

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNUN KLİNİK
TANISINDA DSM-IV-TR VE DSM-5 TANI
SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Ferhat YAYLACI

İZMİR 2015

T.C.
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNUN KLİNİK
TANISINDA DSM-IV-TR VE DSM-5 TANI
SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

UZMANLIK TEZİ
Dr. Ferhat YAYLACI

DANIŞMAN ÖĞRETİM ÜYESİ
Prof. Dr. Süha MİRAL

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER	i
TABLO LİSTESİ	iii
KISALTMALAR	v
TEŞEKKÜR.....	vi
ÖZET	1
ABSTRACT.....	3
BÖLÜM I - GİRİŞ ve AMAÇ	5
1.1. Giriş.....	5
1.2. Amaç	6
BÖLÜM II - GENEL BİLGİLER	7
2.1.1. Psikiyatride Sınıflandırma	7
2.1.2. Tanım ve Tarihçe	11
2.1.3. Epidemiyoloji.....	26
2.1.4. Nöropsikolojik Kuramlar	27
2.1.5. Klinik Görünüm	30
2.1.6. Ayırıcı Tanı	32
2.1.7. Eş Tanılı Durumlar	33
2.1.8. Gidiş ve Prognoz.....	33
BÖLÜM III - YÖNTEM ve GEREÇLER	35
3.1.1. Araştırma Yeri ve Zamanı	35
3.1.2. Örneklem	35
3.1.3. Araştırmanın Hipotezleri.....	36
3.1.4. Gereçler	36
3.1.5. Araştırma Etik Kurul Onayı	38
3.1.6. Verilerin Toplanması.....	38
3.1.7. İstatistiksel Değerlendirme.....	39
BÖLÜM IV - BULGULAR.....	40
4.1.1. Sosyodemografik Özellikler.....	40
4.1.2. Olgu Grubunun Klinik Özellikleri.....	46
4.1.3. DSM-5 OSB Ölçütlerinin Tanısal Özellikleri.....	47

4.1.4. Çocukluk Çağı Otizm Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ) ve Otizm Davranış Kontrol Listesi (ODKL) Özellikleri.....	47
4.1.5. DSM-IV-TR ve DSM-5'in Tanısal Karşılaştırması	48
4.1.6. DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Yaş Grupları Karşılaştırması	49
4.1.7. DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Yaş Ortalamalarının Karşılaştırması	50
4.1.8. DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Cinsiyet Oranlarının Karşılaştırması	51
4.1.9. DSM-5 OSB B Alt Ölçütleri İçin Yaş, Cinsiyet, ÇODÖ ve ODKL Toplam Puanlarının Karşılaştırması.....	52
4.2.0. DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların, DSM-5 OSB B Alt Ölçütleri Tek Tek Çıkarıldığında DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olgularla Karşılaştırması	55
4.2.1. DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların ÇODÖ Toplam,ODKL Toplam ve ODKL Alt Başlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırması	56
4.2.2. DSM-5 OSB Tanısının A ve B Ölçütleri İçin Belirtilen Şiddet Düzeylerinin ÇODÖ ve ODKL Toplam Puanları İle İlişkisi	57
BÖLÜM V - TARTIŞMA	58
BÖLÜM VI - SONUÇ VE ÖNERİLER.....	72
6.1. Sonuç	72
6.2. Öneriler	76
BÖLÜM VII - ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI.....	77
BÖLÜM VIII - KAYNAKLAR.....	78
BÖLÜM IX - EKLER	92

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Sınıflandırmanın Tarihçesi

Tablo 2: DSM-5 Otizm Spektrum Bozukluğu tanı ölçütleri

Tablo 3: DSM-IV-TR Otistik Bozukluk için tanı ölçütleri

Tablo 4: DSM-IV-TR Asperger Bozukluğu için tanı ölçütleri

Tablo 5: DSM-IV-TR Yaygın Gelişimsel Bozukluk- Başka Türlü Adlandırılmayan için tanı ölçütleri

Tablo 6: DSM-IV-TR Rett Bozukluğu için tanı ölçütleri

Tablo 7: DSM-IV-TR Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu için tanı ölçütleri

Tablo 8: Otizm Spektrum Bozukluğu Prevelansı

Tablo 9: Olgu Grubunun Yaş ve Cinsiyet Özellikleri

Tablo 10: Olgu Grubunun Eğitim Özellikleri

Tablo 11: Olgu Grubunun Aile Özellikleri

Tablo 12: Olgu Grubunun Prenatal Dönem ve Doğum Özellikleri

Tablo13: Olgu Grubunun Özgeçmiş ve Gelişimsel Özellikleri

Tablo 14: Olgu Grubunun Klinik Özellikleri

Tablo 15: DSM-5 OSB Ölçütlerinin Tanısal Özellikleri

Tablo16: Olguların ÇODÖ Toplam,ODKL Toplam ve ODKL Alt Başlık Puanlarının Özellikleri

Tablo 17: DSM-IV-TR ve DSM-5'in Tanısal Karşılaştırması

Tablo 18: DSM-5OSB Tanısının Yaş Grupları Karşılaştırması

Tablo 19: DSM-5OSB Tanısının 3-7 Yaş Grubu Çıkarılarak Yaş Grupları Karşılaştırması

Tablo 20: DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Yaş Ortalamalarının Karşılaştırması

Tablo 21: DSM-5 Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Cinsiyet Oranlarının Karşılaştırması

Tablo 22: Cinsiyetler Arasında ÇODÖ ve ODKL Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Tablo 23: DSM-5 OSB B Alt Ölçütleri İçin Yaş ve Cinsiyet Karşılaştırması

Tablo 24: DSM-5OSB B1 ve B2 Ölçütlerinin Var Olup Olmamasının 3-7 Yaş Grubu Çıkarılarak Karşılaştırması

Tablo 25: DSM-5 OSB B Alt Ölçütleri İçin ÇODÖ ve ODKL Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Tablo 26: DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların, DSM-5 OSB B Alt Ölçütleri Tek Tek Çıkarıldığında DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olgularla Karşılaştırması

Tablo 27: DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların ÇODÖ Toplam, ODKL Toplam ve ODKL Alt Başlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Tablo 28: DSM-5 OSB A ve B Ölçütleri İçin Belirtilen Şiddet Düzeylerinin ÇODÖ ve ODKL Toplam Puan Ortalamaları İle İlişkisi

Tablo 29: DSM-5 OSB A ve B Ölçütleri İçin Belirtilen Şiddet Düzeylerinin ÇODÖ ve ODKL Toplam Puanları İle Korelasyonu

KISALTMALAR

OSB: Otizm Spektrum Bozukluğu

YGB: Yaygın Gelişimsel Bozukluklar

OB: Yaygın Gelişimsel Bozukluklar

AB: Asperger Bozukluğu

YGB-BTA: Yaygın Gelişimsel Bozukluk Başka Türlü Adlandırılmayan

AO: Atipik Otizm

ÇDB: Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu

RS: Rett Sendromu

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-
Hastalıkların ve Sağlıkla İlgili Sorunların Uluslararası İstatistiksel Sınıflaması

DSM: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

APA: American Psychiatric Association (Amerikan Psikiyatri Birliğı)

CDC: Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi

ADMM: Otizm ve Gelişimsel Bozukluklar İzlem Ağı

IACAPAP: The International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied
Professions

DEHB: Dikkat Eksikliğı Hiperaktivite Bozukluğu

OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk

BB: Bipolar Bozukluk

ZÖ: Zeka Özürlü

ÇODÖ: Çocukluk Otizmini Değerlendirme Ölçeğı

ODKL: Otizm Davranış Kontrol Listesi

ADI-R: Autism Diagnostic Interview-Revised

ADOS: Autism Diagnostic Observation Schedule

SPSS: The Statistical Package for Social Sciences

BISCUIT-Part 1: Baby and Infant Screen for Children with Autism Traits-Part 1

ASD-DA: Autism Spectrum Disorders-Diagnosis for Adults

Ort: Ortalama

SS: Standart Sapma

NSVY: Normal Spontan Vajinal Yolla

TEŞEKKÜR

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları uzmanlık eğitimim boyunca her zaman örnek aldığım, bilgisini ve deneyimlerini istek ve özveriyle paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Süha Miral, Prof. Dr. Ayşen Baykara, Prof. Dr. Aynur Akay, Prof. Dr. Şahbal Aras, Doç. Dr. Özlem Gencer, Doç. Dr. Taner Güvenir, Doç. Dr. Aylin Özbek, Doç. Dr. Neslihan Emiroğlu, Doç. Dr. Burak Baykara ve Doç. Dr. Fatma Varol Taş'a,

Uzmanlık eğitim sürecimin son aşaması olan tez çalışmam sırasında gösterdiği özen, çaba ve destekten ötürü tez danışman hocam Prof. Dr. Süha Miral'e,

Tez çalışmam sırasında desteğini esirgemeyen, eğitime verdiği önem ile benim için yol gösterici olan eğitim danışman hocam Doç. Dr. Burak Baykara'ya,

Bana istatistiği öğreten ve tez çalışmamın istatistiksel değerlendirmesinde katkısı olan Doç. Dr. Ahmet Topuzoğlu ve Doç. Dr. Yücel Demiral'a,

Dil çevirilerinde yoğun desteklerini aldığım Levent, Mert, Serkan ve Begüm'e,

Asistanlığım boyunca birlikte çalıştığım çalışma arkadaşlarım ve kıymetli meslektaşlarım Handan, Sevey, Fatma, Ceren, Canem, Dilay, Damla, Eyaz, Gonca, Enver, Yusuf, Mustafa Can, Murat E., Murat K, Deniz, Burçin, Barış, Gözde, Önder, Merve, Pelin, Ayça, Didem, Begüm, Aybüke, Mert, Bari, Berrin, Serkan, Seçil, Cansu ve diğer asistan arkadaşlarıma,

Psikiyatri rotasyonum sırasında bilgisini ve deneyimlerini paylaşan değerli hocalarım Prof. Dr. Zeliha Tunca, Prof. Dr. Berna Binnur Akdede, Prof. Dr. Can Cimilli, Prof. Dr. Tunç Alkın, Prof. Dr. Ayşegül Özerdem, Prof. Dr. Köksal Alptekin, Prof. Dr. Beyazıt Yemez, Prof. Dr. Ayşegül Yıldız, Prof. Dr. Elif Onur Aysevener, Doç. Dr. Halis Ulaş'a ve tüm psikiyatri asistanlarına,

Çocuk nörolojisi rotasyonum boyunca bilgi ve deneyimlerinden yararlandığım Prof. Dr. Semra Kurul'a, Doç. Dr. Uluç YİŞ'e ayrıca tüm pediatri uzman ve asistanlarına,

Asistanlık eğitimim boyunca birlikte çalıştığım Özel Eğitim Uzmanı Aysu Eroğlu, Uzm. Psikolog Esmahan Orçin, Uzman Psikolog Lalecan İşcanlı, Psikolog Ümit Şahin, Psikolog Özge Karakuş, Çocuk Gelişim Uzmanı Oya Kasapçı, Sorumlu Hemşire Emel Çevrim ve tüm hemşire arkadaşlarıma, anabilim dalı sekreterlerimiz Naciye Özegemen ve Duygu Çalışkan'a, poliklinik sekreterimiz Selcan Uluçay'a, servis sekreterimiz Gülçin Algüller, arşiv sorumlularımız Mehmet Havare ve Ozan Şakar'a ve tüm personele,

Bugüne gelmemde büyük emeği olan annem, babam, abim ve ailemin diğer tüm bireylerine,

Bu süreçte her zaman olduğu gibi desteği, fedakarlığı ve sevgisi ile beni motive eden ve hep yanımda olan canım eşim Ayla'ya sonsuz teşekkür ederim.

Dr. Ferhat YAYLACI

İzmir-2015

ÖZET

OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞUNUN KLİNİK TANISINDA DSM-IV-TR VE DSM-5 TANI SİSTEMLERİNİN KARŞILAŞTIRILMASI

Dr. Ferhat YAYLACI

Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Tez Danışmanı: Prof. Dr. Süha MİRAL

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'ne başvuran, DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre YGB tanısı alan çocuk ve ergenlerin DSM-5 tanı sistemine göre aldıkları tanıları karşılaştırmaktır.

Yöntem: Çalışmaya Şubat 2014 – Kasım 2014 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde izlenen DSM-IV-TR'ye göre Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısı almış olan 3-15 yaş arasındaki 150 çocuk ve ergen alındı. Olguların kendileri ve aileleri ile görüşülerek çalışma hakkında bilgi verildi ve katılmak isteyenlerden yazılı onam alındı. Çalışma kapsamında Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısı ile izlenen çocuk ve ergenlerin ebeveynler tarafından bildirilen ve değerlendirme sırasında saptanan belirtileri DSM-IV-TR ve DSM-5 ölçütlerine göre psikiyatrik değerlendirme yapılarak tekrar gözden geçirildi. Olgu ve ailelerinden alınan bilgiler sosyodemografik veri formuna her olgu için ayrı olarak kaydedildi. Olgulardaki belirtilerin klinik şiddeti Çocukluk Çağı Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ) ve Otizm Davranış Kontrol Listesi (ODKL) kullanılarak belirlendi.

Bulgular: Tanı koyma oranında DSM-5 ölçütleri ile DSM-IV-TR'ye göre % 19,3'lük (n=29) bir düşüş saptanmış ve bu bulgu istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur. Asperger Bozukluğu ve Yaygın Gelişimsel Bozukluk-Başka Türü Adlandırılmayan (YGB-BTA) bireyler bu çalışmada DSM-5 ile tanı almamıştır. DSM-5 ile tanı alan ve almayan olguların hem yaş gruplarının hem de yaş ortalamalarının karşılaştırılmasında anlamlı farklılık tespit edilmişken cinsiyetlerin karşılaştırılmasında anlamlılık gözlenmemiştir. DSM-5 ölçütlerinde yeni bir

değişiklik olan B4 ölçütü %83,3 ile olgular tarafından en sık karşılanan ölçüttür. DSM-5 ile tanı alan olguların Çocukluk Çağı Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ) ve Otizm Davranış Kontrol Listesi (ODKL) toplam puan ortalamaları daha yüksek bulunmuştur. Yapılan istatistiksel analizlerle DSM-5 Otizm Spektrum Bozukluğu A ve B ölçütleri için belirtilen şiddet düzeylerinin, ÇODÖ ve ODKL toplam puan ortalamalarıyla anlamlı ilişkisi belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada saptanan bulgular, DSM-IV-TR ile YGB tanısı olan bir grup bireyin DSM-5 ölçütleri ile tanı almayabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Otizm Spektrum Bozukluğu, DSM-IV-TR, DSM-5

ABSTRACT

THE COMPARISON OF DSM-IV-TR AND DSM-5 DIAGNOSTIC CLASSIFICATIONS IN THE CLINICAL DIAGNOSIS OF AUTISTIC SPECTRUM DISORDER

Dr. Ferhat YAYLACI

Dokuz Eylul University Medical School, Child and Adolescent Psychiatry Department

Advisor: Prof. Dr. Suha MIRAL

Objective: The objective of this study is to compare the diagnosis of the children and adolescent with PDD diagnose according to DSM-IV-TR who were referred to Dokuz Eylül Medical Faculty Child and Adolescent Psychiatry Department to DSM-5 diagnosis system.

Method: In total, 150 children and adolescents between the ages of 3 to 15 with the diagnose of PDD according to DSM-IV-TR who were referred to Dokuz Eylül University Medical Faculty Children and Adolescent Psychiatry out-patient unit between the dates of February 2014 to November 2014 were included in the study. Detailed information was given to both the cases and their parents about the study and written consent was obtained from each participant. Within the context of the study, symptoms reported by the parents of the children and adolescents diagnosed with Autistic Spectrum Disorder and also the symptoms that were observed in the process of assessment were reviewed by carrying out a detailed psychiatric evaluation by using both DSM-IV-TR and DSM-5 criteria. Data collected from the cases and their parents were recorded in the sociodemographic data form for each case, separately. Clinical severity of the cases' symptoms were determined by using Childhood Autism Rating Scale (CARS) and Autism Behavior Checklist (ABC).

Results: The rate of forming a diagnosis with DSM-5 criteria decreased by 19,3% (n=29) compared to using DSM-IV-TR criteria and this finding was statistically significant. Cases with Asperger Disorder and Pervasive Developmental Disorder- None Other Specified (PDD-NOS) were not formally diagnosed when DSM-5 criteria were used. When cases diagnosed and not diagnosed by using DSM-5 criteria were compared by age groups and mean age, a

statistically significant difference was found while the comparison of groups by gender did not yield to significant difference. The new B4 criteria which is also a novel difference regarding DSM-5 criteria was the most commonly met criteria among the cases by 83,3%. Total mean scores of Childhood Autism Rating Scale (CARS) and Autism Behavior Checklist (ABC) scales were found to be much higher in cases who were diagnosed by using DSM-5 criteria. Significant relationship between total CARS and ABC scores and severity levels for DSM-5 Autistic Spectrum Disorder A and B criteria was determined through statistical analyses conducted.

Conclusion: Results of this study show that, some of the individuals who had PDD diagnose according to DSM-IV-TR may not get diagnosed according to DSM-5 criterias.

KeyWords: Autistic Spectrum Disorder, DSM-IV-TR, DSM-5

BÖLÜM I

GİRİŞ VE AMAÇ

1.1.GİRİŞ

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) sosyal işlevlerde yetersizlik, sözel ve sözel olmayan iletişimde anormallikler, sınırlı ve basmakalıp ilgi alanı ve davranışlar ile karakterize, genelde yaşamın ilk yıllarında ortaya çıkan nörogelişimsel bir bozukluktur (1).

OSB'nin değerlendirilmesinde pek çok tanısal araç kullanılmaktadır. Tanı, ayrıntılı gelişim öyküsü, davranışın doğrudan gözlenmesi ve otizm için geliştirilmiş özgül psikometrik ölçümlerle konulabilir. Otizm için tanı araçları, genellikle iki ana bilgi kaynağına dayanır; ilki, bakım verenlerden alınan, var olan davranışlar hakkında bilgi ve gelişim öyküsü, diğeri ise, davranışın doğrudan gözlenmesidir. Tanısal araçlarla ilgili verilerin tutarlılığı, hem klinisyenler hem de araştırmacılar için çok önemlidir (2).

Günümüzde klinik tanıda Ruhsal Bozukluklar için Tanısal ve Sayımsal El Kitabının Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskısı (DSM-IV-TR) ve Hastalıklar ve İlgili Sorunların Uluslararası Sınıflandırmasının Onuncu Yenilenmiş Baskısı (ICD-10-R) kullanılmaktadır. DSM'nin ilk ve ikinci basımlarında (DSM-I ve DSM-II), otizm ayrı bir tanı olarak yer almamış, daha çok şizofreninin devamı olarak görülmüş ve ilk olarak DSM-III'te tanımlanmıştır (3,4).

DSM-IV-TR'de otizm, Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB) başlığı altında yer almaktadır. YGB terimi; toplumsal etkileşim, duygusal karşılıklılık, sözel ve sözel olmayan iletişim ve sembolik oyun alanlarında var olan güçlüklerle karakterize bir grup bozukluğu kapsayan bir terimdir. Bu grupta Otistik Bozukluk (OB), Asperger Bozukluğu (AB), Yaygın Gelişimsel Bozukluk Başka Türü Adlandırılmayan (YGB-BTA), Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu (ÇDB) ve Rett Sendromu (RS) yer almaktadır (1).

DSM'nin beşinci baskısı olan DSM-5, Mayıs 2013'te klinik kullanıma sunulmuştur. DSM-5, günümüzde kullanılan DSM-IV-TR' de yer alan YGB tanı kategorilerinde önemli değişiklikleri beraberinde getirmektedir. DSM-IV-TR'de yer alan Yaygın Gelişimsel

Bozukluklar (YGB) için DSM-5'te yapılan değişikliklerle Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) olarak adlandırılan tek bir kategoriye geçilmiş, tanı için gerekli belirti grupları üçten ikiye indirilmiş, başlangıç yaşı için önerilen katı sınırların ortadan kaldırılmış, duyuşal ilgiler ve kaçınmalar gibi DSM-IV-TR içerisinde vurgulanmayan belirtiler eklenmiştir (5).

Buna karşılık DSM-IV-TR'deki YGB tanı ölçütleri ile DSM-5'teki OSB ölçütlerini karşılaştıran çalışmalar da otizm belirtilerine sahip olmalarına karşın bazı çocuk ve ergenlerin yeni sisteme göre tanı alamayabileceği gösterilmiştir (6,7,8,9). DSM-5 ölçütleri ile özellikle küçük yaşlardaki çocukların, kız çocukların ve Asperger Bozukluğu tanısını alanların sınıflanmasında sorunlar yaşanabileceği düşünülmektedir (10).

Tedaviye erken başlanan otizimli çocuklar var olan kapasitelerini daha iyi kullanılabilmekte, normal eğitim kurumlarına daha iyi uyum göstermekte; tam tersine tedavinin geciktiği olgularda ise bu açıdan önemli güçlükler yaşanmaktadır (11). Bu durum OSB'de tanının önemini artırmaktadır, bu nedenle, DSM-5'teki OSB tanısının, daha kesin biçimde tanı koymayı kolaylaştıracak özgüllüğün yanısıra, otizm belirtileri nedeniyle desteğe gereksinim duyan bireyleri tanı sisteminin dışında bırakmayacak duyarlığa sahip olması da gerekmektedir (9).

1.2.AMAÇ

Çalışmamızda Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakóltesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde izlenen DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre YGB tanısı alan çocuk ve ergenlerin DSM-5 tanı sistemine göre aldıkları tanıların karşılaştırılması ve DSM-5 OSB ölçütleriyle yapılan değişikliğin klinik yansımalarının tartışılması amaçlanmıştır.

