŞÖ- Sosyal izolasyon	9.4 (4.5)	9.5 (5.0)	8.2 (3.9)	0.5	0.596	0.01
YŞÖ- Duygusal bastırma	11.7 (5.8)	12.4 (5.4)	11.6 (4.2)	0.2	0.851	0.00
YŞÖ- Kusurluluk	15.8 (6.4)	14.7 (7.8)	13.8 (5.8)	0.5	0.638	0.01
YŞÖ- Büyüklemeçilik	14.3 (4.6)	14.6 (5.6)	14.6 (6.8)	0.0	0.986	0.00
YŞÖ- Statü arayışı	25.0 (6.5)	26.4 (7.8)	23.8 (10.0)	0.5	0.632	0.01
YŞÖ- Yetersiz özdenetim	16.7 (5.4)	16.3 (5.1)	13.9 (5.1)	1.8	0.168	0.05
YŞÖ- Ekonomik dayanıklılık	5.5 (2.8)	4.7 (2.8)	5.0 (2.6)	1.1	0.327	0.03
YŞÖ- Kuşkuculuk	18.2 (8.8)	16.5 (7.0)	13.7 (5.2)	2.2	0.120	0.06
YŞÖ- Kendini feda etme	15.4 (6.0)	13.5 (5.5)	11.4 (4.3)	3.9	0.026	0.09
YŞÖ- Cezalandırıcılık	18.2 (6.0)	19.5 (6.2)	15.3 (6.5)	2.9	0.063	0.07
YŞÖ- Dayanıklılık/ Karamsarlık	22.9 (9.8)	20.4 (8.5)	15.8 (6.8)	3.7	0.029	0.09

*tek değişkenli post-hoc tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Duygusal yoksunluk testinde bir katılımcı ($Z= 3.5$) dışında tüm katılımcıların YŞÖ alt ölçeklerinde uç değer olmadığı görülmüştür. Mahalanobis uzaklıklarına göre iki katılımcının

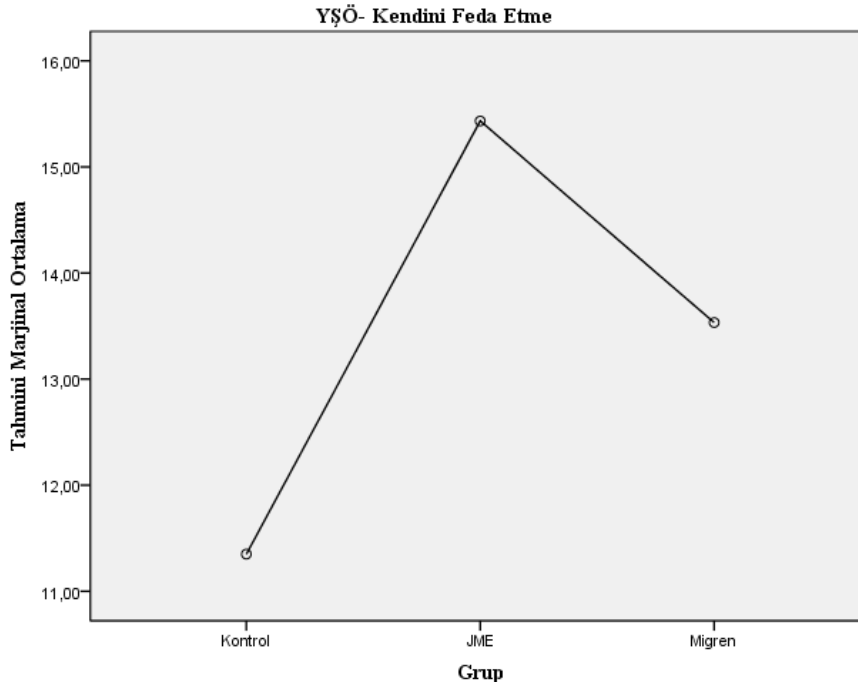
(sırasıyla; Mahalanobis uzaklıkları 36.1 ve 42.7, $p < 0.001$, Ki kare testi) çok değişkenli uç değerleri olabileceği görülmüştür. Shapiro- Wilk testi ile JME grubunda YŞÖ- Başarısızlık ($p = 0.012$), terk edilme ($p = 0.010$, dayanıksızlık/ karamsarlık ($p = 0.015$), tüm gruplarda bağımlılık, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, kusurluluk ve ekonomik dayanıksızlık ($p < 0.05$), kontrol ve migren gruplarında boyun eğicilik ($p < 0.05$), kontrol ve JME gruplarında duygusal bastırma ($p < 0.05$), kontrol grubunda ise büyüklenmecilik, statü arayışı, kendini feda etme ve cezalandırıcılık alt ölçek puanlarının normal dağılmadığı görülmüştür. Ancak basıklık katsayılarının kontrol grubunda boyun eğicilik, kusurluluk, cezalandırıcılık ve JME grubunda duygusal yoksunluk alt ölçeği dışında $< \pm 2.0$ olması, çarpıklık katsayılarının ise tüm gruplarda ve YŞÖ alt ölçeklerinin tamamında $< \pm 2.0$ olması nedeniyle tek değişkenli normallik varsayımının kabul edildiği düşünülmüştür (68). Mardia çok değişkenli normallik testi ile çok değişkenli normal dağılım varsayımının karşılanmadığı görülmüştür ($p < 0.001$).

Gruplar arasında YŞÇ alt ölçek puan ortalamaları, çok değişkenli uç değerleri olan iki olgu çıkarılarak çok değişkenli varyans analizi (MANOVA) ile karşılaştırılmıştır. Kovaryans matrisleri homojen değildir (Box's $M = 650.4$, $F [306, 11652.9] = 1.4$, $p = 0.000$). YŞÖ- Boyun eğicilik, içiçelik, terk edilme, kusurluluk, kuşkuculuk ve dayanıksızlık/ karamsarlık alt ölçekleri için hata varyansları da eşik olmadığından (Levene testi, $p < 0.05$) karşılaştırmalarda Pillai's trace yöntemi kullanılmıştır. Sonuç olarak tanı gruplarının YŞÖ alt ölçek ortalama kombinasyonları bakımından anlamlı fark gösterdiği görülmüştür (Pillai's trace, $F [34.0, 120.0] = 1.6$, $p = 0.029$, kısmi $\eta^2 = 0.32$). Post-hoc ANOVA testleri ile gruplar sadece YŞÖ- iç içelik (uyarlanmış $R^2 = 0.094$) , kendini feda etme (uyarlanmış $R^2 = 0.069$) ve dayanıksızlık/ karamsarlık (uyarlanmış $R^2 = 0.066$) bakımından anlamlı fark göstermektedir.

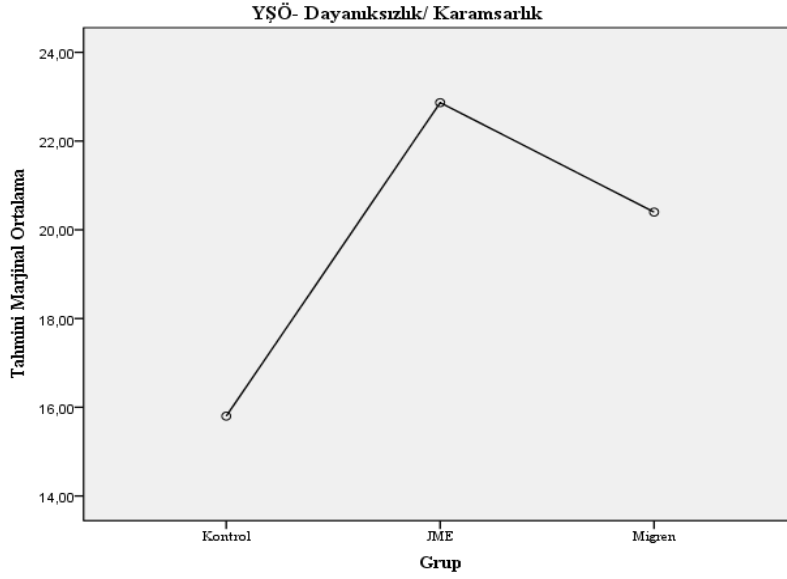


Şekil 4.1. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren ve kontrol gruplarındaki ergenlerin Young Şema Ölçeği- İç içelik puanları ortalamaları

Diğer yandan JME tanıılı ergenler kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek ancak migren grubuna benzer kendini feda etme ve dayanıksızlık/ karamsarlık puanlarına sahiptir (şekil 2 ve 3, sırasıyla kendini feda etme için Bonferroni testi, $p=0.023$ ve 0.323 ; dayanıksızlık/ karamsarlık için Tamhane T2, $p=0.020$ ve 0.846).



Şekil 4.2. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren ve kontrol gruplarındaki ergenlerin Young Şema Ölçeği- kendini feda etme puanları ortalamaları



Şekil 4.3. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren ve kontrol gruplarındaki ergenlerin Young Şema Ölçeği- Dayanıksızlık/ Karamsarlık puanları ortalamaları

4.6. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Duygusal Düzenleme Becerileri

Çalışma örnekleminde Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeğinin (EİDDÖ) güvenilirliği için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak bulunmuş ve ölçeğin yüksek güvenilirlik gösterdiği düşünülmüştür (66). Gruplara göre ergenlerin EİDDÖ alt ölçek puanları tablo 15 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 4.13. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) puanları

Ortalama (S.D).	JME (n= 30)	Migren (n= 30)	Kontrol (n= 20)	F	P*	kısmi η^2
İçsel işlevsel	13.0 (3.7)	14.0 (2.9)	13.6 (3.5)	0.8	0.471	0.02
İçsel işlevsiz	14.0 (4.9)	13.0 (4.6)	12.0 (4.6)	1.1	0.335	0.03
Dışsal işlevsel	10.8 (3.2)	10.8 (2.9)	10.5 (3.2)	1.0	0.908	0.00
Dışsal işlevsiz	9.7 (4.5)	9.9 (3.5)	9.0 (2.9)	0.4	0.685	0.01

*tek değişkenli post-hoc tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tüm katılımcıların EİDDÖ alt ölçeklerinde uç değer olmadığı görülmüştür ($Z < \pm 3.3$). Mahalanobis uzaklıklarına göre hiçbir katılımcıda çok değişkenli uç değer bulunmamaktadır.

Shapiro-Wilk testi ile kontrol ve migren grubunda EİDDÖ- içsel işlevsel, kontrol grubunda içsel işlevsiz, JME ve migren gruplarında ise dışsal işlevsiz duygu düzenleme alt ölçek puanlarının normal dağılım göstermediği görülmüştür. Ancak migren grubunda içsel işlevsel duygu düzenleme dışınd tüm alt ölçeklerin basıklık ve çarpıklık katsayılarının $< \pm 2.0$ olması nedeniyle tek değişkenli normallik varsayımının kabul edildiği düşünülmüştür (68). Mardia çok değişkenli normallik testine göre çarpıklık ($p=0.04$) dışında çok değişkenli normallik varsayımının karşılandığı görülmüştür. Gruplar arasında EİDDÖ alt ölçek puan ortalamaları MANOVA ile karşılaştırılmıştır. Kovaryans matrisleri homojendir (Box's $M= 23.7$, $F [20, 15595.3]= 1.1$, $p=0.353$). Dışsal işlevsiz duygu düzenleme dışında ($p=0.038$, Levene testi) hata varyansları da eşit olduğundan karşılaştırmalarda Pillai's trace yöntemi kullanılmıştır. Sonuç olarak tanı gruplarının EİDDÖ alt ölçek ortalama kombinasyonları bakımından anlamlı fark göstermediği görülmüştür (Pillai's trace, $F [8.0, 150.0]= 1.0$, $p=0.452$, kısmi $\eta^2=0.05$). Tek değişkenli post-hoc tek yönlü varyans analizi ile de EİDDÖ alt ölçek puan ortalamalarının gruplar arasında anlamlı fark göstermediği saptanmıştır.

4.7. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Öznel Olarak Bildirilen Semptomlar

Çalışma örnekleminde Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeğinin (EİDDÖ) güvenilirliği için hesaplanan Cronbach alfa katsayısı 0.97 olarak bulunmuş ve ölçeğin yüksek güvenilirlik gösterdiği düşünülmüştür (66). Gruplara göre ergenlerin KSE alt ölçek puanları tablo 16 içerisinde gösterilmiştir.

Tablo 4.14. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerde Kısa Semptom Envanteri (KSE) puanları

Ortalama (S.D).	JME (n= 30)	Migren (n= 30)	Kontrol (n= 20)	F	P*	kısmi η^2
KSE-Anksiyete	15.1 (10.1)	15.5 (9.7)	11.2 (9.7)	1.4	0.265	0.03
KSE-Depresyon	16.4 (11.0)	15.1 (10.8)	10.8 (10.0)	1.7	0.188	0.04
KSE-Olumsuz benlik	12.3 (9.3)	13.9 (11.3)	9.9 (7.1)	1.0	0.357	0.03
KSE-Somatik yakınmalar	9.8 (7.4)	9.8 (6.1)	7.2 (6.3)	1.2	0.321	0.03
KSE-Hostilite	9.7 (5.8)	9.4 (6.2)	7.2 (5.8)	1.2	0.320	0.03
KSE-Toplam	63.3 (39.9)	63.6 (41.2)	46.2 (35.7)	1.4	0.244	0.04

*tek değişkenli post-hoc tek yönlü varyans analizi (ANOVA)

Tüm katılımcıların KSE alt ölçeklerinde uç değer olmadığı görülmüştür ($Z < \pm 3.3$). Mahalanobis uzaklıklarına göre hiçbir katılımcıda çok değişkenli uç değer bulunmamaktadır. Shapiro-Wilk testine göre kontrol ve JME gruplarında KSE-anksiyete ve somatik yakınmalar, tüm gruplarda ise depresyon, olumsuz benlik ve toplam skorların normal dağılım göstermediği görülmüştür ($p < 0.05$). Ancak kontrol grubunda olumsuz benlik için basıklık katsayısı (2.9) dışında tüm basıklık ve çarpıklık katsayıları $< \pm 2.0$ olduğundan tek değişkenli normallik varsayımının kabul edilebileceği düşünülmüştür. Mardia'nın çok değişkenli normallik testine göre (64) çarpıklık için çok değişkenli normallik varsayımının karşılandığı ($p=0.112$) ancak basıklık için sağlanmadığı ($p < 0.001$) görülmüştür. Gruplar arasında KSE alt ölçek puan ortalamaları MANOVA ile karşılaştırılmıştır. Varyans kovaryans matrisleri homojendir (Box' M testi, $\chi^2 [30] = 0.137$). Levene testi ile tüm alt ölçeklerin hata varyanslarının eşit olduğu ($p > 0.05$) saptanmıştır. Karşılaştırmalarda Pillai's trace yöntemi kullanılmış ve tanı gruplarının KSE alt ölçek ortalama kombinasyonları bakımından anlamlı fark göstermediği görülmüştür ($F [10.0, 148.0] = 0.9, p = .528$, kısmi $\eta^2 = 0.06$). Tek değişkenli post-hoc tek yönlü varyans analizi ile de KSE alt ölçek puan ortalamalarının gruplar arasında anlamlı fark göstermediği saptanmıştır.

4.8. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Stroop testi- TBAG Formu (SCWT) Performansları

JME, Migren ve kontrol grubunda SCWT süre (saniye), hata ve düzeltme sayılarının normal dağılım göstermediği görülmüştür (Shapiro-Wilk testi, $p < 0.05$). Basıklık ve çarpıklık katsayıları beşinci karttaki hata ve düzeltme sayıları dışında en az bir grupta $> \pm 2.0$ olarak saptanmıştır. Dolayısıyla verilerin normal dağılıma uymadığı kabul edilmiştir. Z puanlarına göre SCWT-5. Kart hata ve düzeltme sayıları dışında diğer tüm alt testlerde en az bir katılımcının uç değerleri olduğu görülmüştür (SCWT-4 ve 5 süre (saniye), SCWT-3 ve SCWT-4 düzeltme ve SCWT-2 ve 3 hata sayıları için, $n = 2$, % 2.5; SCWT-1, SCWT-2 ve SCWT-3 süre (saniye), SCWT-1 ve 4 hata sayısı, SCWT-1 ve SCWT-2 için düzeltme sayıları için, $n = 1$, % 1.3). Mahalanobis uzaklıklarına göre on bir katılımcının (% 13.8) çok değişkenli uç değerleri olduğu görülmüştür. Mardia testine göre hem çarpıklık hem de basıklık açısından çok değişkenli normal dağılım varsayımı karşılanmamaktadır (her ikisi için de $p < 0.001$). Dolayısıyla gruplara göre ergenlerin SCWT performansları non-parametrik testlerle değerlendirilmiştir (tablo 17).

Tablo 4.15. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol grubundaki ergenlerin Stroop Testi-TBAG formu (SCWT) performansları

Ortanca (IQR)	JME (n= 30)	Migren (n= 30)	Kontrol (n= 20)	χ^2	P*	E.S.
SCWT-1-süre (saniye)	9.0 (3.0)	8.5 (2.0)	9.0 (2.0)	0.8	0.665	-
SCWT-1 hata sayısı	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	1.8	0.400	-
SCWT-1 düzeltme sayısı	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	4.5	0.105	-
SCWT-2 süre (saniye)	10.0 (4.3)	10.0 (1.0)	11.0 (2.8)	3.0	0.225	-
SCWT-2 hata sayısı	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (1.0)	12.0	0.002	0.15
SCWT-2 düzeltme sayısı	0.0 (0.0)	0.0 (0.0)	0.0 (1.0)	14.0	0.001	0.18
SCWT-3 süre (saniye)	12.0 (6.3)	13.0 (2.3)	12.0 (2.8)	3.7	0.159	-
SCWT-3 hata sayısı	0.0 (1.0)	0.0 (1.0)	0.0 (1.0)	1.2	0.540	-
SCWT-3 düzeltme sayısı	0.0 (0.3)	0.0 (1.0)	0.0 (1.0)	1.4	0.508	-
SCWT-4 süre (saniye)	15.0 (5.3)	15.0 (5.3)	15.0 (2.8)	0.0	0.980	-
SCWT-4 hata sayısı	0.0 (1.0)	0.0 (1.0)	1.0 (1.0)	2.9	0.232	-
SCWT-4 düzeltme sayısı	0.0 (1.0)	0.5 (1.3)	1.0 (1.0)	4.0	0.133	-
SCWT-5 süre (saniye)	21.5 (10.5)	19.5 (10.0)	18.0 (4.8)	5.6	0.061	0.07
SCWT-5 hata sayısı	1.0 (2.0)	2.0 (3.3)	2.0 (2.0)	2.1	0.349	-
SCWT-5 düzeltme sayısı	1.0 (2.0)	2.0 (3.3)	1.5 (1.0)	2.4	0.300	-

IQR: Çeyrekler Arası Aralık, *: Kruskal-Wallis nonparametrik varyans analizi, E.S: Etki Büyüklüğü (ϵ^2)

Kruskal-Wallis nonparametrik varyans analizi ile JME, migren ve kontrol gruplarının SCWT-2 hata ve düzeltme sayılarında anlamlı fark gösterdiği görülmüştür. Her iki fark için de etki büyüklüğü orta derecededir (67). Grupların ayrıca SCWT-5 süresinde fark gösterme eğilimi olduğu ancak bu farkın anlamlılık düzeyine erişmediği ve etki büyüklüğünün zayıf-orta derecede olduğu saptanmıştır. Dwass-Steel-Critchlow-Fligner yöntemi (65) ile çoklu karşılaştırmalar için p değeri kontrol edilerek yapılan ikili post-hoc karşılaştırmalar ile SCWT-2 hata sayısının kontrol grubunda migrenlilere göre anlamlı derecede daha düşük ($W = -4.6$, $p=0.003$) olduğu, JME grubuna göre daha az olma eğilimi gösterdiği ($W = 3.2$, $p=0.057$) ancak JME ve Migren grubunun bu açıdan benzer olduğu görülmüştür. Diğer yandan SCWT-2 düzeltme sayıları kontrol grubunda hem migren ($W = -4.6$, $p=0.003$) hem de JME grubuna göre ($W = 3.9$, $p=0.017$) anlamlı derecede düşüktür.

4.9. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar, Duygu Düzenleme Becerileri ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomlar Arası İlişkiler

4.9.1. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Duygu Düzenleme Becerilerinin İlişkisi

4.9.1.1. Migren Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Duygu Düzenleme Becerilerinin İlişkisi

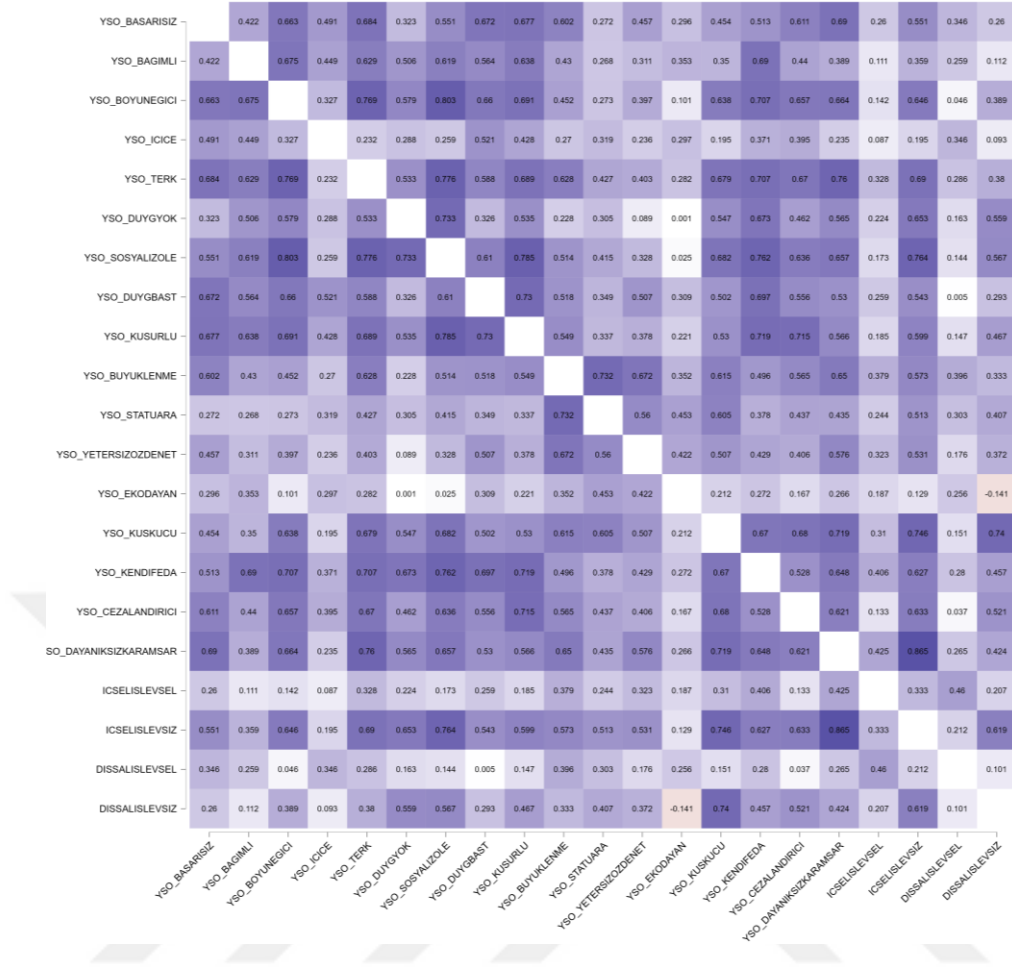
Migren tanılı ergenlerde emosyonel şemalar ve duygu düzenleme becerilerinin ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (tablo 18).