Bu çalışmadan elde edilecek verilerin OSB'nin özellikle erken tanısının önemi göz önüne alındığında DSM-5'in tanı süreçlerine etkisinin değerlendirilmesine ve tanı sistemlerinin geliştirilmesine katkı sunacağı düşünülmüştür.

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1.1. Psikiyatride Sınıflandırma

Sınıflandırma, doğadaki olguları bir takım özelliklerine göre sınıflara (kategori) ayırarak bir düzene sokma, böylece doğadaki olguları algılamayı, öğrenmeyi ve hatırlamayı kolaylaştırma sürecidir. Hastalıkları sınıflandırma amacı da, doğadaki hastalık olgularını bir düzene sokarak daha iyi anlamaktır. “Hastalık”, doğada yer alan, anlamaya ve tedavi etmeye çalıştığımız doğal olgudur. “Tanı kategorisi” ise hekimlerin, belli bir doğal hastalığa ilişkin kavramları ve yaptıkları tanımlamalardır (12).

Psikiyatri, sınıflandırmanın rolü ve temel mantığı açısından tıbbın diğer dallarından farklı değildir. Ancak, psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde, sınıflandırma hastalığın mekanizmasına ve hastalığı ortaya çıkaran nedenlere değil, tablonun tanımlayıcı özelliklerine dayanır, yani belirti temellidir (12).

Doğadaki psikiyatrik hastalıkları anlarken iki farklı psikiyatrik yaklaşım söz konusu olabilir: kategorik ve boyutsal yaklaşımlar. Kategorik yaklaşıma göre “doğadaki ruhsal hastalıklar” bir takım sınıflar (kategoriler) oluşturur. Bu bir varsayımdır ve “kategori varsayımı” sınıflamanın en önemli varsayımdır. Çünkü doğal kategoriler yoksa, bir sınıflama yapmak da mümkün değildir. Boyutsal yaklaşıma göre ise, ruhsal hastalık ve ruhsal sağlık arasındaki sınır kesin olmadığı gibi, ruhsal hastalıklarda birbirinden kesin sınırlarla ayrılmamıştır; bunlar aynı çizginin farklı tonlarında bulunan birbiriyle ilişkili durumlardır (12).

Kategorik sınıflama, tanısız başlıklar arasında ya da bozukluğun varlığı ya da yokluğu arasında kesin sınırlar çizerken boyutsal model bu kesin sınırların yokluğunu savunur (13). Kategorileri her zaman birbirlerinden ayırmak mümkün olmamaktadır. Hiçbir kategorinin tanımına uymayan, fakat hasta olduğu şüphe götürmeyen, iki kategorinin kısmi özelliklerini bir arada gösteren fakat hiçbirinin ölçütlerini tam olarak karşılamayan hastalar bulunmaktadır. Bu sorun çoğu olguda tanı kategorilerinin ister istemez yapay kalabileceğini göstermektedir. Bu durum bugün kullanılan kategorik sınıflandırma sistemlerinin klinik olarak nasıl yararlı

olduğuna kuşku oluşturmakta ve hastalıkların sınıflandırılması için alternatif arayışlara yönelmeyle sonuçlanmaktadır (14).

Boyutsal yaklaşım, ruhsal bozukluklara dereceli bir değerlendirme getirmeye çalışır. Patolojiyi sürekli bir boyut olarak ele alır ve her hastayı bu sürekliliğın farklı bir noktasına yerleştirir. Bu yaklaşıma göre psikiyatrik belirtiler kesin sınırlarla birbirinden ayrılmamış ve çeşitli bozuklukların o hastaya özgü karışimleri olarak ortaya çıkmaktadır. Örneğın duygudurum belirtileri (şiddetli manik sendromdan ağır depresif sendroma uzanan spektrum), psikotik belirtiler (ağırdan hafife uzanan ve duygudurumla uyumlu-uyumsuz psikotik belirtileri de içine alan şizofrenik ya da psikotik spektrum), gidiş özellikleri (tam düzelip tek epizodla sınırlı kalıştan, tam düzelen yineleyici epizodik gidişe, ara dönemleri rezidüel belirtili kalan ya da düzelmeden kronik gidiş gösteren spektrum) herhangi bir bireyde kendine özgü karışımila ortaya çıkabilecektir (14).

Spektrum sözcük anlamıyla renkler yelpazesi anlamına gelir. Bir özelliğın çevresinde küçük bazı farklılıklarla yan yana yer alan benzer özellikleri tanımlamak için kullanılır. Bir hastalık spektrumundan söz ettiğımızde kastedilende, aslında farklı klinik antiteler olan bazı hastalıkların birbirleriyle benzerlikleri ya da yakınlıklarıdır. Böyle bir yakınlığı kanıtlamak, iki tanı grubunun birbirleriyle benzerliğini ortaya koymak, aynı aileden olduklarını kanıtlamak için geçerli yollar olarak; a) klinik tablonun benzerliğı, b) iki hastalığın sıklıkla beraber gözükmesi, c) genetik benzerliklerin saptanabilmesi, d) aynı tedaviye yanıt verebilmesi ile açıklanmaya çalışılmaktadır. Spektrum terimi ilk olarak psikiyatride 1968 yılında şizofreni için kullanılmıştır (14).

Hastalık durumları, tıpkı ruhsal bakımdan “sağlıklı” ya da “hasta” olmak gibi, bir tek spektrumun farklı yerlerinde bulunurlar. Psikiyatrik hastalıkların sendromal geçerliliğı çok yüksek değıldir. Günlük hekimlikte ruhsal hastalıkların, farklı kategoriler olduğu kadar, geniş bir spektrumun değışik noktalarında yer alan ve birinden öbürüne geçişin yavaş olduğu bir takım antiteler olduğu izlenimi alınır. Tanı koymak için kullanılan belirtiler oldukça değışken bir dağılım gösterirler. Bir hastalığın belirtileri, genellikle o hastalığı olan tüm hastalarda görülmez ve aynı tanıyı alan hastalar her bakımdan birbirinin aynı değıldir (12).

Dünya tarihinde bir psikiyatrik bozukluğa ilişkin ilk kayda M.Ö. 3000 yıllarında Mısır’da Prens Ptah-Hotep zamanlarında rastlanmaktadır. Psikiyatrik sınıflandırma sistemlerinde daha

sonraki önemli gelişme M.Ö. 5. Yüzyılda Antik Yunan'da gerçekleştirilmiştir. Hipokrat ve öğrencileri altı farklı akıl hastalığını tıbbi pratiğe sokmuşlardır. Bunlar; 1-Frenitis (Akut ateşli akıl hastalığı), 2-Mania (Akut ateşsiz akıl hastalığı), 3-Melankoli (Her çeşit kronik akıl hastalığı), 4-Epilepsi (Şimdiki anlamı ile hemen hemen aynı), 6-Scythian Hastalığı (Transvestizm ile eş anlamlı)'dır (15).

Hipokrat'dan sonra 18. yüzyıla kadar psikiyatrik sınıflandırma çalışmaları pek çok büyük hekimin katkıları ile devam etmiştir. Psikiyatrik hastalıkların sınıflandırmasına belki de en önemli katkı E. Kraepelin (1836-1926) tarafından sağlanmıştır. Kraepelin psikiyatrinin temeli olan tanımlayıcı psikiyatrinin kurucusudur. Psikiyatrik hastalıklar açısından oluşturduğu tanımlamalar birçok yönden bugün de geçerlidir (15).

Psikiyatrik sınıflandırma tarihinde bireysel katkıların yanı sıra, bu katkıların ışığında dünyada ortak ve resmi sınıflandırma çalışmaları bulunmaktadır (15). Amerika Birleşik Devletleri'nde 1880 yılında yapılan nüfus sayımında ruhsal hastalığı olanların ilk defa farklı kategorilerde yer alacak şekilde alt gruplaması yapılmıştır (mani, melankoli, monomani, parezi, demans, dipsomani ve epilepsi) (13).

1891 yılında Uluslararası İstatistik Enstitüsü ölüm nedenlerinin sınıflandırılması için Jacques Bertillon (1851-1922) başkanlığında bir komisyon görevlendirmiştir. Bertillon ve ekibi tarafından hazırlanan liste 1900 yılında Uluslararası İstatistik Enstitüsü'nün toplantısında gözden geçirilerek Ölüm Nedenlerinin Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Causes of Death) olarak kabul edilmiştir ve bu sınıflandırma ilk uluslararası hastalık sınıflandırmasıdır. Her on yılda bir yenilenen bu sınıflandırma sisteminin 6. versiyonunun oluşturulma görevi Birleşmiş Milletler Tarafından Dünya Sağlık Örgütüne verilmiştir. 1948 yılında Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından gözden geçirilen sınıflandırma sisteminin adı Uluslararası Hastalık, Yaralanma ve Ölüm Nedenleri Sınıflandırması Elkitabı (Manual of the International Classification of Diseases, Injuries, and Causes of Death- ICD-6) olarak değiştirilmiştir ve ilk defa "Ruhsal, Psikonevrotik ve Kişilik Bozuklukları" başlığı altında ruhsal hastalıklar dahil edilmiştir (15).

ICD-6'da demans, bazı kişilik bozuklukları ve uyum bozukluklarının yer almaması nedeniyle ABD'de yeterince ilgi görmemiştir. Bu nedenle 1951 yılında ABD Kamu Sağlığı Hizmetleri, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin de (American Psychiatric Association-APA) içerisinde yer

aldığı bir komisyon oluşturarak ICD-6'nın ruh hastalıkları bölümüne bir alternatif geliştirilmesi çalışmalarını başlatmıştır. Oluşturulan komisyonun hazırladığı psikiyatrik tanı sınıflandırması 1952 yılında DSM-I (Ruhsal Bozuklukların Tanı ve İstatistiksel El Kitabı- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) adıyla APA tarafından yayınlanmıştır (15). DSM-I, herbir tanı kategorisinin ayrı ayrı tanımlandığı ilk sistemdir. 1968'de DSM-II yayımlanmıştır. DSM-I ve II belirtilere dayanılarak yapılan sınıflandırmalar olmalarına karşın, bu sınıflandırmalarda yer alan tablolara ait tanımlamalar kesin çizgilerden uzaktır (12). Çocukluk ve ergenlik döneminin davranış bozuklukları ilk olarak DSM-II'de tanımlanmıştır (15).

ICD-6'dan sonra 7,8 ve son olarak 1978 yılında yayımlanan 9. versiyonların çok önemli bir farklılık taşımadığı görülmüştür. Psikiyatrik sınıflandırmalarda en önemli değişim 1980'de DSM-III'ün yayımlanmasıyla olmuştur (12). DSM-III dahil etme ve dışlama ölçütlerinin belirlendiği ilk psikiyatrik tanı sınıflandırmasıdır. DSM-III'de Kraepelin tarafından tanımlanan tanımlayıcı yaklaşım benimsenmiştir. DSM-III'ün getirdiği yeniliklerden biri de psikiyatrik hastalıkların beş eksenle değerlendirilmesine olanak sağlayan çok eksenli değerlendirme sistemidir (15). DSM-III ve bunu izleyen DSM-III-R, ICD-10 ve DSM-IV'ün öncekilerden farklı bir bakış açısını yansıttığı açıktır. Bu sistemler kuramlara değil, araştırma verilerine dayandırılmaktadır (12).

DSM-IV 1994 yılında yayımlanmıştır. 2000 yılında DSM-IV, APA tarafından gözden geçirilerek DSM-IV-TR adıyla kullanıma girmiştir. DSM-IV-TR psikiyatrik hastalık belirtilerinin tanımlanmasından yararlanır. Hastalıkların tanımlanması klinik özelliklerinin tanımlanması ile yapılır. Her ruhsal hastalık için özgül tanı ölçütleri vardır. DSM-IV aynı zamanda yaş, kültür, cinsiyet, yaygınlık, sıklık, risk, gidiş, komplikasyonlar, predispozan faktörler, aile örüntüsü ve ayırıcı tanı ile ilişkili olarak da her hastalığı sistematik biçimde tanımlamıştır. Hastanın klinik görünümü ve öyküsü bir klinik tanıyı tam olarak karşılamıyorsa atipik, rezidüel veya başka türlü adlandırılmayan olarak belirtilebilir (15).

Kategorik yaklaşımda pratikte bugün sıklıkla belirti listelerinden oluşan tanımlar konmaktadır ve kategorik yaklaşımda gri alanlara yer yoktur. Eşiği geçen tüm hastalar aynı kefeye konur. Oysa kesin sınırlar çizmeye çalışmak şiddetli olmayan ara olguların dışlanmasına yol açabilir.

Boyutsal yaklaşımda belirtiler eşikaltı olsa bile bu bozukluklara spektrum modeli ile yaklaşıldığında kategoriler dışında kalan örnekler kendine yer bulabilmektedir (14).

DSM'nin beşinci baskısı olan DSM-5, APA tarafından 2013 yılında yayınlanmıştır (5). DSM-5'te psikopatolojilerin kavramsallaştırılmasında kategorik anlayışa ek olarak boyutsal yaklaşımın da benimsendiği göze çarpmaktadır.(16,17).

Ruhsal hastalıkların sınıflamasında kategorik ve boyutsal yaklaşımların görece faydalarına dair tartışmalar 20. Yüzyıl boyunca devam etmiştir. Şimdilerde de, araştırma topluluğu kategorik-boyutsal tartışmasında tek bir görüşte birleşmiş değildir (13). Sınıflandırmanın tarihçesi Tablo 1'de verilmiştir.

Tablo 1. Sınıflandırmanın Tarihçesi

1990 Uluslararası İstatistik Enstitüsü Ölüm Nedenlerinin Uluslararası Sınıflandırması (International Classification of Causes of Death)
1948 ICD-6
1952 DSM-I
1968 DSM-II
1978 ICD-9
1980 DSM-III
1987 DSM-III-R
1992 ICD-10
1994 DSM-IV
2000 DSM-IV-R
2013 DSM-5

2.1.2. Tanım ve Tarihçe

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tipik olarak hayatın ilk yıllarında başlayan sosyal, iletişimsel ve bilişsel gelişimde gecikme, duraklama ve sapmanın görüldüğü nöropsikiyatrik bozukluklar grubunu tanımlar (18).

Henry Maudsley 1867 yılında gelişimlerinde gecikme, sapma ve değişiklikler gösteren ağır zihinsel bozuklukları olan çok küçük yaş grubundaki bazı çocuklardan bahsetmiştir. Bu

tarihlerde, küçük yaşta bu tarz ciddi bozulmalara sahip çocuklara psikoz tanısı konmuştur (19).

Otizm kelime olarak Yunanca'da autos (kendi) ve ismos (durum veya harekete ait bir ek) kelimelerinin birleşmesiyle oluşmuş ve ilk zamanlarda "otistik" kelimesi kullanılmış ve sonradan zamanla "otizm" ismine dönüşmüştür (20). Leo Kanner 1943'de "Autistic disturbances of affective contact" adlı makalesinde, diğer insanlara karşı belirgin ilgisizlikleri olan 11 çocuğun klinik özelliklerini detaylı olarak tarif etmiş, bu çocuklarda alışılmadık davranış özellikleri ile değişikliğe direnç ve dil işlevlerinde bozukluk olduğunu anlatmıştır. Bu tabloyu "erken bebeklik otizmi –early infantil autism" olarak adlandıran Kanner, otizmi "aşırı yalnızlık" anlamında kullanmıştır (21). Kanner, otizm terimini şizofreni terimini de yazına kazandıran Bleuler'den almıştır (22). Bütün yazarlar otizmin şizofreniden farklı olduğunu tartışırken Kanner notlarında erken başlangıçlı şizofreninin otizmlı çocukların aksine en az iki yıl normal gelişim sürecinin olduğunu ve özellikle infantil otizmlı çocukların normal iletişim yeteneklerine sahip olmadığını gözlemlemiştir (23).

Kanner ve Eisenberg (1956) "erken bebeklik otizmi" için tanı ölçütleri geliştirmiş, davranışsal iki özelliğin tanı için gerekli ve yeterli olduğunu belirtmişlerdir:

1. Diğerlerinin farkında olmama ve uzak durma
2. Rutinlerindeki değişikliğe karşı aşırı direnç. Ayrıca bu belirtilerin en geç 24. aya kadar ortaya çıkması gerektiğini ifade etmişlerdir (24).

Rutter (1978) ise, "çocukluk çağı otizmi –childhood autism" olarak isimlendirdiği durum için 4 temel özellikten söz etmiştir:

- 1) Sosyal gelişimde bozulma
- 2) Dil gelişimde gecikme ve sapma
- 3) Aynılıkta ısrar
- 4) Belirtilerin 30. aydan önce ortaya çıkması (25).

Rutter'ın sınıflamasında OB'deki sorunların doğrudan ZÖ ile ilişkili olmadığı vurgulanmakta, ayrıca hastalığın başlangıcının 30. aydan önce olma koşulu getirilmektedir (25,26).

Wing ve Gould (1979) tanımlamayı genişleterek Otistik Spektrum Bozuklukları ifadesini kullanmış, üç temel alanda yer alan belirtilerin her birinin değişen şiddette ve birçok farklı şekillerde ortaya çıkabileceğini belirtmişlerdir. Örneğin, sosyal alanda bozulmanın sadece Kanner’ın tarif ettiği ‘uzak durma’ şeklinde değil, ‘pasiflik’ veya ‘aktif ancak uygunsuz’ ile de olabileceğini ifade etmiş ve buna göre de üç alt grup önermiştir;

1) Uzak 2) Pasif ve 3) Aktif fakat tuhaf (27).

Otizm, uluslararası sınıflandırma sistemlerinde ilk olarak 1967’de ICD-8’de (International Classification of Diseases –8th edition) ancak şizofreninin alt gruplarından biri olarak yer almıştır. APA 1980 yılına kadar otizmin ölçütlerini ayrı bir başlık altına almamıştır. DSM’nin ilk ve ikinci basımlarında (DSM-I ve DSM-II), otizm resmi olarak tanımlanmamış, daha çok şizofreninin devamı olarak görülmüştür. DSM sistemine ise ilk 1980 yılında girmiş, DSM-III içinde “Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB)” başlığı altında “Erken Bebeklik Otizmi”, “Çocukluk Başlangıçlı Yaygın Gelişimsel Bozukluk” ve “Atipik Yaygın Gelişimsel Bozukluk” şeklinde sınıflanmıştır. Bir dönem tanı ölçütlerini karşılayan fakat zaman içinde tümünü karşılamayacak şekilde değişen olguları tanımlayan “rezidüel dönem alt tipi” de DSM-III’e dahil edilmiştir. Bu sınıflamada Erken Bebeklik Otizmi ile Çocukluk Başlangıçlı Yaygın Gelişimsel Bozukluk birbirinden, belirtilerin 30 aydan önce ya da sonra başlamasıyla ayrılmıştır. Tüm bunların doğrultusunda DSM-III, Kanner (1943) tarafından tanımlanan gelişimsel sorun alanlarını çoğunlukla kapsamıştır. (28,29).

ICD-9’da bebeklik otizmi; çocuklukta başlayan psikozlar grubu içinde yer almaktaydı. Bu sınıflamada, çocukluk otizmi erişkin şizofrenik bozukluğunun öncülü olarak ele alınmaktaydı. Daha sonra 1992 yılında yayınlanan ICD-10’da OB, YGB başlığı adı altında diğer bozukluklarla beraber yerini almıştır (25).

Avusturyalı çocuk doktoru Hans Asperger, 1944 yılında, yaşlılarıyla empati kuramayan, sözel olmayan iletişim becerisi olmayan, fiziksel olarak sakar olan bir grup çocuk tanımlamıştır (30).

1980 yılında DSM-III’ün yayınlandığı dönemde, İngiliz literatüründe Asperger Bozukluğu henüz bilinmiyordu ve bu nedenle DSM-III’de Asperger Bozukluğu yaygın gelişimsel

bozuklukların bir alt tipi olarak yer almamıştır. Ancak DSM-III-R (APA 1987)'nin çıkış döneminde Asperger'in çalışmaları, Amerika'da olmasa da Avrupa'da çoğu YGB araştırmacısı tarafından bilinmiştir. Wing (1981), Asperger Bozukluğu'nun "otistik sürekliliğin" bir parçası olarak ele alınabileceğini belirtmiş ve bu bozukluğun otizmin daha hafif bir varyantı olabileceğine inanmıştır. DSM-III-R, Wing'in bu görüşlerini kabul etmekle birlikte bu bozukluk için herhangi bir tanımlama ve tanısal ölçüt içermemiştir (28).

Diğer yandan, 1980'den sonra yayımlanan çalışmalar da "Erken Bebeklik Otizmi" ve "Çocukluk Başlangıçlı Yaygın Gelişimsel Bozukluk" olguları arasında (başlangıç yaşı dışında) herhangi bir belirgin farklılık görülmemiştir. DSM-III-R ile birlikte "Çocukluk Başlangıçlı Yaygın Gelişimsel Bozukluk" tanısı kaldırılmıştır. Ayrıca atipik form YGB ile rezidüel dönem erken bebeklik otizmi alt tipi arasındaki ayrımı tam olarak yapmanın zor olduğu gözlemlenmiştir. Bu sebeplerle DSM-III-R'nin Yaygın Gelişimsel Bozukluk Çalışma Grubu birleştirici bir yaklaşım izleyerek YGB başlığı altında; "Otistik Bozukluk" ve "YGB-BTA" olmak üzere 2 alt grup tanımlamaya karar vermiştir. Bu değişiklik nedeniyle DSM-III-R tanı sisteminde Asperger Bozukluğu veya Dezintegratif formlar, Otistik Bozukluk veya YGB-BTA tanı grupları içine dahil edilmek durumunda kalmıştır (28).