Tablo 4.16. Migren tanılı ergenlerde emosyonel şemalar ve duygu düzenleme becerilerinin ilişkisi

r	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
YŞÖ-Ba.	-																				
YŞÖ-Bağ.	0.42*	-																			
YŞÖ-Bo.	0.66**	0.68**	-																		
YŞÖ-İ	0.49**	0.45*	0.33	-																	
YŞÖ-T	0.68**	0.63**	0.77**	0.23	-																
YŞÖ-Dy.	0.32	0.51**	0.58**	0.29	0.53**	-															
YŞÖ-Si.	0.55**	0.62**	0.80**	0.26	0.78**	0.73**	-														
YŞÖ-Db.	0.67**	0.56**	0.66**	0.52**	0.59**	0.33	0.61**	-													
YŞÖ-K	0.68**	0.64**	0.69**	0.43*	0.69**	0.54**	0.79**	0.73**	-												
YŞÖ-Bü.	0.60**	0.43*	0.45*	0.27	0.63**	0.23	0.51**	0.52**	0.55**	-											
YŞÖ-Sa.	0.27	0.27	0.27	0.32	0.43*	0.31	0.42*	0.35	0.34	0.73**	-										
YŞÖ-Yö.	0.46*	0.31	0.40*	0.24	0.40*	0.09	0.33	0.51**	0.38*	0.67**	0.56**	-									
YŞÖ-Ed.	0.30	0.35	0.10	0.30	0.28	0.01	0.03	0.31	0.22	0.35	0.45**	0.42*	-								
YŞÖ-Ku.	0.45*	0.35	0.64**	0.20	0.68**	0.55**	0.68**	0.50**	0.53**	0.62**	0.61**	0.51**	0.21	-							
YŞÖ-Kf.	0.51**	0.69**	0.71**	0.37*	0.71**	0.67**	0.76**	0.70**	0.72**	0.50**	0.38*	0.42*	0.27	0.67**	-						
YŞÖ-C.	0.61**	0.44*	0.66**	0.40*	0.67**	0.46*	0.64**	0.56**	0.72**	0.57**	0.44*	0.41*	0.17	0.68**	0.53**	-					
YŞÖ-DK	0.69**	0.39*	0.66**	0.24	0.76**	0.57**	0.66**	0.53**	0.57**	0.65**	0.44*	0.58**	0.27	0.72**	0.65**	0.62**	-				
EİDDÖ-İİ	0.26	0.11	0.14	0.09	0.33	0.22	0.17	0.26	0.19	0.38*	0.24	0.32	0.19	0.31	0.41*	0.13	0.43*	-			
EİDDÖ-İi.	0.55**	0.36	0.65**	0.20	0.69**	0.65**	0.76**	0.54**	0.60**	0.57**	0.51**	0.53**	0.13	0.75**	0.63**	0.63**	0.87**	0.33	-		
EİDDÖ-Dİ.	0.35	0.26	0.05	0.35	0.29	0.16	0.14	0.01	0.15	0.40*	0.30	0.18	0.26	0.15	0.28	0.04	0.27	0.46*	0.21	--	
EİDDÖ-Di.	0.26	0.11	0.39*	0.09	0.38*	0.56**	0.57**	0.29	0.47**	0.33	0.41*	0.37*	-0.14	0.74**	0.46*	0.52**	0.42*	0.21	0.62**	0.10	-

r: pearson korelasyon analizi, YŞÖ: Young Şema Ölçeği, Ba: başarısızlık, Bağ: bağımlılık, Bo: boyun eğicilik, İ: iç içelik, T: terk edilme, Dy: duygusal yoksunluk, Si: sosyal izolasyon, Db: duygusal bastırma, K: kusurluluk, Bü: büyüklenmecilik, Sa: statü arayışı, Yö: yetersiz öz denetim, Ed: ekonomik dayanıksızlık, Ku: kuşkuculuk, Kf: kendini feda etme, C: cezalandırıcılık, DK: dayanıksızlık/ karamsarlık, EİDDÖ: ergenler için duygu düzenleme ölçeği, İİ: içsel işlevsel, İi: içsel işlevsiz, Dİ: dışsal işlevsel, Di: dışsal işlevsiz, *:p< 0.05, **:p<0.01

Korelasyon analizleri ile migren grubunda içsel işlevsel duygu düzenleme becerileri puanlarının YŞÖ- büyüklenmecilik, kendini feda etme ve dayanıksızlık/ karamsarlık puanları ile pozitif, anlamlı düşük- orta derecede korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Dışsal işlevsel duygu düzenleme beceri puanları ise sadece kusurluluk puanları ile pozitif, anlamlı ve düşük-orta derecede korelasyon göstermektedir. İçsel işlevsiz duygu düzenleme puanlarının başarısızlık, boyun eğicilik, terk edilme, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duygusal bastırma, kusurluluk, büyüklenmecilik, statü arayışı, yetersiz öz denetim, kuşkuculuk, kendini feda etme, cezalandırıcılık ve dayanıksızlık/ karamsarlık puanları ile anlamlı, pozitif ve orta-çok yüksek arası değişen korelasyonlar gösterdiği saptanmıştır. Son olarak dışsal işlevsiz duygu düzenleme puanları ise; boyun eğicilik, terk edilme, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, kusurluluk, statü arayışı, yetersiz öz denetim, kuşkuculuk, kendini feda etme, cezalandırıcılık ve dayanıksızlık/ karamsarlık puanları ile anlamlı, pozitif ve düşük-orta derecede korelasyon göstermektedir. Korelasyon katsayılarının ısı haritası şekil 4 içerisinde gösterilmiştir.



Şekil 4.4. Migren tanılgergenlerde Young Şema Ölçeğı (YŞÖ) ile değerdendirilen emosyonel şemalar ve Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeğı (EİDDÖ) ile değerdendirilen emosyonel düzenleme becerileri arası korelasyonların ısı haritası

4.9.1.2. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME) Tanılı Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Duygu Düzenleme Becerilerinin İlişkisi

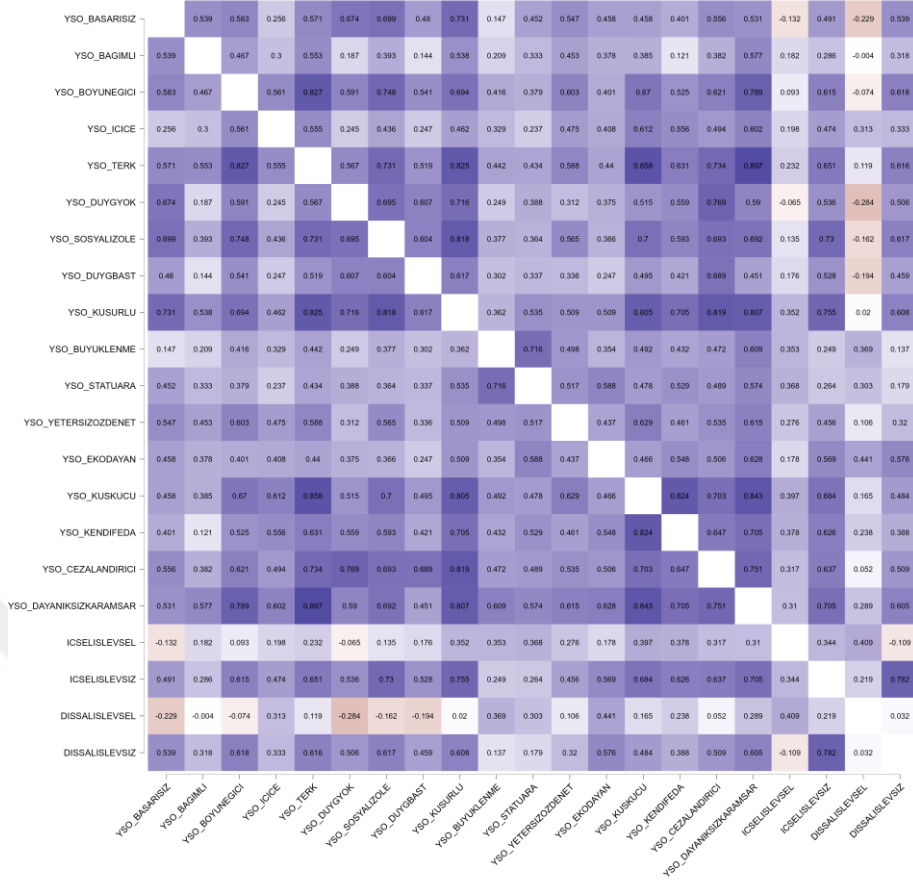
JME tanılgergenlerde emosyonel şemalar ve duygu düzenleme becerilerinin ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile değerdendirilmiştir (tablo 19).

Tablo 4.17. JME tanılı ergenlerde emosyonel şemalar ve duygu düzenleme becerilerinin ilişkisi

r	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
YŞÖ-Ba.	-																				
YŞÖ-Bağ.	0.54**	-																			
YŞÖ-Bo.	0.58**	0.47**	-																		
YŞÖ-İ	0.26	0.30	0.56**	-																	
YŞÖ-T	0.57**	0.55**	0.83**	0.56**	-																
YŞÖ-Dy.	0.67**	0.19	0.59**	0.25	0.57**	-															
YŞÖ-Si.	0.70**	0.39*	0.75**	0.44*	0.73**	0.70**	-														
YŞÖ-Db.	0.48**	0.14	0.54**	0.25	0.52**	0.61**	0.60**	-													
YŞÖ-K	0.73**	0.54**	0.69**	0.46*	0.83**	0.72**	0.82**	0.62**	-												
YŞÖ-Bü.	0.15	0.21	0.42*	0.33	0.44*	0.25	0.38*	0.30	0.36*	-											
YŞÖ-Sa.	0.45**	0.33	0.38*	0.24	0.43*	0.39*	0.36*	0.34	0.54**	0.72**	-										
YŞÖ-Yö.	0.55**	0.45**	0.60**	0.48**	0.59**	0.31	0.57**	0.34	0.51**	0.50**	0.52**	-									
YŞÖ-Ed.	0.46**	0.38*	0.40*	0.41*	0.44*	0.38*	0.37*	0.25	0.51**	0.35	0.59**	0.44*	-								
YŞÖ-Ku.	0.46*	0.39*	0.67**	0.61**	0.86**	0.52**	0.70**	0.50**	0.81**	0.49**	0.48**	0.63**	0.47**	-							
YŞÖ-Kf.	0.40*	0.12	0.53**	0.56**	0.63**	0.56**	0.59**	0.42*	0.71**	0.43*	0.53**	0.46*	0.55**	0.82**	-						
YŞÖ-C.	0.56**	0.38*	0.62**	0.49**	0.73**	0.77**	0.69**	0.69**	0.82**	0.47*	0.49**	0.54**	0.51**	0.70**	0.65**	-					
YŞÖ-DK	0.53**	0.58**	0.79**	0.60**	0.90**	0.59**	0.69**	0.45*	0.81**	0.61**	0.57**	0.62**	0.63**	0.84**	0.71**	0.75**	-				
EİDDÖ-İİ	-0.13	0.18	0.09	0.20	0.23	-0.07	0.14	0.18	0.35	0.35	0.37*	0.28	0.18	0.40*	0.38*	0.32	0.31	-			
EİDDÖ-İi.	0.49**	0.29	0.62**	0.47**	0.65**	0.54**	0.73**	0.53**	0.76**	0.25	0.26	0.46*	0.57**	0.68**	0.63**	0.64**	0.71**	0.34	-		
EİDDÖ-Dİ.	-0.23	-0.01	-0.07	0.31	0.12	-0.28	-0.16	-0.19	0.02	0.37*	0.30	0.11	0.44*	0.17	0.24	0.05	0.29	0.41*	0.22	-	
EİDDÖ-Di.	0.54**	0.32	0.62**	0.33	0.62**	0.51**	0.62**	0.46*	0.61**	0.14	0.18	0.32	0.58**	0.48**	0.39*	0.51**	0.61**	-0.11	0.78**	0.03	-

r: pearson korelasyon analizi, YŞÖ: Young Şema Ölçeği, Ba: başarısızlık, Bağ: bağımlılık, Bo: boyun eğicilik, İ: iç içelik, T: terk edilme, Dy: duygusal yoksunluk, Si: sosyal izolasyon, Db: duygusal bastırma, K: kusurluluk, Bü: büyüklenmecilik, Sa: statü arayışı, Yö: yetersiz öz denetim, Ed: ekonomik dayanıksızlık, Ku: kuşkuculuk, Kf: kendini feda etme, C: cezalandırıcılık, DK: dayanıksızlık/ karamsarlık, EİDDÖ: ergenler için duygu düzenleme ölçeği, İİ: içsel işlevsel, İi: içsel işlevsiz, Dİ: dışsal işlevsel, Di: dışsal işlevsiz, *:p< 0.05, **:p<0.01

Korelasyon analizleri ile JME grubunda içsel işlevsel duygu düzenleme becerileri puanlarının YŞÖ- statü arayışı, kuşkuculuk ve kendini feda etme puanları ile anlamlı pozitif ve zayıf- orta derecede korelasyon gösterdiği görülmüştür. Dışsal işlevsel duygu düzenleme puanları ise sadece büyüklenmecilik ve ekonomik dayanıksızlık puanları ile anlamlı, pozitif ve zayıf-orta derecede korelasyon göstermektedir. İçsel işlevsiz duygu düzenleme puanlarının başarısızlık, boyun eğicilik, iç içelik, terk edilme, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duygusal bastırma, kusurluluk, yetersiz öz denetim, ekonomik dayanıksızlık, kuşkuculuk, kendini feda etme, cezalandırma ve dayanıksızlık/ karamsarlık puanları ile anlamlı, pozitif ve orta-yüksek derecede körele olduğu saptanmıştır. Dışsal işlevsiz duygu düzenleme puanları ise başarısızlık, boyun eğicilik, terk edilme, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duygusal bastırma, kusurluluk, ekonomik dayanıksızlık, kuşkuculuk, kendini feda etme, cezalandırıcılık ve dayanıksızlık/ karamsarlık puanları ile anlamlı, pozitif ve zayıf- yüksek arasında değişen korelasyonlar göstermektedir. Korelasyon katsayılarının ısı haritası şekil 5 içerisinde gösterilmiştir.



Şekil 4.5. JME tanılı ergenlerde Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ile değerlendirilen emosyonel şemalar ve Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) ile değerlendirilen emosyonel düzenleme becerileri arası korelasyonların ısı haritası

4.9.1.3. Kontrol Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Duygu Düzenleme Becerilerinin İlişkisi

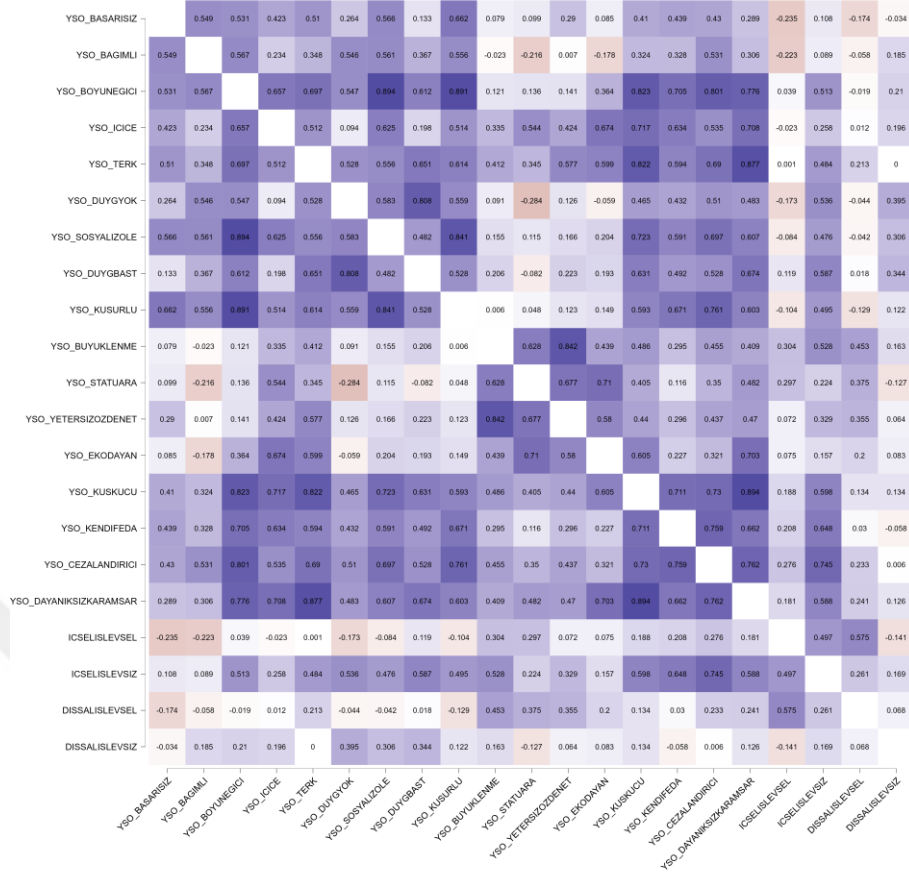
Kontrol grubundaki ergenlerde emosyonel şemalar ve duygu düzenleme becerilerinin ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (tablo 20).

Tablo 4.18. Kontrol grubundaki ergenlerde emosyonel şemalar ve duygu düzenleme becerilerinin ilişkisi

r	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
YŞÖ-Ba.	-																				
YŞÖ-Bağ.	0.55*	-																			
YŞÖ-Bo.	0.53*	0.57**	-																		
YŞÖ-İ	0.42	0.23	0.66**	-																	
YŞÖ-T	0.51*	0.35	0.70**	0.51*	-																
YŞÖ-Dy.	0.26	0.55*	0.55*	0.09	0.53*	-															
YŞÖ-Si.	0.57**	0.56*	0.89**	0.63**	0.56*	0.58**	-														
YŞÖ-Db.	0.13	0.37	0.61**	0.20	0.65**	0.81**	0.48*	-													
YŞÖ-K	0.66**	0.56**	0.89**	0.51*	0.61**	0.56*	0.84**	0.53*	-												
YŞÖ-Bü.	0.08	-0.02	0.12	0.34	0.41	0.09	0.16	0.21	0.01	-											
YŞÖ-Sa.	0.10	-0.22	0.14	0.54*	0.35	-0.28	0.12	-0.08	0.05	0.63**	-										
YŞÖ-Yö.	0.29	0.01	0.14	0.42	0.58**	0.13	0.17	0.22	0.12	0.84**	0.68**	-									
YŞÖ-Ed.	0.09	-0.18	0.36	0.67**	0.60**	-0.06	0.20	0.19	0.15	0.44	0.71**	0.58**	-								
YŞÖ-Ku.	0.41	0.32	0.82**	0.72**	0.82**	0.47*	0.72**	0.63**	0.59**	0.49*	0.41	0.44	0.61**	-							
YŞÖ-Kf.	0.44	0.33	0.71**	0.63**	0.59**	0.43	0.59**	0.49*	0.67**	0.30	0.12	0.30	0.23	0.71**	-						
YŞÖ-C.	0.43	0.53*	0.80**	0.54*	0.69**	0.51*	0.70**	0.53*	0.76**	0.46*	0.35	0.44	0.32	0.73**	0.76**	-					
YŞÖ-DK	0.29	0.31	0.78**	0.71**	0.88**	0.48*	0.61**	0.67**	0.60**	0.41	0.48*	0.47*	0.70**	0.89**	0.66**	0.76**	-				
EİDDÖ-İİ	-0.24	-0.22	0.04	-0.02	0.01	-0.17	-0.08	0.12	-0.10	0.30	0.30	0.07	0.08	0.19	0.21	0.28	0.18	-			
EİDDÖ-İi.	0.11	0.09	0.51*	0.26	0.48*	0.54*	0.48*	0.59**	0.50*	0.53*	0.22	0.33	0.16	0.60**	0.65**	0.75**	0.59**	0.50**	-		
EİDDÖ-Dİ.	-0.17	-0.06	-0.02	0.01	0.21	-0.04	-0.04	0.02	-0.13	0.45*	0.38	0.36	0.20	0.13	0.03	0.23	0.24	0.58**	0.26	-	
EİDDÖ-Di.	-0.03	0.19	0.21	0.20	0.01	0.40	0.31	0.34	0.12	0.16	-0.13	0.06	0.08	0.13	-0.06	0.01	0.13	-0.14	0.17	0.07	-

r: pearson korelasyon analizi, YŞÖ: Young Şema Ölçeği, Ba: başarısızlık, Bağ: bağımlılık, Bo: boyun eğicilik, İ: iç içelik, T: terk edilme, Dy: duygusal yoksunluk, Si: sosyal izolasyon, Db: duygusal bastırma, K: kusurluluk, Bü: büyüklenmecilik, Sa: statü arayışı, Yö: yetersiz öz denetim, Ed: ekonomik dayanıksızlık, Ku: kuşkuculuk, Kf: kendini feda etme, C: cezalandırıcılık, DK: dayanıksızlık/ karamsarlık, EİDDÖ: ergenler için duygu düzenleme ölçeği, İİ: içsel işlevsel, İi: içsel işlevsiz, Dİ: dışsal işlevsel, Di: dışsal işlevsiz, *:p< 0.05, **:p<0.01

Kontrol grubundaki ergenlerde içsel işlevsel duygu düzenleme beceri puanları ile YŞÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Dışsal işlevsel düzenleme puanları ile sadece büyüklenmecilik puanları arasında anlamlı, pozitif ve orta derecede korelasyon görülmüştür. İçsel işlevsiz duygu düzenleme puanları ile boyun eğicilik, terk edilme, duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, duygusal bastırma, kusurluluk, büyüklenmecilik, kuşkuculuk, kendini feda etme, cezalandırma ve dayanıksızlık/ karamsarlık puanları arasında anlamlı, pozitif ve zayıf- yüksek arasında değişen korelasyonlar saptanmıştır. Bu grupta dışsal işlevsiz duygu düzenleme puanları ile YŞÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. Korelasyon katsayılarının ısı haritası şekil 6 içerisinde gösterilmiştir.



Şekil 4.6. Kontrol grubundaki ergenlerde Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ile değerlendirilen emosyonel şemalar ve Ergenler için Duygu Düzenleme Ölçeği (EİDDÖ) ile değerlendirilen emosyonel düzenleme becerileri arası korelasyonların ısı haritası

4.9.2. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Duygu Düzenleme Becerileri ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomların İlişkisi

4.9.2.1. Migren Grubundaki Ergenlerde Duygu Düzenleme Becerileri ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomların İlişkisi

Migren grubundaki ergenlerde duygu düzenleme becerileri ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (tablo 21).

Tablo 4.19. Migren grubundaki ergenlerde duygu düzenleme becerileri ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi

r	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
EİDDÖ-İİ.	-									
EİDDÖ-İi.	0.33	-								
EİDDÖ-Dİ.	0.46*	0.21	-							
EİDDÖ-Di.	0.21	0.62**	0.10	-						
KSE-Anks.	0.20	0.75**	0.20	0.67**	-					
KSE-Dep.	0.15	0.77**	0.10	0.61**	0.87**	-				
KSE-O.b.	0.23	0.77**	0.12	0.66**	0.87**	0.94**	-			
KSE-Somat.	0.01	0.57**	0.10	0.59**	0.82**	0.75**	0.72**	-		
KSE-Host.	0.17	0.63**	0.07	0.79**	0.84**	0.82**	0.81**	0.80**	-	
KSE-Toplam	0.18	0.77**	0.13	0.71**	0.95**	0.96**	0.96**	0.85**	0.91**	-

r: pearson korelasyon analizi, EİDDÖ: ergenler için duygu düzenleme ölçeği, İİ: içsel işlevsel, İi: içsel işlevsiz, Dİ: dışsal işlevsel, Di: dışsal işlevsiz, KSE: Kısa Semptom Envanteri, Anks: anksiyete, Dep: depresyon, O.b: olumsuz benlik, Somat: somatik, Host: hostilite, *:p<0.05, **:p<0.01

Migren tanılı ergenlerde içsel ve dışsal işlevsel duygu düzenleme beceri puanlarının KSE ile bildirilen öznel yakınmalarla anlamlı korelasyon göstermediği görülmüştür. Diğer yandan hem içsel hem de dışsal işlevsiz duygu düzenleme puanları KSE alt ölçek puanları ile anlamlı, pozitif ve orta- kuvvetli korelasyonlar göstermektedir.

4.9.2.2. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME) Grubundaki Ergenlerde Duygu Düzenleme Becerileri ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomların İlişkisi

JME grubundaki ergenlerde duygu düzenleme becerileri ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (tablo 22).

Tablo 4.20. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME) grubundaki ergenlerde duygu düzenleme becerileri ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi

r	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
EİDDÖ-İİ.	-									
EİDDÖ-İi.	0.34	-								
EİDDÖ-Dİ.	0.41*	0.22	-							
EİDDÖ-Di.	-0.11	0.78**	0.03	-						
KSE-Anks.	0.42*	0.80**	0.28	0.60**	-					
KSE-Dep.	0.43*	0.87**	0.17	0.62**	0.88**	-				
KSE-O.b.	0.32	0.76**	0.07	0.56**	0.88**	0.87**	-			
KSE-Somat.	0.31	0.70**	0.14	0.44*	0.72**	0.70**	0.76**	-		
KSE-Host.	0.25	0.78**	0.17	0.68**	0.82**	0.81**	0.78**	0.66**	-	
KSE-Toplam	0.39*	0.86**	0.18	0.63**	0.95**	0.95**	0.94**	0.83**	0.88**	-

r: pearson korelasyon analizi, EİDDÖ: ergenler için duygu düzenleme ölçeği, İİ: içsel işlevsel, İi: içsel işlevsiz, Dİ: dışsal işlevsel, Di: dışsal işlevsiz, KSE: Kısa Semptom Envanteri, Anks: anksiyete, Dep: depresyon, O.b: olumsuz benlik, Somat: somatik, Host: hostilite, *:p<0.05, **:p<0.01

JME tanılı ergenlerde içsel işlevsel duygu düzenleme puanları ile öznel olarak bildirilen anksiyete, depresyon ve toplam semptom puanları arasında anlamlı, pozitif, zayıf-orta düzeyde korelasyon saptanmış, dışsal işlevsel duygu düzenleme puanlarının ise öznel yakınma puanlarının hiçbirisi ile anlamlı korelasyon göstermediği saptanmıştır. İçsel işlevsiz ve dışsal işlevsiz duygu düzenleme puanları ile tüm öznel semptom puanları arasında anlamlı ve pozitif korelasyonlar bulunmaktadır. Bu korelasyonların içsel işlevsiz duygu düzenleme ile yüksek-çok yüksek, dışsal işlevsiz duygu düzenleme puanları ile ise orta- yüksek düzeyde olduğu görülmüştür.

4.9.2.3. Kontrol Grubundaki Ergenlerde Duygu Düzenleme Becerileri ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomların İlişkisi

Kontrol grubundaki ergenlerde duygu düzenleme becerileri ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (tablo 23).

Tablo 4.21. Kontrol grubundaki ergenlerde duygu düzenleme becerileri ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi

r	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
EİDDÖ-İİ.	-									
EİDDÖ-İi.	0.50*	-								
EİDDÖ-Dİ.	0.58**	0.26	-							
EİDDÖ-Di.	-0.14	0.17	0.07	-						
KSE-Anks.	0.27	0.81**	0.22	0.28	-					
KSE-Dep.	0.07	0.73**	0.17	0.35	0.90**	-				
KSE-O.b.	0.07	0.70**	-0.09	0.15	0.81**	0.85**	-			
KSE-Somat.	-0.02	0.65**	0.01	0.39	0.88**	0.84**	0.73**	-		
KSE-Host.	0.10	0.63**	0.35	0.36	0.80**	0.79**	0.51*	0.73**	-	
KSE-Toplam	0.12	0.78**	0.15	0.33	0.97**	0.97**	0.87**	0.91**	0.83**	-

r: pearson korelasyon analizi, EİDDÖ: ergenler için duygu düzenleme ölçeği, İİ: içsel işlevsel, İi: içsel işlevsiz, Dİ: dışsal işlevsel, Di: dışsal işlevsiz, KSE: Kısa Semptom Envanteri, Anks: anksiyete, Dep: depresyon, O.b: olumsuz benlik, Somat: somatik, Host: hostile, *:p<0.05, **:p<0.01

Kontrol grubundaki ergenlerde içsel ve dışsal işlevsel duygu düzenleme puanları ile öznel olarak bildirilen semptom puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamıştır. İçsel işlevsiz duygu düzenleme puanları ile öznel olarak bildirilen tüm semptom gruplarının puanları arasında anlamlı, pozitif ve yüksek- çok yüksek düzeyde korelasyon gözlenirken, dışsal işlevsiz duygu düzenleme puanları anlamlı korelasyon göstermemektedir.

4.9.3. Juvenil Miyoklonik Epilepsi (JME), Migren (M) ve Kontrol Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomlar Arasındaki İlişkiler

4.9.3.1. Migren Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomların İlişkisi

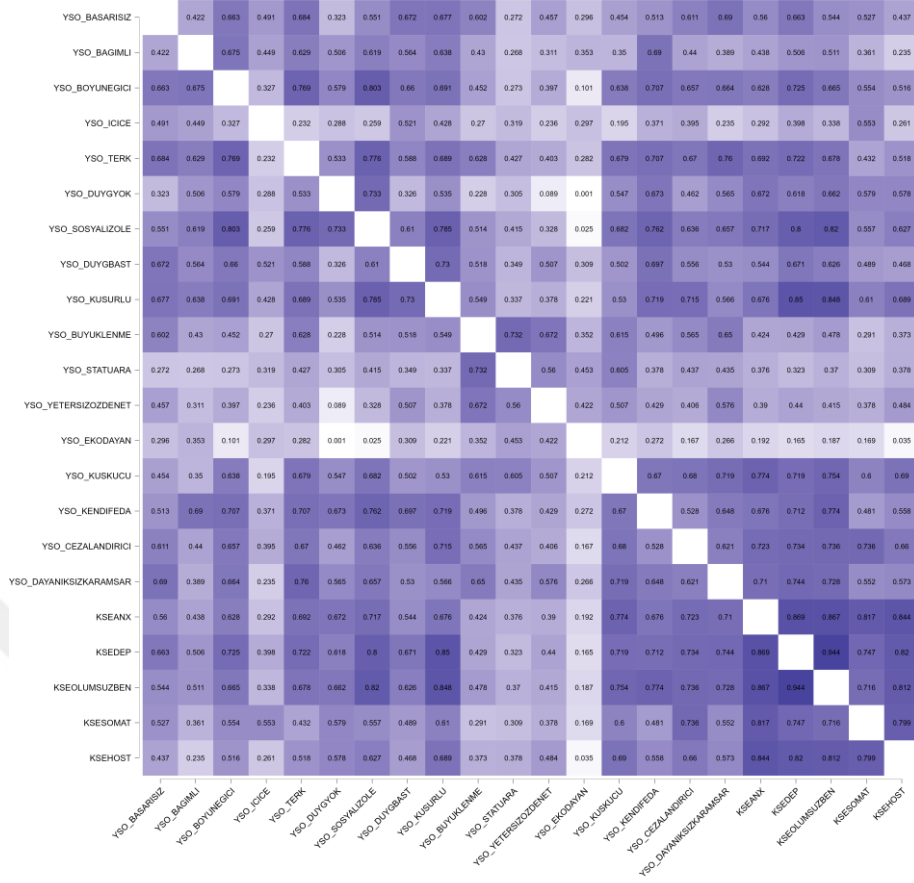
Migren grubundaki ergenlerde emosyonel şemalar ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (tablo 24).

Tablo 4.22. Migren grubundaki ergenlerde emosyonel şemalar ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi

r	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
YŞÖ- Ba.	-																					
YŞÖ- Bağ.	0.42*	-																				
YŞÖ- Bo.	0.66**	0.68**	-																			
YŞÖ- İ.	0.49*	0.45*	0.33	-																		
YŞÖ- T.	0.68**	0.63**	0.77**	0.23	-																	
YŞÖ- Dy.	0.32	0.51**	0.58**	0.29	0.53**	-																
YŞÖ- Si.	0.55**	0.62**	0.80**	0.26	0.78**	0.73**	-															
YŞÖ- Db.	0.67**	0.56**	0.66**	0.52**	0.59**	0.33	0.61**	-														
YŞÖ- K.	0.68**	0.64**	0.69**	0.43*	0.69**	0.54**	0.79**	0.73**	-													
YŞÖ- Bū.	0.60**	0.43*	0.45*	0.27	0.63**	0.23	0.51**	0.52**	0.55**	-												
YŞÖ- Sa.	0.27	0.27	0.27	0.32	0.43*	0.31	0.42*	0.35	0.34	0.73**	-											
YŞÖ- Yö.	0.46*	0.31	0.40*	0.24	0.40*	0.09	0.33	0.51**	0.38*	0.67**	0.56**	-										
YŞÖ- Ed.	0.30	0.35	0.10	0.30	0.28	0.01	0.03	0.31	0.22	0.35	0.45*	0.42*	-									
YŞÖ- Ku.	0.45*	0.35	0.64**	0.20	0.68**	0.55**	0.68**	0.50**	0.53**	0.62**	0.61**	0.51**	0.21	-								
YŞÖ- Kf.	0.51**	0.69**	0.71**	0.37*	0.71**	0.67**	0.76**	0.70**	0.72**	0.50**	0.38*	0.43*	0.27	0.67**	-							
YŞÖ- C.	0.61**	0.44*	0.66**	0.40*	0.67**	0.46**	0.64**	0.56**	0.72**	0.57**	0.44*	0.41*	0.17	0.68**	0.53**	-						
YŞÖ-DK.	0.69**	0.39*	0.66**	0.24	0.76**	0.57**	0.66**	0.53**	0.57**	0.65**	0.44*	0.58**	0.27	0.72**	0.65**	0.62**	-					
KSE-Anks.	0.56**	0.44*	0.63**	0.29	0.69**	0.67**	0.72**	0.54**	0.68**	0.42*	0.38*	0.39*	0.19	0.77**	0.68**	0.72**	0.71**	-				
KSE-Dep.	0.66**	0.51**	0.73**	0.40*	0.72**	0.62**	0.80**	0.67**	0.85**	0.43*	0.32	0.44*	0.17	0.72**	0.71**	0.73**	0.74**	0.87**	-			
KSE-O.b.	0.54**	0.51**	0.67**	0.34	0.68**	0.66**	0.82**	0.63**	0.85**	0.48**	0.37*	0.42*	0.19	0.75**	0.77**	0.74**	0.73**	0.87**	0.94**	-		
KSE-Somat.	0.53**	0.36	0.55**	0.55**	0.43*	0.58**	0.56**	0.49**	0.61**	0.29	0.31	0.38*	0.17	0.60**	0.48**	0.74**	0.55**	0.82**	0.75**	0.72**	-	
KSE-Host.	0.44**	0.24	0.52**	0.26	0.52**	0.58**	0.63**	0.47**	0.69**	0.37*	0.38*	0.48**	0.04	0.69**	0.56**	0.66**	0.57**	0.84**	0.82**	0.81**	0.80**	-

r: pearson korelasyon analizi, YŞÖ: Young Şema Ölçeği, Ba: başarısızlık, Bağ: bağımlılık, Bo: boyun eğicilik, İ: iç içelik, T: terk edilme, Dy: duygusal yoksunluk, Si: sosyal izolasyon, Db: duygusal bastırma, K: kusurluluk, Bü: büyüklenmecilik, Sa: statü arayışı, Yö: yetersiz öz denetim, Ed: ekonomik dayanıksızlık, Ku: kuşkuculuk, Kf: kendini feda etme, C: cezalandırıcılık, DK: dayanıksızlık/ karamsarlık, KSE: Kısa Semptom Envanteri, Anks: anksiyete, Dep: depresyon, O.b.: olumsuz benlik, Somat: somatik, host: hostilite, *:p< 0.05, **:p<0.01

Korelasyon analizleri ile migren grubunda YŞÖ- iç içelik ve ekonomik dayanıksızlık dışında tüm alt ölçeklerin öznel anksiyete yakınmaları ile anlamlı, pozitif ve zayıf- yüksek arasında değişken korelasyonlar gösterdiği görülmüştür. Benzer şekilde depresyon puanları da statü arayışı ve ekonomik dayanıksızlık dışında tüm emosyonel şemalar ile anlamlı, pozitif ve orta- çok yüksek arasında değişen korelasyonlar göstermektedir. İç içelik ve ekonomik dayanıksızlık dışında tüm emosyonel şemalar olumsuz benlik puanları ile anlamlı, pozitif ve orta- çok yüksek arasında değişen korelasyonlar göstermiştir. Bağımlılık, büyüklenmecilik, statü arayışı ve ekonomik dayanıksızlık dışındaki tüm emosyonel şemalar ile somatik yakınma puanları arasında anlamlı, pozitif ve zayıf- yüksek arasında değişen korelasyonlar saptanmıştır. Son olarak hostilite puanları bağımlılık, iç içelik ve ekonomik dayanıksızlık dışında tüm emosyonel şemalar ile anlamlı, pozitif ve zayıf- çok yüksek arasında değişen korelasyonlar göstermektedir. Migren tanılı ergenlerde emosyonel şemalar ve öznel yakınmalar arası korelasyonların ısı haritası şekil 7 içerisinde gösterilmiştir.



Şekil 4.7. Migren grubundaki ergenlerde Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ile değerlendirilen emosyonel şemalar ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile değerlendirilen öznel yakınmalar arası korelasyonların ısı haritası

4.9.3.2. JME Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomların İlişkisi

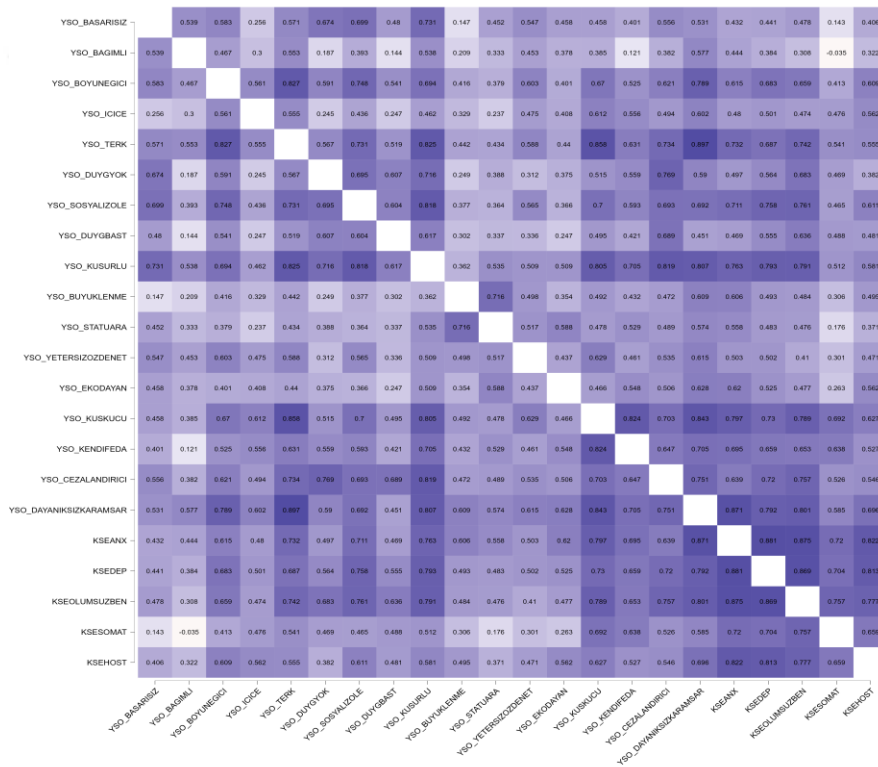
JME grubundaki ergenlerde emosyonel şemalar ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (tablo 25).

Tablo 4.23. JME grubundaki ergenlerde emosyonel şemalar ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi

r	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
YŞÖ- Ba.	-																					
YŞÖ- Bağ.	0.54**	-																				
YŞÖ- Bo.	0.58**	0.47**	-																			
YŞÖ- İ.	0.26	0.30	0.56**	-																		
YŞÖ- T.	0.57**	0.55**	0.83**	0.56**	-																	
YŞÖ- Dy.	0.67**	0.19	0.59**	0.25	0.57**	-																
YŞÖ- Si.	0.70**	0.39*	0.75**	0.44*	0.73**	0.70**	-															
YŞÖ- Db.	0.48*	0.14	0.54**	0.25	0.52**	0.61**	0.60**	-														
YŞÖ- K.	0.73**	0.54**	0.69**	0.46*	0.83**	0.72**	0.82**	0.62**	-													
YŞÖ- Bü.	0.15	0.21	0.42*	0.33	0.44*	0.25	0.38*	0.30	0.36*	-												
YŞÖ- Sa.	0.45*	0.33	0.38*	0.24	0.43*	0.39*	0.36*	0.34	0.54**	0.72**	-											
YŞÖ- Yö.	0.55**	0.45*	0.60**	0.48*	0.59**	0.31	0.57**	0.34	0.51**	0.50**	0.52**	-										
YŞÖ- Ed.	0.46*	0.38*	0.40*	0.41*	0.44*	0.38*	0.37*	0.25	0.51**	0.35	0.59**	0.44*	-									
YŞÖ- Ku.	0.46*	0.39*	0.67**	0.61**	0.86**	0.52**	0.70**	0.50**	0.81**	0.49**	0.48**	0.63**	0.47**	-								
YŞÖ- Kf.	0.40*	0.12	0.53**	0.56**	0.63**	0.56**	0.59**	0.42*	0.71**	0.43*	0.53**	0.46*	0.55**	0.82**	-							
YŞÖ- C.	0.56**	0.38*	0.62**	0.49**	0.73**	0.77**	0.69**	0.69**	0.82**	0.47**	0.49**	0.54**	0.51**	0.70**	0.65**	-						
YŞÖ-DK.	0.53**	0.58**	0.79**	0.60**	0.90**	0.59**	0.69**	0.45*	0.81**	0.61**	0.57**	0.62**	0.63**	0.84**	0.71**	0.75**	-					
KSE-Anks.	0.43*	0.44*	0.62**	0.48**	0.73**	0.50**	0.71**	0.47**	0.76**	0.61**	0.56**	0.50**	0.62**	0.80**	0.70**	0.64**	0.87**	-				
KSE-Dep.	0.44*	0.38*	0.68**	0.50**	0.69**	0.56**	0.76**	0.56**	0.79**	0.49**	0.48**	0.50**	0.53**	0.73**	0.66**	0.72**	0.79**	0.88**	-			
KSE-O.b.	0.48**	0.31	0.66**	0.47**	0.74**	0.68**	0.76**	0.64**	0.79**	0.48**	0.48**	0.41*	0.48**	0.79**	0.65**	0.76**	0.80**	0.88**	0.87**	-		
KSE-Somat.	0.14	-0.04	0.41*	0.48**	0.54**	0.47**	0.47**	0.49**	0.51**	0.31	0.18	0.30	0.26	0.69**	0.64**	0.53**	0.59**	0.72**	0.70**	0.76**	-	
KSE-Host.	0.41*	0.32	0.61**	0.56**	0.56**	0.38*	0.61**	0.48**	0.58**	0.50**	0.37*	0.47**	0.56**	0.63**	0.53**	0.55**	0.70**	0.82**	0.81**	0.78**	0.66**	-

r: pearson korelasyon analizi, YŞÖ: Young Şema Ölçeği, Ba: başarısızlık, Bağ: bağımlılık, Bo: boyun eğicilik, İ: iç içelik, T: terk edilme, Dy: duygusal yoksunluk, Si: sosyal izolasyon, Db: duygusal bastırma, K: kusurluluk, Bü: büyüklenmecilik, Sa: statü arayışı, Yö: yetersiz öz denetim, Ed: ekonomik dayanıksızlık, Ku: kuşkuculuk, Kf: kendini feda etme, C: cezalandırıcılık, DK: dayanıksızlık/ karamsarlık, KSE: Kısa Semptom Envanteri, Anks: anksiyete, Dep: depresyon, O.b.: olumsuz benlik, Somat: somatik, host: hostilite, *:p< 0.05, **:p<0.01

JME tanılı ergenlerde tüm emosyonel şemalar ile öznel anksiyete ve depresyon yakınmaları arasında anlamlı, pozitif ve orta- çok yüksek arasında değişen korelasyonlar saptanmıştır. Hem olumsuz benlik hem de hostilite puanları ise bağımlılık dışında tüm emosyonel şemalar ile anlamlı, pozitif ve zayıf- yüksek arasında değişen korelasyonlar göstermektedir. Son olarak somatik yakınma puanları ile başarısızlık, bağımlılık, büyüklenmecilik, statü arayışı, yetersiz özdenetim ve ekonomik dayanıksızlık dışında tüm emosyonel şemalar anlamlı, pozitif ve orta- yüksek düzeyde korelasyon göstermektedir. JME tanılı ergenlerde emosyonel şemalar ve öznel yakınmalar arası korelasyonların ısı haritası şekil 8 içerisinde gösterilmiştir.



Şekil 4.8. JME grubundaki ergenlerde Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ile değerlendirilen emosyonel şemalar ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile değerlendirilen öznel yakınmalar arası korelasyonların ısı haritası

4.9.3.3. Kontrol Grubundaki Ergenlerde Emosyonel Şemalar ve Öznel Olarak Bildirilen Semptomların İlişkisi

Kontrol grubundaki ergenlerde emosyonel şemalar ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi Pearson korelasyon analizi ile değerlendirilmiştir (tablo 26).



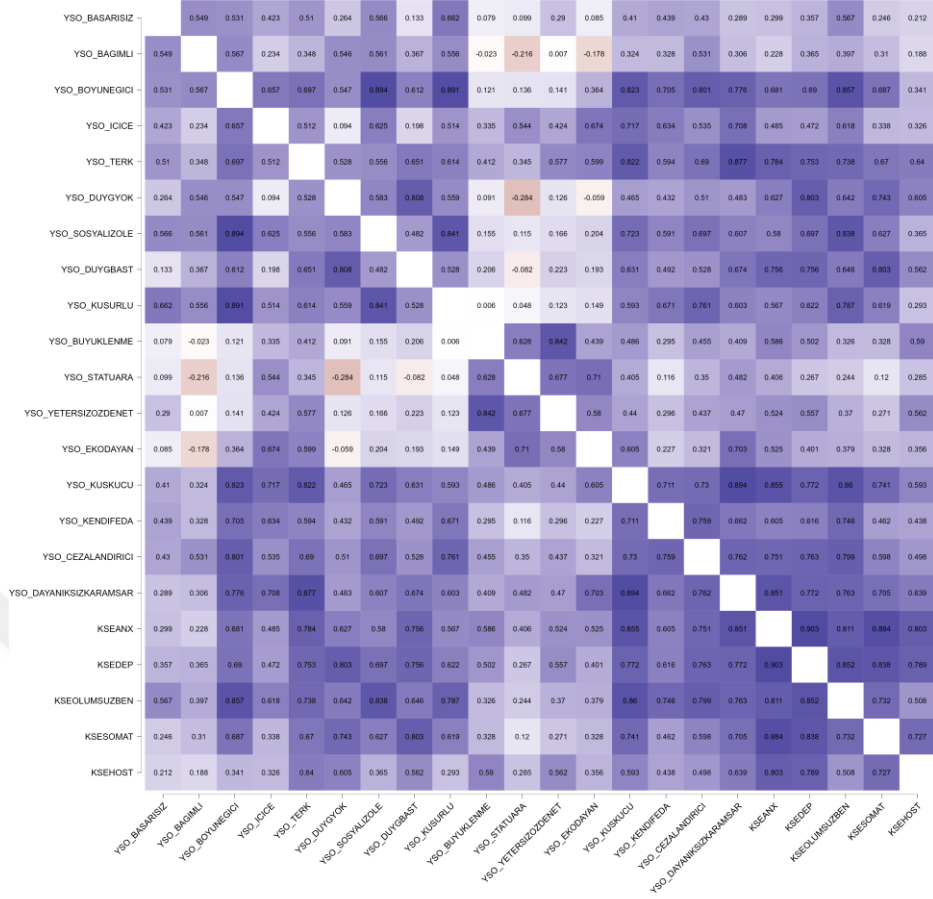
Tablo 4.24. Kontrol grubundaki ergenlerde emosyonel şemalar ve öznel olarak bildirilen semptomların ilişkisi

Tablo	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22
YŞÖ- Ba.	-																					
YŞÖ- Bağ.	0.55**	-																				
YŞÖ- Bo.	0.53**	0.57**	-																			
YŞÖ- İ.	0.42	0.23	0.66**	-																		
YŞÖ- T.	0.51**	0.35	0.70**	0.51**	-																	
YŞÖ- Dy.	0.26	0.55*	0.55*	0.09	0.53*	-																
YŞÖ- Si.	0.57**	0.56*	0.89**	0.63**	0.56*	0.58**	-															
YŞÖ- Db.	0.13	0.37	0.61**	0.20	0.65**	0.81**	0.48*	-														
YŞÖ- K.	0.66**	0.56*	0.89**	0.51*	0.61**	0.56*	0.84**	0.53*	-													
YŞÖ- Bü.	0.08	-0.02	0.12	0.34	0.41	0.09	0.16	0.21	0.01	-												
YŞÖ- Sa.	0.10	-0.22	0.14	0.54*	0.35	-0.28	0.12	-0.08	0.05	0.63**	-											
YŞÖ- Yö.	0.29	0.01	0.14	0.42	0.58**	0.13	0.17	0.22	0.12	0.84**	0.68**	-										
YŞÖ- Ed.	0.09	-0.18	0.36	0.67**	0.60**	-0.06	0.20	0.19	0.15	0.44	0.71**	0.58**	-									
YŞÖ- Ku.	0.41	0.32	0.82**	0.72**	0.82**	0.47*	0.72**	0.63**	0.59**	0.49*	0.41	0.44	0.61**	-								
YŞÖ- Kf.	0.44	0.33	0.71**	0.63**	0.59**	0.43	0.59**	0.49*	0.67**	0.30	0.12	0.30	0.23	0.71**	-							
YŞÖ- C.	0.43	0.53*	0.80**	0.54*	0.69**	0.51*	0.70**	0.53*	0.76**	0.46*	0.35	0.44	0.32	0.73**	0.76**	-						
YŞÖ-DK.	0.29	0.31	0.78**	0.71**	0.88**	0.48*	0.61**	0.67**	0.60**	0.41	0.48*	0.47*	0.70**	0.89**	0.66**	0.76**	-					
KSE-Anks.	0.30	0.23	0.68**	0.49*	0.78**	0.63**	0.58**	0.76**	0.57**	0.59**	0.41	0.52*	0.53*	0.86**	0.61**	0.75**	0.85**	-				
KSE-Dep.	0.36	0.37	0.69**	0.47*	0.75**	0.80**	0.70**	0.76**	0.62**	0.50*	0.27	0.56**	0.40	0.77**	0.62**	0.76**	0.77**	0.90**	-			
KSE-O.b.	0.57**	0.40	0.86**	0.62**	0.74**	0.64**	0.84**	0.65**	0.79**	0.33	0.24	0.37	0.38	0.86**	0.75**	0.80**	0.76**	0.81**	0.85**	-		
KSE-Somat.	0.25	0.31	0.69**	0.34	0.67**	0.74**	0.63**	0.80**	0.62**	0.33	0.12	0.27	0.33	0.74**	0.46*	0.60**	0.71**	0.88**	0.84**	0.74**	-	
KSE-Host.	0.21	0.19	0.34	0.33	0.64**	0.61**	0.37	0.56**	0.29	0.59**	0.29	0.56**	0.36	0.59**	0.44	0.50*	0.64**	0.80**	0.79**	0.51*	0.73**	-

r: pearson korelasyon analizi, YŞÖ: Young Şema Ölçeği, Ba: başarısızlık, Bağ: bağımlılık, Bo: boyun eğicilik, İ: iç içelik, T: terk edilme, Dy: duygusal yoksunluk, Si: sosyal izolasyon, Db: duygusal bastırma, K: kusurluluk, Bü: büyüklenmecilik, Sa: statü arayışı, Yö: yetersiz öz denetim, Ed: ekonomik dayanıksızlık, Ku: kuşkuculuk, Kf: kendini feda etme, C: cezalandırıcılık, DK: dayanıksızlık/ karamsarlık, KSE: Kısa Semptom Envanteri, Anks: anksiyete, Dep: depresyon, O.b.: olumsuz benlik, Somat: somatik, host: hostilite, *:p< 0.05, **:p<0.01

Korelasyon analizleri ile öznel anksiyete semptomları ve YŞÖ- başarısızlık, bağımlılık ve statü arayışı dışındaki emosyonel şema puanları arasında anlamlı, pozitif ve orta- çok yüksek arasında değişen korelasyonlar saptanmıştır. Diğer yandan depresyon puanları ile başarısızlık, bağımlılık, statü arayışı ve ekonomik dayanıksızlık dışındaki emosyonel şema puanları arasında anlamlı, pozitif ve orta- yüksek arasında değişen korelasyonlar gözlenmiştir. Olumsuz benlik puanları bağımlılık, büyüklenmecilik, statü arayışı, yetersiz öz denetim, ekonomik dayanıksızlık dışındaki emosyonel şema puanları ile anlamlı, pozitif ve orta- çok yüksek arasında değişen korelasyonlar göstermektedir.