DSM-III-R ile birlikte YGB kavramı korunmasına rağmen, Otistik Bozukluk tanı ölçütleri belirgin biçimde revize edilmiştir. DSM-III'ün içeriğindeki ölçütler tanımlayıcı nitelikteyken, DSM-III-R ölçütleri üç ana sorun alanından belirli sayıda maddeyi karşılama gerekliliği olan bir şema şeklinde düzenlenmiştir. Revize edilmiş DSM-III-R tanı ölçütleri, DSM-III ölçütlerine göre daha gözlemlenebilir, uygulanabilir ve somut özellikler taşımıştır. DSM-III-R ile birlikte otizmin tanısal kavramları genişlemiş ve otistik bireylerde görülen davranışların derecelendirilmesi mümkün olmuştur (28).

DSM-III'ün yayınlanmasından sonra çıkan raporlar Asperger Bozukluğu (Wing 1981), Rett Bozukluğu (Gillberg 1987) ve Dezintegratif Psikoz (Rutter 1985) gibi diğer gelişimsel bozuklukların da YGB'nin ayrı alt tipleri olarak kabul edilmesi gerektiğini savunmuştur. Ancak DSM-III-R YGB Çalışma Grubu bu önerilerin ayrı tanı kategorisi oluşturmaya yetecek kadar taksonomik geçerlilikleri olmadığını düşünmüş ve bunun yerine bu alt tiplerin YGB-BTA tanısı altında incelenebileceğini kabul etmiştir. Ancak bir süre sonra; bu grupların YGB-

BTA altında birleştirilmesinin, YGB'nin alt tipleri üzerine yapılan çalışmaların geçerliliğini olumsuz etkileyebileceği kaygısı oluşmuştur (28).

DSM-IV (APA 1994) ve ICD-10 (WHO 1992) tanı sistemlerinde “Yaygın Gelişimsel Bozukluklar” terimi korunmuş ve 5 alt kategoriye ayrılmıştır: (1) Otistik Bozukluk, (2) Rett Bozukluğu, (3) Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu, (4) Asperger Bozukluğu ve (5) YGB-BTA (Atipik otizm bu gruba dahildir). Ayrıca DSM-IV ve ICD-10, YGB-BTA hariç diğer alt tipler için işlevsel tanı ölçütleri de sunmuştur. DSM-IV'ün Otistik Bozukluk için sunduğu tanı ölçütleri DSM-III-R'dekilere benzemekle birlikte; toplam tanı ölçütü sayısı 16'dan 12'ye azaltılmış ve tanı için karşılanması gereken minimum tanı ölçütü sayısı 8'den 6'ya indirilmiştir. Bu değişikliklerle; tanısal geçerlilik ve güvenilirliği en yüksek düzeyde tutarken tanı ölçütlerinin klinisyenler tarafından kullanımını kolaylaştırmak amaçlanmıştır (1,31).

DSM-IV'teki YGB kavramı alt tipler yaklaşımını benimsemiştir. Her alt tipin taksonomik geçerliliğini desteklemekte ve bu bozuklukların alt sınıflandırmaları üzerine araştırmaları kolaylaştırmaktadır. DSM-IV'ün YGB için oluşturulan tanı ölçütleri 977 hastanın katıldığı iyi tasarlanmış çoklu saha çalışmasından (Volkmar ve ark. 1994) temel alıyor olsalar da; bu ölçütlerin herkesi memnun etmeyeceği ve YGB alt tiplerinin taksonomik geçerliliğini destekleyecek yeni bilgiler ve gelişmiş anlayış biçimleri sonucunda değiştirilebileceği beklenmiştir (28).

ICD-10 (1992) ve DSM-IV'ün (1994) yayınlanmasını takip eden 20 yıl içinde, çeşitli yerlerdeki klinisyenler ve araştırmacılar YGB'nin alt tiplerini sosyal ve diğer alanlarda eksiklik çeşitliliği gösteren çocuk ve yetişkinleri tanımlamak için kullanmıştır. Sadece Asperger Bozukluğu üzerine 500'den fazla çalışma (Asperger bozukluğu ve Yüksek İşlevli Otizm'i kıyaslayan yaklaşık 150 tane çalışmayı kapsayan) yayınlanmıştır. Ancak otizm ve Asperger Bozukluğu'nu, en az bozulma olan kısmında Asperger Bozukluğu'nun bulunduğu bir süreklilik halinde inceleyen ve alt tip görüşleri arasındaki tartışmalar sürmüştür (28)

2007'de APA, DSM-IV'ün YGB kavramını gözden geçirmek ve yeni bir tanımlama ve tanısal ölçüt geliştirmek veya YGB kavramını değiştirmek amacıyla Nörogelişimsel Bozukluklar Çalışma Grubu oluşturmuştur. Bire bir görüşmelerle yaklaşık 2500 saat ve telekonferanslarla

yaklaşık 3500 saat çalıştıktan sonra (Swedo ve ark. 2012); Çalışma Grubu “YGB” terimini “Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)” terimi ile değiştirmeye yetecek kadar kanıt olduğuna ve Asperger Bozukluğu, Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu ve YGB-BTA tanılarının bu spektrum altında toplanabileceğine karar vermiştir. Bu önerinin temelinde bu üç bozukluğun, spesifik bir bozukluğun basit bir evet/hayır şeklindeki tanısından daha çok otizmin hafiften ağıra doğru giden bir sürekliliği oldukları düşüncesi yatmaktadır. Ayrıca Nörogelişimsel Bozukluklar Çalışma Grubu Rett Bozukluğu’nun DSM-5’teki OSB kategorisinden çıkarılmasını önermiştir (28)

DSM’deki kategorik anlayış, pragmatik açıdan gerekli olmasına karşın, kişilerin yaşadığı karmaşık durumları “akıl hastalığı var-akıl hastalığı yok” şeklinde iki seçeneğe indirerek basitleştirmekte; belirli bir eşiği geçen tüm hastaları, pratikte birbirinden kesin sınırlarla ayrılmayan kategorilerin içine yerleştirmekte ve belirtilerin özgüllük (specificity) ve duyarlıklarını (sensitivity) hesaba katmamaktadır (32,16). Bu sınırlılıklar nedeniyle, DSM-5’te psikopatolojilerin kavramsallaştırılmasında kategorik anlayışa ek olarak boyutsal yaklaşımın da benimsendiği göze çarpmaktadır (16,33). Boyutsal yaklaşım, ruhsal bozuklukları sürekli bir boyut olarak ele alır ve her hastayı bu sürekliliğin farklı bir noktasına yerleştirecek biçimde derecelendirir (32,16). Bu doğrultuda, DSM-5’in hazırlanması sürecinde nörogelişimsel bozuklardan sorumlu çalışma grubu da, DSM-IV-TR’de yer alan Yaygın Gelişimsel Bozukluklar bölümünü boyutsal anlayıştan da yararlanarak yeniden ele almıştır (34).

Boyutsal yaklaşıma göre otizm; sürekli değişkenlikleri olan, kendisini bir ya da birden fazla boyutta gösteren, şiddetinin derecesine göre kişiler arasında sınıflandırılmış ve toplumun her kesiminde görülebilen bir bozukluktur. Kategorik yaklaşımın tersine boyutsal yaklaşım otizmin farklı şekilleri olduğu fikrini desteklemiştir (23).

Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) yönetim kurulu DSM-5 için tasarladığı yeni Otizm Spektrum Bozukluğu tanı ölçütlerini onaylamıştır. Bu tanı ölçütlerine göre DSM-5’te karşımıza çıkan değişiklikleri şu şekilde sıralayabiliriz: (35)

- YGB terimi altında toplanan OB, AB, ÇDB ve YGB-BTA tanı kategorileri; “Otizm Spektrum Bozukluğu” tanısı altında birleştirilmiş. Rett Sendromu, genetik altyapısı nedeniyle bu tanı grubuna dahil edilmemiştir.

- OSB tanısı alan bireyler arasında, bozukluğun yol açtığı zorluklar nedeniyle ihtiyaç duyulan desteğin düzeyine bağlı olarak derecelendirme yapılması planlanmıştır.
- OSB belirtilerinin kümelendiği alanların sayısı üçten ikiye indirilmiştir. “Sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler” alanı varlığını korurken, toplumsal etkileşim ve dil alanları “toplumsal etkileşim/iletişim eksiklikleri” adı altında birleştirilmiştir.
- OSB tanısı için “toplumsal etkileşim/iletişim eksiklikleri” alanındaki üç ölçütten üçünün; “sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler” alanındaki dört ölçütten en az ikisinin karşılanması gerekecektir.
- “Sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler” alanına duysal uyarana karşı azalmış veya artmış tepkisellik veya çevrenin duysal yönüne karşı uygun olmayan ilgi düzeyi ölçütü eklenmiştir.
- Belirtilerin erken çocukluk döneminde ortaya çıkma zorunluluğu hala geçerli olmasına karşın, bu belirtilerin sosyal gereksinimlerin sınırlı olan kapasiteyi aşmadan belirgin hale gelmeyebileceği; veya bu belirtilerin öğrenilmiş stratejiler sonucunda ileriki yaşamda maskelenebilme ihtimali de vurgulanmıştır.

Yıllar içinde OSB sıklığında gözlemlenen artış ile ilgili birçok neden ileri sürülmektedir. Bunlardan en önemlisi, kullanılan tanı ölçütlerindeki değişikliklerdir (36). 1960’larda Kanner’in ölçütleri kullanılırken, 1970’lerde Rutter’ın tanımlamaları, 1980’lerde ise DSM-III ve DSM-III-R kullanılmıştır. Son yıllarda ise tanılar DSM-IV ve ICD-10’de belirtilen ölçütlere göre konulmaktadır.

Yeni tanımlamanın, OSB olan bireyleri, daha doğru ve tıbbi ve bilimsel açıdan daha yararlı bir şekilde temsil ettiği düşünülmektedir. Araştırmacılar tarafından YGB tanısını DSM-IV tanı ölçütlerine göre farklı alt kategorilerde olan bireylerin, klinik ve tedavi yaklaşımı açısından tutarlı bir farklılık göstermediği önerilmiştir. DSM-IV’e göre YGB tanısı alan tüm bireyler DSM-5’e göre de tanı almaya devam etmesi gerekmektedir. Çalışma Grubu tek çatı altında toplanan ölçütlerin tanısal duyarlılığı sınırlamadan, veya OSB tanısı alan çocukların sayısını önemli ölçüde değiştirmeden tanısal süreci geliştireceğini önermektedir. Huerta ve ark. tarafından yapılan, güncel ve büyük bir çalışma olarak kabul edilen bir çalışmada, OSB için DSM-5 ölçütleri kapsamlı olarak değerlendirilmiştir. Sonuçta DSM-IV’e göre klinik olarak YGB tanısı alan çocukların %91’inin DSM-5 ölçütlerine göre de tanı almayı sürdürdüğü gösterilmiştir (37).

Frazier ve ark. tarafından yapılan güncel bir çalışmada DSM-5 için önerilen ölçütlerin geçerliliği gösterilmiştir, aynı çalışmada DSM-IV ile kıyaslandığında önerilen ölçütlerin özgüllüğünün artmış olduğu raporlanmıştır (38). Buna karşılık DSM-IV-TR'deki YGB tanı ölçütleri ile DSM-5'teki OSB ölçütlerini karşılaştıran çalışmalar da otizm belirtilerine sahip olmalarına karşın bazı çocuk ve ergenlerin yeni sisteme göre tanı alamayabileceği gösterilmiştir (6,7,8,9). DSM-5 OSB ölçütleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 2. DSM-5 Otizm Spektrum Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A. O sırada ya da öyküden alınan bilgilere (ayrıntılamaktan çok örnekleyen) göre, aşağıdakilerle kendini gösteren, değişik biçimleriyle toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde süregelen eksiklikler:

1. Sözelimi, olağandışı toplumsal yaklaşım ve karşılıklı konuşamamadan, ilgilerini, duygularını ya da duygulanımını paylaşamamaya, toplumsal etkileşimi başlatamamaya ya da toplumsal etkileşime girememeye dek değişen aralıkta, toplumsal-duygusal karşıtlılık eksikliği.
2. Sözelimi, sözel ve sözel olmayan tümleşik iletişim yetersizliğinden, göz iletişimi ve beden dilinde olağandışılıklara ya da el-kol devinimlerini anlama ve kullanma eksikliklerine, yüz ifadesinin ve sözel olmayan iletişimin hiç olmamasına dek değişen aralıkta, toplumsal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişim davranışlarında eksiklikler.
3. Sözelimi, değişik toplumsal ortamlara göre davranışlarını ayarlama güçlüklerinden, imgesel oyunu paylaşma ya da arkadaş edinme güçlüklerine, yaşıtlarına ilgi göstermemeye dek değişen aralıkta, ilişkiler kurma, ilişkilerini sürdürme ve ilişkileri anlama eksiklikleri.

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

1. Basmakalıp ya da yineleyici devinsel (motor) eylemler, nesne kullanımları ya da konuşma (örn. yalın devinsel basmakalıp davranış örnekleri, oyuncakları ya da oynar nesneleri sıraya dizme, yankılama [ekolali], kendine özgü deyişler).
2. Aynılık konusunda direnme, sıradanlık dışına esneklik göstermeme ya da törensel sözel ya da sözel olmayan davranışlar (örn. Küçük değişiklikler karşısında aşırı sıkıntı duyma, geçişlerde güçlükler yaşama, katı düşünce örüntüleri, törensel selamlama davranışları, hergün aynı yoldan gitmek ve aynı yemeği yemek isteme).
3. Yoğunluğu ve odağı olağandışı olan, ileri derece kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları (örn. alışılmadık nesnelere aşırı bağlanma ya da bunlarla uğraşıp durma, ileri derecede sınırlı ya da saplantılı ilgi alanları).
4. Duyusal girdilere karşı çok yüksek ya da düşük düzeyde tepki gösterme ya da çevrenin duyusal yanlarına olağandışı bir ilgi gösterme (örn. Ağrı/ısıya karşı aldırıışsızlık, özgül birtakım seslere ya da

dokulara karşı ters tepki gösterme, nesneleri aşırı koklama ya da nesnelere aşırı dokunma, ışıklarda ya da devinimlerden görsel büyülenme).

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

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

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

Not: DSM-IV Otistik Bozukluk, Asperger Bozukluğu ya da BTA-YGB kesin tanısı almış olan kişilere otizm açılımı kapsamında bozukluk tanısı konmalıdır. Toplumsal iletişimde belirgin eksiklikleri olan, ancak belirtileri, otizm açılımı kapsamında bozukluk için başka türlü tanı ölçütlerini karşılamayan kişiler, toplumsal iletişim bozukluk açısından değerlendirilmelidirler.

Burada OSB, DSM-IV-TR sistemine göre sınıflandırılan 5 ana alt başlıkta özetlenecektir: Otistik Bozukluk (OB), Asperger Bozukluğu (AB), Başka Türlü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB-BTA), Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu (ÇDB) ve Rett Sendromu (RS).

1) Otistik Bozukluk

Otistik bozukluk (OB) çocukluk çağı nöropsikiyatrik bozukluklarından biridir ve belirtileri yaşamın ilk üç yılında başlamaktadır. Temelde sosyal etkileşimde ve iletişimde yetersizlikle beraber tekrarlayıcı davranışlar ve kısıtlı ilgi alanları ile karakterize, hayat boyu süren gelişimsel bir bozukluktur (39). DSM-IV'te OB tanısı için, 3 alandaki (sosyal gelişim alanında en az iki, iletişim becerileri alanında en az bir, tekrarlayıcı davranışlar ve kısıtlı ilgi alanında en az bir) 12 belirtiden en az 6 tanesinin olması ve belirtilerin 3 yaşından önce başlaması öngörülmüştür (40). Otistik Bozukluk için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 3'te verilmiştir.

Tablo 3: DSM-IV-TR Otistik Bozukluk için tanı ölçütleri

A. En az ikisi 1'inci maddeden ve birer tanesi 2 ve 3'üncü maddelerden olmak üzere 1, 2 ve 3'üncü maddelerden toplam altı (veya daha fazla) maddenin bulunması:

1. Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile kendini gösteren toplumsal etkileşimde nitel bozulma:

a. Toplumsal etkileşim sağlamak için yapılan el-kol hareketleri, alınan vücut konumu, takınılan yüz ifadesi, göz göze gelme gibi sözel olmayan birçok davranışta belirgin bir bozulmanın olması.

b. Yaşıtlarıyla gelişimsel düzeyine uygun ilişkiler geliştirememe.

c. Diğer insanlarla eğlenme, ilgilerini ya da başarılarını kendiliğinden paylaşma arayışı içinde olmama (örn. ilgilendiği nesneleri göstermeme, getirmeme ya da belirtmeme).

d. Toplumsal ya da duygusal karşılıklar verememe.

2. Aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren iletişimde nitel bozulma:

a. Konuşulan dilin gelişiminde gecikme olması ya da hiç gelişmemiş olması (el, kol ya da yüz hareketleri gibi diğer iletişim yollarıyla bunun yerini tutma girişimi eşlik etmemektedir.).

b. Konuşması yeterli olan kişilerde, başkalarıyla söyleşiyi başlatma ya da sürdürmede belirgin bir bozukluğun olması.

c. Basmakalıp ya da yineleyici ya da özel bir dil kullanma.

d. Gelişim düzeyine uygun çeşitli, imgesel ya da toplumsal taklitlere dayalı oyunları kendiliğinden oynamama.

3. Aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması:

a. İlgiilenme düzeyi ya da üzerinde odaklanma açısından olağandışı, bir ya da birden fazla basmakalıp ve sınırlı ilgi örüntüsü çerçevesinde kapanıp kalma.

b. Özgül, işlevsel olmayan, alışlageldiği üzere yapılan gündelik işlere ya da törensel davranış biçimlerine hiç esneklik göstermeksizin sıkı sıkıya uyma.

c. Basmakalıp ve yineleyici motor mannerizmler (örn. parmak şıklatma, el çırpma ya da burma ya da karmaşık tüm vücut hareketleri).

d. Eşyaların parçalarıyla sürekli uğraşıp durma.

B. Aşağıdaki alanlardan en az birinde, 3 yaşından önce gecikmelerin yada olağandışı bir işlevselliğin olması:

1. Toplumsal etkileşim

2. toplumsal iletişimde kullanılan dil ya da

3. sembolik ya da imgesel oyun

C. Bu bozukluk Rett Bozukluğu ya da Çocukluk Dezintegratif Bozukluğuyla daha iyi açıklanamaz.

2) Asperger Bozukluğu

Asperger sendromu/bozukluğu (AB) sosyal etkileşimde zorluklar (tek yönlü sosyal ilişki, empati yoksunluğu, arkadaşlık geliştirmede zorluklar, monoton konuşma) ve sınırlı, stereotipik ilgi ve etkinliklerle tanımlanan otizm spektrum bozukluklarından biridir. AB diğer OSB'lerden bilişsel gelişim, dil ve öz bakım becerilerinde gecikme olmaması ile ayrılır (39,40). Her ne kadar standart tanı ölçütleri arasında belirtilmemişse de motor sakarlık ve atipik dil kullanımına sıklıkla rastlanır (41). Dar kapsamlı bir konuyla yoğun ilgilenme, tek yönlü laf kalabalığı, sınırlı prozodi ve tonlama ve motor sakarlık bu durumda tipik olarak rastlanır ancak tanı için gerekli değildir (42).

AB'nin adı Avusturyalı çocuk doktoru Hans Asperger'den gelmektedir. Asperger, 1944 yılında, tedavi için gelen sözel olmayan iletişim becerileri olmayan, yaşlılarıyla empati kuramayan ve fiziksel olarak sakar olan çocukları tanımlamıştır (43,30). Elli yıl sonra ICD-10 ve DSM-IV'te Asperger Bozukluğu olarak tanınmıştır (1,4). Asperger Bozukluğu için tanı ölçütleri Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4. DSM-IV-TR Asperger Bozukluğu için tanı ölçütleri

- | |
|--|
| <p>A. Aşağıdakilerin en az ikisinin varlığı ile kendini gösteren toplumsal etkileşimde nitel bozulma:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Toplumsal etkileşim sağlamak için yapılan el-kol hareketleri, alınan vücut konumu, takınılan yüz ifadesi, göz göze gelme gibi sözel olmayan birçok davranışta belirgin bir bozulmanın olması.2. Yaşlılarıyla gelişimsel düzeyine uygun ilişkiler geliştirememe.3. Diğer insanlarla eğlenme, ilgilerini ya da başarılarını kendiliğinden paylaşma eğiliminde olmama (örn. ilgilendiği nesneleri göstermeme, getirmeme ya da belirtmeme).4. Toplumsal ya da duygusal karşılıklar vermememe. <p>B. Aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması:</p> <ol style="list-style-type: none">1. İlgilenme düzeyi ya da üzerinde odaklanma açısından olağandışı, bir ya da birden fazla basmakalıp ve sınırlı ilgi örüntüsü çerçevesinde kapanıp kalma.2. Özgül, işlevsel olmayan, alışlageldiği üzere yapılan gündelik işlere ya da törensel davranış biçimlerine hiç esneklik göstermeksizin sıkı sıkıya uyma.3. Basmakalıp ve yineleyici motor mannerizmler (örn. parmak şıklatma, el çırpma ya da burma ya da karmaşık tüm vücut hareketleri).4. Eşyaların parçalarıyla sürekli uğraşıp durma. |
|--|

C. Bu bozukluk, toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik olarak belirgin sıkıntıya neden olur.

D. Dil gelişiminde klinik açıdan önemli genel bir gecikme yoktur (örn. 2 yaşına gelindiğinde tek tek sözcükler, 3 yaşına gelindiğinde iletişim kurmaya yönelik cümleler kullanılmaktadır).