Başarısızlık, bağımlılık, iç içelik, büyüklenmecilik, yetersiz öz denetim, statü arayışı, ekonomik dayanıksızlık dışındaki emosyonel şemalar ile somatik yakınma puanları arasında anlamlı, pozitif ve orta- kuvvetli korelasyonlar saptanmıştır. Son olarak hostilite puanları ise terke edilme, duygusal yoksunluk, duygusal bastırma, büyüklenmecilik, yetersiz öz denetim, kuşkuculuk, cezalandırıcılık ve dayanıksızlık/ karamsarlık puanları ile anlamlı, pozitif ve orta- çok yüksek korelasyonlar göstermiştir. Kontrol grubundaki ergenlerde emosyonel şemalar ve öznel yakınmalar arası korelasyonların ısı haritası şekil 9 içerisinde gösterilmiştir.



Şekil 4.9. Kontrol grubundaki ergenlerde Young Şema Ölçeği (YŞÖ) ile değerlendirilen emosyonel şemalar ve Kısa Semptom Envanteri (KSE) ile değerlendirilen öznel yakınmalar arası korelasyonların ısı haritası

5.TARTIŞMA

Tek merkezli, klinik temelli olarak tasarlanmış olan bu vaka-kontrol çalışmasında JME tanılı ergenler, pediatrik migren tanılı ergenler ve kontrol grubunun emosyonel şemalar, emasyon düzenleme becerileri, öznel olarak bildirilen semptomları arasındaki ilişkilerin değerlendirilerek kontrol grubu ile karşılaştırılması amaçlanmıştır. Bu amaçla 30 JME tanılı ergen, 30 pediatrik migren tanılı ergen ve 20 cinsiyet ve yaşça eşlenmiş sağlıklı ergen çalışmaya dahil edilmiştir. Grupların akademik başarı, akran ilişkileri ve aile özellikleri bakımından benzer olduğu, migren grubundaki annelerde anlamlı ölçüde daha yüksek süregelen ve tedavi gerektiren fiziksel hastalık bildirildiği görülmüştür.

JME tanılı ergenlerde yakınmalar ortalama 12 yaşında başlamakta, nöbetler özellikle sabahları olmakta ve en sık uykusuzluk ile tetiklenmektedir. Pediatrik migren tanılı ergenlerde yakınmaların ortalama 12.2 yaşında başladığı, yakınmaların en sık uykusuzluk ile tetiklendiği, migren epizodlarının özellikle hafta içi, değişken zamanlarda veya akşamları olduğunun bildirildiği görülmüştür. Ağrı alın ve şakaklarda bildirilmekte, çift yönlü yaşanmakta veya zamanla yönü değişmektedir. Ağrıya özellikle fotosensitivite, bulantı, ses ve koku hassasiyetinin eşlik ettiği görülmüştür. Migren tanılı ergenlerin beşte birinde epizod öncesinde özellikle görsel aura bildirilmektedir. Öncül semptomlar olarak en sık yorgunluk, sinirlilik ve “kendisini tam olarak sağlıklı hissetmeme” yaşanmaktadır. Migren epizodlarının en sık uykusuzluk, ışık veya açlık ile tetiklendiği aktarılmıştır. PeMİDAS değerlendirmesi ile hem ağrı şiddeti hem de işlev bozukluğu daha çok “hafif” veya “çok hafif” olarak değerlendirilmiştir.

K-SADS-PL ile güncel tanılar değerlendirildiğinde JME grubunda özellikle Agorafobi/Özgül Fobi (n= 9), YAB (n= 7) ve Sosyal Fobi (n= 3) tanılarının saptandığı görülmüştür. Sıklıklarına göre JME grubundaki diğer tanılar DEHB (n= 3), OKB (n=2), SAB (n= 1), BP (belirlenmemiş tip, n= 1), Enürezis noktürna (n= 1), KOKGB (n= 1) ve anoreksiya nervozayı (n= 1) içermektedir. Pediatrik migren grubunda en sık tanılar Sosyal Fobi (n= 6), YAB (n= 4), OKB (n= 4), agorafobi/ özgül fobi (n= 4) içermektedir. Migren grubunda sıklıklarına göre diğer tanılar ise DEHB (n= 2), Tik bozukluğu (n= 1), MDB (n= 1), BP (belirlenmemiş, n= 1) olarak sıralanmıştır. Kontrol grubunda en sık güncel tanılar Agorafobi/ özgül fobi (n= 5), sosyal fobi (n= 2), panik bozukluk (n= 2) olarak sıralanmış ve güncel tanılar bakımından üç grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

K-SADS-PL ile geçmiş tanılar değerlendirildiğinde JME grubunda özellikle agorafobi/ özgül fobi (n= 9), YAB (n= 5), sosyal fobi (n= 4) ve DEHB (n= 3) tanılarının saptandığı görülmüştür. JME grubunda sıklıklarına göre diğer geçmiş tanılar ise MDB (n= 2), OKB (n= 2), BP (belirlenmemiş, n= 1), enürezis noktürna (n= 1), anoreksiya nervoza (n= 1), bulimiya nervoza (n= 1) ve KOKGB (n= 1) şeklinde sıralanmaktadır. Migren grubunda en sık geçmiş tanılar sosyal fobi (n= 6), agorafobi/ özgül fobi (n= 4), YAB (n= 3), MDB (n= 2), OKB (n= 2) ve DEHB (n= 2) olduğu görülmüştür. Migren grubunda sıklıklarına göre diğer geçmiş tanılar ise BP (belirlenmemiş, n= 1), enürezis noktürna (n= 1), tik bozuklukları (n= 1), TSSB (n= 1) ve bulimiya nervoza (n= 1) şeklinde sıralanmaktadır. Kontrol grubunda geçmiş tanılar ise sıklıklarına göre agorafobi/ özgül fobi (n= 5), sosyal fobi (n= 2), MDB (n= 1) ve KOKGB (n= 1) şeklinde sıralanmıştır. Gruplar arasında geçmiş tanılar bakımından anlamlı fark saptanmamıştır. Tanı oranları gruplar arasında anlamlı fark göstermese de klinisyen değerlendirmesine göre belirti şiddetlerinin gruplar arasında anlamlı fark gösterdiği görülmüştür. JME ve pediyatrik migren grubundaki ergenlerin CGI-S ile değerlendirilen belirti şiddetleri kontrol grubundaki ergenlere göre anlamlı ölçüde yüksektir ve bu farkın etki büyüklüğü çok kuvvetli olarak saptanmıştır.

Örnekleme YŞÖ-KF-3 için Cronbach alfa katsayısı 0.97 olarak hesaplanmış ve ölçeğin güvenilirliğinin çok yüksek olduğu düşünülmüştür. Gruplar arası karşılaştırmalarda JME tanılı ergenlerin iç içelik alt ölçek puan ortalamalarının migren tanılı olanlara göre anlamlı ölçüde yüksek olduğu, migren tanılı ergenlerin de kontrol grubuna göre iç içelik puanlarının anlamlı derecede yükseklik gösterdiği saptanmıştır. Diğer yandan kendini feda etme ve dayanıksızlık karamsarlık alt ölçeklerinde JME ve migren grupları benzer ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek puanlar almaktadır.

Örnekleme EİDDÖ için Cronbach alfa katsayısı 0.80 olarak hesaplanmış ve ölçeğin yüksek güvenilirlik gösterdiği düşünülmüştür. EİDDÖ alt ölçek puan ortalamaları için gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. KSE için örnekleme Cronbach alfa katsayısı 0.97 olarak hesaplanmış ve ölçeğin örnekleme çok yüksek güvenilirlik gösterdiği düşünülmüştür. KSE alt ölçek puan ortalamaları gruplar arasında anlamlı fark göstermemiştir.

SCWT-2 hata ve düzeltme sayılarının JME ve migren tanılı ergenlerde kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek ve kendi aralarında benzer olduğu ve bu farkın etki büyüklüğünün orta düzeyde olduğu görülmüştür. Diğer yandan SCWT-5 süresi JME grubunda migren tanılı ergenlere göre, migren grubunda ise kontrollere göre anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur.

Migren tanılı ergenlerde içsel işlevsel duygu düzenleme puanlarının YŞÖ büyülenmecilik, kendini feda etme ve dayanıksızlık/ karamsarlık alt ölçek puanları ile, dışsal işlevsel duygu düzenleme puanlarının ise YŞÖ kusurluluk puanları ile anlamlı ve pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Diğer yandan JME tanılı ergenlerde içsel işlevsel duygu düzenleme puanları YŞÖ statü arayışı, kusurluluk ve kendini feda etme puanları ile anlamlı ve pozitif korelasyon göstermektedir. JME grubunda dışsal işlevsel duygu düzenleme puanlarının YŞÖ büyülenmecilik ve ekonomik dayanıksızlık puanları ile anlamlı ve pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Kontrol grubundaki ergenlerde içsel işlevsel duygu düzenleme puanları ile YŞÖ alt ölçek puanları arasında anlamlı korelasyon saptanmamış ancak dışsal işlevsel duygu düzenleme puanları ile büyülenmecilik puanlarının anlamlı ve pozitif korelasyon gösterdiği görülmüştür.

Duygu düzenleme becerileri ve öznel semptomlar arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde migren tanılı ergenlerde işlevsiz duygu düzenleme puanlarının KSE alt ölçek puanları ile anlamlı ve pozitif korelasyon gösterdiği ve bu ilişkilerin etki boyutlarının orta- kuvvetli düzeyde olduğu saptanmıştır. JME grubunda içsel işlevsel duygu düzenleme puanları ile öznel anksiyete, depresyon ve toplam semptom puanları arasında zayıf- orta derecede korelasyonlar saptanmıştır. Aynı grupta içsel işlevsiz duygu düzenleme puanları ile öznel semptomlar arasında anlamlı korelasyonlar saptanmıştır. Kontrol grubunda ise işlevsel duygu düzenleme ve dışsal işlevsiz duygu düzenleme puanları ile öznel semptom puanları anlamlı korelasyon göstermemektedir. Ancak içsel işlevsiz duygu düzenleme puanları ile öznel semptomlar arasında anlamlı ve pozitif korelasyonlar saptanmıştır.

Emosyonel şema puanları ve öznel semptomlar arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde, migren grubunda YŞÖ iç içelik ve ekonomik dayanıksızlık dışındaki şema puanlarının öznel anksiyete semptom puanları ile, statü arayışı ve ekonomik dayanıksızlık dışındaki şema puanlarının ise öznel depresyon ve olumsuz benlik semptom puanları ile anlamlı ve pozitif korelasyonlar gösterdiği görülmüştür. JME ve kontrol gruplarında da şema puanları ve öznel semptom puanları anlamlı ve pozitif korelasyonlar göstermektedir.

Çalışmamızın ilk bulgusu JME, pediyatrik migren ve kontrol grubundaki ergenlerin akademik başarı, akran ilişkileri ve diğer sosyodemografik özellikler bakımından benzerlik göstermesi ancak migren grubundaki annelerde süregelen ve tedavi gerektiren fiziksel hastalık oranlarının diğer iki gruba göre anlamlı derecede daha yüksek olmasıdır. Çalışma bulgularımız yazınla kısmen farklılık göstermektedir. Geçmiş çalışmalar JME tanılı ergenlerin nöbetlerin yarattığı belirsizlik ve kısıtlılıklar, dürtüsellik ve benzeri sorunlar nedeniyle akran ilişkilerinde

sorunlar yaşayabileceğini bildirmektedir (12). Diğer yandan JME tanılı ergenlerde hem nöbetler hem de nöbetleri kontrol etmek amacıyla kullanılan ilaçlar dikkat, konsantrasyon, çalışma belleği, sözel akıcılık ve bilgi işlem hızını olumsuz etkileyerek akademik başarıyı düşürebilmektedir (5, 6). Diğer yandan pediatrik migren de okul devamsızlığını artırması, ilişkili semptomlar ve ağrının bilişsel işlevleri olumsuz etkilemesi nedeniyle akademik başarıyı düşürebilir (2, 43). Migren tanılı çocukların özellikle ilköğretim yıllarında akran ilişkilerinin daha kısıtlı olduğu da bildirilmektedir (43). Sayılan bulgulara rağmen çalışmamızda akran ilişkileri ve akademik başarı açısından gruplar arasında anlamlı fark olmaması tedavinin olumlu etkilerini veya migren ve JME tanılarının akran ilişkileri ile ilgili olumsuz sonuçlarının çocukluk yıllarında daha belirgin olmasını yansıtabilir. Akademik başarı ve akran ilişkileri çalışmamızda anneler ve ergenlerin öznel bildirimleri ile değerlendirildiğinden bulgularımız bildirim ve hatırlama yanlılığından da etkilenmiş olabilir. Pediatrik migren ve JME tanılarının akran ilişkileri ve akademik başarıya etkileri konusunda yürütülecek ek çalışmalarda örneklemelerin daha geniş bir yaş grubunu içermesi ve akademik başarı/ akran ilişkileri konusunda diğer kaynaklardan da (örn. Babalar, öğretmenler) bilgi alınması önerilebilir. Pediatrik migren tanılı çocukların ebeveynlerin stres düzeylerinin arttığı bilinse de (2, 43, 94), bu ebeveynlerde fiziksel hastalık sıklığı ile ilgili veri bulunmamaktadır. Benzer şekilde JME tanılı çocukların ebeveynlerinde de stres düzeylerinin arttığı bilinse de bu ebeveynlerde fiziksel hastalıkların sıklığı konusunda net veriler bulunmamaktadır (3, 7, 95). Bulgularımız pediatrik migren tanılı ergenlerin annelerinde fiziksel hastalık sıklığının artmış olabileceğini düşündürse de, öznel bildirimlere dayalı olarak elde edildiklerinden bildirim ve hatırlama yanlılığından etkilenmiş olabilir. JME ve migren tanılı ergenlerin ebeveynlerinde fiziksel ve ruhsal hastalık ve bozuklukların yaygınlığı üzerine yürütülecek ek çalışmalarda diğer bilgi kaynaklarından da veri toplanması önerilebilir.

Çalışmamızda JME yakınmalarının ortalama 12 yaşında başladığı, özellikle sabahları nöbet geçirildiği ve nöbetlerin en sık uykusuzlukla tetiklendiği bulguları literatürler uyumludur (1, 3, 4). Dolayısıyla bu ergenlerin uyku hijyeni başta olmak üzere psikoeğitimden fayda görebilecekleri söylenebilir (96). Çalışmamızdaki migren tanılı ergenlerde de yakınmaların ortalama 12.2 yaşında başladığı, nöbetlerin en sık uykusuzlukla tetiklendiği ve özellikle hafta içi/ değişken zamanlarda ve akşamları yaşandığı bildirilmiştir. Ağrı özellikle alın ve şakaklarda yaşanmakta ya çift taraflı olmakta ya da yön değiştirmektedir. Özellikle fotosensitivite, bulantı, ses ve koku hassasiyetinin ağrıya eşlik ettiği bildirilmiştir. Örneklemimizde % 20.0 oranında özellikle görsel aura yaşanmaktadır. Yorgunluk, sinirlilik ve “tam olarak sağlıklı hissetmeme”

en sık öncül belirtiler olarak aktarılmıştır. Uykusuzluk, ışık ve açlık migren epizodlarını tetiklemektedir. Sayılan bulgular literatürle uyumludur (2, 43). Geçmiş çalışmalarda da pediatrik migren olgularında atakların gece geç ve sabah erken saatlerde yoğunlaştığı, bulantı/kusma ve atipik görünümünün yaygın olduğu, ağrının çift taraflı olduğu gibi özellikler aktarıldığından bulgularımızın yazınla uyumlu olduğu söylenebilir (97, 98). PedMIDAS değerlendirmelerinde olguların ağrı şiddetleri ve işlev bozuklukları çoğunlukla “hafif” veya “çok hafif” olarak değerlendirildiğinden örneklemdeki migren tanılı ergenlerin tedaviden fayda gördükleri düşünülebilir. Sonuçlarımız migren tanılı diğer yaş gruplarından çocuklar veya diğer merkezlerde tedavi ve takip edilen ergenler için geçerli olmayabileceğinden JME ve migren tanılı çocuk ve ergenlerin klinik özellikleri ile ilgili çok merkezli ve geniş örneklemli olarak yürütülecek çalışmalar gerektiği söylenebilir. Ek olarak migren tanılı ergenlerin de yaşam biçimi ve uyku düzeni ile ilgili önerilerden fayda görebileceği düşünülebilir (2, 43).

Çalışmamızın üçüncü bulgusu yarı yapılandırılmış görüşme ile değerlendirilen güncel ve geçmiş tanı oranlarını içermektedir. K-SADS-PL ile güncel tanılar değerlendirildiğinde JME grubunda özellikle Agorafobi/ Özgül Fobi (n= 9), YAB (n= 7) ve Sosyal Fobi (n= 3) tanılarının saptandığı görülmüştür. Pediatrik migren grubunda en sık tanılar Sosyal Fobi (n= 6), YAB (n= 4), OKB (n= 4), agorafobi/ özgül fobi (n= 4) içermektedir. Kontrol grubunda en sık güncel tanılar Agorafobi/ özgül fobi (n= 5), sosyal fobi (n= 2), panik bozukluk (n= 2) olarak sıralanmış ve güncel tanılar bakımından üç grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. K-SADS-PL ile geçmiş tanılar değerlendirildiğinde JME grubunda özellikle agorafobi/ özgül fobi (n= 9), YAB (n= 5), sosyal fobi (n= 4) ve DEHB (n= 3) tanılarının saptandığı görülmüştür. Migren grubunda en sık geçmiş tanılar sosyal fobi (n= 6), agorafobi/ özgül fobi (n= 4), YAB (n= 3), MDB (n= 2), OKB (n= 2) ve DEHB (n= 2) olduğu görülmüştür. Kontrol grubunda geçmiş tanılar ise sıklıklarına göre agorafobi/ özgül fobi (n= 5), sosyal fobi (n= 2), MDB (n= 1) ve KOKGB (n= 1) şeklinde sıralanmıştır. Bulgularımız yazınla kısmen uyumludur. Geçmiş çalışmalarda da JME ve migren tanılı ergenlerde hem içe yönelim hem de dışa yönelim bozukluklarının sağlıklı ergenlere göre artmış olduğu bildirilmiştir (2, 7, 15- 19, 26, 36). Çalışmamızda kontrol grubunun pediatrik nöroloji polikliniğine “bayılma” veya “baş ağrısı” yakınmaları ile başvuran ancak değerlendirmede JME veya pediatrik migren tanısı almayan ergenlerden oluşturulması nedeniyle güncel ve yaşam boyu psikopatoloji hakkındaki sonuçlarımız örneklem yanlılığından etkilenmiş olabilir. JME ve migren tanılı ergenlerde yaşam boyu ve güncel psikopatoloji oranları üzerine yapılacak ek çalışmalarda kontrol gruplarının sağlıklı çocuk muayenesine getirilen ve herhangi bir fiziksel yakınması olmayan çocuklardan oluşturulması

önerilebilir. Tanı oranları gruplar arasında anlamlı fark göstermese de klinisyen değerlendirmesine göre belirti şiddetlerinin gruplar arasında anlamlı fark gösterdiği görülmüştür. JME ve pediyatrik migren grubundaki ergenlerin CGI-S ile değerlendirilen belirti şiddetleri kontrol grubundaki ergenlere göre anlamlı ölçüde yüksektir ve bu farkın etki büyüklüğü çok kuvvetli olarak saptanmıştır. Bu bulgu geçmiş yazınla uyumludur ve JME veya migren tanılı ergenlerin psikiyatrik belirtilerinin kontrol grubuna göre daha şiddetli olduğu ve işlevi daha olumsuz etkileyebileceği bilgisini desteklemektedir (2, 7, 15- 19, 26, 36).

Çalışmamızın diğer bulgusu YŞÖ-KF-3 alt ölçek puanlarını içermektedir ve iç içelik puanlarının JME grubunda en yüksek olduğu, bu grubu pediyatrik migren tanılı ergenlerin takip ettiği, kontrol grubunda ise puanların en düşük olduğu görülmüştür. Kendini feda etme ve dayanıksızlık/ karamsarlık alt ölçek puanları ise JME ve migren gruplarında benzer ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede daha yüksektir. Geçmiş çalışmalarda kronik pediyatrik migren tanılı ergenlerin eksiklik/ utanç, güvensizlik/ kötüye kullanım, terk edilme/ dengesizlik, iç içelik/ gelişmemiş kendilik, kendini feda etme ve boyun eğme şemalarının epizodik migren olgularına göre daha belirgin olduğu (20), migren tanılı kız ergenlerde emosyonel yoksunluk, terk edilme, eksiklik/ utanç, bağımlılık/ yetersizlik, başarısızlık, olumsuzluk/ kötümserlik şemalarında, erkek ergenlerin ise yetersiz kendilik kontrolü şemalarında anlamlı derecede yüksek puan aldıkları bildirilmiştir (21). Aynı gruptan diğer bir çalışmada terk edilme/ reddedilme şemaları daha aktif olan migren tanılı ergenlerin hastalıkları ile olumsuz başa çıkma yollarına daha sık başvurdukları bildirilmiştir (99). Migren tanılı erişkin kadınlarda da bağımlılık/ yetersizlik, mükemmeliyetçilik ve cezalandırma şemaları ile ilgili puanların diğer baş ağrısı tiplerine göre anlamlı derecede yüksek olduğu saptanmıştır (100). İran'da erişkin migren hastaları üzerinde yürütülmüş bir çalışmada da erken dönem uyumu bozucu şema puanlarının bu hastalarda anlamlı derecede yüksek olduğu ve aleksitimiye katkıda bulunduğu saptanmıştır (101). JME tanılı ergenlerde emosyonel şemalar üzerine veriler ise kısıtlıdır. Bu alanda erişkinlerle yürütülmüş olan bir çalışmada Shafique ve ark. (30) uyumu bozucu şemaların epilepsi tanılı erkeklerde ve düşük sosyoekonomik düzeyde olanlarda daha belirgin olduğunu ve bu şemaların öznel olarak bildirilen psikopatoloji semptomlarını yordadığını saptamıştır. İran'da epilepsi tanılı ergenlerde yürütülmüş bir çalışmada ise emosyonel şema terapisinin emasyon düzenleme ve toplumsal etkileşim becerilerini olumlu etkilediği saptanmıştır (102). Bulgularımız yazınla uyumludur ve JME ve migren tanılı ergenlerin zedelenmiş özerklik/ başarısızlık, başkalarına yönelimlilik ve aşırı uyarılma/ inhibisyon gibi şema modlarını kontrol grubuna göre daha sık etkinleştirebildiklerini, dolayısıyla erken

dönemde özerklik/ kendine yeterlilik/ kimlik gibi ihtiyaçlarının karşılanmamış olabileceğini düşündürmektedir. JME ve migren tanılı ergenlerde şema modları ve ilişkili etkenlerle ilgili yürütülecek ek çalışmalarda ebeveynlerin ve etkilenmemiş aile üyelerinin de şemalarının belirlenmesi, şema modlarına ek olarak erken dönem çocukluk yaşantıları ile ilgili farklı kaynaklardan nesnel bilgiler toplanması önerilebilir. Ek çalışmalarda şema modları ile hastaların cinsiyetleri, süregenleşme ve tedavi direncinin arasındaki ilişkilerin değerlendirilmesi önerilebilir. Ek çalışmalarla migren ve JME tanılı ergenlere uygulanacak şema terapisinin semptom kontrolü ve emosyon düzenleme becerilerine etkisinin değerlendirilmesi alan yazına katkıda bulunacaktır.

Çalışmamızda KSE güvenilirliği için Cronbach alfa değeri 0.97 olarak hesaplanmış ve ölçek güvenilirliğinin çok yüksek olduğu düşünülmüştür. Diğer yandan KSE alt ölçek puan ortalamaları için gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Geçmiş çalışmalarda ise hem migren hem de epilepsi tanılı olgularda öznel olarak bildirilen semptomların kontrol grubuna göre artmış olduğu bildirilmiştir (2, 30, 43, 103). Yazınla fark gösteren bulgularımızın bildirim veya hatırlama yanlışlığından etkilenmiş olabileceği, pediyatrik nöroloji polikliniğindeki tedavinin etkinliğinden veya kontrol grubunun sağlıklı çocuk muayenesi için başvuran ergenlerden oluşturulmamasından kaynaklanabileceği düşünülmüştür. JME ve migren tanılı ergenlerde öznel olarak bildirilen ruhsal yakınmalar üzerine ek çalışmalarda kontrol grubunun sağlıklı çocuk muayenelerine getirilen ergenlerden oluşturulması ve öz bildirim ölçeklerinin yanı sıra ruhsal bozukluk belirtilerinin ebeveynler ve öğretmenlerce de değerlendirilmesinin sağlanması faydalı olabilir.

Çalışmamızda SCWT-2 hata ve düzeltme sayılarının JME olgularında migren olgularına benzer ve kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Bu farkın etki büyüklüğü orta olarak değerlendirilmiştir. Diğer yandan 5. Kart süresinin JME olgularında diğer gruplara göre anlamlı derecede artmış olduğu, bu grubu migren tanılı ergenlerin izlediği, kontrol grubundaki ergenlerin ise diğer iki gruba göre anlamlı derecede daha kısa sürede bu kartı tamamladığı görülmüştür. SCWT-2 içerisindeki uyaran kartı ilk olarak uygulandığında kelimelerin mümkün olduğu kadar hızlı okunmaları, aynı kart 5. Uyaran olarak verildiğinde ise kelimelerin renklerinin mümkün olduğu kadar hızlı söylenmesi gerekmektedir (86- 88). Dolayısıyla bulgularımızın JME ve migren tanılı ergenlerin bilgi işlem hızlarının kontrol grubuna göre anlamlı derecede düşük olduğunu (ikinci kart), JME tanılı ergenlerin migren tanılı olanlara göre bozucu etkiye daha açık olduklarını ve bu grubu migren tanılı ergenlerin izlediğini, kontrol grubundaki ergenlerin ise bozucu etkiye karşı koyabildiklerini desteklediği

söylenbilir (86- 88). Geçmiş çalışmalarda da JME tanılı ergenlerde dürtü kontrolü, dikkati idame ettirme gibi alanlarda zorlandığı bildirilmiştir (5-7). JME tanılı olgulara göre daha az değerlendirilmesine ve bazı çelişkili verilere rağmen pediatrik migren olgularında da bilgi işlem hızında yavaşlama, bozucu etkiye karşı koyma yetisinde azalma gibi sorunlar bildirilmektedir (103- 105). Yazın verileri nöropsikolojik sorunların özellikle kronik migren tanılı olgularda ve görsel aura varlığında belirginleşebileceğini düşündürmektedir (103- 105). Bozucu etkiye karşı koyma dahil olmak üzere yürütücü işlevlerin migren ve JME tanılı ergenlerde SCWT dışında diğer testlerle de değerlendirileceği ek çalışmalara ihtiyaç duyulduğu söylenebilir.

Çalışmamızda migren tanılı ergenlerde EİDDÖ içsel işlevsel duygu düzenleme puanları ile YŞÖ büyülenmecilik, kendini feda etme ve dayanıksızlık/ karamsarlık, dışsal işlevsel duygu düzenleme puanları ile de YŞÖ kusurluluk şema puanları arasında anlamlı pozitif korelasyonlar saptanmıştır. JME tanılı ergenlerde içsel işlevsel duygu düzenleme ile YŞÖ statü arayışı, kusurluluk ve kendini feda etme, dışsal işlevsel duygu düzenleme ile de büyülenmecilik ve ekonomik dayanıksızlık şema puanları pozitif yönde anlamlı korelasyon göstermektedir. Kontrol grubundaki ergenlerde ise içsel işlevsel duygu düzenleme ile YŞÖ puanları arası anlamlı korelasyon saptanmamış diğer yandan dışsal işlevsel duygu düzenleme ile büyülenmecilik şema puanları arasında anlamlı ve pozitif yönde korelasyon saptanmıştır. Çalışma verilerimizin kesitsel doğası ve korelasyon analizlerinin nedensellik yönünden katkı vermemeleri göz önüne alındığında bu konuda yapılacak yorumlar çok sağlıklı olmasa da verilerimiz ilk bakışta sağlıklı olarak değerlendirilecek bazı şemaların özellikle JME ve migren tanılı ergenlerde işlevsel duygu düzenleme ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir. İleride yapılacak çalışmalarda JME ve migren tanılı ergenlerin tanı aldıklarında ve takipleri süresince belirli aralıklarla emosyonel şemaları ve duygu düzenleme becerileri bakımından değerlendirilmesi önerilebilir.

Çalışmamızda migren tanılı ergenlerde işlevsiz duygu düzenleme stratejileri KSE alt ölçek puanları ile anlamlı, pozitif ve orta- küçük büyüklükte korelasyonlar göstermektedir. JME tanılı ergenlerde içsel işlevsel duygu düzenleme puanları ile KSE-anksiyete, depresyon ve toplam semptom puanları arasında anlamlı, pozitif ve zayıf-orta büyüklükte korelasyonlar göstermekte, bu korelasyonlar içsel işlevsiz duygu düzenleme puanları ile daha da belirgin düzeye yükselmektedir. Kontrol grubundaki ergenlerde ise özellikle içsel işlevsiz duygu düzenleme puanlarının KSE semptom puanları ile anlamlı ve pozitif korelasyon gösterdiği saptanmıştır. Çalışma verilerimizin kesitsel doğası ve korelasyon analizlerinin nedensellik

yönünden katkı vermemeleri göz önüne alındığında bu konuda yapılacak yorumlar çok sağlıklı olmasa da verilerimiz ergenlerde özellikle içsel işlevsiz duygu düzenleme puanları ile öznel olarak bildirilen ruhsal yakınmaların anlamlı ilişki gösterebileceğini düşündürmektedir. Yakın tarihli çalışmalar da hem migren (106) hem de JME (8-12, 107) tanılı ergenlerde emosyon düzenleme sorunlarının ruhsal yakınmalar ile ilişkili olabileceğini desteklemektedir. Dolayısıyla JME ve migren tanılı ergenlerde tedavi öncesi ve tedavi sonrasında emosyon düzenleme becerilerinin ve ruhsal yakınmaların öz ve ebeveyn bildirim ölçekleri ile değerlendirilmesi, kesim puanı üzerinde puan elde eden ergenlerin bireysel destek açısından yönlendirilmesinin faydalı olup olmadığının değerlendirilmesi önerilebilir.

Son olarak çalışmamızda migren tanılı ergenlerde YŞÖ iç içelik ve ekonomik dayanıksızlık dışında tüm şema puanlarının öznel anksiyete ve olumsuz benlik, statü arayışı ve ekonomik dayanıksızlık dışında tüm şemaların öznel depresyon yakınmaları ile ilişkili olduğu görülmüştür. JME ve kontrol grubundaki ergenlerde de erken dönem olumsuz emosyonel şemalar depresyon, anksiyete somatik yakınmalarla ilişkilidir. Bu bulguların yazınla uyumlu olarak ergenlerde erken dönem uyumu bozucu şemaların genel olarak ruhsal bozukluklara yatkınlığı artırabileceğini desteklediği düşünülmüştür (49, 52, 108). İleride yapılacak çalışmalarda JME ve migren tanılı ergenlerin şema terapisi öncesi ve sonrasında erken dönem uyumu bozucu şemalarındaki değişimin değerlendirilmesi ve klinik semptomlara etkisinin ölçülmesi önerilebilir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma; juvenil miyoklonik epilepsi ve pediatrik migren tanılı ergenlerde erken dönem uyumu bozucu şemalar, duygu düzenleme becerileri, öznel olarak bildirilen ruhsal yakınmalar ve bazı yürütücü işlev göstergelerinin (Stroop performansı) değerlendirilmesi; bu değişkenlerin hem gruplar arasında karşılaştırılması hem de grup içi ilişkilerinin incelenmesi amacıyla yürütülmüştür. Elde edilen bulgular, JME ve pediatrik migren tanılı ergenlerde özellikle şema alanlarının ve duygu düzenleme örüntülerinin ruhsal yakınmalarla olan ilişkisine işaret etmekte; çocuk ergen ruh sağlığı değerlendirmesinde biyopsikososyal yaklaşımın önemini desteklemektedir.

Sosyodemografik ve aileyle ilişkili değişkenler açısından gruplar genel olarak benzerlik göstermiştir. Bununla birlikte pediatrik migren grubundaki ergenlerin annelerinde süregelen ve tedavi gerektiren fiziksel hastalık bildirimlerinin diğer gruplara göre daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Yarı yapılandırılmış psikiyatrik görüşme ile saptanan güncel ve yaşam boyu psikiyatrik tanı oranları gruplar arasında anlamlı düzeyde farklılaşmamış; buna karşın klinisyen değerlendirmesine göre genel belirti şiddetinin (KGİ) JME ve pediatrik migren gruplarında kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgu, tanısal sınıflama kadar “belirti şiddeti ve işlevsellik” boyutunun da klinik değerlendirmede dikkate alınması gerektiğini düşündürülebilir.

Erken dönem uyumu bozucu şemalar açısından gruplar arasında anlamlı farklılıklar saptanmıştır. Özellikle “iç içelik” şemasının gruplara göre farklılaştığı; ortalama puanların JME grubunda daha yüksek seyrettiği görülmüştür. Ayrıca “kendini feda etme” ve “dayanıksızlık/karamsarlık” şemalarının hasta gruplarında kontrol grubuna kıyasla daha yüksek düzeylerde izlenmesi, bu alanların klinik açıdan öncelikli ele alınabilecek şema temaları olabileceğine işaret etmektedir.

Duygu düzenleme becerileri (EİDDÖ alt ölçekleri) açısından gruplar arasında ortalama düzeylerde anlamlı bir fark saptanmamıştır. Ancak bu bulgu, duygu düzenlemenin klinik açıdan önemsiz olduğu şeklinde yorumlanmamalıdır; çünkü grup içi ilişkilere bakıldığında duygu düzenleme örüntülerinin öznel yakınmalarla ilişkili olduğu görülmüştür.

Öznel olarak bildirilen ruhsal yakınmalar (KSE alt ölçekleri ve toplam puan) bakımından gruplar arasında anlamlı bir ortalama fark saptanmamıştır. Buna karşın klinisyen

değerlendirmesindeki belirti şiddeti farkı ve ilişki analizleri birlikte ele alındığında, öz-bildirim ölçekleri ile klinisyen değerlendirmesinin farklı boyutları yakalıyor olabileceği; ayrıca örneklem özellikleri ve olası tedavi/izlem etkilerinin sonuçlara yansımış olabileceği düşünülmüştür.

Nöropsikolojik değerlendirme kapsamında Stroop performansında özellikle “SCWT-2 hata” ve “SCWT-2 düzeltme” sayılarında gruplar arasında fark olduğu; kontrol grubunun hata/düzeltilme bakımından daha düşük değerler gösterdiği bulunmuştur. Bu sonuç, JME ve pediyatrik migren tanılı ergenlerde dikkat, seçici dikkat ve hata izleme gibi yürütücü işlevlerle ilişkili alanlarda güçlüklerin izlenebileceğini düşündürülebilir.

Duygu düzenleme ve öznel semptomlar arasındaki ilişkiler incelendiğinde; pediyatrik migren grubunda işlevsiz duygu düzenleme puanlarının öznel yakınmalarla anlamlı ve pozitif yönde ilişkili olduğu, JME grubunda da özellikle işlevsiz duygu düzenleme puanlarının öznel yakınmalarla ilişkili seyrettiği görülmüştür. Kontrol grubunda ise daha sınırlı bir örüntü izlenmiş; özellikle içsel işlevsiz duygu düzenleme ile öznel yakınmaların ilişkili olduğu saptanmıştır.

Emosyonel şemalar ile öznel semptomlar arasındaki ilişkiler değerlendirildiğinde; migren grubunda birçok şema puanının anksiyete/depresyon/olumsuz benlik gibi öznel yakınmalarla pozitif yönde ilişkili olduğu, JME ve kontrol gruplarında da şema puanları ile öznel semptom puanları arasında anlamlı ve pozitif ilişkilerin bulunduğu görülmüştür. Bu durum, erken dönem uyumu bozucu şemaların ergenlerde ruhsal yakınmalara yatkınlıkla ilişkili olabileceğini ve klinik değerlendirmede dikkate alınmasının yararlı olabileceğini düşündürmektedir.

Genel olarak bu çalışma, JME ve pediyatrik migren tanılı ergenlerde şema örüntülerinin ve duygu düzenleme ile ilgili süreçlerin öznel ruhsal yakınmalarla ilişkilendiğini; ayrıca bazı dikkat/yürütücü işlev göstergelerinde farklılaşmalar olabileceğini ortaya koymaktadır. Bu çerçevede, ergen nörolojik hastalıklarında yalnızca farmakolojik izlem değil, psikolojik süreçlerin de bütüncül biçimde ele alınması önem taşımaktadır.

JME ve pediyatrik migren tanılı ergenlerin izleminde, klinik görüşmeye ek olarak şema alanları ve duygu düzenleme güçlüklerini tarayan yapılandırılmış/standart ölçeklerin kullanılması; riskli bulunan ergenlerin çocuk-ergen ruh sağlığı birimlerine yönlendirilmesi yararlı olabilir.

Klinik değerlendirmede yalnızca tanı varlığına odaklanmak yerine, klinisyen değerlendirmesiyle belirti şiddeti ve işlevsellik boyutunun da izlenmesi; izlem ve müdahale planlarının buna göre şekillendirilmesi önerilir.

Şema alanlarında özellikle iç içelik, kendini feda etme ve dayanıksızlık/karamsarlık temalarının belirginleştiği ergenlerde; sınır koyma, özerklik, benlik algısı, kaygı ve olumsuz beklentiler üzerinde çalışmayı hedefleyen bilişsel davranışçı müdahaleler ve/veya şema odaklı yaklaşımlar klinik açıdan değerlendirilebilir.

Duygu düzenleme açısından işlevsiz stratejilerin ruhsal yakınmalarla ilişkisi dikkate alınarak; duygu farkındalığı, duygu düzenleme becerileri, stresle başa çıkma ve problem çözme alanlarını destekleyen psikoeğitim ve beceri temelli müdahaleler (bireysel veya grup) planlanabilir.

JME grubunda nöbet tetikleyicileriyle ilişkili olarak uyku düzeni ve uyku hijyenine yönelik psikoeğitim; pediatrik migren grubunda ise atak tetikleyicilerinin izlenmesi, yaşam tarzı düzenlemeleri ve stres yönetimi bileşenlerinin bütüncül tedavi planına entegre edilmesi önerilir.

Pediatrik migren grubunda annelerde fiziksel hastalık bildirimlerinin daha yüksek olması dikkate alındığında, aile sisteminin ve bakım verici yükünün değerlendirilmesi; gerektiğinde ebeveynlere yönelik destekleyici müdahalelerin planlanması yararlı olabilir.

Örneklem büyüklüğünün artırıldığı, çok merkezli ve toplum temelli tasarımlarla (özellikle daha “sağlıklı” kontrol örneklemelerinin dahil edildiği) çalışmaların yürütülmesi; bulguların genellenebilirliğini güçlendirecektir.

Kesitsel tasarım nedeniyle nedensellik kurulamadığından; boylamsal çalışmalarla şema örüntüleri, duygu düzenleme süreçleri ve ruhsal yakınmaların zaman içindeki değişiminin ve birbirlerini hangi yönde etkilediklerinin incelenmesi önerilir.

Akademik başarı ve akran ilişkileri gibi alanlarda yalnızca öz-bildirime dayanmayan; öğretmen, baba gibi ek kaynaklardan bilgi alınan ve mümkünse objektif göstergeler (not ortalaması, devamsızlık, okul raporları vb.) içeren tasarımların planlanması önerilebilir.

JME ve migren tanılı ergenlerde şema odaklı veya duygu düzenleme temelli psikolojik müdahalelerin (ör. şema terapisi bileşenleri, beceri eğitimleri) öncesi-sonrası değerlendirmelerle incelendiği müdahale çalışmaları; klinik uygulamaya doğrudan katkı sağlayabilir.

Nöropsikolojik profili daha ayrıntılı değerlendirmek için Stroop’a ek olarak dikkat, çalışma belleği, bilişsel esneklik ve işleme hızı gibi alanları kapsayan daha geniş test bataryalarının kullanılması; nörolojik hastalıklarla bilişsel süreçler arasındaki ilişkinin daha net anlaşılmasına yardımcı olabilir.

Çalışmanın tek merkezli ve klinik temelli vaka-kontrol tasarımında yürütülmesi, örneklem büyüklüğünün görece sınırlı olması ve kontrol grubunun toplum temelli “tam sağlıklı” bir örneklem olmaması genellenebilirliği sınırlandırabilir.

Duygu düzenleme, şema örüntüleri, akademik başarı/akran ilişkileri ve ebeveyn hastalık öyküsü gibi değişkenlerin önemli bir bölümünün öz-bildirimle değerlendirilmesi; bildirim/hatırlama yanlılığına açık olabilir.

Kesitsel tasarım nedeniyle değişkenler arasındaki ilişkiler yorumlanabilmekle birlikte, nedensel yön hakkında çıkarım yapılması mümkün değildir.

Sonuç olarak, bu çalışmanın bulguları JME ve pediyatrik migren tanılı ergenlerde bazı erken dönem uyumu bozucu şema temalarının öne çıkabildiğini; duygu düzenleme süreçleri ve şemaların ruhsal yakınmalarla ilişkili olduğunu ve yürütücü işlevlerle ilişkili bazı performans göstergelerinde farklılaşmalar olabileceğini göstermektedir. Bu bulgular doğrultusunda, ergen nörolojik hastalıklarının izleminde psikososyal değerlendirme ve destek süreçlerinin güçlendirilmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Rubboli G, Beier CP, Selmer KK, Syvertsen M, Shakeshaft A, Collingwood A, Hall A, Andrade DM, Fong CY, Gesche J, Greenberg DA, Hamandi K, Lim KS, Ng CC, Orsini A; BIOJUME Consortium; Striano P, Thomas RH, Zarubova J, Richardson MP, Strug LJ, Pal DK. Variation in prognosis and treatment outcome in juvenile myoclonic epilepsy: a Biology of Juvenile Myoclonic Epilepsy Consortium proposal for a practical definition and stratified medicine classifications. *Brain Commun.* 2023;5(3):fcad182. doi: 10.1093/braincomms/fcad182.
2. Szperka C. Headache in Children and Adolescents. *Continuum (Minneapolis Minn)* 2021;27(3):703–31.
3. Ülker M, Ataklı D. Juvenil Myoklonik Epilepsi (Janz Sendromu). *Düşünen Adam*; 2004, 17(2):131-134.
4. Hirsch E, French J, Scheffer IE, Bogacz A, Alsaadi T, Sperling MR, Abdulla F, Zuberi SM, Trinka E, Specchio N, Somerville E, Samia P, Riney K, Nabbout R, Jain S, Wilmschurst JM, Auvin S, Wiebe S, Perucca E, Moshé SL, Tinuper P, Wirrell EC. ILAE definition of the Idiopathic Generalized Epilepsy Syndromes: Position statement by the ILAE Task Force on Nosology and Definitions. *Epilepsia.* 2022;63(6):1475-1499. doi: 10.1111/epi.17236.
5. Abarrategui B, Parejo-Carbonell B, García García ME, Di Capua D, García-Morales I. The cognitive phenotype of idiopathic generalized epilepsy. *Epilepsy Behav.* 2018; 89: 99-104. doi: 10.1016/j.yebeh.2018.10.007.
6. Chawla T, Chaudhry N, Puri V. Cognitive Dysfunction in Juvenile Myoclonic Epilepsy (JME) - A Tertiary Care Center Study. *Ann Indian Acad Neurol.* 2021;24(1):40-50. doi: 10.4103/aian.AIAN_663_19.
7. Baykan B, Wolf P. Juvenile myoclonic epilepsy as a spectrum disorder: A focused review. *Seizure.* 2017; 49: 36-41. doi: 10.1016/j.seizure.2017.05.011.
8. de Araujo Filho GM, de Araujo TB, Sato JR, Silva Id, Lin K, Júnior HC, Yacubian EM, Jackowski AP. Personality traits in juvenile myoclonic epilepsy: evidence of cortical abnormalities from a surface morphometry study. *Epilepsy Behav.* 2013;27(2):385-92. doi: 10.1016/j.yebeh.2013.02.004.
9. Rainer LJ, Kuchukhidze G, Trinka E, Braun M, Kronbichler M, Langthaler P, Zimmermann G, Kronbichler L, Said-Yürekli S, Kirschner M, Zamarian L, Schmid E, Jokeit H, Höfler J. Recognition and perception of emotions in juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsia.* 2023;64(12):3319-3330. doi: 10.1111/epi.17783.
10. Dunkel H, Strzelczyk A, Schubert-Bast S, Kieslich M. Facial Emotion Recognition in Patients with Juvenile Myoclonic Epilepsy. *J Clin Med.* 2023;12(12):4101. doi: 10.3390/jcm12124101.