E. Bilişsel gelişimde ya da yaşına uygun kendi kendine yetme becerilerinin gelişiminde, uyum davranışlarında (toplumsal etkileşim dışında) ve çocuklukta çevreyle ilgilenme konusunda klinik açıdan belirgin bir gecikme yoktur.

F. Başka özgül bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk ya da Şizofreni için tanı ölçütleri karşılanmamaktadır.

3) Yaygın Gelişimsel Bozukluk-Başka Türü Adlandırılmayan

Yaygın Gelişimsel Bozukluk-Başka Türü Adlandırılmayan (YGB-BTA) tanısı otizm ile ilişkili özelliklerin olduğu ancak belirtilerin OB ölçütlerini karşılamadığı durumlarda konur. Belirtilerin eşik altı seyrettiği (6 ölçütten daha azının varlığı), üç belirti grubundan (sosyal kısıtlılık hariç) birinin bulunmadığı veya belirtilerin 3 yaştan önce başlamadığı durumlarda, olgular Başka Türü Adlandırılmayan-Yaygın Gelişimsel Bozukluk (YGB-BTA), diğer ismi ile Atipik otizm (AO) tanısını alır (39,40,1).

YGB-BTA tanısı alan çocuklar uyum becerileri, dil gelişimi ve zeka düzeyi açısından OB ve AB grubunun ortasında bir yerdedir. OB'si olan çocuklara göre daha yüksek işlevlidirler, AB'si olan çocuklara göre dil gelişimleri daha fazla gecikmiştir ve her iki gruba göre de daha az tekrarlayıcı davranışları vardır. YGB-BTA grubunu 'atipik' yapan başlıca özellikler bunlardır (44). YGB-BTA, OSB içinde en geniş grubu oluşturur (45-46). Aynı zamanda, YGB-BTA bu grupta en iyi prognoza sahip olan bozukluktur (47). YGB-BTA için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 5'te verilmiştir.

Tablo 5. DSM-IV-TR Yaygın Gelişimsel Bozukluk- Başka Türlü Adlandırılmayan için tanı ölçütleri

Karşılıklı toplumsal etkileşimde ağır ve yaygın bir gelişimsel bozukluk olmasının yanı sıra sözel ve sözel olmayan iletişim becerilerinin gelişmesinde bir bozukluk olmasına ya da basmakalıp davranış, ilgiler ve etkinlikler bulunmasına karşın özgül bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni, Şizotipal Kişilik Bozukluğu ya da Çekingen Kişilik Bozukluğu için tanı ölçütleri karşılanmıyorsa bu kategori kullanılmalıdır.

4) Rett Bozukluğu

Erken çocukluk döneminde görülen bu bozukluk ilk kez 1966 yılında Avusturalyalı çocuk doktoru Andreas Rett tarafından tanımlanmıştır. Rett, tedavilerini izlediği 22 kız çocuğunun yaklaşık altı aylık normal bir dönemden sonra gelişmelerinin birden durduğunu ve hızla gerilediğini gözlemiş, daha sonra diğer özgül belirtileri ile birlikte bozukluğu tanımlamıştır. Bir grup Japon araştırmacı da 1978 yılında benzer olguları tarif etmiş, ancak durumun tüm dünyada tanınması Hagberg'in İsveç, Portekiz ve Fransa'dan otizm, demans, ataksi ve amaçlı el hareketlerinde kayıp olan 35 kız olguyu bildirmesi ile sağlanmıştır (48).

Genetik haritalama çalışmaları MECP2 gen mutasyonları içeren Xq28 lokusu göstermiştir, bu alanda transkripsiyonel reseptör metil-CpG-bağlayıcı protein 2 kodlanır. Patojenik MECP2 defektleri Rett bozukluğu olan olguların %90-95'inde belirlenebilir. Sıklığının 1/10.000, yaygınlığının ise 1/15.000-23.600 dolaylarında olduğu tahmin edilmektedir (48).

Rett bozukluğu, özellikle kızlarda görülen nedeni bilinmeyen, şiddetli nörogelişimsel bozulma, edinsel mikrosefali, demans, amaçlı el kullanımında bozukluk ve basmakalıp davranışlar gibi hareket anormallikleri, düzensiz solunum, otistik davranış ve epileptik nöbetlerin olduğu bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır. Rett bozukluğunun yaygın gelişimsel bozukluklar başlığı altında yer almasının nedeni hastalığın erken dönemlerinde başlayan sosyal ilişki kaybı ve şiddetle bozulan iletişim becerilerinden dolayıdır (48).

Gelişimsel gerileme örüntüsü oldukça belirleyicidir. Rett Bozukluğunun başlangıcı 4 yaşından öncedir, genellikle yaşamın ilk ya da ikinci yılındadır. Bozukluğun süresi yaşam boyudur ve yetilerdeki kayıp genel olarak kalıcı ve ilerleyicidir. Çoğunlukla iyileşme oldukça sınırlıdır,

ancak bazen geç çocukluk ya da ergenlik dönemlerinde toplumsal etkileşimin belirli ölçüde geliştiği, bozukluğun kısmen düzeldiği görülebilir. İletişim ve davranış sorunları ise göreceli olarak yaşam boyu sürer (49). 1994 yılında, DSM-IV’te, YGB alt başlıklarına, Rett Bozukluğu (RB) dahil edilmiştir (1). Rett Bozukluğu için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 6’da verilmiştir.

Tablo 6. DSM-IV-TR Rett Bozukluğu için tanı ölçütleri

A. Aşağıdakilerin hepsi vardır:

1. prenatal ve perinatal gelişme görünüşte normaldir
2. doğumdan sonraki ilk 5 ay boyunca psikomotor gelişme görünüşte normaldir
3. doğumda kafa çevresi normaldir

B. Normal bir gelişme döneminden sonra aşağıdakilerin hepsi başlar:

1. 5 ile 48'inci aylar arasında başın büyümesinin yavaşlaması
2. daha önce edinilmiş amaca yönelik el becerilerini 5 ile 30'uncu aylar arasında yitirmenin ardından basmakalıp el hareketleri yapmaya başlama (örn. el burma ya da el yıkama)
3. bu bozukluğun gidişinin erken dönemlerinde toplumsal kalıtımın ortadan kalkması (çoğu kez toplumsal etkileşim daha sonra gelişirse de)
4. koordinasyonu bozuk yürüme ya da vücut hareketlerinin olduğu bir görünüm
5. ağır psikomotor retardasyonun yanı sıra sözel anlatım ve dili algılama ileri derecede bozuktur

5) Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu

İlk kez 1908 yılında Theodore Heller tarafından tanımlanmıştır. Heller, 3-4 yıllık bir gelişim döneminden sonra sürekli ve belirgin bir gelişimsel gerileme gösteren olgu serisi yayınlamıştır. Orijinal olarak bu durumu dementia infantilis olarak adlandırmış; daha sonra bozukluğa Dezintegratif Psikoz ya da Heller sedromu adı verilmiştir. Heller’in raporundan sonra, 100’den fazla olgu bildirilmiştir. Bozukluğun çok seyrek olduğu kesin ise de, tanı konulamayan olguların olması olasıdır (3).

Her 100.000 çocuktan 1’inde görüldüğü ileri sürülmüştür. Çeşitli kanıtlar Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğunun nörobiyolojik faktörlerin önemini düşündürmektedir.

Bu olgularda normal iletişim ve sosyal becerilerde dahil olmak üzere, en az 2 yıllık erken gelişim dönemi normal olmaktadır. Şu alanların en az ikisinde (genellikle bir çoğunda), on

yaşından önce daha önce kazanılmış becerilerin önemli bir kaybı vardır: iletişim, sosyal etkileşim, barsak ve mesane kontrolü ve motor yetiler. Olgularda ayrıca otizme benzer belirtiler gelişir. Genellikle başlangıç yaşı 3-4 yaşlar arasındadır; ani ya da tedrici olabilir (3).

1994 yılında, DSM-IV'te, YGB alt başlıklarına, Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu dahil edilmiştir (1). Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu için DSM-IV-TR tanı ölçütleri Tablo 7'de verilmiştir.

Tablo 7. DSM-IV-TR Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu için tanı ölçütleri

A. Doğumdan sonraki 2 yıl içinde yaşına uygun sözel ve sözel olmayan iletişim, toplumsal ilişkiler, oyunlar ve uyumsal davranışların olması ile kendini belli eden görünüşte olağan bir gelişmenin olması. B. Aşağıdakilerden en az iki alanda daha önce edinilmiş olan becerilerin (10 yaşından önce) klinik olarak önemli ölçüde yitirilmesi: 1. sözel anlatım ya da dil algılama 2. toplumsal beceriler ya da uyum davranışları 3. bağırsak ve mesane kontrolü 4. oyun 5. devinsel (motor) beceriler C. Aşağıdakilerden en az iki alanda olağandışı bir işlevselliğin olması: 1. toplumsal etkileşimde nitel bir bozulma (örn. sözel olmayan davranışlarda bozulma, yaşlılarıyla ilişki kuramama, toplumsal ya da duygusal karşılıklar verememe) 2. iletişimde nitel bozukluklar (örn. konuşulan dilin gelişiminde gecikme olması ya da hiç gelişmemiş olması, bir söyleşiyi başlatamama ya da sürdürememe, dilin basmakalıp ve yineleyici bir biçimde kullanılması, çeşitli imgesel oyunlar oynamama) 3. devinsel (motor) basmakalıp davranışlar ve mannerizmler de içinde olmak üzere davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması D. Bu bozukluk başka özgül bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk ya da Şizofreni ile daha iyi açıklanamaz.

2.1.3. Epidemiyoloji

Otizm ilk tanımlandığı dönemlerde nadir görülen bir durum olarak düşünülmekteydi. 1970'lerde 2-5/10.000 arasında bir orandan bahsedilirken, 1966-1998 yılları arasında 23 prevalans çalışmasının verilerinin gözden geçirildiği bir çalışmada OSB prevalansı için 14,3/10.000 gibi bir oran bulunmuştur (50). Son yıllarda yapılan çalışmalarda ise hem Amerika'da hem de Avrupa'da OSB'ler için oldukça yüksek oranlar bildirilmiştir. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC)'nin geniş veri tabanlı verilerine göre Amerika'da tüm ırk, etnik grup ve sosyoekonomik gruplar arasında OSB'nin 1/88 oranında görüldüğü belirtilmiştir. Ayrıca CDC, Asya, Avrupa ve Kuzey Amerika'da OSB prevalansının %1 civarında olduğunu öne süren birçok çalışmaya ait verileri de sunmaktadır. İngiltere'de yapılan bir çalışmada 2,5-6,5 yaşlar arası okul öncesi çocuklarda OB'nin 10.000'de 16,8; tüm YGB'lerin ise 10.000'de 62,6 sıklığında görüldüğü bulunmuştur (51). Gillberg, OB oranının, OSB popülasyonunda yaklaşık %20-40 arasında olduğunu belirtmiştir (52). Güney Kore'de okullarda OSB'yi tarayan güncel bir çalışmada OSB yaygınlığının %2,6 olduğu öne sürülmüştür (53).

Geçmiş çalışmalarda YGB-BTA olgularının sıklığı, OB sıklığına göre 2-3 kat yüksek(1/600) kabul edilmekteyken, Fombonne'un gözden geçirme çalışmasında ortalama prevalans 37,1/10.000 olarak bildirilmiştir (54,55). AB prevalansını değerlendiren az sayıda yayında ortalama prevalans 6/10000 olarak bildirilmiştir. Diğer YGB'ler OB'den daha nadirdir. ÇDB sıklığı 2/100.000 olarak bildirilmiştir (54). RB benzer şekilde nadirdir. Özellikle kızları etkileyen RB dışındaki tüm YGB'ler erkeklerde daha sıktır (54,56).

Cinsiyet açısından bakıldığında CDC verilerine göre, erkeklerde (1/54) kızlara (1/252) oranla 5 kat daha sık olarak görüldüğü tahmin edilmektedir. Dikkat çekici bir bulgu ZÖ şiddetlendiğinde erkek/kız oranı 1'e yaklaşmaktadır. Hastalığın erkeklerde daha sık görülüyor olmasının nedenleri tam olarak bilinmemektedir. Olasılıklardan biri beyin incinebilirliği açısından erkeklerde eşiğin daha düşük olması ve bu nedenle bozukluğun erkeklerde daha sık izleniyor olmasıdır. Beyin incinmesi şiddetlendiğinde kızların da bu bozulmadan kendilerini kurtaramadığı öne sürülmektedir.

Mevcut epidemiyolojik çalışmaların farklı örneklem sayıları, desenleri, tanısal ölçütler, kullanılan tanısal araçlar nedeni ile kıyaslanması zor görünmektedir. Bununla birlikte 8 yıl

boyunca aynı metodolojiyi kullanan CDC'nin Otizm ve Gelişimsel Bozukluklar İzlem Ağı (ADMM) verilerine göre Amerika'da OSB sıklığında artış olduğu bulunmuştur (Tablo 8). IACAPAP (The International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions) OSB sıklığındaki artışın sebebinin gerçek bir artıştan daha çok OSB'nin hem sağlık çalışanları hem de ebeveynler tarafından daha çok bilinmesi ve tanınması, tanı ölçütlerinin eskiye oranla daha geniş olarak tanımlanması nedeni ile olabileceğini belirtmiştir (57).

Tablo 8. Otizm Spektrum Bozukluğu Prevelansı: ADMM. 2000-2008. Tüm CDC sitelerindeki bilgilerin birleştirilmesi ile oluşturulmuş olan IACAPAP 2012 kitabından uyarlanmıştır

Yıl	Doğum tarihi	Prevelans (Her 1000 çocukta)	Sıklık
2000	1992	6,7 (4,5-9,9)	1/150
2002	1994	6,6 (3,3-10,6)	1/150
2004	1996	8,0 (4,6-9,8)	1/125
2006	1998	9,0 (4,2-12,1)	1/110
2008	2000	11,3(4,8-21,2)	1/88

2.1.4. Nöropsikolojik kuramlar

OSB'deki heterojen klinik belirtilerin etiyopatogenezini açıklamak için ileri sürülen bilişsel kuramlar Yürütücü işlev yetersizliği, Zihin kuramı, Zayıf merkezi bütünleşmedir.

1) Yürütücü İşlevler

Bir amacı gerçekleştirebilmek için sorun çözme stratejileri oluşturabilme, uygun olmayan uyarıyı durdurabilme veya erteleyebilme, eylem planı yapabilme yetileri kısaca yürütücü işlevler olarak adlandırılır (58). Yürütücü işlevler insan türüne özgü işlevlerdir. Prefrontal korteks yürütücü işlevlerin gerçekleşmesinde merkezi rol oynar (59,60,61).

Damasio ve Maurer 1978 yılında yayımlanan makalelerinde OSB belirtilerini frontal lob hasarlı bireylerin belirtileri ile karşılaştırmış ve bazı ortak noktalar bulmuşlardır (62). Bu bulgunun ardından OSB patogenezinde dikkatler frontal lob üzerine çevrilmiştir. Yürütücü işlevler frontal lob işlevlerinin ürünüdür. Özellikle dorsolateral-prefrontal korteks bu işlevlerden sorumlu bölgedir (63,64).

OSB tanılı bireylerin yürütücü işlevlerinde bozukluk izlenmektedir (59,65,66,67). OSB’de en çok etkilendiği düşünülen yürütücü işlevler planlama, esneklik, kurulum değiştirme (set-shifting) görevleridir (64). Ancak yürütücü işlev kusuru OSB’de evrensel değildir ve yalnızca OSB’de gözlemlenmez (64). Yürütücü işlev kusuru fenilketonüri, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu, Tourette bozukluğu, şizofreni gibi birçok bozuklukta da gösterilmiştir (65,66,67). OSB’deki olası dorsolateral-prefrontal korteks etkilenmesinin bu bozuklukta sosyal bozulmaya temel oluşturabileceği düşünülmektedir (64). Bazı yazarlara göre yürütücü işlev sorunu ve diğer bilişsel alanlar (cognitive domains); özellikle de zihin kuramı ve paylaşılmış dikkat (shared attention-mutual attention) birbirleriyle yakından ilişkilidir (62). Ayrıca OSB’li bireylerin sözel bellek becerilerinde görülen bazı sorunların, yürütücü işlev yetersizliğinde de görülen bellek sorunları ile uyumlu olduğu vurgulanmaktadır (66).

2) Zihin Kuramı

Davranışlar ile düşünceler arasındaki ilişkiyi fark edebilme becerisi, zihin kuramı becerisi olarak adlandırılır. Zihin kuramına sahip birey, insanların düşünceler ve duygular ile örülü iç dünyaları, zihinsel yaşantıları olduğunu duyumsar. İnsanın iç dünyasının davranışları ile etkileşim içinde olduğunu fark eder. Zihin kuramı becerilerinin temelinde akıl yürütme (mentalizing) becerisi yatar (60,68,69,70). OSB’de zihinsel süreçlerin kavranmasında belirgin düzeyde bir yetersizlik söz konusudur. OSB tanılı birey hem kendi zihinsel temsillerini (mental representation), hem de diğer insanların zihinsel temsillerini kavrayamaz (65).

Bebeklik ve erken çocukluk döneminde zihin kuramının öncülleri paylaşılmış dikkat (shared attention-joint attention), öncül-anlatım işaretlemesi (protodeclarative pointing) ve hayal gücüne dayalı oyunlar (pretend play) biçimde karşımıza çıkar. Paylaşılmış dikkat ve öncül-anlatım işaretleme, çocuğun, bakım verenin zihinsel durumunun farkında olduğunun göstergeleridir (70,71). Paylaşılmış dikkat becerisinin gelişimi, frontal lob olgunlaşması ile yakından ilgilidir (71). 18 aylık çocuklarda paylaşılmış dikkatin ve hayal gücüne dayanan oyunların olmaması OSB lehine çok önemli bir göstergedir.

OSB tanılı bireylerin, zihinsel süreçleri tanımlayan düşünmek, bilmek, hayal etmek gibi sözcükleri kavrama ve anlamlandırmada yetersizlikleri vardır. Empatik olabilmede, amaçlarını, duygularını denetlemede güçlük yaşarlar. Yanılgıyı, aldanmayı ölçen testlerde

başarılı olamazlar (68,70). Mecaz, iğneleme, alay duygularını anlamada yetersizlikleri vardır (68). Zihinsel olmayan mekanik kavramları daha kolay anlamlandırabilirler (70). OSB, kısaca çeşitli düzeylerde karşımıza çıkan zihinsel körlük (mindblindness) olarak adlandırılabilir (60,70). Baron-Cohen'e göre zihin kuramı yetersizliği, OSB'deki temel sorunlardan biridir (60). OSB tanılı bireylerin zihin kuramı becerilerinde görülen yetersizlikler, gerçek yaşamdaki sosyal beceri sorunlarını da yansıtır. Zihin kuramı işlevlerindeki yetersizlik yürütücü işlev bozukluğu ile de ilişkili olabilir (70). Zeka, yürütücü işlevler, zihin kuramı işlevleri ve dil becerileri birbirlerinden ayrı bilişsel alanların sorumluluğunda çalışmaktadırlar (modularity) (68). Zihin kuramı, seçici dikkat düzeneği işlevinin bir ürünüdür ve bu kurama ait işlemler algı süreçlerinden sonra kendiliğinden çalışmaya başlar (68). Zihin kuramı becerilerinde inhibisyon düzeneği de rol oynamaktadır (68).

OSB'deki sorun hangi beyin bölgesi veya bölgelerinde ise tüm bilişsel alanları etkilemektedir. OSB'nin kalıtımı yönündeki güçlü kanıtları göz önüne alırsak, zihin kuramı yetersizliklerinin de genetik olma olasılığı akla gelmektedir (72). Zihin kuramı işlevlerinden hangi beyin bölgesinin sorumlu olduğu bilinmese de, tıpkı yürütücü işlevlerde olduğu gibi prefrontal bölge ve onunla ilişkili beyin alanlarından kuşulanılmaktadır (68).

3) Zayıf Merkezi Bütünleşme

OSB'deki çekirdek belirtileri açıklamaya çalışan bir diğer kuram da, Frith tarafından ilk kez 1989 yılında ifade edilen zayıf merkezi bütünleşme kuramıdır. Bu kurama göre, OSB'de çevreden alınan veriler, beyinde bir bütün olarak bir araya getirilip anlamlandırılmaz. Bilgi işleme yetersizliği nedeniyle algılanan uyarlardan anlamlı ve tutarlı bir bütün oluşturma (global-processing) mümkün olamamaktadır. Veriler parçalar olarak algılanır (local processing). Bu kurama göre OSB'de görülen bazı bilişsel avantajların bütün-parça işleme farkından kaynaklandığı düşünülür (66,73).

Zayıf merkezi bütünleşmeyi test etmek amacıyla, OB'li grup ve kontroller arasında bütün ve parça işleme becerilerin karşılaştırıldığı bir çalışmada, sonuçların Frith tarafından önerilen zayıf merkezi bütünleşmeyi desteklemediği görülmektedir. Bütün-parça işleme becerisi temporo-parietal korteks işlevleri ile yakından ilişkilidir. Bu bölge işlevlerinde bozulmanın gösterilememesi de OB'de birincil etkilenen bölgenin prefrontal korteks olduğu varsayımı ile tutarlılık göstermektedir (66).