11. Rainer LJ, Kronbichler M, Kuchukhidze G, Trinkla E, Langthaler PB, Kronbichler L, Said-Yuerekli S, Kirschner M, Zimmermann G, Höfler J, Schmid E, Braun M. Emotional Word Processing in Patients With Juvenile Myoclonic Epilepsy. *Front Neurol.* 2022 Jun 1;13:875950. doi: 10.3389/fneur.2022.875950.
12. Giorgi FS, Guida M, Caciagli L, Pagni C, Pizzanelli C, Bonanni E, Tognoni G, Bonuccelli U. Social cognition in Juvenile Myoclonic Epilepsy. *Epilepsy Res.* 2016;128:61-67. doi: 10.1016/j.eplepsyres.2016.10.017.
13. Karli N, Akiş N, Zarifoğlu M, Akgöz S, Irgil E, Ayvacioğlu U, Çalışır N, Haran N, Akdoğan O. Headache prevalence in adolescents aged 12 to 17: a student-based epidemiological study in Bursa. *Headache.* 2006;46(4):649-55. doi: 10.1111/j.1526-4610.2006.00362.x.
14. Zencir M, Ergin H, Sahiner T, Kiliç I, Alkiş E, Özdel L, Gürses D, Ergin A. Epidemiology and symptomatology of migraine among school children: Denizli urban area in Turkey. *Headache.* 2004;44(8):780-5. doi: 10.1111/j.1526-4610.2004.04145.x.
15. Dindo LN, Recober A, Haddad R, Calarge CA. Comorbidity of Migraine, Major Depressive Disorder, and Generalized Anxiety Disorder in Adolescents and Young Adults. *Int J Behav Med.* 2017;24(4):528-534. doi: 10.1007/s12529-016-9620-5.
16. Öztöğ DB, Taşdelen Bİ, Poyrazoğlu HG, Özsoy S, Yılmaz R, Şahin N, Per H, Bozkurt S. Assessment of Psychopathology and Quality of Life in Children and Adolescents With Migraine. *J Child Neurol.* 2016;31(7):837-42. doi: 10.1177/0883073815623635.
17. Shimomura H, Tokunaga S, Taniguchi N, Inoue K, Okuda M, Kato T, Takeshima Y. Emotional and behavioral problems in pediatric patients with migraine and tension-type headache. *Brain Dev.* 2021;43(8):826-832. doi: 10.1016/j.braindev.2021.04.004.
18. Bruijn J, Locher H, Passchier J, Dijkstra N, Arts WF. Psychopathology in children and adolescents with migraine in clinical studies: a systematic review. *Pediatrics.* 2010;126(2):323-32. doi: 10.1542/peds.2009-3293.
19. Kutuk MO, Tufan AE, Guler G, Yalin OO, Altintas E, Bag HG, Uluduz D, Toros F, Aytan N, Kutuk O, Ozge A. Migraine and associated comorbidities are three times more frequent in children with ADHD and their mothers. *Brain Dev.* 2018;40(10):857-864. doi: 10.1016/j.braindev.2018.06.001.
20. Güler Aksu G, Kayar O, Tufan AE, Kütük MÖ, Özdağ Acarli AN, Sucu DH, Taşdelen B, Toros F, Özge A. Early maladaptive schemas in episodic and chronic migraine in adolescents. *Front Neurol.* 2023;14:1128953. doi: 10.3389/fneur.2023.1128953.
21. Güler Aksu G, Kayar O, Tufan AE, Kütük MÖ, Sucu DH, Taşdelen B, Toros F, Özge A. Early maladaptive schemas differing according to sex may contribute to migraine among the youth. *Brain Dev.* 2022;44(7):427-437. doi: 10.1016/j.braindev.2022.04.001
22. Miscioscia M, Di Riso D, Spaggiari S, Poli M, Gaiga G, Randazzo G, Pelizza MF, Galdiolo L, Raffagnato A, Sartori S, Toldo I. Emotional Experience and Regulation in Juvenile Primary Headaches: A Cross-Sectional Pilot Study. *Children (Basel).* 2022;9(11):1630. doi: 10.3390/children9111630.

23. Cerutti R, Valastro C, Tarantino S, Valeriani M, Faedda N, Spensieri V, Guidetti V. Alexithymia and psychopathological symptoms in adolescent outpatients and mothers suffering from migraines: a case control study. *J Headache Pain*. 2016;17:39. doi: 10.1186/s10194-016-0640-y.
24. Natalucci G, Faedda N, Quinzi A, Alunni Fegatelli D, Vestri A, Turturo G, Verdecchia P, Bellini B, Pirisi C, Calderoni D, Giannotti F, Cerutti R, Giacolini T, Guidetti V. Alexithymia, Metacognition, and Theory of Mind in Children and Preadolescents With Migraine Without Aura (MWOA): A Case-Control Study. *Front Neurol*. 2019;10:774. doi: 10.3389/fneur.2019.00774.
25. Kocakaya H, Say B, Yörübulut S, Ergün U. Emotion dysregulation in migraine patients: can it be a hallmark the probability of the transformation from episodic to chronic? *Neurol Res*. 2023;45(7):610-618. doi: 10.1080/01616412.2023.2176089.
26. LaGrant B, Marquis BO, Berg AT, Grinspan ZM. Depression and anxiety in children with epilepsy and other chronic health conditions: National estimates of prevalence and risk factors. *Epilepsy Behav*. 2020;103 (Pt A):106828. doi: 10.1016/j.yebeh.2019.106828.
27. Leahy RL. Emotional Schemas. *Cogn Behav Pract* 2022; 29 (3): 575- 580. Doi: 10.1016/j.cbpra.2022.02.004.
28. McRae K, Gross JJ. Emotion regulation. *Emotion*. 2020; 20 (1): 1-9. doi: 10.1037/emo0000703.
29. Saxena A, Paredes-Echeverri S, Michaelis R, Popkirov S, Perez DL. Using the Biopsychosocial Model to Guide Patient-Centered Neurological Treatments. *Semin Neurol*. 2022;42(2):80-87. doi: 10.1055/s-0041-1742145.
30. Shafique N, Arafat SMY, Siddiqui F, Malik WT, Hallahan B, Khalily MT. Dysfunctional schema modes as determinants of psychiatric comorbidities: a study in a cohort of people with epilepsy. *Irish J Psychol Med*. 2024; 41 (4): 485-492. doi:10.1017/ipm.2023.23
31. Fayad C, Saad K, Kahwagi G-J, Hallit S, Griffin D, Abou-Khalil R, El-Hayek E. A systematic review and meta-analysis of factors related to first line drugs refractoriness in patients with juvenile myoclonic epilepsy (JME). *PLoS ONE* 2024; 19 (4): e0300930. Doi: 10.1371/journal.pone.0300930
32. Delgado-Escueta AV. Advances in genetics of juvenile myoclonic epilepsies. *Epilepsy Curr*. 2007;7(3):61-7. doi: 10.1111/j.1535-7511.2007.00171.x.
33. Özge A, Peres MFP, Burstein R. Pediatric migraine care: bridging gaps, overcoming barriers, and advancing solutions. *Eur J Pediatr*. 2025;184(6):362. doi: 10.1007/s00431-025-06199-1.
34. Leahy T, Hennessy MJ, Counihan TJ. The "Cinderella Syndrome": A narrative study of social curfews and lifestyle restrictions in juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsy Behav*. 2018;78:104-108. doi: 10.1016/j.yebeh.2017.10.024.

35. Foulon M, Aeby A, Buzatu M, Christiaens F, de Borchgrave V, de Cocq C, de Tourtchaninoff M, Dubru JM, Ghariani S, Grisar T, Legros B, Lienard F, Ossemann M, Tugendhaft P, van Bogaert P, van Rijckevorsel K, Verheulpen D, Vrielynck P; Working group of francophone reference centres for refractory epilepsy. Epileptic syndromes: differential treatment in infants, children, and adolescents. *Acta Neurol Belg.* 2011;111(3):175-82.
36. Falla K, Kuziek J, Mahnaz SR, Noel M, Ronksley PE, Orr SL. Anxiety and Depressive Symptoms and Disorders in Children and Adolescents With Migraine: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatr.* 2022;176(12):1176-1187. doi: 10.1001/jamapediatrics.2022.3940.
37. Martinović Z. Adjunctive behavioural treatment in adolescents and young adults with juvenile myoclonic epilepsy. *Seizure.* 2001 Jan;10(1):42-7. doi: 10.1053/seiz.2000.0479. PMID: 11181097.
38. Nobre Paiva MLM, Serafim A, Vincentiis S, Alessi R, Marin R, Braga Melo M, Valente KD. A cognitive rehabilitation program to improve hot and cool executive dysfunction in juvenile myoclonic epilepsy: Preliminary findings. *Epilepsy Behav* 2023; 144: 109281. Doi: 10.1016/j.yebeh.2023.109281.
39. Rettig EK, Ergun G, Warfield JR, Slater SK, LeCates SL, Kabbouche MA, Kacperski J, Hershey AD, Powers SW. Predictors of Improvement in Pediatric Chronic Migraine: Results from the Cognitive-Behavioral Therapy and Amitriptyline Trial. *J Clin Psychol Med Settings.* 2022;29(1):113-119. doi: 10.1007/s10880-021-09782-4.
40. Altas M, Genc BO, Kilinc I, Akyol Gurses A. Relationship between Juvenile Myoclonic Epilepsy and Melatonin. *Selcuk Med J* 2023;39(1): 35-40. DOI : 10.30733/std.2023.01575
41. Shahnaz, Sher K, Abdul Sattar R. Clinical and EEG characteristics of Juvenile Myoclonic Epilepsy. *Pak J Med Sci.* 2014;30(1):12-5. doi: 10.12669/pjms.301.4465.
42. Holtkamp, M., Senf, P., Kirschbaum, A. and Janz, D. Psychosocial long-term outcome in juvenile myoclonic epilepsy. *Epilepsia* 2014; 55: 1732-1738. Doi: 10.1111/epi.12751
43. Khan A, Liu S, Tao F. Current Trends in Pediatric Migraine: Clinical Insights and Therapeutic Strategies. *Brain Sci.* 2025;15(3):280. doi: 10.3390/brainsci15030280.
44. Gazerani P. Episodic Migraine in the Pediatric Population: Behavioral Therapies and other Non-Pharmacological Treatment Options. *Curr Pain Headache Rep.* 2025; 29 (1): 57. doi: 10.1007/s11916-025-01366-3.
45. Frattale I, Papetti L, Ursitti F, Sforza G, Monte G, Voci A, Proietti Checchi M, Mazzone L, Valeriani M. Visual Disturbances Spectrum in Pediatric Migraine. *J Clin Med.* 2023;12(8):2780. doi: 10.3390/jcm12082780.
46. Rastogi RG, VanderPluym J, Lewis KS. Migrainous Aura, Visual Snow, and "Alice in Wonderland" Syndrome in Childhood. *Semin Pediatr Neurol.* 2016; 23 (1): 14-7. doi: 10.1016/j.spn.2016.01.006.

47. Shapiro HFJ, Lebel A. Pediatric Episodic Migraine with Aura: A Unique Entity? *Children (Basel)*. 2021; 8 (3): 228. doi: 10.3390/children8030228.
48. Cegielska J, Szmidt-Sałkowska E, Domitrz W, Gawel M, Radziwoń-Zaleska M, Domitrz I. Migraine and Its Association with Hyperactivity of Cell Membranes in the Course of Latent Magnesium Deficiency-Preliminary Study of the Importance of the Latent Tetany Presence in the Migraine Pathogenesis. *Nutrients*. 2021;13(8):2701. doi: 10.3390/nu13082701.
49. Gökçe S, Önal Sönmez A, Yusufoglu C, Yulaf Y, Adak İ. Erken dönem uyumsuz şemaların ergenlik dönemi depresif bozuklukla ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Derg* 2017; 8(3):283-291. Doi: 10.5455/apd.238486
50. Richard-Sephton PB, Crisp DA, Burns RA. The emotion regulation strategies of flourishing adults. *Curr Psychol* 2024; 43: 12816–12827. Doi: 10.1007/s12144-023-05332-3
51. Fassbinder E, Schweiger U, Martius D, Brand-de Wilde O, Arntz A. Emotion Regulation in Schema Therapy and Dialectical Behavior Therapy. *Front Psychol*. 2016; 7: 1373. doi: 10.3389/fpsyg.2016.01373.
52. Leahy RL. Introduction: Emotional Schemas, Emotion Regulation, and Psychopathology. *Int J Cogn Ther* 2012; 5 (4): 359- 361. Doi: 10.1521/ijct.2012.5.4.359
53. Al-Wardat M, Salimei C, Alrabbaie H, Etoom M, Khashroom M, Clarke C, Almhdawi KA, Best T. Exploring the Links between Physical Activity, Emotional Regulation, and Mental Well-Being in Jordanian University Students. *J Clin Med*. 2024; 13 (6): 1533. doi: 10.3390/jcm13061533.
54. Song Y, Lu H, Hu S, Xu M, Li X, Liu J. Regulating emotion to improve physical health through the amygdala. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2015;10(4):523-30. doi: 10.1093/scan/nsu083.
55. Gay LE, Harding HG, Jackson JL, Burns EE, Baker BD. Attachment Style and Early Maladaptive Schemas as Mediators of the Relationship between Childhood Emotional Abuse and Intimate Partner Violence. *J Aggress Maltreat Trauma* 2013; 22 (4): 408–424. Doi: 10.1080/10926771.2013.775982
56. Soygüt G, Karaosmanoğlu A, Çakır Z. Erken dönem uyumsuz şemaların değerlendirilmesi: young şema ölçeği kısa form-3'ün psikometrik özelliklerine ilişkin bir inceleme. *Türk Psikiyatri Derg* 2009; 20 (1): 75-84.
57. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. Soylu TV (Çeviren). Şema Terapi. Litera Yayıncılık, 10. Baskı, İstanbul 2024
58. Van Genderen H, Jacob G, Seebauer L. Mod Terapisi: Diğer yollardan gitmek. PsikoNet Yayınları, İkinci Baskı, İstanbul 2014.
59. Edwards DJA. Using Schema Modes for Case Conceptualization in Schema Therapy: An Applied Clinical Approach. *Front. Psychol*. 2022; 12: 763670. doi: 10.3389/fpsyg.2021.763670

60. Salgó E, Bajzát B, Unoka Z. Schema modes and their associations with emotion regulation, mindfulness, and self-compassion among patients with personality disorders. *Bord Personal Disord Emot Dysregul* 2021; **8**: 19. Doi: 10.1186/s40479-021-00160-y
61. Leahy RL. Emotional schema therapy: A social-cognitive model. In: R. L. Leahy (Ed.), *Science and practice in cognitive therapy: Foundations, mechanisms, and applications*. The Guilford Press. New York, NY 2018; pp. 87–104.
62. Karimzadeh D. The Impact of Schemas and Emotions on Healthy Relationships. *International Journal of New Findings in Health and Educational Sciences (IJHES)* 2024; **2** (4): 83–102. Doi: 10.63053/ijhes.103
63. Markowitz JC, Weissman MM. *Interpersonal psychotherapy: principles and applications*. World Psychiatry. 2004;3(3):136-9.
64. Faul F, Erdfelder E, Buchner A, Lang AG. Statistical power analyses using G*Power 3.1: tests for correlation and regression analyses. *Behav Res Methods*. 2009;41(4):1149-60. doi: 10.3758/BRM.41.4.1149.
65. Kaufman J, Birmaher B, Brent D, Rao U, Flynn C, Moreci P, Williamson D, Ryan N. Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997; **36** (7): 980-8. doi: 10.1097/00004583-199707000-00021.
66. Gökler B, Ünal F, Pehlivan Türk B, Kültür EÇ, Akdemir D, Taner Y. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi -Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- Türkçe Uyarlamasının Geçerlik ve Güvenirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi* 2004; **11**: 109-16.
67. Ünal F, Öktem F, Çetin Çuhadaroglu F, Çengel Kültür SE, Akdemir D, Foto Özdemir D, Çak HT, Ünal D, Tıraş K, Aslan C, Kalaycı BM, Aydos BS, Kütük F, Taşyürek E, Karaokur R, Karabucak B, Karakök B, Karaer Y, Artık A. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli- DSM-5 Kasım 2016- Türkçe Uyarlamasının (ÇDŞG-ŞY-DSM-5-T) Geçerlik ve Güvenirliği *Türk Psikiyatri Derg*. 2019;30(1):42-50.
68. Guy W, editor. *ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology*. Rockville, MD: US Department of Health, Education, and Welfare Public Health Service Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration; 1976.
69. Aydemir Ö, Köroğlu E. *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. 10. Baskı, Hekimler Yayın Birliği Ankara; 2020.
70. Young JE. *Cognitive Therapy For Personality Disorders: A schema-focused approach*. Professional Resource Exchange (Vol. 3): Sarasota, FL; 1990.
71. Young JE, Brown G. *Young Schema Questionnaire-S3*. Cognitive Therapy Center of New York. Authors, New York, NY 2003.
72. Young JE, Klosko JS, Weishaar ME. *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. First Edition. The Guilford Press, New York NY; 2006, pp. 1-62.

73. Aksoy F, Ünübol H. Ergenlerde İnternet Bağımlılığı ile Şema Mekanizmaları Arasındaki İlişki. *Bağımlılık Dergisi* 2021; 22 (2): 103-113. Doi: 10.51982/bagimli.806920
74. Phillips KJV, Power MJ. A new self report measure of emotion regulation in adolescents: The regulation of emotions questionnaire. *Clin Psychol Psychother* 2007; 14 (2): 145–156. Doi: 10.1002/cpp.523
75. Duy B, Yıldız MA. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeğinin Türkçeye Uyarlanması. *Turkish Psychological Counseling and Guidance Journal* 2014; 5 (41): 23-35.
76. Derogatis LR. The Brief Symptom Inventory (BSI) Administration, Scoring and Procedures Manual II. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research; 1992.
77. Şahin NH, Burak Batıgün A, Uğurtaş S. Kısa Semptom Envanteri (KSE): Ergenler İçin Kullanımının Geçerlik, Güvenilirlik ve Faktör Yapısı. *Türk Psikiyatri Derg* 2002; 13 (2): 125-135.
78. Uslu RI, Kapci EG, Oncu B, Ugurlu M, Turkcapar H. Psychometric Properties and Cut-off Scores of the Beck Depression Inventory-II in Turkish Adolescents. *J Clin Psychol Med Settings* 2008; 15: 225-233. DOI 10.1007/s10880-008-9122-y
79. Wewers ME, Lowe NK. A critical review of visual analogue scales in the measurement of clinical phenomena. *Res Nurs Health*. 1990;13(4):227-36. doi: 10.1002/nur.4770130405.
80. Reisli R. Çocukluk çağında ağrının değerlendirilmesi. *Ağrı* 2018; 1: 1-11.
81. Stewart WF, Lipton RB, Kolodner K. Migraine disability assessment (MIDAS) score: relation to headache frequency, pain intensity, and headache symptoms. *Headache*. 2003;43(3):258-65. doi: 10.1046/j.1526-4610.2003.03050.x.
82. Livingston RD, Shockey D, Morton L, Rao S. Pediatric Headache Management and Use of the PedMIDAS. *J Dr Nurs Pract*. 2019;12(1):24-30. doi: 10.1891/2380-9418.12.1.24.
83. Kırmacı Ç. Baş ağrısıyla gelen çocuklarda demografik özellikler ve PedMIDAS, MIDAS ölçeklerinin kullanımı. *Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi*. T.C. Bezmî Alem Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, İstanbul 2018.
84. Gazeteci Tekin H, Özalp Kızılay D. Çocuklarda Migren Özelliklerinin Obezite ile İlişkisinin Araştırılması. *Abant Tıp Derg* 2020; 9 (3): 81-87. Doi: 10.47493/abantmedj.2020.16
85. Stroop JR. Studies of interference in serial verbal reactions. *J Exp Psychol*. 1935;18(6):643–662.
86. Karakas S, Doğutepe Dinçer E. BİLNOT Bataryası El Kitabı: Nöropsikolojik Testlerin Çocuklar için Araştırma ve Geliştirme Çalışmaları: BİLNOT- Çocuk. Cilt 1. Nobel Tıp Kitabevleri, İstanbul 2011.
87. Spreen O, Strauss E. A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary. Oxford University Press, New York (NY); 1991.

88. Karakaş S, Erdoğan E, Sak L, Soysal AS, Ulusoy T, Ulusoy İY, Alkan S. Stroop testi-TBAG Formu: Türk kültürüne standardizasyon çalışmaları, güvenirlik ve geçerlik. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 1999; 2 (2): 75- 88.
89. Cain MK, Zhang Z, Yuan K. Univariate and multivariate skewness and kurtosis for measuring nonnormality: Prevalence, influence and estimation. *Behav Res Method* 2017; 49 (5): 1716–1735. Doi: 10.3758/s13428-016-0814-1
90. Spurrier JD. Additional Tables for Steel–Dwass–Critchlow–Fligner Distribution-Free Multiple Comparisons of Three Treatments. *Comm Stat Sim Comp* 2006; 35 (2): 441-446. Doi:10.1080/03610910600591834
91. Tavakol M, Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha. *Int J Med Educ.* 2011; 2: 53-55. doi: 10.5116/ijme.4dfb.8dfd.
92. Tomczak M, Tomczak E. The Need to Report Effect Size Estimates Revisited. *Trends Sport Sci* 2014; 1: 19-25.
93. Hair JF, Hult GTM, Ringle CM, Sarstedt M. A Primer on Partial Least Squares Structural Equation Modeling (PLS-SEM). Third Edition Thousand Oaks, CA: Sage 2022.
94. Smirni, D.; Carotenuto, M. Pediatric Chronic Migraine Severity and Maternal Stress. *Pediatr. Rep.* 2021;13: 576-582. Doi: 10.3390/pediatric13040068
95. Cohn LN, Pechlivanoglou P, Lee Y, Mahant S, Orkin J, Marson A, Cohen E. Health Outcomes of Parents of Children with Chronic Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Pediatr.* 2020;218:166-177.e2. doi: 10.1016/j.jpeds.2019.10.068.
96. Koike C, Lima EM, Paiva ML, Pentagna A, Bimbatti I, Valente KD. Sleep quality and circadian rhythm profile of persons with juvenile myoclonic epilepsy in a tertiary epilepsy center: A case-control study. *Seizure.* 2023; 104: 1-5. doi: 10.1016/j.seizure.2022.11.002.
97. Baksa D, Gecse K, Kumar S, Toth Z, Gal Z, Gonda X, Juhasz G. Circadian Variation of Migraine Attack Onset: A Review of Clinical Studies. *Biomed Res Int.* 2019;2019:4616417. doi: 10.1155/2019/4616417.
98. LenglarT L, Caula C, Moulding T, Lyles A, Wohrer D, Titomanlio L. Brain to Belly: Abdominal Variants of Migraine and Functional Abdominal Pain Disorders Associated With Migraine. *J Neurogastroenterol Motil.* 2021;27(4):482-494. doi: 10.5056/jnm20290.
99. Kayar O, Altinoğlu Dikmeer İ, Güler Aksu G, Toros F, Özge A. The mediating role of early maladaptive schemas on the relationship between illness perception and pain coping strategies among adolescents diagnosed with migraine. *Front Neurol.* 2023;14:1128965. doi: 10.3389/fneur.2023.1128965.
100. Yontar G, Ozgan E. Early maladaptive schemas in female patients with migraine and tension-type headache. *Sci Rep.* 2024;14(1):3550. doi: 10.1038/s41598-024-53816-4.
101. Kalantar Hormozi B, Tavoli A, Abdollahi A. Perceived Parental Styles and Alexithymia in Adult Iranian Migraine Patients: The Mediating Role of Emotional Schemas. *J Genet Psychol.* 2022;183(3):250-262. doi: 10.1080/00221325.2022.2051421..

102. Rahbar Karbasdehi F, Hosseinkhanzadeh A A, Shakerinia I. The Effectiveness of Schema Therapy on Cognitive Emotion Regulation and Social Self- Efficacy in Adolescents with Epilepsy. *Shefaye Khatam* 2021; 9 (3) :64-72. Doi: 10.52547/shefa.9.3.64
103. Araujo GC, Dodd JN, Mar S. Cognitive and Emotional Functioning in Pediatric Migraine Relative to Healthy Control Subjects. *Pediatr Neurol.* 2020;111:35-36. doi: 10.1016/j.pediatrneurol.2020.06.003. Epub 2020 Jun 12. PMID: 32951654.
104. Termine C, Bartoli B, Agosti MA, Cavanna AE, Balottin U. Cognitive Impairment in Children and Adolescents With Migraine. *Front Neurol.* 2018; 9: 667. doi: 10.3389/fneur.2018.00667..
105. Gu L, Wang Y, Shu H. Association between migraine and cognitive impairment. *J Headache Pain.* 2022;23(1):88. doi: 10.1186/s10194-022-01462-4.
106. Yitik Tonkaz G, Arslan Ş, Tonkaz G, Çakir A, Saritaş S, Saritaş AH. Difficulties in Emotion Regulation and Psychiatric Symptoms in Adolescents Diagnosed with Migraine: A Case-Control Study. *Neuropediatrics* 2025. doi: 10.1055/a-2595-0501. [Baskıda]
107. Bujarski K. Emotional Blind Spots in Juvenile Myoclonic Epilepsy. *Epilepsy Curr.* 2024;24(6):415-416. doi: 10.1177/15357597241280481.
108. Joshua PR, Lewis V, Kelty SF, Boer DP. Applications of schema therapy in young people: a systematic review. *Cogn Behav Ther.* 2025:1-23. doi: 10.1080/16506073.2025.2522375.

8. EKLER

EK-1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Adı:	Soyadı:
Cinsiyeti: E/ K	Sınıfı:
Kardeş Sayısı:	Kaçıncı Çocuk:
Anne Yaşı:	Baba Yaşı:
Anne Eğitimi: 1. İOM ve altı 2. OOM 3. Lise 4. YOM ve üzeri	Baba Eğitimi: 1. İOM ve altı 2. OOM 3. Lise 4. YOM ve üzeri
Annede fiziksel hastalık (süreğen, tedavi gerektiren): Evet/ Hayır	Babada Fiziksel Hastalık (süreğen, tedavi gerektiren): Evet/ Hayır
Annede ppat: Evet/ Hayır	Babada ppat: Evet/ Hayır
PPat varsa nedir?	Ppat varsa nedir?
Anne işi: 1. Ev hanımı/ işsiz 2. İşçi 3. Memur 4. Serbest 5. Emekli	Baba işi: 1. işsiz 2. İşçi 3. Memur 4. Serbest 5. Emekli
Akademik başarı: Düşük/ Orta/ Yüksek	Okulu:
Arkadaş ilişkisi: Normal/ Sorunlu	Geçmiş psikiyatri başvurusu: Evet/ Hayır
Psikiyatri başvurusu varsa neden?	Psikofarmakolojik tedavi öyküsü? Evet/ Hayır
Psikofarmakolojik tedavi varsa nedir?	Aile yapısı: 1. Çekirdek 2. Geniş 3. Ayrı/ boşanmış/ dul
Aile gelir düzeyi: 1. Düşük (< 1 asgari ücret/ ay) 2. Orta (≥ 1 asgari ücret/ ay- ≤ 4 asgari ücret/ ay) 3. Yüksek (> 4 asgari ücret/ ay)	
JME Olguları için	
	Nöbet başlangıç yaşı (yıl):
Nöbet zamanlaması (gün içinde): sabah/ öğle/ akşam	Nöbet sıklığı: her gün/ haftada birkaç defa/ haftada bir/ ayda birkaç defa/ ayda bir
Nöbet tipi/ tipleri: JTK/ fokal/ vb.	Tetikleyiciler (praksis, uykusuzluk, uyku, hiperventilasyon, fotosensitivite, göz kapama, adet görme)
EEG bulgusu/ bulguları	Epilepsi için aile öyküsü: var/ yok

Antiepileptik tedavi öyküsü (geçmiş) ve dozları:	antiepileptik tedavi öyküsü (güncel) ve dozları
Migren olguları için	
Birden çok tipte baş ağrısı: var/ yok	Baş ağrısı başlangıç yaşı (yıl)
İlk atak için tetikleyiciler (uykusuzluk, uyku, adet görme, düşme)	Sıklık (≥ 2 / hafta ve < 2 / hafta)
Ne zamandır belirtilen sıklıkta:.....ay/ hafta/ yıl	En sık ne zaman: (hafta sonları, hafta içi, tatillerde, sabah, öğleden sonra, akşam, değişken)
Sıklık artıyor mu? Evet/ hayır	Süresi (ilaçla, dk/ saat/ gün ve ilaçsız dk/ saat/ gün)
Şiddeti (0-10 arası, Görsel Analog Skala ile)	Yeri (alın/ şakak/ ense/ gözlerin etrafı/ gözlerin arkası/ tümü) ve yönü (tek tarafta/ her iki tarafta/ zamanla taraf değiştiren)
Biçimi (nabız gibi atma, sıkıştırma, bıçak batar gibi, baskı, yanma, keskin/ künt) ve ağrıyı şiddetlendiren etkinlik olup olmadığı	Ağrıya eşlik eden semptomlar (bulantı, kusma, fotosensitivite, sese hassasiyet, kokuya hassasiyet, bayılacak gibi hissetme, baş dönmesi, gözlerin sulanması, burnun akması, iştahsızlık, karın ağrısı, yorgunluk, kulak çınlaması, görme sorunları, kafa karışıklığı, düşünme/ yürüme/ ellerini kullanma/ konuşma güçlüğü)
ve ağrı öncesi görme ile ilgili semptomlar (görsel aura: zigzag çizgiler, parlayıp sönen ışıklar, bir yönde görme kaybı, görme bulanıklığı, tünel görüşü, çift görme, tam görme kaybı, diğer)	Ağrı öncesi görme ile ilgili semptomların süresi (dk/ saat) ve ağrının başlangıcına kadar geçen süre (dk/ saat), görme ile ilgili semptomları ağrı olmadan da deneyimlenip deneyimlenmediği: evet/ hayır
Ağrı öncesi, öncül semptomlar (yorgunluk, sinirlilik, hiperaktivite, depresif hissetme, “tam sağlıklı” hissetmeme, yemeklere aşırma, aşırı konuşma, konuşma güçlüğü, gözlerin içe çökmesi, yüz kızarması, ishal, kabızlık) ve bu semptomların ağrıdan ne kadar önce fark edildiği (dk/ saat/ gün)	Baş ağrısını tetikleyenler etmenler (beslenme durumu [oruç tutma/ aç kalma, çikolata, kafein, abur cubur tüketimi, diğer], fiziksel [öksürme, konuşma, çığneme, spor yapma], endokrin [adet öncesi, adet sırasında, adet sonrasında], stres [okul, ev, diğer], çevresel [alerjiler, hava durumu değişimleri, yükseklik, gün ışığı, kokular, aydınlatma, gürültü, diğer], uyku [uykusuzluk, aşırı uyuma, uyku/ uyanıklık değişimi, diğer] ve hafifletenler (uzanma, karanlık ve sessiz bir ortam, sıcak kompres, soğuk kompres, hareket etme, ayakta durma, masaj, diğer)
Alerjiler	İşlevsellik (PedMIDAS değerlendirmesi ile)
Migren tipi	EEG bulgusu/ bulguları
Migren için aile öyküsü	Abdominal migren/ çocukluk benin paroksizmal vertigo/ siklik kusma öyküsü
Geçmiş tedaviler ve dozları	Güncel tedaviler ve dozları

EK-2. K-SADS- PL

Depresif Bozukluk

Tanı:

Çökkün duygudurum (kederli, üzgün, keyifsiz hissetme)
Huzursuzluk ve öfke (küçük şeylere sinirlenme, nedeni bilinmeyen kızgınlık)
Keyif alamama
Ölüm düşüncesi (ölseydim daha iyiydi)

İntihar düşüncesi, girişim, eylem, fiziksel zarar verme
EK// Çökkün duygudurum değişmiyor (neşelendirilemez)

Disforik duygudurum yastan farklı (kayıp gibi değil)
Duygudurumda gün içinde değişiklik (≥ 2 saat sabah/akş)

Uyku bozuklukları (dalma/ bölünme/ uyanma/ düzensiz/

dinlendirmeyen uyku/ fazla uyuma)

Halsizlik, enerji azlığı, yorgunluk

Dikkatsizlik, düşüncede yavaşlama/ kararsızlık

İştah (azalma/ kilo kaybı/ artma/ kilo alma)

Psikomotor ajitasyon/ yavaşlama

Değersizlik/ Uygunsuz suçluluk duygusu

Ümitsizlik, çaresizlik, karamsarlık

Reddedilmeye karşı duyarlılık

Tetikleyici/ Menstruasyon/ Bozucu etki

M. Depresyon (≥2hf, ≥ 5 belirti)/ BTA depresyon

Distimi (≥ 1 yıl, ≥ 2 belirti; İştah boz./ uyku boz

Benlik saygısı az/ Konsantrasyon boz/ Ümitsizlik)

Uyum boz (<6 ay, stresörden sonra 3 ay içinde)

Manik Bozukluk

Tanı:

Taşkın duygudurum (garip, abartılı)

Uyku azalması (iki gece <3 saat, ertesi gün iyi)

Etkinlik artışı, fikir uçuşması

Psikotik Bozukluk

Tanı:

Varsanı (yalnızken sesler duyma, bir şeyler görme)

Sanrı (insanların anlamayacağından korktuğu düşünce)

Panik Bozukluk

Tanı:

Panik atak (birdenbire başl, neden yok,yoğun korku)

Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu

Tanı(≥3

belirti):

Ayrılığa yol açacak olay korkusu(göremeyecekmiş hissi)

A/B'ya zarar gelecek korkusu

Okul reddi (≥ 1gün/hafta)

Yalnız/yabancı yerde yatamama

Evde yalnız kalamama

EK//Kabuslar (ayrılıkla ilgili kabuslar, ≥3 /ay)

Ayrılık günlerinde fiziksel belirtiler (baş, karın ağrısı)

Ayrılık beklentisi/ durumunda aşırı sıkıntı

Süre (≥ 4 hafta) / Bozucu etki

Sosyal Fobi

Tanı:

İlişki kısıtlama (tanımadıklarla konuşamayacak gibi)

Toplumsal durum korkma (herkesin önünde söz)

Tanıdıklarla ilişki (tanıdıkla iyi, yabancıyla huzursuz)

Kaçınma / sıkıntıyla katlanma

Süre (≥ 6 ay) / bozucu etki

Özgül Fobi

Tanı:

Sıkıntı (köpek,,böcek, asansör, karanlık, kalabalık)

Kaçınma (tutarlı olarak kaçınır)

EK // Hayvan tipi (köpek, böcek, diğer hayvanlar)

Doğal çevre tipi (yükseklik, karanlık)

Kan, enjeksiyon, yara tipi

Durumsal tip (asansör, açık alan, yolculuk, kapalı alan)

Diğer tip (hastalık kapmak, yüksek sesler)

Korkunun aşırılığını fark eder (diğer çocuklardan fazla)

Enkoprezis

Tanı:

Kaka kaçırma (≥4 yaş, ≥1/ay)

Sıkıntı / Bozucu etki / Süre (≥ 3 ay)

Anoreksiya Nervosa

Tanı:

Şişmanlık korkusu / Aşırı zayıflama (ideal kilonun<%85'i)

Blumiya Nervosa

Tanı:

Kilo verme yöntemleri / tıknırcasına yeme atağı (≥1 kez/hafta)

DEHB

Tanı(≥6 belirti):

Dikkatini sürdürmekte güçlük (aklı başka yere gider)

İlgisinin kolayca dağılabilmesi(aklını işe vermesi zorlaşır)

Yerinde oturmakta güçlük

Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)

EK //Dikkatsizlik nedeniyle sık hata

Söylenenleri dinlemez (hatırlaması zordur)

Yönerge izlemekte zorluk (yapması gerekeni unuttur)

İşlerini düzenlemekte zorluk (düzensizlik)

Dikkat gerektiren işten kaçınma/hoşlanmama

Eşyalarını kaybeder

Günlük etkinliklerde unutkanlık

Yerinde duramama (kıpırdanmayı bırakması istenir)

Çok fazla koşar (ergenlerde huzursuzluk hissi)

Motor takılmış gibi sürekli hareket halinde

Sessizce oynayamaz (sessiz olması söylenir)

Söz hakkı bekleyemez

Sıra beklemekte zorlanır

Söz keser ya da söze girer

Bir etkinlikten diğerine geçer

Çok fazla konuşur

Fiziksel olarak tehlikeli işlere girer

Süre (≥ 6 ay) / Başl. Yaşı (< 7) / bozucu etki

KOKGB

Tanı(≥5 belirti):

Kendini kaybeder (çabucak öfkelenme)

Yetişkinlerle çok fazla tartışma

Kurallara sık karşı gelme (kurallara uymaz)

EK // Kolaylıkla sinirlendirilebilir/kızdırılabilir

Öfkeli ya da küskündür

Kinci ve intikamcıdır

Küfür eder

Başkalarını bilerek kızdırır (kardeş hariç)

Kendi hatasından başkasını suçlar

Süre (≥ 6 ay) / tetikleyici / bozucu etki

Davranım Boz.

Tanı(≥3 belirti):

Yalan (kandırmak ve dolandırmak için)

Okuldan kaçma (< 13 yaş)

Kavga (ağır yaralama)

Tehdit, zorbalık, göz korkutma

Çalma (≥ 30 TL ve ≥ 2 kere)

Sigara Kullanımı

Tanı:

Madde Kullanımı

Tanı:

Travma İle İlişkili Bozukluklar

Tanı:

Kaza/ felaket/şiddete tanık/istismar/travma haberi

Tik Bozukluğu

Tanı:

Motor tik / Ses tiki

EK //Basit motor tikler (Göz kırpması, Yüz tikleri

Kafa hareketleri, omuz hareketleri, kol hareketler

Karın seyirmeleri, bacak hareketleri, diğer

Karmaşık motor tikler (dokunma/vurma,

ziplama/dönme, ekokinezi, kendine zarar verme

Süre (≥ 6 ay) / Bozucu etki			
Yaygın Ank. Boz.	Tanı(≥4 belirti):	Basit ses tikleri (Burun çekme/öksürme/boğaz temiz.	----
Gelecek endişesi (≥2 farklı olaydan N'den fazla endişe)	----	Horlama/hırlama	----
Somatik yakınma (baş, mide, bacak, sırt ağrısı)	----	Karmaşık ses tikleri (kendi sözcüklerini yineleme	----
Aşırı duyarlılık (diğer insanlar ne düşünür)	----	Başkalarının sözlerini yineleme, Koprolali, Hakaret	----
Gerilim hissi (gergin hissetme, rahatlayamama)	----	Süre (2hf-1 yıl/≥1yıl) /Bozucu etki	----
EK //Geçmiş davranışın uygunluğu hakkında aşırı uğraş	----	Obsesif Kompulsif Bozukluk Ek Sorular	
Yeterlilik üzerine aşırı yoğunlaşma (her şeyde iyi olmak)	----	Kompulsiyon tipi (Dokunma, Sayma, Temizleme,	----
Rahatlatılmaya aşırı gereksinim duyma	----	Kontrol etme, Biriktirme,Düzenleme,Planlama, Yineleme	----
Endişelerini kontrol edememe	----	Kompulsiyonların amacı (rahatlamak, önlemek)	----
Belirtiler (≥1 tane kas gerginliği, ağrı, kolay yorulma, huzursuzluk, dikkatsizlik, uyku prob, tedirginlik)	----	Kompulsiyonların algısı (aşırı ya da mantıksız)	----
Süre (≥6 ay) / Bozucu etki /Tetikleyici	----	Zaman harcama (≥1 saat)/ bozucu etki	----
Obsesif Kompulsif Bozukluk Tanı:		Obsesyon tipi (Bulaşma, Saldırganlık, Nihilistik, Simetri	----
Kompulsiyon (dokunmak, yıkamak, saymak tekrarlamaktan kaçamadığın dav.)	----	Anlamsız sesler, Cinsel, Biriktirme, Dinsel	----
Obsesyon (kontROLSÜZ, zorlayıcı, ısrarlı düşünceler)	----	Girici/anlamsız düşünceler (rahatsız eder)	----
Enürezis Tanı:		Baskılama (düşünceleri yok sayma girişimi)	----
İşeme gece (≥ 5 yaş, ≥2/hafta işeme)/ İşeme gündüz	----	Düşüncelerin kaynağı (kendi zihninin ürünü)	----
Sıkıntı / Bozucu etki / Süre (≥ 3 ay)	----	Zaman harcama (≥1 saat)/ bozucu etki	----
Mani Ek Sorular		Madde Bağımlılığı Ek Sorular	
Kendini büyük görme, kabarmış benlik saygısı (özel yetenekler)	----	Kullanım (Kannabis (marihuana, pot)/ Uyarıcılar (amfetamin)/	----
Basınçlı konuşma (çok hızlı, sürekli konuşma)	----	Sedatif (benzo) / Kokain / Opiyatlar (eroin, morfin)/ Diğer	----
Yargılama zayıflığı (Normalde yapmayacağı şeyleri yapma)	----	PCP (melek tozu) / Halusinojenler (LSD) / Uçucular (uhu, eter)/	----
Dikkat dağınıklığı (Dikkati kolayca dağılır)	----	Sıklık (≥3 kez/hafta)	----
Fiziksel huzursuzluk (Yerinde durmakta zorluk)	----	Planladığından çok kullanma	----
Madde ya da alkol etkisi altında	----	Olumsuz Sonuç (≥ 2 kez) Fiziksel / Tehlikeli dav / Psikolojik /	----
Süre (Mani:≥7 gün; Hipomani ≥4 gün)/ Bozucu etki	----	Mesleki / Sosyal / Yasal	----
Psikoz Ek Sorular		Sorumluluk zamanında sarhoş olma (≥3 kez)	----
Varsanılar İşitsel(Sözel olmayan sesler/ Komut veren /	----	Önemli etkinliklerin bırakılması (≥ 2 etkinliği bırakmış)	----
Yorum yapan / Birbiryle konuşan/ Sesli düşünceler / diğer)	----	Zaman harcama (diğer uğraşlarını engeller)	----
Seslerin yeri (dışarıdan/ kafanın içinden/ her ikisi)	----	Tolerans (≥ 1,5 kat daha fazla madde gerekiyor)	----
Görsel / Dokunsal / Koku / Yanılsama / Kültürel kabul	----	Bırakma girişimi (≥ 1 girişim)	----
Süre(≥1hf)/ Duygulanımla birlikte/ Travma /Madde/ Tetikleyici	----	Çekilme Belirtileri (≥ 1 belirti)	----
Sanrılar Büyüklük / Suçluluk / Kontrol edilme / Bedensel /	----	Çekilmeyi yatıştırmak için alkol tüketimi (≥ 2 kez)	----
Nihilizm / Düş. Yayınlanması / Düş. Sokulması / Düş. Çalınması /	----	Süre (≥ 1 ay)Kötüye kul (≥ 1 olumsuz sonuç) /bağımlı(≥ 3 belirti)	----
TV'den mesaj alma / Zarar görme / Düş. Okunması / Referans	----	Anoreksiya Nervosa Ek Sorular	
Süre (≥1hf) / Duygu ilişkisi / Tetikleyici / Madde, tıbbi durum	----	Beden imgesinde bozulma (Aksine nesnel kanıtlarla değişmez)	----
Duygulanım Künt / Uygunsuz	----	Amenore (≥3 adet)	----
Enkoherans / Çağrışım çözülmesi / Katatonik davranış	----	Kısıtlayıcı tip / Yeme-çıkartma tipi	----
İşlevsellik bozukluğu, özbakımda kötüleşme	----	Blumiya Nervosa Ek Sorular	
Şizofreni (≥6 ay, ≥2 belirti) /Şizofreniform (1-6 ay arası)	----	Kontrol kaybı (> %50 yeme isteğini kontrol edemez)	----
Kısa Tepkisel Psikoz (1 gün-1 ay)	----	Kiloyla aşırı uğraş (günlük etkinlikleri etkiler)	----
Panik Bozukluğu Ek Sorular		Süre (≥ 3 ay)	----
Nefes darlığı / Baş dönmesi / Çarpıntı / Titreme / Terleme /	----		
Boğuluyor gibi olmak / Bulantı / Depersonalizasyon / Derealiz.	----		
Uyuşma, karıncalanma / Ürperme, ateş basması / Göğüs ağrısı /	----		
Ölüm korkusu / Kontrolü kaybetme korkusu	----		

Eşlik eden belirli bir uyaran	----
Beklenmeyen atak	----
Belirti sayısı (≥4 belirti) / Atak sıklığı (≥4 atak/ ay)	----
Atak geçirme korkusu	----
Atakların başlangıcı (aniden başlar 10 dk içinde yoğunlaşır)	----
Agorafobi (gezme kısıtlı, yalnız dışarı çıkamaz)	----
Bozucu etki/ Panik boz (4 belirtili atak/ ≥1 ay beklenti anks.)	----
Davranım Bozukluğu Ek Sorular	
Başkasının malına zarar verme (≥ 3 kere orta/ağır zarar verme)	----
Bir yere zorla girme(≥1 kere eve, arabaya, dükkana zorla girme)	----
Saldırganlık içeren hırsızlık (≥ 1 kere gasp, kapkaççılık)	----
Yangın çıkarma (≥1 kere hasar verme amaçlı ya da öfkeyle başl.)	----
Geceyi dışarıda geçirme (≥ 2 kere gecenin büyük bölümünü)	----
Evden kaçma (≥ 1 kez ≥ 2 gece ya da ≥2 kez)	----
Silah kullanımı (≥1 kez ağır hasara neden olacak silah kullanımı)	----
Fiziksel açıdan eziyet etme (hafif ya da ağır düzeyde yaralanma)	----
Cinsel etkinliğe zorlama (≥ 1 kez cinsel organları içeren etkinlik)	----
Hayvanlara eziyet etme (≥ 2 kez hayvan öldürme ya da eziyet)	----
Bozucu etki / Süre (≥ 6 ay)	----
Grup tipi / Tek başına / Ayrışmamış)	----
Çocukluk başl. (< 10 yaş)/ Ergenlik başl.(>10 yaş)	----
Nikotin Bağımlılığı Ek Sorular	
Sigara kullanımı / Tütün kullanımı	----
Miktar Şimdi	----
Miktar en fazla	----
En fazla kullandığı yaş	----
Düzenli kullanmaya başladığı yaş	----
Bırakma girişimi olmuş mu	----
Bırakmış mı	----
Bıraktığı en uzun süre	----
Alkol Kötüye Kullanımı Ek Sorular	
Sıklık (≥ 3 kez/hafta)	----
Miktar (≥ içki/hafta)	----
Planladığından çok içme	----
Olumsuz Sonuç (≥ 2 kez) Fiziksel / Tehlikeli dav / Psikolojik /	----
Mesleki / Sosyal / Yasal	----
Sorumluluk zamanında sarhoş olma (≥3 kez)	----
Önemli etkinliklerin bırakılması (> 1 etkinliği bırakmış)	----
Zaman harcama (diğer uğraşlarını engeller)	----
Tolerans (≥ 3 içki daha fazla içmesi gerekiyor)	----
Bırakma girişimi (≥ 1 girişim)	----
Çekilme Belirtileri (≥ 1 belirti)	----
Çekilmeyi yatıştırmak için alkol tüketimi (≥ 1 kez)	----
Süre (≥ 1 ay)Kötüye kul (≥ 1 olumsuz sonuç)	----
/bağımlı(≥ 3 belirti)	----

EK-3. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)

Hastanın Adı, Soyadı: Tarih:

Hastanın Yaşı ve Cinsiyeti:

Değerlendirici:

HASTALIK ŞİDDETİ

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

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

DÜZELME

Hastanın ilk değerlendirildiğindeki durumunu düşünürseniz, sizce bu hasta ne kadar değişti?

1. Çok düzeldi
2. Oldukça düzeldi
3. Biraz düzeldi
4. Hiç değişiklik yok
5. Biraz kötüleşti
6. Oldukça kötüleşti
7. Çok kötüleşti

YAN ETKİ ŞİDDETİ

Bu maddeyi sadece ilaç etkisini gözönüne alarak değerlendiriniz. Yan etkiyi en iyi ifade eden seçeneği işaretleyiniz.

1. Hiç yok
2. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkilemiyor
3. Hastanın işlevselliğini önemli derecede etkiliyor
4. Terapötik etkinin yararlarını gözardı ettirecek düzeyde etkiliyor

EK-4. Young Şema Ölçeği

Yönerge: Aşağıda, kişilerin kendilerini tanımlarken kullandıkları ifadeler sıralanmıştır. Lütfen her bir ifadeyi okuyun ve sizi ne kadar iyi tanımladığına karar verin. Emin olamadığınız sorularda neyin doğru olabileceğinden çok, sizin **duygusal olarak** ne hissettiğinize dayanarak cevap verin. Birkaç soru, anne babanızla ilişkiniz hakkındadır. Eğer biri veya her ikisi şu anda yaşamıyorlarsa, bu soruları o veya onlar hayatta iken ilişkinizi göz önüne alarak cevaplandırın. 1’den 6’ya kadar olan seçeneklerden sizi tanımlayan en yüksek şıkkı seçerek her sorudan önce yer alan boşluğa yazın.