2.1.5. Klinik Görünüm

1) Sosyal etkileşimde nitel bozulmalar

Sosyal etkileşimde bozulma, OSB'nin temel belirtilerinden en merkezde yer alanıdır. Sosyal etkileşimi sürdürmek için kullanılan sözel olmayan iletişimde bozukluk olması, çocuğun gelişim seviyesine uygun arkadaşlıklar kuramaması, ilgi alanlarını, duygularını ve başarılarını başkaları ile kendiliğinden paylaşma arayışında eksiklik olması temel klinik belirtilerdir. OSB tanılı çocukların etkileşime girerken, esneklik ve kendiliğindenlik-doğallık becerilerinde eksiklik vardır (74). OSB belirtileri çocuk çok küçük iken bile fark edilebilir. Göz teması kurmama, kucağa gelmeye isteksizlik, taklide dayalı oyunların gelişmemesi, jest ve mimikleri yeterince kullanamama, ara sıra alışılmadık duygusal tepkiler verme, sebepsiz ağlama ve gülmeler olabilir. Pragmatik becerileri ve empati yetenekleri zayıftır. Bu durum, erişkinlikte de sürer, “garip” ve “yalnız” diye nitelendirilirler.

2) Basmakalıp davranış biçimi, kısıtlı ilgi alanı ve rutinlerine sıkı sıkıya bağlılık

Kısıtlı ve törensel (ritüalistik) ilgiler, basmakalıp davranış biçimi OSB'nin ana klinik görünümünden birisidir. Bu çocuklarda basmakalıp hareketler erken dönemde başlayabilmektedir. Kendi çevresinde dönme, eşyaları döndürme, dönen eşyalara uzun süre bakma, sallanma, zıplama, kollarını kanat çırpma gibi çırpma, parmak ucunda yürüme, eşyaları arka arkaya dizme, eşyaları gözüne çok yakın tutarak seyretme gibi davranışlar örnek verilebilir. Günlük işleri hep aynı şekilde yapma, aynı yoldan eve gitme, aynı yemeği yeme gibi aynıcılıkta ısrarcılık ve değişimlere gösterdikleri direnç, ışıklı, renkli, parlak cansız nesnelere aşırı duyarlılık gibi davranışlar sergileyebilirler. Yüksek işlevli olanlar, hava durumunu takip etme, haritaları okuma, gezegenlerin yörüngelerini hesaplama gibi daha karmaşık tekrarlayan davranışlar ve ilgiler gösterebilir (74).

OSB tanılı çocuklar müziğe karşı aşırı ilgilidirler. OSB'de işlevsel olmayan davranışlar da sıkça görülen belirtilerdendir. Nesnelere dokunma, onları koklama ve sürtünme biçiminde davranışlar gözlemlenebilir (75).

OSB tanılı çocukların oyunları tekrarlayan ve basmakalıp biçimdedir. Sembolik oyun ya yoktur ya da çok belirgin geridir. Oyunlarında aynı konuyu tekrar tekrar defalarca

oynayabilirler. Ališmış oldukları çevrenin ve eşyaların değişmesine aşırı ve uygunsuz tepki gösterebilirler. Aynılığı koruma isteği oldukça sık gözlenir (58).

3) İletişim becerilerinde bozukluk

Anne ve babaların en sıklıkla dile getirdikleri belirti, iletişim güçlüğüdür. OSB'de hem sözel hem de sözel olmayan beceriler yaygın bir biçimde etkilenmiştir. OSB tanılı bireylerde dil gelişimi çok büyük farklılıklar gösterir. Konuşabilen OSB tanılı çocuklarda karşılıklı sözel ilişkiyi başlatmada ve sürdürmede, konuşma sesinin ton, ritim, hızını düzenlemede anormallikler gözlemlenir. OSB'de dilbilgisi kurallarının kullanımı da etkilenmiştir. Zamirleri ters kullanma, kendilerinden üçüncü tekil kişi olarak söz etme görülebilir. Dilin basmakalıp ve tekrarlayan bir biçimde kullanımı sıklıkla söz konusudur. Konuşma dilini anlama ve yorumlamada da bozukluklar vardır. Cevap verme sıklıkla gecikir veya hiç yanıt alınamaz. Erken ve/veya geç tipte ekolali gözlenen belirtilerdendir. Göz ilişkisiyle ilgili sorunlar, yüz ifadesi ve diğer sözel olmayan iletişim becerilerinde güçlükler vardır. Bazen yüksek bir ses tonu ile bazen de şarkı söyler gibi tekrarlayan şekilde yükselen ve bir ses tonu ile konuşabilirler (74).

4) Zeka ve bilişsel özellikler

OSB tanılı çocuklarda zeka geniş bir aralık içinde seyretmektedir. Yaklaşık yarısında IQ 50'nin altındadır; dörtte biri ise 70 ve üstü IQ'ya sahiptir (76). Bilişsel işlevlerin biçimi değişkendir ve OSB belirtileri ile paralellik göstermeyebilir (58). OSB tanılı kızlarda IQ düzeyi, erkeklerden daha düşük bulunmuştur. OSB tanılı çocukların önemli bir kısmının işlevsel konuşmalarının olmaması uygulanan zeka testlerini gerçek zeka düzeylerini tespit etmekte yetersiz kılmaktadır ve sonuçlar çoğunlukla gerçek düzeyin çok altında bulunmaktadır. Mental retarde OSB'li çocukların çoğunda nöbetler vardır. Ayrıca zeka düzeyinin düşük olması kötü prognoza işaret etmektedir (18).

5) Diğer Belirtiler

Tüm bu tanısal belirtilere ek olarak OSB tanılı bireyler uyku, yeme bozuklukları gibi günlük ritimde bozukluklar; öfke nöbetleri, kendine ve çevreye karşı saldırganlık gibi çeşitli davranım sorunları da sergileyebilirler (77).

OSB'de motor beceriksizlik görülebilir. Bunlar arasında; sakar yürüyüş, yürürken kolları anormal şekilde sallama, parmak ucunda yürüme, katı vücut duruşu sayılabilir (78,74).

OSB tanılı bireylerde duyuusal uyaranlara uygunsuz ve farklı yanıtlar olabilir. Örneğin ağrı eşliğinin yüksek olmasına karşın, dokunmaya aşırı tepki gösterebilirler. Yine hafif bir sese ve ışığa uygunsuz tepki verebilirler. Sadece belli bir uyaranla ilgilenme sık rastlanan bulgulardandır. Yalnızca belli yiyecekleri yeme veya pika gibi yeme bozuklukları bulunabilir. OSB tanılı bir çocuğun yaşı ilerledikçe edilgen bir şekilde olsa da, sosyal ilişkilere katılımda daha fazla istek ve çaba gözlenebilir (77).

2.1.6. Ayırıcı tanı

OSB tanılı bireylerin, diğer gelişim sorunlar ve işitme kusurlarından ayırt edilmesi gerekmektedir. ZÖ ile OSB arasında zaman zaman ayırıcı tanı gerekebilir. Ayırıcı tanıda dikkat edilmesi gereken nokta; ZÖ'de sosyal beceriler sıklıkla bilişsel ve iletişimsel becerilerle uyumludur. ZÖ'lü çocukların fizik gelişimleri de geri olabilir. Oysa OSB'de genellikle fizik gelişimde gecikme görülmez (77).

Belirgin olarak ihmale uğramış çocuklarda da sosyal becerilerde gecikme veya sapmalar görülebilir. Ancak sosyal beceri sorunu dışında OSB'nin diğer belirtileri görülmez. Uygun bakım ortamında da bu belirtiler kaybolabilir (58).

OSB'nin ayırıcı tanıları arasında Landau-Kleffner sendromu, Frajil-X sendromu, Tuberöz Skleroz, Çoklu Karmaşık Gelişimsel Bozukluk, Dili Algılama ve İfade Etme Bozukluğu, Tepkisel Bağlanma Bozukluğu ile diğer gelişim sorunları bulunmaktadır (79, 80).

2.1.7. Eş tanıli durumlar

Eş tanılılık, iki veya daha fazla tanının aynı kişide olması olarak tanımlanır. Tüm psikiyatrik hastalıklar OSB’de görülebilir. En sık görülen psikiyatrik bozukluklar Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), Obsesif-Kompulsif Bozukluk (OKB), Tik Bozukluğu, Depresyon, Kaygı Bozuklukları ve Uyku Bozukluklarıdır (81). OSB'de ZÖ birlikteliği, diğer eş tanıların sıklığını da arttırır (82). ZÖ şiddetlendikçe OSB ve/veya OSB benzeri davranımların sıklığı artar (82). Yüksek işlevli olgularda, puberte öncesi en sık DEHB, ergenlik döneminde en sık depresif bozukluk eştanı olarak görülür (82). ZÖ göz ardı edildiğinde, depresif bozukluk OSB’de en sık karşılaşılan eş tanıdır. OSB’de Bipolar Bozukluk (BB) ayırıcı tanısı ve tedavisi oldukça güçtür. Yazında bu konuda olgu sunumları bulunmaktadır. Bu alandaki esas sorun, BB çalışmalarının özellikle yetişkinlere odaklanmış olmasıdır (83).

Anksiyete bozuklukları, OSB olgularında sıklıkla depresif bozuklukla birlikte görülmektedir. OKB belirtilerinin, sınırlı ilgiler gibi OSB belirtilerinden ayrılması tartışmalı bir konudur (83). OSB tanısı alan bireylerin %15’inde bilinen genetik bir bozukluk vardır (84). Tuberoskleroz (16p13 / 9q34), Frajil X Sendromu (Xq27), Angelman ve Prader-Willi Sendromu (15q11), Velokardiyofasiyal Sendrom otistik özelliklerin eşlik ettiği durumlardır (85).

2.1.8. Gidiş ve Prognoz

OSB tanılı kişilerin yaklaşık üçte ikisi yaşam boyu aile ve çevre desteğine muhtaç olarak yaşarken geriye kalan bireyler erişkinlikte yalnız başına yaşamını sürdürebilmektedir. Uzun süreli ana amaç, önemli olabilecek uyumsal becerilerin kazanılmasını sağlamak ve bağımsızlık potansiyelini artırmak olmalıdır (77).

Hastalık sırasında görülen bazı etmenler gidiş ve prognoz açısından önemlidir. Birçoğunda yaş artışıyla beraber sosyal, iletişimsel ve özbakım becerilerinde çeşitli derecelerde iyileşme görülmektedir. Gidiş açısından 5-6 yaşlarında iletişime yönelik konuşma becerisinin olması, performans zeka bölümü düzeyinin yüksek olması, eğitime yanıtın olması olumlu gidiş ölçütlerdir (40,86). OSB tanılı çocuk ilköğretim dönemine geldiğinde çekirdek belirtiler var olsa da sosyal beceri ve iletişim alanlarında sıklıkla ilerlemeler kaydeder. Olguların bir kısmında epilepsi nöbetlerinin başlaması ile birlikte dil becerileri ve sosyal becerilerde bozulma

çarpıcıdır (58). Yüksek işlevli otizmi olan çocuklar ya da ergenler büyüme ve olgunlaşma ile beraber yetersizliklerinin farkına vardıklarında depresyon ve anksiyete belirtileri gösterebilirler (87).

Uzun süreli izlem çalışmalarında, “iyi” sonuçlar (bağımsız yaşayabilme, çalışabilme, birkaç arkadaş edinebilme) %0 ile %38 arasında, “kötü” sonuçlar (kurum bakımında veya yakın destek ile ailenin yanında yaşama, tıbbi önlemler gerekmesi) %16 ile %80 arasında değişen oranlarda görülmektedir. Son 20 yılda yapılan izlem çalışmalarında sonuçlar daha önce yapılan çalışmalara göre daha iyi sonuçları göstermektedir. “İyi” sonuçlar, 1980 öncesi %10 kadarken son çalışmalarda %20'lere yükselmiştir. Aynı zaman aralığında, “kötü” sonuçlar %65'ten %46'ya gerilemiştir. “Vasat” (kısıtlı bir bağımsızlık, ancak yakın destek ile çalışabilme ve/veya günlük hayatını sürdürebilme) olarak değerlendirilen olgular %25-30 oranında devam etmiştir. Bu değişimin sebepleri, geçmiş yıllarda bireylerin sıklıkla depo hastanelerinde yaşıyor olması, eğitim hizmetlerinin zorunlu ve yaygın olmaması, erken tanı hizmetlerinin günümüzde olduğu kadar gelişmiş olmasıdır (86).

OSB tanılı bireylerin yaşam sürelerini inceleyen kısıtlı çalışmalar mevcuttur; fakat Danimarka'da yapılan bir çalışma ortalama ölüm yaşını 43 olarak vermektedir (88). OSB, epilepsiyle komorbidite gösteriyorsa, bireylerde ölüm riski daha yüksektir. OSB tanılı bireylerdeki ölümlerin yaklaşık üçte biri epilepsiyle ilişkilidir (88).

BÖLÜM III

YÖNTEM VE GEREÇLER

3.1.1. ARAŞTIRMA YERİ VE ZAMANI

Bu çalışma Nisan-Kasım 2014 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı Polikliniği'nde yapılmıştır.

3.1.2. ÖRNEKLEM

1) Olgu Grubunun Oluşturulması

Çalışmaya Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Anabilim Dalı Polikliniği'nde izlenen; DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre bir çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından YGB tanısı konmuş 3-15 yaş arasındaki 150 çocuk ve ergenin katılımı planlandı. Dahil edilme ölçütlerini karşılayan ve çalışmaya katılmayı kabul eden 150 ailenin çocuğu çalışmaya alındı. Çalışma kapsamında YGB tanısı ile izlenen çocuk ve ergenlerin ebeveynler tarafından bildirilen ve değerlendirme sırasında saptanan belirtileri araştırmacı tarafından DSM-IV-TR ve DSM-5 ölçütlerine göre psikiyatrik değerlendirme yapılarak tekrar gözden geçirildi.

2) Olgu Grubunun Çalışmaya Alınma Ölçütleri

1. Çalışmaya katılımı planlanan çocuk ve ergenlere DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre bir çocuk psikiyatrisi uzmanı tarafından YGB tanısı konmuş olması.
2. YGB tanısı alan çocukların yaşının 3-15 yaş aralığında olması.
3. Çocuk ve ergenlerin ve anne babalarının çalışmaya gönüllü olarak katılmayı kabul etmeleri

3) Çalışmada Dışlanma Ölçütleri

Planlanan çalışmada herhangi bir dışlama ölçütü bulunmamaktadır.

3.1.3. ARAŞTIRMANIN HİPOTEZLERİ

- DSM-5 ile OSB tanısı daha az sayıda çocuk ve ergene konur.
- DSM-5 ile; DSM-IV-TR'ye göre Asperger Bozukluğu ve YGB-BTA tanısı alanlara tanı konamayabilir.
- DSM-5 ile OSB tanısı küçük çocuklara daha az konur.
- DSM-5 ile OSB tanısı alan ve almayan çocuk ve ergenlerde cinsiyetler arasında fark yoktur.
- DSM-5 ile tanı konan bireyler otizmin belirtilen alanlarında daha ağır belirtiler gösterir.

3.1.4. GEREÇLER

1) Sosyodemografik Veri Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Veri Formunda çocuğa ilişkin; doğum tarihi, cinsiyeti, gelişim basamakları, öğrenim durumu, okul başarısı, akran ilişkileri, ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu bilgileri bulunmaktaydı. Aileye ilişkin olarak; anne ve babanın yaşı, eğitim düzeyleri, mesleki durumları ve gelir düzeyleri, ebeveynlerin birliktelik durumu, ailenin kaç çocuğa sahip olduğu, anne/baba ve çocukta tanı konmuş herhangi bir fiziksel ve/veya ruhsal hastalık öyküsü bilgileri değerlendirildi.

2) Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu

Bu formda gönüllülere çalışma ve çalışmada uygulanacak yöntemler hakkında ayrıntılı bilgi verildi. Gönüllüler, çalışma ile ilgili bu bilgileri öğrendikten sonra çalışmaya katılmayı kabul etmeleri durumunda doldurulan ve çalışmaya gönüllü olarak katıldıklarına dair imzalarının alındığı bölümlerden oluşmaktaydı.

3) Ruhsal Bozukluklar için Tanısal ve Sayımsal El Kitabının Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskısı (DSM-IV-TR) ve Ruhsal Bozukluklar için Tanısal ve Sayımsal El Kitabının Beşinci Baskısı (DSM-5)

Bu çalışmada DSM-IV-TR ve DSM-5 tanı ölçütlerini bir uygulayıcının uygulaması ile birlikte, sorular sorulurken oluşan kişisel farklılıklar ve ailelerin bazı ifadeleri anlamakta yaşadıkları zorlukların ortadan kaldırılması için DSM-IV-TR ve DSM-5 ölçütleri netleştirildi. DSM-IV-TR ve DSM-5 ölçütlerinde belirtilen kısıtlılık alanları örneklenerek ve tekrar ifade edilerek daha açık hale getirildi. Bu yeni tanımlanmış örnekler ve ifadeler değerlendirilmeleri için, otizm konusunda özellikle deneyimli ve birikimli bir çocuk psikiyatristi ile birlikte değerlendirildi. DSM-IV-TR ve DSM-5 için maddeler; "var" ve "yok" şeklinde cevaplanan bir form oluşturularak dolduruldu.

4) Çocukluk Çağı Otizm Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ)

Çocukluk Çağı Otizm Derecelendirme Ölçeği (CARS-Childhood Autism Rating Scale), 1971 yılında Schoppler ve Reichler tarafından geliştirilmiştir (89). Ölçeğin Türkçeye uyarlanması Sucuoğlu ve arkadaşları (90); geçerlik ve güvenirlik çalışmaları ise İncekaş ve Baykara tarafından yapılmış ve ölçeğin Türkçe formunun kesme puanı 30 olarak saptanmıştır (91). ÇODÖ yaygın olarak otizmin tanısında ve bu çocukların diğer gelişimsel bozukluğu olan çocuklardan ayırt edilmesinde kullanılmaktadır. Ölçek aile ile görüşme ve çocuğun gözlemlenmesi sonucunda elde edilen bilgiler temel alınarak doldurulmakta ve değerlendiricinin gözlem yapmadan önce 15 maddenin tanımını ve puanlamasını iyi bilmesi gerekmektedir.

Ölçek ayrı birer alt ölçek görünümünde olan 15 maddeden oluşmakta, ölçeğin doldurulmasıyla çocuğun otizm derecesi belirlenebilmektedir. Ölçekte yer alan maddeler; kişilerle ilişki, taklit, duygusal tepkiler, vücudun kullanımı, değişikliğe tepki, görsel tepkiler, dinleme tepkileri, tat, koku ve dokunmanın kullanılması, korku/sinirlilik, sözel iletişim, sözel olmayan iletişim, zihinsel etkinlikler ve genel izlenimler başlıkları altında toplanmakta ve her madde 1 ile 4 arasında yarım derecelik puanlama ile derecelendirilmektedir. Burada 1: o maddede ifade edilen davranışların çocuğun yaşı için normal sınırlarda olduğunu, 4: ise yaşı için çok anormallik gösterdiğini ifade etmektedir. 15. Madde, diğer maddelerde özellikleri

değerlendirilen çocuğa ilişkin klinisyenin genel değerlendirmesini içerir. Toplam puan 15-60 arasında seyredebilir. 30-36 arası puanlar hafif-orta derece otizmi, 37 ve üzeri puanlar ağır derecede otizmi ifade eder.

5) Otizm Davranış Kontrol Listesi (ODKL)

Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC-Autism Behavior Checklist), Krug ve arkadaşları (1993) tarafından geliştirilmiştir (92). Pek çok ülkede otizmde tarama ve eğitimin değerlendirilmesi amacı ile sıklıkla kullanılan ölçekler arasındadır (93,94,95). ODKL, duyuşal, ilişki kurma, beden ve nesne kullanımı, dil becerileri, sosyal ve öz bakım becerileri olmak üzere toplam beş alt ölçekten oluşan 57 maddelik bir değerlendirme aracıdır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 159'dur. ODKL'nin en önemli avantajlarından biri, hem öğretmenlerden hem de anababadan bilgi almaya olanak sağlayan kolay uygulanabilir bir araç olmasıdır (95). Irmak ve arkadaşları, ODKL'yi Türkçe'ye uyarlayarak ülkemiz için geçerli ve güvenilir bir araç olduğunu saptamışlardır. Ölçeğin Türkçe formunun kesme puanı 39 olarak saptanmıştır (96). Bu nedenle bizim çalışmamızda da kesme puanı 39 olarak alındı.

3.1.5. ARAŞTIRMA ETİK KURUL ONAYI

Çalışma DEÜTF Etik Kurulu'ndan 10.03.2014 tarih ve 2014/10-11 karar no ile alınan onay ile planlanmıştır. Görüşmeler Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniği'nde gerçekleştirildi.

3.1.6. VERİLERİN TOPLANMASI

- Çocuk ve ergenlerin çalışmaya alınma ve çalışmadan dışlanma ölçütleri göz önünde bulundurularak, bu şartları sağlayan 150 çocuk-ergen ve aileleri çalışma ile ilgili yazılı ve sözel olarak bilgilendirildi.
- Çalışmaya katılan olgu grubu için Sosyodemografik Veri Formu dolduruldu.
- Tüm olgu grubunun; ebeveynler tarafından bildirilen ve değerlendirme sırasında saptanan belirtileri araştırmacı tarafından DSM-IV-TR ve DSM-5 ölçütlerine göre psikiyatrik değerlendirme yapılarak tekrar gözden geçirildi.

- Araştırmacı tarafından olgu ve ebeveynleri ile görüşme yapıldı ve görüşme sonrasında ÇODÖ formu dolduruldu.
- Araştırmacı tarafından ebeveynlere Otizm Davranış Kontrol Listesi uygulandı.