Derecelendirme:

1. Benim için tamamıyla yanlış
2. Benim için büyük ölçüde yanlış
3. Bana uyan tarafı uymayan tarafından biraz fazla
4. Benim için orta derecede doğru
5. Benim için çoğunlukla doğru
6. Beni mükemmel şekilde tanımlıyor

1. Bana bakan, benimle zaman geçiren, başıma gelen olaylarla gerçekten ilgilenen kimsem olmadı.
2. Beni terk edeceklerinden korktuğum için yakın olduğum insanların peşini bırakmam.
3. İnsanların beni kullandıklarını hissediyorum.
4. Uyumsuzum.
5. Beğendiğim hiçbir erkek/kadın, kusurlarımı görürse beni sevmez.
6. İş (veya okul) hayatımda neredeyse hiçbir şeyi diğer insanlar kadar iyi yapamıyorum.
7. Günlük yaşamımı tek başıma idare edebilme becerisine sahip olduğumu hissetmiyorum.
8. Kötü bir şey olacağı duygusundan kurtulamıyorum.
9. Anne babamdan ayrılmayı, bağımsız hareket edebilmeyi, yaşlılarım kadar başaramadım.
10. Eğer istediğimi yaparsam, başımı derde sokarım diye düşünürüm.
11. Genellikle yakınlarıma ilgi gösteren ve bakan ben olurum.
12. Olumlu duygularımı diğerlerine göstermekten utanırım (sevdiğimi, önemseddiğimi göstermek gibi).
13. Yaptığım çoğu şeyde en iyi olmalıyım; ikinci olmayı kabullenemem.
14. Diğer insanlardan bir şeyler istediğimde bana “hayır” denilmesini çok zor kabullenirim.
15. Kendimi sıradan ve sıkıcı işleri yapmaya zorlayamam.
16. Paramın olması ve önemli insanlar tanıyor olmak beni değerli yapar.
17. Her şey yolunda gidiyor görünse bile, bunun bozulacağını hissederim.
18. Eğer bir yanlış yaparsam, cezalandırılmayı hak ederim.
19. Çevremde bana sıcaklık, koruma ve duygusal yakınlık gösteren kimsem yok.
20. Diğer insanlara o kadar muhtacım ki onları kaybedeceğim diye çok endişeleniyorum.
21. İnsanlara karşı tedbiri elden bırakamam yoksa bana kasıtlı olarak zarar vereceklerini hissederim.
22. Temel olarak diğer insanlardan farklıyım.
23. Gerçek beni tanırlarsa beğendiğim hiç kimse bana yakın olmak istemez.
24. İşleri halletmede son derece yetersizim.
25. Gündelik işlerde kendimi başkalarına bağımlı biri olarak görüyorum.
26. Her an bir felaket (doğal, adli, mali veya tıbbi) olabilir diye hissediyorum.
27. Annem, babam ve ben birbirimizin hayatı ve sorunlarıyla aşırı ilgili olmaya eğilimliyiz.

28. Diğer insanların isteklerine uymaktan başka yolum yokmuş gibi hissediyorum; eğer böyle yapmazsam bir şekilde beni reddederler veya intikam alırlar.
29. Başkalarını kendimden daha fazla düşündüğüm için ben iyi bir insanım.
30. Duygularımı diğerlerine açmayı utanç verici bulurum.
31. En iyisini yapmalıyım, “yeterince iyi” ile yetinemem.
32. Ben özel biriyim ve diğer insanlar için konulmuş olan kısıtlamaları veya sınırları kabul etmek zorunda değilim.
33. Eğer hedefime ulaşamazsam kolaylıkla yılgınlığa düşer ve vazgeçerim.
34. Başkalarının da farkında olduğu başarılar benim için en değerlisidir.
35. İyi bir şey olursa, bunu kötü bir şeyin izleyeceğinden endişe ederim.
36. Eğer yanlış yaparsam, bunun özürü yoktur.
37. Birisi için özel olduğumu hiç hissetmedim.
38. Yakınlarımın beni terk edeceği ya da ayrılacağından endişe duyarım.
39. Herhangi bir anda birileri beni aldatmaya kalkışabilir.
40. Bir yere ait değilim, yalnızım.
41. Başkalarının sevgisine, ilgisine ve saygısına değer bir insan değilim.
42. İş ve başarı alanlarında birçok insan benden daha yeterli.
43. Doğru ile yanlış birbirinden ayırmakta zorlanırım.
44. Fiziksel bir saldırıya uğramaktan endişe duyarım.
45. Annem, babam ve ben özel hayatımız birbirimizden saklarsak, birbirimizi aldatmış hisseder veya suçluluk duyarız.
46. İlişkilerimde, diğer kişinin yönlendirici olmasına izin veririm.
47. Yakınlarımla o kadar meşgulüm ki kendime çok az zaman kalıyor.
48. İnsanlarla beraberken içten ve cana yakın olmak benim için zordur.
49. Tüm sorumluluklarımı yerine getirmek zorundayım.
50. İstedığimi yapmaktan alıkonulmaktan veya kısıtlanmaktan nefret ederim.
51. Uzun vadeli amaçlara ulaşabilmek için şu andaki zevklerimden fedakarlık etmekte zorlanırım.
52. Başkalarından yoğun bir ilgi görmezsem kendimi daha az önemli hissederim.
53. Yeterince dikkatli olmazsanız, neredeyse her zaman bir şeyler ters gider.
54. Eğer işimi doğru yapmazsam sonuçlara katlanmam gerekir.
55. Beni gerçekten dinleyen, anlayan veya benim gerçek ihtiyaçlarımı ve duygularımı önemseyen kimsem olmadı.
56. Önem verdiğim birisinin benden uzaklaştığını sezersem çok kötü hissederim.
57. Diğer insanların niyetleriyle ilgili oldukça şüpheciyimdir.
58. Kendimi diğer insanlara uzak veya kopmuş hissediyorum.
59. Kendimi sevebilecek biri gibi hissetmiyorum.
60. İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar yetenekli değilim.
61. Gündelik işler için benim kararlarıma güvenilemez.
62. Tüm paramı kaybedip çok fakir veya zavallı duruma düşmekten endişe duyarım.
63. Çoğunlukla annem ve babamın benimle iç içe yaşadığını hissediyorum-Benim kendime ait bir hayatım yok.
64. Kendim için ne istediğimi bilmediğim için daima benim adıma diğer insanların karar vermesine izin veririm.
65. Ben hep başkalarının sorunlarını dinleyen kişi oldum.
66. Kendimi o kadar kontrol ederim ki insanlar beni duygusuz veya hissiz bulurlar.
67. Başarmak ve bir şeyler yapmak için sürekli bir baskı altındayım.
68. Diğer insanların uyduğu kurallara ve geleneklere uymak zorunda olmadığımı hissediyorum.

69. Benim yararına olduğunu bilsem bile hoşuma gitmeyen şeyleri yapmaya kendimi zorlayamam.
70. Bir toplantıda fikrimi söylediğimde veya bir topluluğa tanıtıldığımda onaylanılmayı ve takdir görmeyi isterim.
71. Ne kadar çok çalışırsam çalışayım, maddi olarak iflas edeceğimden ve neredeyse her şeyimi kaybedeceğimden endişe ederim.
72. Neden yanlış yaptığının önemi yoktur; eğer hata yaptıysam sonucuna da katlanmam gerekir.
73. Hayatımda ne yapacağımı bilmediğim zamanlarda uygun bir öneride bulunacak veya beni yönlendirecek kimsem olmadı.
74. İnsanların beni terk edeceği endişesiyle bazen onları kendimden uzaklaştırırım.
75. Genellikle insanların asıl veya art niyetlerini araştırırım.
76. Kendimi hep grupların dışında hissedirim.
77. Kabul edilemeyecek pek çok özelliğim yüzünden insanlara kendimi açamıyorum veya beni tam olarak tanımalarına izin vermiyorum.
78. İş (okul) hayatımda diğer insanlar kadar zeki değilim.
79. Ortaya çıkan gündelik sorunları çözebilme konusunda kendime güvenmiyorum.
80. Bir doktor tarafından herhangi bir ciddi hastalık bulunmamasına rağmen bende ciddi bir hastalığın gelişmekte olduğu endişesine kapılıyorum.
81. Sık sık annemden babamdan ya da eşimden ayrı bir kimliğimin olmadığını hissediyorum.
82. Haklarıma saygı duyulmasını ve duygularımın hesaba katılmasını istemekte çok zorlanıyorum.
83. Başkaları beni, diğerleri için çok, kendim için az şey yapan biri olarak görüyorlar.
84. Diğerleri beni duygusal olarak soğuk bulurlar.
85. Kendimi sorumluluktan kolayca sıyrıyorum veya hatalarım için gerekçe bulamıyorum.
86. Benim yaptıklarımın, diğer insanların katkılarından daha önemli olduğunu hissediyorum.
87. Kararlarıma nadiren sadık kalabilirim.
88. Bir dolu övgüler ve iltifat almam kendimi değerli birisi olarak hissetmemiş sağlar.
89. Yanlış bir kararın bir felakete yol açabileceğinden endişe ederim.
90. Ben cezalandırılmayı hak eden kötü bir insanım.

EK-5. Ergenler İçin Duygu Düzenleme Ölçeği

	Yaşamda zaman zaman insanların başlarına olumsuz, hoş olmayan olaylar gelir ve bu olaylara bazı tepkiler verilir. Bu tepkilerin bazıları düşüncelerle ilgili iken bazıları ise davranışlarla ilgilidir. Lütfen aşağıdaki her bir ifadeyi dikkatlice okuyarak, sıkıntı verici, olumsuz bir olay yaşadığınızda cümlede verilen durum veya davranışı ne sıklıkla yaptığınızı size en uygun olan seçeneğe çarpı işareti (X) koyunuz. Lütfen her ifade için sadece bir seçeneği işaretleyiniz ve hiçbir ifadeyi boş bırakmayınız.	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Çoğu zaman	Her zaman
1	Duruma ilişkin düşüncelerimi yeniden gözden geçiririm.	()	()	()	()	()
2	Duruma ilişkin amaçlarımı veya planlarımı yeniden gözden geçiririm, düşünürüm.	()	()	()	()	()
3	Durum üzerinde düşünüp anlamaya çalışırım.	()	()	()	()	()
4	Bir dahaki sefere neyi daha iyi yapabileceğimi düşünürüm.	()	()	()	()	()
5	Öfkemi/üzüntümü sözel olarak (örn. bağırarak, tartışmak gibi) başkalarından çıkarırım.	()	()	()	()	()
6	Öfkemi/üzüntümü fiziksel olarak (örn. kavga etmek, vurmak gibi) başkalarından çıkarırım.	()	()	()	()	()
7	Başkalarını kötü hissettirmeye çalışırım (örn. kaba davranarak, onları görmezden gelerek).	()	()	()	()	()
8	Başkalarına zorbalık yaparım (örn. alay etmek, itmek, dedi kodu yapmak gibi).	()	()	()	()	()
9	Öfkemi/üzüntümü etrafımdaki eşyalardan çıkarırım.	()	()	()	()	()

10	Kendime zarar verecek veya kendimi cezalandıracak bir şey yaparım.	()	()	()	()	()
11	Bazı düşünceler ve duygular sürekli kafamı meşgul eder (örn. aynı şeyi düşünür dururum).	()	()	()	()	()
12	Başkalarının benden iyi durumda olduğunu düşünerek kendimi daha kötü hissederim.	()	()	()	()	()
13	Duygularımı içime atarım, saklarım.	()	()	()	()	()
14	Sanki ben ben değilmişim gibi gelir (ör., kendimi bir tuhaf hissederim, etrafımdaki şeyler tuhaf gelir).	()	()	()	()	()
15	Bu olaya ilişkin neler hissettiğimi birisiyle konuşurum.	()	()	()	()	()
16	Arkadaşlarımdan veya ailemden sarılmak, elimi tutmak gibi bedensel yakınlık ararım.	()	()	()	()	()
17	Hareketli bir şeyler yaparım.	()	()	()	()	()
18	Başkalarından tavsiye isterim.	()	()	()	()	()

Faktörler	Madde No
İçsel işlevsel duygu düzenleme	1,2,3,4
İçsel işlevsel olmayan duygu düzenleme	10,11,12,13,14
Dışsal işlevsel duygu düzenleme	15,16,17,18
Dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme	5,6,7,8,9

Ölçeğin Değerlendirmesi: (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) bazen, (4) çoğu zaman ve (5) her zaman, şeklinde puanlanmaktadır. Ölçek, ergenlerin duygu düzenleme yöntemlerini ölçmektedir, bu kapsamda, “içsel işlevsel duygu düzenleme”, “dışsal işlevsel duygu düzenleme”, “içsel işlevsel olmayan duygu düzenleme” ve “dışsal işlevsel olmayan duygu düzenleme” şeklinde dört alt boyuta sahiptir. Alt boyutlardan alınan puanlar yükseldikçe ergenin o alt boyuta göre duygu düzenleme yönteminin sıklığı da artmakta, puanı düştükçe o yöntemi kullanma oranı düşmekte şeklinde yorumlanmaktadır.

Not: Ölçekte, tersten puanlanan herhangi bir madde bulunmamaktadır.

EK-6. Kısa Semptom Envanteri

Kısa Semptom Envanteri

Aşağıda, insanların bazen yaşadıkları belirtilerin ve yakınmaların bir listesi verilmiştir. Listedeki her maddeyi dikkatli bir şekilde okuyun, lütfen. Daha sonra o belirtinin sizde bugün dahil, son bir haftadır ne kadar var olduğunu altta da ki şıklardan uygun olanı işaretleyin. Her belirti için sadece bir yeri işaretlemeye ve hiçbir maddeyi atlamamaya özen gösteriniz. Yanıtlarınızı kurşun kalem ile (x) işareti koyarak belirtiniz, eğer fikir değiştirirseniz ilk yanıtınızı siliniz.

Yanıtlarınızı aşağıdaki ölçeğe göre değerlendiriniz:

Bu belirtiler son bir haftadır sizde ne kadar var?

- a. *Hiç yok*
- b. *Biraz var*
- c. *Orta derecede var*
- d. *Epey var*
- e. *Çok fazla var*

1.İçinizde sinirlilik ve titreme hali;

☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

2. Baygınlık, baş dönmesi;

☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

3. Bir başka kişinin sizin düşüncelerinizi kontrol edeceği fikri;

☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

4. Başınıza gelen sıkıntılardan dolayı başkalarının suçlu olduğu duygusu;

☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

5. Olayları hatırlamada güçlük;

☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

6. Çok kolayca kızıp öfkelenme;

☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

7. Göğüs (kalp) bölgesinde ağrılar;

☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

8. Meydanlık(açık) yerlerden korkma duygusu;

☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

9. Yaşamınıza son verme düşüncesi;

☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

25. Uykuya dalmada güçlük,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

26. Yaptığınız şeyleri tekrar tekrar doğru mu diye kontrol etmek,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

27. Karar vermede güçlükler,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

28. Otobüs, tren, metro gibi umumi vasıtalarla seyahatlerden korkma,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

29. Nefes darlığı, nefessiz kalma,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epeyvar ☐ e. Çok fazla var

30. Sıcak, soğuk basmaları,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epeyvar ☐ e. Çok fazla var

31. Sizi korkuttuğu için bazı eşya yer ya da etkinliklerden uzak kalmaya çalışmak,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

32. Kafanızın bomboş kalması,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

33. Bedeninizin bazı bölgelerinde uyuşmalar, karıncalanmalar,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

34. Hatalarınız için cezalandırılmanız gerektiği düşüncesi,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

35. Gelecekle ilgili umutsuzluk duyguları,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

36. Dikkati bir şey üzerine toplamada güçlük,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

37. Bedenin bazı bölgelerinde, zayıflık, güçsüzlük hissi,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

38. Kendini gergin ve tedirgin hissetme,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

39. Ölme ve ölüm üzerine düşünceler,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epeyvar ☐ e. Çok fazla var

40. Birini dövme, ona zarar verme yaralama isteği,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

41. Bir şeyleri kırma, dökme isteği,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

42. Diğer insanların yanında iker yanlış bir şey yapmamaya çalışmak,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

43. Kalabalıklardan rahatsızlık duymak,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

44. Başka insanlara hiç yakınlık duymamak,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

45. Dehşet ve panik nöbetleri,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

46. Sık sık tartışmaya girmek,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

47. Yalnız kalındığında sinirlilik, hissetme,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

48. Başarılarınıza rağmen diğer insanlardan yeterince takdir görmemek,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

49. Kendini yerinde duramayacak kadar tedirgin hissetmek,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

50. Kendini değersiz görme duygusu,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

51. Eğer izin verirsiniz insanların sizi sömüreceği duygusu,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

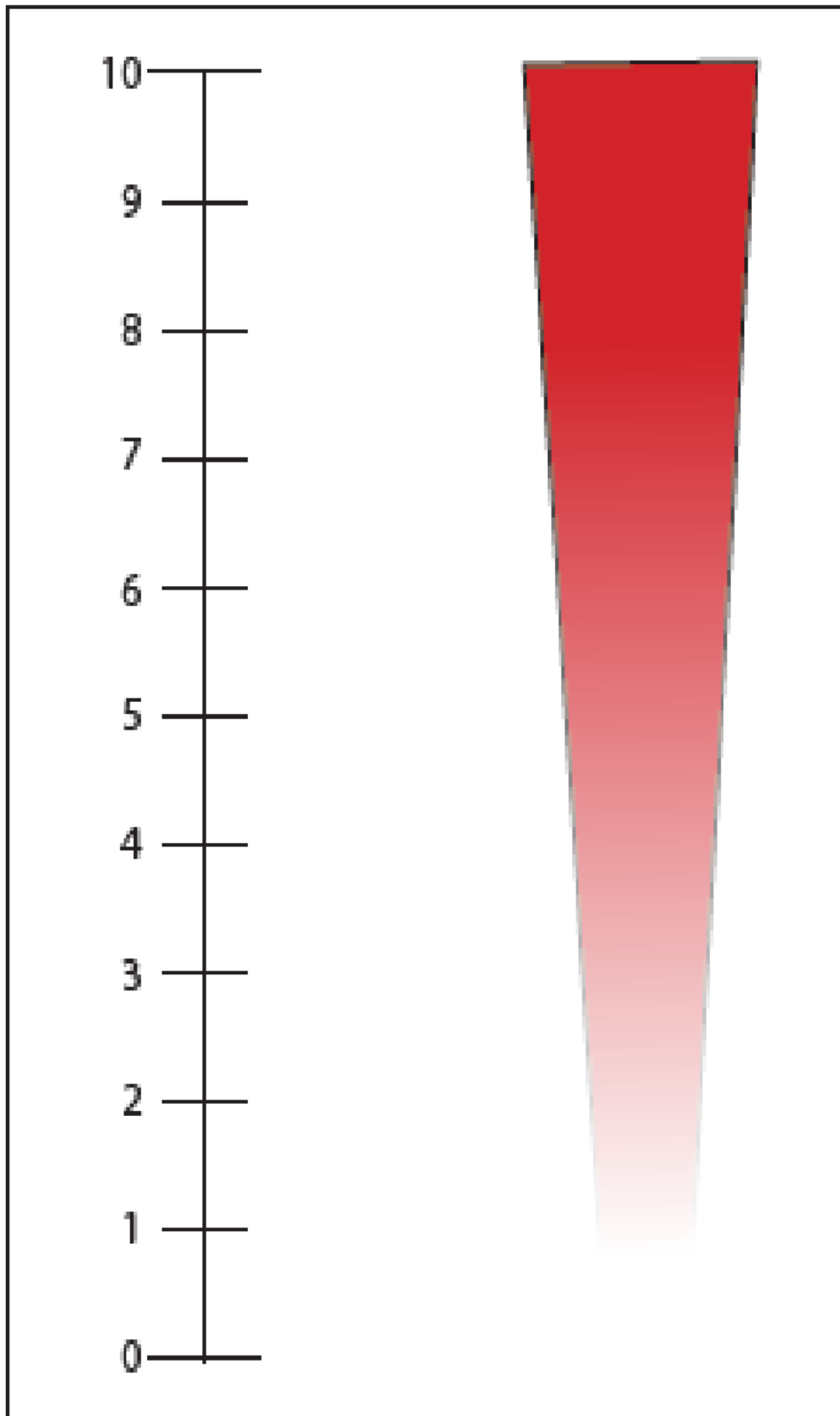
52. Suçluluk duyguları,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

53. Aklınızda bir bozukluk olduğu fikri,

- ☐ a. Hiç yok ☐ b. Biraz var ☐ c. Orta derecede var ☐ d. Epey var ☐ e. Çok fazla var

EK-7.Görsel Analog Skala (GAS)



Pediyatrik Migren Özürölölük Değerlendirme Ölçeği (PedMIDAS):

Baş ağrısı işlevsizliği

Aşağıdaki sorular baş ağrılarınin günlük aktiviteyi ne kadar etkilediğini değerlendirmeye çalışır. Cevaplarınız son üç aya dayanmalıdır. "Doğru" veya "yanlış" cevap yoktur, bu yüzden lütfen en iyi tahmininizi yazın.

1. Son 3 ayda baş ağrısı nedeniyle kaç tam okul günü okula gidemediniz?
2. Son 3 ayda baş ağrısı nedeniyle kaç kısmi okul günü kaçırıldı (ilk soruda sayılan tam günleri dahil etmeyin)
3. Son 3 ayda baş ağrısı nedeniyle okulda yeteneklerinizin yarısından azıyla çalışabildiğiniz kaç gün oldu (ilk iki soruda sayılan günleri dahil etmeyin)?.....
4. Baş ağrısı nedeniyle evde kaç gün bir şey yapamadınız (yani, ev işleri, ödevler, vb.)?.....
5. Baş ağrısı nedeniyle başka aktivitelere (örneğin; oyun oynama, dışarı çıkma, spor yapma vb.) kaç gün katılmadınız?.....
6. Bu aktivitelere kaç gün katıldınız, ancak yeteneklerinizin yarısından daha azıyla işlev gördünüz (5. soruda sayılan günleri dahil etmeyin)?.....

Toplam PEDMİDAS puanı

Baş ağrısı sıklığı

Baş ağrısı şiddeti

PEDMİDAS skor aralığı	İşlevsizlik derecesi
0-30	Çok az veya hiç yok
11-30	Hafif
31-50	Orta
50 >	Şiddetli

EK-8. Stroop Testi Kayıt Formu

Adı Soyadı: _____

Uygulayıcının Adı Soyadı: _____

Doğum Tarihi: ____ / ____ / ____ Uygulama Yeri: _____

Yaşı: _____ Uygulama Tarihi: ____ / ____ / ____

Cinsiyeti: _____ Eğitim Durumu: _____

Bölüm I: Siyah Basılmış Renk İsmi Okuma

M S K Y

Y M S K

Y K M S

K Y S M

S K Y M

K M S Y

Bölüm II: Renkli Basılmış Renk İsmi Okuma

M S K Y

Y M S K

Y K M S

K Y S M

S K Y M

K M S Y

Bölüm III: Şekil Rengi Söyleme

Y M S K

K S M

M Y S K

M S K Y

K Y M S

S Y M K

Bölüm IV: Renk İsmi Olmayan Kelime Rengi Söyleme

Y M S K
S K Y M
M Y S K
M S K Y
K Y M S
S Y M K

Bölüm V: Renk İsmi Olan Kelime Rengi Söyleme

Y M S K
S K M Y
M Y S K
M S K Y
K Y M S
S Y M K

Sonuç Tablosu

BÖLÜM	SÜRE	HATA SAYISI	DÜZELTME SAYISI
BÖLÜM I			
BÖLÜM II			
BÖLÜM III			
BÖLÜM IV			
BÖLÜM V			

8. ÖZGEÇMİŞ

1. Adı Soyadı : Mustafa Çobaner

İletişim Bilgileri

Adres : Abant İzzet Baysal Üniversitesi İzzet Baysal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği, Bolu

Telefon :

Mail : [REDACTED]

2. Doğum Tarihi : [REDACTED]

3. Unvanı : Araştırma görevlisi

4. Öğrenim Durumu

Derece	Alan	Üniversite	Yıl
Lisans/Yüksek Lisans	Tıp Fakültesi	Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi	2016-2021
Tıpta Uzmanlık	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi	2021-2025

5. Tıpta Uzmanlık Tezi

Juvenil Miyoklonik Epilepsi ve Pediatrik Migren Olgularında Emosyonel şemalar, Emosyon Düzenleme Sorunları ve Öznel Yakınmalar Arasındaki İlişkilerin Değerlendirilmesi ve Emosyonel şemalar ve Emosyon Düzenleme Sorunlarının Kontrol Grubu ile Karşılaştırılması

6. Yayınlar

6.1. Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan Bildiri Kitabında Basılan Bildiriler

Çobaner M, Tufan Ae, Salgınoğlu M: Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu Tanılı Bir Çocukta Olasılıkla Hidroksizin ve Fluoksetinin Etkileşimine Bağlı Okulojirik kriz ve Tortikollis: Olgu Sunumu 33. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi, 2024

Çobaner M, Tufan Ae, Koçak G: Ergen Bir Olguda Travmatik Stresörlerle Tetiklenen Şizofreniform Bozukluk: Değerlendirme ve Tedavi Süreci: Olgu Sunumu 33. Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi: 2024