3.1.7. İSTATİSTİKSEL DEĞERLENDİRME

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS Windows 17.0 paket programı kullanıldı. Kategorik değişkenler için tanımlayıcı veriler sayı ve yüzde olarak, ölçek puanları için ortalama ve standart sapma şeklinde hesaplandı. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare analizi uygulandı. Normal dağılıma uygunluk Kolmogorov-Simirnov testi ile değerlendirildi. Ölçek puanlarının gruplar arasında karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren sonuçlar için t-testi, normal dağılım göstermeyen sonuçlar için de Mann-Whitney U testi kullanıldı. Korelasyonlar Spearman sıra korelasyonu ile hesaplandı. Tüm analizlerde $p < 0,05$ olduğunda istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BÖLÜM IV

BULGULAR

4.1.1. Sosyodemografik Özellikler

Olgu grubu 150 çocuk ve ergenden oluşmuştur. Grubun tanımlayıcı özellikleri aşağıda verilmiştir.

a. Yaş ve Cinsiyet

Çalışmaya 34 kız ve 116 erkek çocuk ve ergen alındı. Olguların yaşları en küçüğü 3, en büyüğü 15, ortalaması ise 8.22 ± 3.73 olarak hesaplandı. Olgu grubunun 59'u (%39,3) 3-7 yaş grubu; 45'i (%30,0) 7-11 yaş grubu ve 46'sı (%30,7) 11-15 yaş grubundandı. Olgu grubunun yaş ve cinsiyet özellikleri Tablo 9'da verilmiştir.

Tablo 9. Olgu Grubunun Yaş ve Cinsiyet Özellikleri

Yaş	n	%
3-7 yaş	59	39,3
7-11 yaş	45	30,0
11-15 yaş	46	30,7
Cinsiyet		
Erkek	116	77,3
Kız	34	22,7

b. Eğitim

Çalışmada olguların eğitim ve özel eğitim durumları değerlendirildi. Buna göre 70 (%46,7) olgu örgün eğitim almazken, 18 (%12,0) olgu ilköğretim; 1 (%0,7) olgu lise; 13 (%8,7) olgu anaokulu; 20 (%13,3) olgu kaynaştırma; 28 (%18,6) olgu Otistik Çocuklar Eğitim Merkezi (OÇEM) veya özel alt sınıf öğrencisiydi. Olguların 135'i (%90,0) düzenli özel eğitim alırken, 4 (%2,7) olgu düzensiz özel eğitim alıyordu, 11 (%7,3) olgu ise hiç özel eğitim almamıştı. Olgu grubunun eğitim özellikleri Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10. Olgu Grubunun Eğitim Özellikleri

		n	%
Eğitim durumu (n=150)	İlköğretim	18	12,0
	Lise	1	0,7
	Anaokulu	13	8,7
	Örgün Eğitim Almıyor	70	46,7
	Kaynaştırma Eğitimi	20	13,3
	OÇEM* veya Özel alt Sınıf	28	18,6
Özel Eğitim Durumu (n=150)	Düzenli Özel Eğitim Alan	135	90,0
	Düzensiz Özel Eğitim Alan	4	2,7
	Özel Eğitim Almayan	11	7,3

* Otistik Çocuklar Eğitim Merkezi (OÇEM)

c. Aile Özellikleri

Olguların anne yaş ortalaması $37,05 \pm 6,25$, baba yaş ortalaması $40,92 \pm 6,34$ yıl idi. Olgulardan 56'sının (%37,3) kardeşi yok iken 94 (%62,7) olgu en az bir kardeşe sahipti. Ailenin birinci çocuğu olan 90 (%60,0) olgu; ikinci çocuğu olan 51 (%34,0) olgu ve üçüncü çocuğu olan 9 (%6,0) olgu vardı. Annelerin doğum sırasındaki yaşı dört gruba ayrılarak incelendiğinde; 18-25 yaş arası doğumun 34 (%22,7) annede, 25-35 yaş arası doğumun 88 (% 58,7) annede, 35-40 yaş arası doğumun 24 (%16,0) annede ve 40 yaş üstü doğumun 3 (%2,0) annede olduğu belirlendi, 1 (%0,7) olgu ise evlat edinilmiş olduğundan annenin doğum sırasındaki yaşı öğrenilemedi. Anne ve babalardan 139'u (%92,7) birlikte iken, 10'u (%6,7) boşanmış, 1'i (%0,7) ise ayrı yaşamaktaydı. Anne ve babaların eğitim düzeylerine okur yazar değil, ilköğretim, lise ve üniversite-yüksekokul olmak üzere dört düzeyde bakıldı. Buna göre; 1 (%0,7) anne ve baba okur yazar değil, 62 (%41,3) anne ve 46 (%30,7) baba ilköğretim, 33 (%22,0) anne ve 39 (%26,0) baba lise, 54 (%36,0) anne ve 64 (%42,7) baba üniversite-yüksekokul düzeyindeydi. Annelerin 47'sinin (%31,3) çalışmasına karşın babaların 139'u (%92,7) çalışmaktaydı. Çalışmaya katılan ailelerin 22'si (%14,7) alt gelir, 124'ü (%82,7) orta gelir ve 4'ü (%2,7) üst gelir düzeyindeydi. Soygeçmişinde fiziksel hastalık olan olgu sayısı 42 (%28,0), ruhsal hastalık olan olgu sayısı 49'du (%32,7). Olgu grubunun aile özellikleri Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11. Olgu Grubunun Aile Özellikleri

		Ort	SS
Anne yaşı		37,05	6,25
Baba yaşı		40,92	6,34
		n	%
Kardeş sayısı	Yok	56	37,3
	Bir	75	50,0
	İki	18	12,0
	Üç	1	0,7
Ailenin kaçınıcı çocuğu	Birinci	90	60,0
	İkinci	51	34,0
	Üçüncü	9	6,0
Annenin doğum sırasındaki yaşı	18-25 arası	34	22,7
	25-35 arası	88	58,7
	35-40 arası	24	16,0
	40 yaş üstü	3	2,0
	Bilinmiyor	1	0,7
Birliktelik durumu	Birlikte	139	92,7
	Boşanmış	10	6,7
	Ayrı yaşıyor	1	0,7
Annenin eğitim durumu	Okuma yazma yok	1	0,7
	İlköğretim	62	41,3
	Lise	33	22,0
	Üniversite-Yüksekokul	54	36,0
Annenin işi	Çalışıyor	47	31,3
	Ev hanımı	100	66,7
	Emekli	3	2,0
Babanın eğitim durumu	Okuma yazma yok	1	0,7
	İlköğretim	46	30,7
	Lise	39	26,0
	Üniversite-Yüksekokul	64	42,7
Babanın işi	Çalışıyor	139	92,7
	Çalışmıyor	4	2,7
	Emekli	7	4,7
Aile gelir durumu	Alt	22	14,7
	Orta	124	82,7
	Üst	4	2,7
Ailede fiziksel hastalık	Var	42	28,0
	Yok	108	72,0
Ailede ruhsal hastalık	Var	49	32,7
	Yok	101	67,3

d. Prenatal Dönem ve Doğum Özellikleri

Olgulardan biri evlat edinilmiş olduğundan prenatal dönem ve doğum öyküsü alınamadı, bu olgu tüm olguların %0,7'sini temsil etmekteydi. Prenatal dönemde her hangi bir sorun yaşamamış anne sayısı 87 (%58,0) iken, 62 (%41,3) annenin çeşitli sorunlarla (düşük tehdidi, travma, operasyon vb.) karşılaştığı ve/veya sigara-alkol kullandığı öğrenildi. Olguların 57'si (%38,0) normal (vajinal) yolla doğarken, 91 (%60,7) olgunun sezeryan ve 1 (%0,7) olgunun vakum yardımı ile doğduğu belirlendi. Olgulardan 31'inin (%20,7) bir veya birden fazla doğum komplikasyonu (mor doğum, mekonyum aspirasyonu, kordon dolanması vb.) ile karşılaştığı saptandı. Olgu grubunun prenatal dönem ve doğum özellikleri Tablo 12'de verilmiştir.

Tablo 12. Olgu Grubunun Prenatal Dönem ve Doğum Özellikleri

		n	%
Prenatal dönem	Özellik yok	87	58,0
	Düşük tehdidi	31	20,7
	Sigara kullanımı	12	8,0
	Alkol kullanımı	1	0,7
	Madde kullanımı	0	0,0
	X-Ray	3	2,0
	Travma	3	2,0
	Operasyon	3	2,0
	İlaç kullanımı	44	29,3
	Enfeksiyon	23	15,3
	Bilinmiyor	1	0,7
Doğum Şekli	NSVY	57	38,0
	Sezeryan	91	60,7
	Forseps yardımı ile	0	0,0
	Vakum yardımı ile	1	0,7
	Bilinmiyor	1	0,7
Doğum zamanı	Term	129	86,0
	Prematür	19	12,7
	Postmatür	1	0,7
	Bilinmiyor	1	0,7
Doğum komplikasyonları	Doğum sonrası ağlamama	13	8,7
	Mor doğum	13	8,7
	Mekanyum aspirasyonu	8	5,3
	Kordon dolanması	5	3,3
	Kan uyuşmazlığı	7	4,7
	Bilinmiyor	1	0,7

e. Olgu Grubunun Akran İlişkileri, Özgeçmiş ve Gelişimsel Özellikleri

Olguların akran ilişkileri dört düzeyde değerlendirildi. Bu sonuca göre olguların 7'sinin (% 4,7) iyi, yeterli sayıda arkadaşı varken 143'ünün (%95,3) akran ilişkilerinde çeşitli zorlukları (yetersiz sayıda arkadaş, ilişki kuramama vb.) olduğu saptandı. Olguların 68'inden (%45,3) yenidoğan sarılığı; 1'inden (%0,7) kan tansfüzyonu; 15'inden (%10,0) havale; 36'sından (%24,0) operasyon ve 16'sından (%10,7) travma öyküsü alındı. Aşılamanın tüm olgularda tam olduğu saptandı. Özgeçmişinde geçirilmiş tıbbi hastalık öyküsü olan çocukların sayısı 38'di (%25,3). Psikotrop kullanmayan 52 (%34,7) olguya karşın 98 (%65,3) olgu bir veya birden fazla psikotrop kullanmaktaydı. Gelişim aşamalarından yürüme, konuşma ve tuvalet eğitim yaşına bakıldı. Yürüme yaş ortalaması $1,31 \pm 0,59$ idi ve tüm olgular yürüme yeteneğini kazanmıştı. Konuşma yeteneğini kazanan olguların yaş ortalaması $4,44 \pm 1,89$ 'du. Ancak olgulardan 67'si (%44,7) konuşma yeteneğini kazanamamıştı. Tuvalet eğitimi açısından bakıldığında ise tuvalet eğitimi yaş ortalaması $4,22 \pm 2,11$ iken 39 (%26,0) olgunun tuvalet eğitimini kazanamadığı öğrenildi. Olgu grubunun özgeçmiş ve gelişimsel özellikleri Tablo 13'te verilmiştir.

Tablo 13. Olgu Grubunun Özgeçmiş ve Gelişimsel Özellikleri

			n	%
Akran ilişkileri	İyi, yeterli sayıda arkadaş		7	4,7
	Yetersiz sayıda arkadaş		12	8,0
	Sorunlar var		61	40,7
	İlişki kuramıyor		70	46,7
Özgeçmiş özellikleri	Yenidoğan sarılığı		68	45,3
	Kan transfüzyonu		1	0,7
	Febril konvülziyon öyküsü		15	10,0
	Operasyon		36	24,0
	Travma		16	10,7
	Aşılar		150	100,0
	Geçirilmiş tıbbi hastalık öyküsü		38	25,3
	Psikotrop kullanımı	Yok	52	34,7
		Bir psikotrop	87	58,0
		Birden fazla psikotrop	11	7,3
			Ort	SS
Gelişim	Yürüme		1,31	0,59
	Konuşma*		4,44	1,89
	Tuvalet eğitimi**		4,22	2,11

*Çalışmada konuşma yeteneğini kazanmamış 67 (% 44,7) olgu bulunmaktaydı.

**Çalışmada tuvalet eğitimini kazanmamış 39 (% 26,0) olgu bulunmaktaydı.

4.1.2. Olgu Grubunun Klinik Özellikleri

Olgu grubunda DSM-IV-TR'ye göre OB tanısı almış 139 (%92,7) olgu, YGB-BTA tanısı almış 6 (%4,0) olgu, AB tanısı almış 4 (%2,7) olgu ve RB tanısı almış 1 (%0,7) olgu bulunmaktaydı. DSM-5 ile DSM-IV-TR'nin tanı koyduğu 29 (%19,3) olguya tanı konamadı. DSM-5 OSB ölçütlerine göre tanı almayan bu olgular; DSM-IV-TR'ye göre OB (%12,7), AB (%2,7) ve YGB-BTA (%4,0) tanısı aldı. OB grubunun %13,6'sı, AB ve YGB-BTA tanılı olguların ise hiçbiri DSM-5 ile tanı almadı. Olgu grubunun klinik özellikleri Tablo 14'te verilmiştir.

Tablo 14. Olgu Grubunun Klinik Özellikleri

DSM-IV-TR YGB Tanısı	DSM-5 OSB Tanısı			
	Var		Yok	
	n	%**	n	%**
OB	120	80,0	19	12,7
AB	0	0,0	4	2,7
YGB-BTA	0	0,0	6	4,0
ÇDB	0	0,0	0	0,0
RB	1	0,7	0	0,0
Tüm olgu grubu	121	80,7	29	19,3

*OB: Otistik Bozukluk, YGB-BTA: Yaygın Gelişimsel Bozukluk-Başka Türü Adlandırılmayan, AB: Asperger Bozukluğu, ÇDB: Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu, RB: Rett Bozukluğu

**Tüm olgu grubu içindeki yüzde

4.1.3. DSM-5 OSB Ölçütlerinin Tanısal Özellikleri

DSM-5 OSB ölçütlerine bakıldığında; 139 (%92,7) olgu A1 ölçütünü; 145 (%96,7) olgu A2 ölçütünü; 146 (%97,3) olgu A3 ölçütünü karşılarken 123 (%82,0) olgu B1 ölçütünü; 67 (%44,7) olgu B2 ölçütünü; 87 (%58,0) olgu B3 ölçütünü; 125 (%83,3) olgu B4 ölçütünü; 148 (%98,7) olgu C ölçütünü ve tüm olgular D ve E ölçütünü karşılamaktaydı. DSM-5 OSB ölçütlerinin tanısal özellikleri Tablo 15'te verilmiştir.

Tablo 15. DSM-5 OSB Ölçütlerinin Tanısal Özellikleri

			Karşılanıyor n(%)	Karşılanmıyor n(%)
DSM-5 OSB	A ölçütleri	A1	139 (92,7)	11 (7,3)
		A2	145 (96,7)	5 (3,3)
		A3	146 (97,3)	4 (2,7)
	B ölçütleri	B1	123 (82,0)	27 (18,0)
		B2	67 (44,7)	83 (55,3)
		B3	87 (58,0)	63 (42,0)
		B4	125 (83,3)	25 (16,7)
	C ölçütü		148 (98,7)	2 (1,3)
	D ölçütü		150 (100,0)	0 (0,0)
	E ölçütü		150 (100,0)	0 (0,0)

4.1.4. Çocukluk Çağı Otizm Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ) ve Otizm Davranış Kontrol Listesi (ODKL) Özellikleri

Olgulardaki belirtilerin klinik şiddeti Çocukluk Çağı Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ) ve Otizm Davranış Kontrol Listesi (ODKL) kullanılarak belirlendi. Olguların ÇODÖ toplam, ODKL toplam ve ODKL alt başlık puan özellikleri Tablo 16'da verilmiştir.

Tablo16. Olguların ÇODÖ Toplam,ODKL Toplam ve ODKL Alt Başlık Puan Özellikleri

	ÇODÖ Toplam	ODKL Toplam	ODKL D	ODKL İK	ODKL BN	ODKL DB	ODKL SÖ
Ort	37,81	59,45	7,33	17,67	11,75	11,47	11,43
SS	7,78	24,68	5,06	8,51	8,01	6,05	5,21
En küçük değer	20	3	0	0	0	0	0
En büyük değer	54	136	22	38	35	30	21

ODKL D: duyuşal alt başlığı, ODKL İK: ilişki kurma alt başlığı, ODKL BN: beden ve nesne kullanımı alt başlığı, ODKL DB: dil becerileri alt başlığı, ODKL SÖ: sosyal beceri ve öz bakım alt başlığı.

4.1.5. DSM-IV-TR ve DSM-5'in Tanısal Karşılaştırması

Gerçekte tümü DSM-IV-TR'ye göre tanı almış olan olguların 29'una (%19,3) DSM-5 OSB ölçütleri ile tanı konamadı. DSM-IV-TR ile DSM-5 arasındaki bu tanısal farklılığı dört gözlü tabloda görebilmek ve istatistiksel değerlendirmesini yapabilmek için DSM-5 ölçütlerine göre tanı almayan bir olguyu; DSM-IV-TR ölçütlerine göre de tanı almamış gibi varsaydık. Oluşturulan bu olgu tüm olguların %0,7'sini temsil etmekteydi. DSM-IV-TR ve DSM-5 tanısının var olup olmaması McNemar'ın ki-kare analizi kullanılarak karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu ($p<0,001$) (Tablo 17).

Tablo17. DSM-IV-TR ve DSM-5'in Tanısal Karşılaştırması

		DSM-5 OSB Tanısı		Toplam n(%)
		Var n(%*)	Yok n(%*)	
DSM-IV-TR	Var	121 (80,7)	28 (18,7**)	149 (99,3)
	Yok	0 (0,0)	1 (0,7)	1 (0,7)
Tüm olgu grubu		121 (80,7)	29 (19,3)	150 (100,0)

*Tüm olgu grubu içindeki yüzde

** $p<0,001$

DSM-5'e göre tanı almayan 29 olgunun %31,0'ı ($n=9$) DSM-5 OSB A ölçütlerinin üçünü, %51,7'si ($n=15$) DSM-5 OSB B ölçütlerinden ikisini ve %10,3'ü ($n=3$) hem DSM-5 OSB A hem de B ölçütlerini yeterli sayıda karşılamıyordu. Yaş ölçütünü karşılamamakla birlikte DSM-5 OSB A ölçütünü ve DSM-5 OSB hem A hem B ölçütlerini yeterli sayıda karşılamayan birer olgu vardı.

4.1.6. DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Yaş Grupları Karşılaştırması

DSM-5 OSB tanısı yaş grupları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,019$) (Tablo 18).

Tablo18. DSM-5OSB Tanısının Yaş Grupları Karşılaştırması

		DSM-5 OSB Tanısı		Toplam n(%)	p*
		Var n(%)	Yok n(%)		
Yaş grubu	3-7 yaş	41 (69,5)	18 (30,5)	59 (100,0)	0,019
	7-11 yaş	39 (86,7)	6 (13,3)	45 (100,0)	
	11-15 yaş	41 (89,1)	5 (10,9)	46 (100,0)	
Tüm olgu grubu		121 (80,7)	29 (19,3)	150 (100,0)	

*Pearson ki kare

DSM-5 OSB tanısı yaş grupları açısından karşılaştırıldığında bulunan anlamlı farkın hangi yaş grubundan kaynaklandığının anlaşılması amacı ile 3-7 yaş grubu çıkarılarak istatistiksel değerlendirme tekrar yapıldığında anlamlı fark bulunmadı ($p=0,718$) (Tablo 19). Bu sonuca göre istatistiksel anlamlılığı 3-7 yaş grubunun oluşturduğu sonucuna varıldı.

Tablo 19. DSM-5OSB Tanısının 3-7 Yaş Grubu Çıkarılarak Yaş Grupları Karşılaştırması

		DSM-5 OSB Tanısı		Toplam n(%)	p*
		Var n(%)	Yok n(%)		
Yaş grubu	7-11 yaş	39(%86,7)	6(%13,3)	45(%100,0)	0,718
	11-15 yaş	41(%89,1)	5(%10,9)	46(%100,0)	
Toplam		80(%87,9)	11(%12,1)	91(%100,0)	

*Pearson ki kare

Yaş gruplarının tanı almama nedenlerine bakıldığında;

- 3-7 yaş grubundaki tanı almayan 18 olgunun %72,2'si ($n=13$) DSM-5 OSB B ölçütlerini yeterli sayıda karşılamaması nedeniyle tanı almazken; % 27,8'i ($n=5$) DSM-5 OSB A ölçütlerinin üçünü de karşılamadığından tanı almadı.
- 7-11 yaş grubundaki tanı almayan 6 olgunun %50,0'ı ($n=3$) DSM-5 OSB B ölçütlerini yeterli sayıda karşılamaması nedeniyle tanı almazken; % 33,3'ü ($n=2$) DSM-5 OSB A

ölçütlerinin üçünü de ve %16,7'si (n=1) yaş ölçütü ile birlikte A ve B ölçütlerini yeterli sayıda karşılamadığından tanı almadı.

- 11-15 yaş grubundaki tanı almayan 5 olgunun %20,0'ı (n=1) DSM-5 OSB B ölçütlerini yeterli sayıda karşılamaması nedeniyle tanı almazken; %40,0'ı (n=2) DSM-5 OSB A ölçütlerinin üçünü de, %20,0 (n=1)'si hem A hem B ölçütlerini ve %20,0'ı (n=1) yaş ölçütü ile birlikte A ölçütlerini yeterli sayıda karşılamadığından tanı almadı.

4.1.7. DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Yaş Ortalamalarının Karşılaştırması

DSM-5'in tanı koyduğu olgular ile tanı koymadığı olgular arasında yaş sürekli değişken olarak alındığında yapılan karşılaştırmada istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,009) (Tablo 20).

Tablo 20. DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Yaş Ortalamalarının Karşılaştırması

	DSM-5 OSB Tanısı				p*
	Var		Yok		
	Ort	SS	Ort	SS	
Yaş	8,61	3,73	6,60	3,32	0,009

* Mann-Whitney U

DSM-5'e göre tanı almayan 3-7 yaş grubunun yaş ortalaması $4,58 \pm 1,18$; 7-11 yaş grubunun yaş ortalaması $7,33 \pm 0,26$; 11-15 yaş grubunun yaş ortalaması $13,00 \pm 0,94$ olarak hesaplandı.

4.1.8. DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Cinsiyet Oranlarının Karşılaştırması

DSM-5 OSB ölçütleriyle erkek olguların %80,2'si, kız olguların ise %82,4'ü tanı aldı. DSM-5 ile tanı alan olgular ile tanı almayan olgular arasında cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmadı ($p=0,777$) (Tablo 21).

Tablo 21. DSM-5 Tanısı Olan ve Olmayan Olguların Cinsiyet Oranlarının Karşılaştırması

		DSM-5 OSB Tanısı		Toplam n(%)	p*
		Var n(%)	Yok n(%)		
Cinsiyet	Kız	28(%82,4)	6(%17,6)	34(%100,0)	0,777
	Erkek	93(%80,2)	23(%19,8)	116(%100,0)	
Tüm olgu grubu		121(%80,7)	29(%19,3)	150(%100,0)	

* Pearson ki kare

Çalışmaya alınan kız ve erkek cinsiyette otizm belirtilerini şiddeti ve bu açıdan bir farklılık olup olmadığının değerlendirilmesi amacıyla ÇODÖ ve ODKL toplam puan ortalamaları kullanıldı. Cinsiyetler arasında ÇODÖ ve ODKL toplam puan ortalamalarının karşılaştırmasında anlamlı fark bulunmadı (Tablo 22).

Tablo 22. Cinsiyetler Arasında ÇODÖ ve ODKL Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

Cinsiyet	ÇODÖ Toplam		p*	ODKL Toplam		p*
	Ort	SS		Ort	SS	
Kız	34,29	8,03	0,810	63,21	26,66	0,448
Erkek	37,66	7,73		58,35	24,08	

* Mann-Whitney U

4.1.9. DSM-5 OSB B Alt Ölçütleri İçin Yaş, Cinsiyet, ÇODÖ ve ODKL Toplam Puanlarının Karşılaştırması

DSM-5 OSB B1 ölçütünü karşılayan ve karşılamayan olguların karşılaştırmasında yaş grupları ve cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmadı. Buna karşın DSM-5 OSB B2 ölçütünü karşılayan ve karşılamayan olguların karşılaştırmasında yaş grupları açısından anlamlı fark bulunurken cinsiyet açısından anlamlı fark yoktu. Yine DSM-5 OSB B3 ölçütünü karşılayan ve karşılamayan olguların karşılaştırılmasında da B2 ölçütüne benzer şekilde yaş grupları açısından anlamlı fark bulunurken cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmadı. DSM-5 OSB B4 ölçütünü karşılayan ve karşılamayan olguların karşılaştırılmasında ise yaş grupları ve cinsiyet açısından anlamlı fark saptanmadı (Tablo 23).

Tablo 23. DSM-5 OSB B Alt Ölçütleri İçin Yaş ve Cinsiyet Karşılaştırması

		Yaş			p*	Cinsiyet		p*
		3-7 yaş	7-11 yaş	11-15 yaş		Kız	Erkek	
DSM-5 OSB B1	Var n(%)	46 (78,0)	35 (77,8)	42 (91,3)	0,143	27 (79,4)	96 (82,8)	0,665
	Yok N (%)	13 (22,0)	10 (22,2)	4 (8,7)		7 (20,6)	20 (17,2)	
DSM-5 OSB B2	Var n(%)	19 (32,2)	24 (53,3)	24 (52,2)	0,047	16 (47,1)	51 (44,0)	0,750
	Yok n(%)	40 (67,8)	21 (46,7)	22 (47,8)		18 (52,9)	65 (56,0)	
DSM-5 OSB B3	Var n(%)	23 (39)	31 (68,9)	33 (71,7)	0,001	17 (50,0)	70 (%60,3)	0,282
	Yok n(%)	36 (61)	14 (31,1)	13 (28,3)		17 (50,0)	46 (39,7)	
DSM-5 OSB B4	Var n(%)	48 (81,4)	39 (86,7)	38 (82,6)	0,762	30 (88,2)	95 (81,9)	0,383
	Yok n(%)	11 (18,6)	6 (13,3)	8 (17,4)		4 (11,8)	21 (18,1)	

*Pearson ki kare

DSM-5 OSB B2 ve B3 ölçütlerini karşılayan ve karşılamayan olguların karşılaştırılmasında yaş grupları açısından anlamlı fark bulunmuştu. Bu farklılığın hangi yaş grubundan kaynaklandığını anlamak için 3-7 yaş grubu çıkarılarak yapılan istatistiksel değerlendirmede anlamlılık yoktu (Tablo 24). Bu sonuca göre hem DSM-5 OSB B2 ölçütü hem de DSM-5 OSB B3 ölçütü için istatistiksel anlamlılığı 3-7 yaş grubunun oluşturduğu sonucuna varıldı.

Tablo 24. DSM-5 OSB B1 ve B2 Ölçütlerinin Var Olup Olmamasının 3-7 Yaş Grubu Çıkarılarak Karşılaştırması

		Yaş grubu		p*
		7-11 yaş n(%)	11-15 yaş n(%)	
DSM-5 OSB B2	Var	24 (53,3)	24 (52,2)	0,912
	Yok	21 (46,7)	22 (47,8)	
DSM-5 OSB B3	Var	31 (68,9)	33 (71,7)	0,766
	Yok	14 (31,1)	13 (28,3)	

*Pearson ki kare

DSM-5 OSB B1 ölçütünü karşılayan ve karşılamayan olguların ÇODÖ ve ODKL toplam puanlarının ortalamasının karşılaştırmasında anlamlı fark bulunurken, B2 ve B3 ölçütü için anlamlı fark bulunmadı. DSM-5 OSB B4 ölçütünü karşılayan ve karşılamayan olguların ÇODÖ ve ODKL toplam puanlarının ortalamasının karşılaştırıldığında ise anlamlı fark vardı (Tablo 25).

Tablo 25. DSM-5 OSB B Alt Ölçütleri İçin ÇODÖ ve ODKL Toplam Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

			ÇODÖ Toplam		p*	ODKL Toplam		p*
			Ort	SS		Ort	SS	
DSM-5 OSB-B	B1	Var	39,26	7,36	<0,001	63,82	23,58	<0,001
		Yok	31,19	6,06		39,56	19,52	
	B2	Var	39,10	8,09	0,062	61,79	23,84	0,195
		Yok	36,76	7,40		57,57	25,32	
	B3	Var	36,86	8,37	0,130	59,43	24,73	0,437
		Yok	39,12	6,72		59,49	24,82	
	B4	Var	38,60	7,50	0,011	62,02	23,86	p** 0,004
		Yok	33,84	8,06		46,64	25,20	

* Mann-Whitney U

**Bağımsız gruplarda T-test

4.2.0. DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların, DSM-5 OSB B Alt Ölçütleri Tek Tek Çıkarıldığında DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olgularla Karşılaştırması

DSM-5 OSB tanısı olan ve olmayan olguların; DSM-5 OSB B1 (basmakalıp veya yineleyeci devinsel eylemler, nesne kullanımları veya konuşma), B3 (yoğunluğu ve odağı olağandışı olan, ileri derece kısıtlı, değişkenlik göstermeyen ilgi alanları) ve B4 (duyusal girdilere karşı çok yüksek veya düşük düzeyde tepki gösterme veya çevrenin duyusal yanlarına olağandışı bir ilgi gösterme) ölçütleri tek tek çıkarıldığında DSM-5 OSB tanısı olan ve olmayan olgularla karşılaştırılmasında anlamlı fark bulunurken B2 (aynılık konusunda direnme, sıradanlık dışına esneklik göstermeme veya törensel sözel veya sözel olmayan davranışlar) ölçütü için anlamlı fark bulunmadı (Tablo 26).

Tablo 26. DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların, DSM-5 OSB B Alt Ölçütleri Tek Tek Çıkarıldığında DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olgularla Karşılaştırması

		DSM-5 OSB tanısı			p*
		Var n(%)	Yok n(%)	Toplam n(%)	
B1 Çıktığında OSB Tanısı	Var	90 (60,0)	0 (0,0)	90 (60,0)	<0,001
	Yok	31 (20,7)	29 (19,3)	60 (40,0)	
B2 Çıktığında OSB Tanısı	Var	117 (78,0)	0 (0,0)	117 (78,0)	0,125
	Yok	4 (2,7)	29 (19,3)	33 (22,0)	
B3 Çıktığında OSB Tanısı	Var	109 (72,7)	0 (0,0)	109 (72,7)	<0,001
	Yok	12 (8,0)	29 (19,3)	41 (27,3)	
B4 Çıktığında OSB Tanısı	Var	86 (57,3)	0 (0,0)	86 (57,3)	<0,001
	Yok	35 (23,3)	29 (19,3)	64 (42,7)	

*Pearson ki kare

4.2.1. DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların ÇODÖ Toplam, ODKL Toplam ve ODKL Alt Başlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

DSM-5'in tanı koyduğu olgular ile tanı koymadıkları arasında ÇODÖ ve ODKL toplam puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu (Tablo 27).

DSM-5'in tanı koyduğu olgular ile tanı koymadıkları arasında ODKL alt başlık puan ortalamaları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulundu (Tablo 27).

Tablo 27. DSM-5 OSB Tanısı Olan ve Olmayan Olguların ÇODÖ Toplam,ODKL Toplam ve ODKL Alt Başlık Puan Ortalamalarının Karşılaştırması

	DSM-5 OSB Tanısı				p*
	Var		Yok		
	Ort	SS	Ort	SS	
ÇODÖ Toplam	39,37	7,37	31,29	5,86	<0,001
ODKL Toplam	64,04	23,28	40,31	21,18	<0,001
ODKL-Duyusal	7,93	4,92	4,86	4,93	0,001
ODKL-İlişki Kurma	19,18	7,99	11,34	7,76	<0,001
ODKL-Dil Becerileri	12,16	6,15	8,62	4,75	0,004
ODKL-Beden ve Nesne Kullanımı	12,92	7,95	6,86	6,33	<0,001
					p**
ODKL-Sosyal Beceri ve Öz bakım	12,10	4,99	8,62	5,25	0,001

* Mann-Whitney U

**Bağımsız gruplarda T-test

4.2.2. DSM-5 OSB Tanısının A ve B Ölçütleri İçin Belirtilen Şiddet Düzeylerinin ÇODÖ ve ODKL Toplam Puanları İle İlişkisi

DSM-5 OSB tanısının A ve B ölçütleri için belirtilen şiddet düzeylerinin ÇODÖ ve ODKL toplam puanları ile ilişkisine iki şekilde bakıldı. İlk olarak ortalamaların karşılaştırılması için tek yönlü ANOVA (One-Way ANOVA) ve farkın nereden kaynaklandığını bulmak için Post Hoc testlerden Tukey testi kullanıldı. İkinci olarak Spearman sıra korelasyon analizi ile bu ilişki değerlendirildi.

Tablo 28. DSM-5 OSB A ve B Ölçütleri İçin Belirtilen Şiddet Düzeylerinin ÇODÖ ve ODKL Toplam Puan Ortalamaları İle İlişkisi

		N	Ort	SS		N	Ort	SS
ÇODÖ Toplam	A-1.düzy	39	28,69	3,89	B-1.düzy	64	31,92	5,62
	A-2.düzy	47	35,50	3,81	B-2.düzy	58	39,76	5,60
	A-3.düzy	64	45,05	3,82	B-3.düzy	28	47,21	3,41
	Tüm grup	150	37,81	7,78	Toplam	150	37,81	7,78
ODKL Toplam	A-1.düzy	39	38,05	21,26	B-1.düzy	64	45,97	22,54
	A-2.düzy	47	58,15	20,48	B-2.düzy	58	62,60	20,67
	A-3.düzy	64	73,45	19,43	B-3.düzy	28	83,75	14,49
	Tüm grup	150	59,45	24,68	Toplam	150	59,45	24,68

DSM-5 OSB A ve B ölçütleri için belirtilen şiddet düzeylerinin ÇODÖ ve ODKL toplam puan ortalamaları ile karşılaştırmasında istatistiksel anlamlılık bulundu ($P < 0,001$) (Tablo 28).

Spearman sıra korelasyon analizi ile bu ilişki değerlendirildiğinde;

- DSM-5 OSB A ölçütleri için belirtilen şiddet düzeyleri ÇODÖ toplam puanıyla %87,8 pozitif korele iken, ODKL toplam puanı için %57,5 pozitif korele bulundu (Tablo 29).
- DSM-5 OSB B ölçütleri için belirtilen şiddet düzeyleri ÇODÖ toplam puanıyla %73,8 pozitif korele iken, ODKL toplam puanı için %58,3 pozitif korele bulundu (Tablo 29).

Tablo 29. DSM-5 OSB A ve B Ölçütleri İçin Belirtilen Şiddet Düzeylerinin ÇODÖ ve ODKL Toplam Puanları İle Korelasyonu

	DSM-5 OSB A ölçütleri ağırlık düzeyi		DSM-5 OSB B ölçütleri ağırlık düzeyi	
	Spearman's rho	p	Spearman's rho	p
ÇODÖ Toplam	0,878	<0,001	0,738	<0,001
ODKL Toplam	0,575	<0,001	0,583	<0,001

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Bu çalışmada DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre YGB tanısı alan 3-15 yaş arası çocuk ve ergenlerin DSM-5 tanısall sınıflandırma sistemine göre aldıkları tanıların karşılaştırılması ve DSM-5 OSB ölçütleriyle yapılan değişikliğin klinik yansımalarının tartışılması amaçlandı. Bu amaçla çalışmaya DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre YGB tanısı alan 150 çocuk ve ergen dahil edildi.

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tipik olarak hayatın ilk yıllarında başlayan sosyal, iletişimsel ve bilişsel gelişimde gecikme, duraklama ve sapmanın görüldüğü nöropsikiyatrik bozukluklar grubunu tanımlanır (18). Tedaviye erken başlanan otizml çocuklar var olan kapasitlerini daha iyi kullanılabilmekte, normal eğitim kurumlarına daha iyi uyum göstermekte; tam tersine tedavinin geciktiği olgularda ise bu açıdan önemli güçlükler yaşanmaktadır (11). Bu durum OSB’de tanının önemini artırmaktadır. Bu nedenle, DSM-5’teki OSB tanısının, daha kesin biçimde tanı koymayı kolaylaştıracak özgüllüğün yanısıra, otizm belirtileri nedeniyle desteğe gereksinim duyan bireyleri tanı sisteminin dışında bırakmayacak duyarlığa sahip olması da gerekmektedir (9).

Amerikan Psikiyatri Birliği’nin (American Psychiatric Association-APA) 2010 yılında DSM-5 taslak ölçütlerini yayınlaması otizm tanısıyla ilgili birçok kaygıyı beraberinde getirmiştir. DSM-IV-TR’den DSM-5’e geçişle birlikte önerilen değişiklikler hakkında önemli kaygılardan biri DSM-IV-TR’ye göre tanı alan çocukların bazılarının DSM-5’e göre artık tanı almayacağıdır. DSM-5’te çocukların hem toplumsal iletişim/etkileşim hem de tekrarlayıcı davranış belirtilerine sahip olması gerekliliği bu kaygıları ortaya çıkarmıştır (97).

Bu kaygıları dikkate alarak çalışmamızda DSM-IV-TR ve DSM-5 ölçütlerinin tanısall özelliklerini karşılaştırdık. Olgu grubunun tümü DSM-IV-TR ile tanı alırken %19,3 (n=29) olgu DSM-5 OSB ölçütleri ile tanı almadı. Tanı almayan bu grubu çoğunlukla yüksek işlevli olgular oluşturmaktaydı. Bu tanısall farklılığının istatistiksel değerlendirmesini yapabilmek için DSM-5 ölçütlerine göre tanı almayan bir olguyu; DSM-IV-TR ölçütlerine göre de tanı almamış gibi varsaydık. Oluşturulan bu olgu tüm olguların %0,7’sini temsil etmekteydi.

DSM-IV-TR ve DSM-5 tanısının var olup olmamasının bu duruma göre istatistiksel analizini yaptığımızda anlamlı fark bulunmaktaydı ($p<0,001$). DSM-IV-TR ile DSM-5 arasındaki tanısal farklılıkla ilgili bulgularımız ilgili yazındakine benzerdi.

Yazında DSM-IV-TR'deki YGB tanı ölçütleri ile DSM-5'teki OSB ölçütlerini karşılaştıran çalışmalar da otizm belirtilerine sahip olmalarına karşın bazı çocuk ve ergenlerin yeni sisteme göre tanı alamayabileceği gösterilmiştir (6,7,8,9). Huerta ve ark. yaptıkları çalışmada DSM-IV'e göre klinik olarak YGB tanısı alan çocukların %91'inin DSM-5 ölçütlerine göre de tanı almayı sürdürdüğünü göstermiş; DSM-5'in tam doğrulukla tanı koyma oranının DSM-IV'ten daha yüksek olduğunu söylemiş (37) olsada bir çok çalışmada DSM-5 ile tanıyı karşılamama oranının daha fazla olduğu bildirilmiştir. Matilla ve ark. (2011) tarafından IQ>50 olan çocuklarla yapılan bir çalışmada DSM-IV-TR'ye göre YGB tanısı olan çocuklardan %46'sı ($n=12$) DSM-5 ile OSB tanısı alabilmiştir (6). Frazier, önerilen ölçütlerin geçerliğini göstermiş, DSM-5'in özgüllüğünü DSM-IV'ten üstün bulmasına rağmen, duyarlılığının daha düşük olduğunu, ayrıca bu ölçütlerle olguların %12'sinin tanı almadığını bildirmiştir (38). Gibbs ve ark. (2012) ise 2-16 yaş arasında 132 çocuk ve ergenle ADI-R ve ADOS kullanarak yaptıkları çalışmada, DSM-IV-TR ölçütleri ile tanı alan %23,4 ($n=26$) olgunun DSM-5 ile tanı almadığını, Frazier'in bulgusuna benzer şekilde DSM-5'in özgüllüğünün yüksek, duyarlılığının düşük olduğunu saptamışlardır (98). Yapılan bir alan çalışmasında ise %39,4 ($n=259$) olgunun DSM-5 ile tanı almadığı belirtilmiştir (8).

Worley ve Matson 3-16 yaş arası 208 olguyla yaptıkları çalışmada DSM-5 OSB ölçütleri kullanıldığında tanı alma oranında %32'lik bir düşüş saptamışlardır (9). Buna yakın sonuçları Matson ve ark. (2012) farklı yaş gruplarında elde etmişlerdir. Erişkinlerle yaptıkları çalışmada DSM-5 OSB ölçütleri ile tanı koyma oranında %36'lık bir düşüş olurken (99), 17-36 ay arası çocuklarla yaptıkları çalışmada %47'lik bir düşüş olduğunu bildirmişlerdir (100). Taheri ve Perry de benzer şekilde çalışmalarında DSM-IV'e göre Otistik Bozukluk ve YGB-BTA tanısı alan olguların daha azının (%62,6) DSM-5'e göre OSB tanısı aldığını bulmuşlardır. Yine aynı çalışmada IQ<40 olan olguların %89,7'si DSM-5 ile tanı alırken IQ $\geq$ 70 olan olguların %22,2'si tanı alabilmiştir (101). Başka bir çalışmada olguların %57'si DSM-5 OSB ölçütlerini karşılayabilmiştir (102). Güney Kore toplumunda yapılan bir epidemiyolojik çalışmada ise DSM-IV YGB tahmini prevelansından DSM-5 OSB tahmini prevelansına %17'lik bir azalma olduğu belirtilmiştir (103).

Çalışmamızdaki DSM-IV-TR ve DSM-5 ölçütleri arasındaki tanısal farklılığı ortaya çıkaran nedenler ise 29 olgunun %31,0'nın (n=9) "toplumsal iletişim ve etkileşim" ölçütlerinin üçünü; %51,7'sinin (n=15) "sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler" ölçütlerinden ikisini ve %10,3'ünün (n=3) hem "toplumsal iletişim ve etkileşim" ve hem de "sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler" ölçütlerini; %7'sinin (n=2) de yaş ölçütüyle birlikte diğer ölçütleri yeterli sayıda karşılamamasıydı. Bu olguların bir kısmı sözel olmayan iletişim ve/veya sözel iletişim kurma ve sürdürme yetenekleriyle ilgili DSM-5 ölçütlerini karşılama açısından eşik altı olsa da DSM-IV-TR ve DSM-5 arasındaki bu tanısal farklılığı ortaya çıkaran asıl neden "sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler" ölçütlerinin dördünden ikisini karşılama zorunluluğuydu. Tanı farklılığı olan olguların %51,7'si bu ölçütleri yeterli sayıda karşılamadığı için DSM-5'e göre tanı almadı. Sonuç olarak bu çalışmada "sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler" alanında dört ölçütten ikisini karşılama gerekliliğinin katı bir yenilik olarak karşımıza çıktığı saptandı. Gibbs ve ark. da (2012) yaptıkları çalışmada DSM-IV-TR ve DSM-5 arasındaki tanısal farklılığı ortaya çıkartan asıl nedenin "sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler" ölçütlerinin dörtte ikisini karşılama zorunluluğu olduğunu ve tanısal farklılığı olan olguların %54'ünün bu nedenle DSM-5'e göre tanı almadığını göstermişlerdir (98).

Sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler alanındaki eşik değeri dörtte ikiden dörtte bire çekmek başka yazarlarca yapılan çalışmalarda (9,99,104,100,105) önerilmiş ve bu öneri bulgularımızla da desteklenmiştir. McPartland ve ark. (2012) çalışmalarında DSM-5 ölçütleri için yaptıkları değişikliklerde "toplumsal iletişim ve etkileşim" ölçütlerinden üç yerine ikisini ve "sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler" ölçütlerinden iki yerine birini karşılama yeterliliğinin duyarlık ve özgüllük arasında denge sağladığını, DSM-IV-TR ile tanı alan olguların tanılarını sürdürdüklerini ve OSB ile Toplumsal İletişim Bozukluğu arasındaki farklılıkların korunduğunu bildirmişlerdir (8). Ancak bir farklılık olarak Young ve ark. (2013) yaptıkları çalışmada DSM-5 OSB'de "toplumsal iletişim ve etkileşim" ölçütlerinin üçünü birden karşılama gerekliliğinin çok katı olduğunu öne sürmüşlerdir (102). Çalışmamızla olan bu farklılığın OSB'nin heterojenitesi ve yöntemsel farklılıklarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

DSM-IV-TR otizm tanısı koymak için en sık kullanılan araçlardan biridir, ancak bazı zayıflıkları vardır. En belirgin zayıflıklarından biri otizm alt kategorileri arasındaki sınırların çok belirsiz olmasıdır ve araştırmacılar sık sık bu bozukluklar arasındaki farkı tanımlamakta

güçlük çekmektedir (98,9). Yaygın bir ortak fikir, otizmin bireyler arasında hatta bireyin kendi yaşam evreleri arasında değişiklik gösteren bir spektrum olduğudur. Özellikle bu durum farklı entelektüel seviyesi ve dil becerisi olan bireyler arasında belirgindir. Bu heterojen spektrum içinde alt kategorileri tanımlamak için pek çok girişim vardır. Önceki gelişimsel gecikmelere rağmen iyi dil becerisi ve IQ seviyesine sahip bireyleri tanımlarken Asperger Bozukluğu ve yüksek işlevli otizm arasında gerçekten anlamlı bir fark olup olmadığına yönelik çok sayıda çalışma ve gözden geçirme yapılmış, halen bu tanısal farklılığı destekleyen bir kanıt bulunamamıştır (106). Klasik otizme sahip olgularla Asperger Bozukluğu arasındaki farklılıklar göze çarparsa da bu ikisinin karışımı olan bir çok olgu vardır. Buna ek olarak hastalıkta yıllar boyunca süren değişimlerle başta tipik otizm tanısı alan biri yıllar sonra Asperger Bozukluğu tanımlamalarına uyacak hale gelebilir (10).

DSM-5 OSB ölçütleriyle birlikte YGB terimi altında toplanan Otistik Bozukluk, Asperger Bozukluğu, Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu ve YGB-BTA tanı kategorileri; “Otizm Spektrum Bozukluğu” tanısı altında birleştirilmiş, Rett Sendromu genetik altyapısı nedeniyle bu tanı grubuna dahil edilmemiştir (5). DSM-5 yayımlandıktan sonra alt kategoriler arasındaki benzerlikler ve farklılıkları inceleyen bir yazında kapsamlı bir değerlendirme yapılmıştır. Öncelikle bu alanda yayınlanmış 9 inceleme yazısının yeniden gözden geçirilmesiyle bu yazılardan ikisinin “Asperger Bozukluğu’nu otizmden ayrı bir bozukluk” olarak bildirdiği, dört incelemenin “Asperger Bozukluğu ve otizm arasında fark olmadığını” belirttiği, üç incelemenin ise “Asperger Bozukluğu’nun sınıflama sisteminden çıkarılmasının erken bir girişim” olarak tanımladığı belirtilmiştir. Ancak otizm ve Asperger Bozukluğu’nu, en az bozulma olan kısmında Asperger Bozukluğu’nun bulunduğu bir süreklilik halinde inceleyen ve alt tip görüşleri arasındaki tartışmalar sürmektedir. Yine YGB-BTA ve otizm arasında bazı farklılıkların olabileceğine dikkat çekilmiştir (28).

DSM-IV-TR’deki kategorik sınıflandırmadan DSM-5’teki boyutsal sınıflandırmaya geçişle birlikte klasik otizm hastaları ile diğer alt kategoriler arasında bir devamlılık olduğu kabul edilmiştir. DSM-IV-TR’de yer alan farklı kategoriler bu devamlılığın içine alınmıştır. DSM-IV-TR’deki bu keskin farklılıklar yanlış anlaşılmalara neden olurken, DSM-5 ile birlikte bunlar kaldırılmıştır (107). Ancak bu durum DSM-5 OSB ölçütleriyle, YGB tanısı olup da Asperger Bozukluğu ve YGB-BTA gibi bilişsel işlevleri iyi olan hastaların dışlanacağı kaygısını beraberinde getirmiştir (108).

Çalışmamızın bulguları bu açıdan değerlendirildiğinde DSM-IV-TR'ye göre Otistik Bozukluk tanısı almış 139 (%92,7) olgu, YGB-BTA tanısı almış 6 (%4) olgu, Asperger Bozukluğu tanısı almış 4 (%2,7) olgu ve Rett Bozukluğu tanısı almış 1 (%0,7) olgu vardı. Otistik Bozukluk tanısı olan olguların %13,6'sı (n=19), Asperger Bozukluğu ve YGB-BTA tanılı olguların ise hiçbiri DSM-5 OSB ölçütleri ile tanı almadı. Bu olgularda “toplumsal iletişim ve etkileşim” ve “sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler” alanlarında bozulmalar vardı ancak bu bozulma tanı için gereken eşik düzeyin altındaydı.

İlgili yazında farklı çalışmalarda yüksek işlevli otizm, Asperger Bozukluğu ve YGB-BTA tanılı bireylerin DSM-5 ile tanı alamayabilecekleri saptanmıştır. McPartland ve ark. (2012) yaptıkları çalışmada Otistik Bozukluk tanısı olan olguların %75,8'i DSM-5 ile tanı alırken Asperger Bozukluğu olanların %25'i, YGB-BTA tanısı olanların ise sadece %28,3'ü tanı alabilmiştir (8). Aynı çalışmada IQ<70 olan olguların %69,7'sine, IQ>70 olan olguların %46'sına OSB tanısı konabilmiştir. Gibbs ve ark. (2012) Otistik Bozukluk tanısı olanların %10,2'sinin, Asperger Bozukluğu tanısı olanların %16,6'sının ve YGB-BTA tanısı olanların %50'sinin DSM-5 ile tanı almadığını saptamıştır (98). Matilla ve ark.nın (2011) çalışmasında ise DSM-IV-TR ile Asperger Bozukluğu tanısı olan olgular ve bazı yüksek işlevli otizm olguları DSM-5 ölçütleri ile OSB tanısını karşılamamışlardır (6). Yine Huerta ve ark. (2012) DSM-IV'ün Asperger Bozukluğu ve YGB-BTA için duyarlılığının DSM-5'ten daha yüksek olduğu sonucuna ulaşmıştır (37). YGB-BTA tanısı alanların büyük kısmının DSM-5 ile dışlandığını gösteren bir diğer çalışma Mandy ve ark. (2012) tarafından yapılmıştır (109). Küçük çocuklarda (17-36 ay) Matson ve ark (2012) DSM-IV-TR ile Otistik Bozukluk tanısı alanların %24'ünün; YGB-BTA tanısı alanların ise %88'inin DSM-5 ile tanı almadığını göstermiştir (100). Taheri ve Perry ise Otistik Bozukluk tanılı olguların %80,6'sının; YGB-BTA tanılı olguların ise sadece %16,7'sinin DSM-5 ile tanı alabildiğini çalışmalarında bildirmiştir (101). Kim ve ark. (2014) da YGB-BTA tanılı olguların %63'ünün DSM-5 ile tanı alabildiğini göstermişlerdir (103). Young ve ark.nın (2013) çalışmasında ise YGB-BTA tanısı olan 20 katılımcıdan hiçbiri DSM-5 OSB ölçütleriyle tanı alamamıştır (102). Bu çalışmalara benzer şekilde başka bir çalışmanın bulguları YGB-BTA tanılı olguların DSM-5 OSB ölçütlerini daha az karşıladığını saptamıştır (110). Sonuç olarak bir çok çalışma da başta YGB-BTA tanılı olmak üzere otizm spektrumu içerisindeki yüksek işlevli olguların, DSM-5 OSB tanı ölçütlerini tamamen karşılayamama riski taşıdığı bildirilmiştir.

Çalışmamızda DSM-IV-TR ile YGB tanısı alan 150 olgunun %19,3'ü DSM-5 ölçütlerine göre OSB tanısı almamıştır. Bulgularımız, bundan sonra DSM ölçütlerini karşılayamayacak ancak OSB'nin önemli belirtilerini sergileyecek olan birçok çocuğun olduğunu gösteren önceki araştırmalarla uyumludur. Özetle klasik otizm DSM-5'te kendine daha fazla yer bulurken, Asperger Bozukluğu ve YGB-BTA için bu geçerli değildir. Çalışmamızda diğer bir çok çalışmadan farklı olarak Asperger Bozukluğu ve YGB-BTA tanılı olguların hiçbirinin DSM-5 ile tanı almama nedeninin bu iki grubun tüm olgular içinde % 6,7'lik küçük bir grubu temsil etmesi ve bu durumun bir kısıtlılık yaratması olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada ayrıca, OSB'de erken tanı ve tedavinin önemi düşünülerek DSM-5 OSB ölçütlerinin yaşla ilişkisi değerlendirildi. Bu amaçla DSM-5 OSB tanısı alan ve almayan olguları hem yaş grupları hem de yaş ortalamaları açısından karşılaştırıldı. Yaş grupları açısından yapılan karşılaştırmada istatistiksel anlamlılık vardı ve bu anlamlılık 3-7 yaş grubundan kaynaklanmaktaydı, yani 3-7 yaş grubu olgular DSM-5 ile daha az tanı almaktaydı. Benzer bir bulgu olarak DSM-5 ile OSB tanısı alan ve almayan olguların yaş ortalamalarının karşılaştırmasında da istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p=0,009$). Bu sonuca göre DSM-5 ile tanı alanların yaş ortalaması $8,61\pm3,73$ iken almayanların yaş ortalaması $6,60\pm3,32$ idi. Bu çalışmada 3-7 yaş grubundan tanı almayan olguların (yaş ortalaması $4,58\pm1,18$ yıl) % 72,2'si "sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler" ölçütlerinden dördünden ikisini; %27,8'i ise "toplumsal iletişim ve etkileşim" ölçütlerinden üçünü karşılamaması nedeniyle tanı almadı. Bu yaş grubunda da tüm olgu grubunda olduğu gibi tanı almamanın asıl nedeni "sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler" ölçütlerinin eşik altı düzeyde karşılanması olarak karşımıza çıktı ve bu oran tüm olgu grubu ile karşılaştırıldığında %51,7'den %72,2'ye yükseldi. Bu anlamlılığın OSB'nin gelişimsel bir bozukluk olması ve farklı yaşam evrelerinde farklı özellikler göstermesiyle ilişkili olabileceği düşünüldü. Çalışmamız bulgularını destekler şekilde yazında otistik belirtilerin yaşamsal evrelerle ilişkisine dikkat çekilmiş ve küçük yaş grubunun yeni ölçütlerle tanı almayabileceği gösterilmiştir (100,104,105,110).

Erken dönemde otizm belirtileri yeni ortaya çıkıyor olabileceğinden küçük çocuklarda belirtilerin sergilenmesi daha az belirgindir (105). Bazı yazarlar tekrarlayan davranışların bazı çocuklarda yaşamlarının dördüncü senesinde ortaya çıktığını söylemektedir (111,112,113,114,115). OSB tanısı alan çocukların bir kısmı dört yaşından önce belirtilerin tamamını göstermezler ve bundan dolayı yeni eşik değerler kullanılarak tanımlanamazlar. Ek

olarak, otizm yüksek heterojenite gösteren bir bozukluktur. Heterojenitenin çok küçük çocuklarda daha baskın olması da kuvvetle muhtemeldir. Sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler alanında tanımlanan bazı davranışları küçük çocuklarda gözlemlemek güçtür ve bu davranışlar gelişimin daha sonraki aşamalarında ortaya çıkabilmektedir (105). Benzer şekilde rutinler, ritüeller ve özellikle kısıtlı ilgi alanları çok küçük çocuklarda belirgin olmayabilir (10). Yapılan çalışmalar da küçük çocukların DSM-5 OSB ölçütlerini daha az karşılayacakları bildirilmiştir (100,104,105,110). Bu çalışmacılar özellikle 3 yaş altı çocuklar için OSB ölçütlerinde değişiklik önermişlerdir (100,104,105,110). Frazier çalışmasında 7 yaş altında DSM-5'in duyarlılığının bir miktar azaldığını göstermiştir (38). Buna karşın yaş açısından anlamlı farklılık bulmayan çalışmalar da vardır (8,98,102). McPartland ve ark. (2012) DSM-5 ölçütlerini karşılayan ve karşılamayan olgular yaş açısından karşılaştırdıklarında anlamlı fark bulmamışlardır (8). Benzer şekilde Gibbs ve ark.nın (2012) çalışmasında tanısal bulguların yaşla anlamlı bir ilişkisi gösterilmemiştir (98). Başka bir çalışmada da DSM-5'in tüm ölçütlerini karşılama oranları açısından yaş grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (102). Bu farklı sonuçların yöntemsel farklılıklarla ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Bu sonuçlara rağmen yaş ile ilgili çalışmamızın sonuçları ve yazındaki benzer sonuçlar önemlidir. Çünkü OSB'de erken tanı ve girişimin daha iyi sonuçlandığını gösteren çalışmalar göz önüne alındığında bu büyük bir sorun oluşturabilir. Yüksek özgüllük tanısal sistemler için önemli olsa da yüksek özgüllüğün azalan duyarlılığa karşı üstünlüğü tartışılmalıdır. OSB tanılı küçük çocuklarda erken tanının önemi düşünüldüğünde, küçük çocuklar için tanı standartlarını belirlerken duyarlılığın en önemli ölçüt olarak ele alınıp alınmaması üzerine düşünülmesi gerekmektedir.

Bu çalışmada araştırılan bir diğer değişken cinsiyet farklılıklarıdır. Cinsiyetin, heterojenliğe katkıda bulunan çeşitli seviyelerde (örn: bilişsel, davranışsal, genetik, proteomik ve nöroanatmik) etkileri vardır. Bu nedenle cinsiyet sadece demografik bir tanımlayıcı olarak görülmemelidir. Tıbbın diğer alanlarında istatistiksel tanımlama için cinsiyete özgü birçok örnek vardır. Örneğin, “gelişme geriliği” bebekler için cinsiyete özgü büyüme eğrileri kullanılarak tanımlanır. Yine anemi ve serum hemoglobin düzeyinin cinsiyete özgü normları vardır. Ancak şuan ki DSM-5'te erkek ve kız cinsiyet için aynı tanı ölçütleri kullanılmaktadır (116).

Çalışma grubu 116 erkek ve 34 kız olgudan oluşmaktaydı. DSM-5 OSB ölçütleriyle erkek olguların %80,2'si, kız olguların ise %82,4'ü tanı aldı. Cinsiyetler arasında DSM-5 OSB ölçütleriyle tanı alma açısından anlamlı fark bulunmadı. Yine olgularda otizm belirtilerinin şiddetiyle ilişkili cinsiyetler arasında istatistiksel anlamlılık yoktu. Kız cinsiyetin ÇODÖ puan ortalaması $38,29 \pm 8,03$, ODKL puan ortalaması $63,21 \pm 26,66$ iken erkek cinsiyetin ÇODÖ puan ortalaması $37,66 \pm 7,73$, ODKL puan ortalaması $58,35 \pm 24,08$ idi. Yazında DSM-5 ve DSM-IV-TR'yi cinsiyet açısından karşılaştıran çalışmalar bulunmaktadır. Gibbs ve ark. (2012) DSM-IV-TR tanısını DSM-5 OSB ölçütleri uygulandığında koruyan grup ile koruyamayan grup arasında cinsiyet açısından anlamlı fark bulmamıştır (98). Benzer bir bulgu McPartland ve ark. (2012) tarafından saptanmıştır. Bu çalışmada erkeklerde DSM-5'e göre tanıyı karşılama oranı % 60,4 ve kızlarda % 60,2 ile anlamlı fark oluşturmamıştır (8). Matson ve ark. (2012) hem çocuk (17-36 ay) hem de erişkin grupla yaptıkları ayrı iki çalışmada cinsiyetler açısından istatistiksel anlamlılık olmadığını bildirmiştir (100, 99). DSM-5'in tüm ölçütlerini karşılama oranları açısından cinsiyetler arasında anlamlı fark bulamayan bir diğer çalışma Young ve ark. (2013) tarafından yapılmıştır. Bu çalışmada anlamlı fark olmasa da tüm ölçütleri karşılama oranları erişkinler (18 yaş ve üzeri) ve kız cinsiyette daha fazla bulunmuştur (102). Güney Kore toplumundaki epidemiyolojik çalışmada ise DSM-IV YGB için cinsiyet oranı 2,5/1 iken DSM-5 OSB için 2,7/1 olarak rapor edilmiştir (103).

Cinsiyet açısından bu çalışmaların bulgularıyla bizim bulgularımız benzer olsa da popülasyonda otistik özelliklerin dağılımında cinsiyet farklılıkları vardır (116). Bizim çalışmamız ve diğer çalışmalarda cinsiyetler arasında fark bulunmamasının nedeni yöntemsel farklılıklar ile ilişkili olabilir (8,98,99,100,102,103). Otistik kız cinsiyetin daha iyi anlaşılmasını ve desteklenmesini sağlamak amacıyla Mayıs 2013'te Uluslararası Otizm Araştırmaları Toplantısı'nda bir çok araştırmacı, klinisyen, öğretmen, ebeveyn bir araya gelmiştir. Bu grup kız cinsiyette otizmin fark edilmeyecek şekilde görülüp görülmediği ve tanının gözden kaçıp kaçmadığı dahil bir dizi soru gündeme getirmiştir (117). Günümüzde cinsiyet ve OSB'ye ilişkin birbiriyle bağlantılı iki bulgu tanımlanmıştır. İlk olarak, OSB erkeklerde kadınlara göre yaklaşık olarak 4/1 oranında daha sık görülmektedir. Yüksek işlevli bozukluklarda ise bu oran 8-9/1'e kadar çıkmaktadır. İkinci olarak, klinik olarak tanımlanan OSB'li kızlarda zekanın, OSB olan erkeklere göre daha düşük olduğu belirtilmiştir. IQ ve otistik belirtiler arasındaki ters ilişki göz önüne alındığında zeka, OSB'nin cinsiyet farklılıklarını araştıran çalışmalarda potansiyel olarak karışıklığa neden olan değişken olarak

gözlemlenmiş ve bu nedenle çalışmalarda etkisinin kontrol edilmesinin gerekliliği vurgulanmıştır (117). Yapılan bazı çalışmalar da kızlar ve erkekler arasında ana otistik belirtiler açısından farklılık olduğunu gösteren bazı kanıtlar vardır. Lord (1982) yaşları 3 ile 8 arasında değişen ve öğrenme güçlüğü olan OSB’li çocuklardan oluşan bir çalışmada, kızların erkeklerle aynı seviyede sosyal ve iletişim bozukluğu gösterdiğini ancak tekrarlayıcı ve basmakalıp davranışları erkeklere göre daha az sergilediğini belirtmiştir. Hartley ve Sikora (2009) bu bulguyu kısmen destekleseler de bazı kısımlarına karşı çıkmıştır. Kendi çalışmalarındaki OSB’li küçük kız çocuklarda (18-47 ay) daha az tekrarlayıcı basmakalıp davranışlar ve erkeklere göre daha kötü seyreden sosyal bozukluk tespit edilmiştir. Bununla birlikte, diğer çalışmalarda çocuklarda tekrarlayıcı basmakalıp davranışların cinsiyete göre farklılığı bulunamamıştır, ancak kızlarda düşük sosyal iletişim becerileri tekrar gösterilmiştir (117).

OSB’li yüksek işlevli yetişkinleri konu alan bir çalışmada, kızlar otizm triadının her bir alanında daha ılımlı belirtiler göstermektedir. Buna karşın McLennan’ın (1993) yetişkinleri konu alan çalışmasında, kızların erkeklere göre daha ciddi sosyal ve iletişim bozukluklarının olduğu belirtilmiştir. Ayrıca bazı çalışmalar, IQ’nun etkisi yok sayıldığında, temel otistik özelliklerde cinsiyet farklılıklarını göstermede başarısız olmuşlardır (117). OSB ile ilişkili özelliklerin kız ve erkeklerde farklı olabildiğini gösteren çalışmalar vardır. Ancak bu çalışmalar da tutarlı sonuçlar sağlamayı başaramamışlardır (117).

Kız OSB fenotipini araştırmada 3 yöntemsel sorunun yol açtığı tutarsızlıklar üzerinde durulmuştur. İlk olarak, kızlardaki OSB’nin seyrek olması nedeniyle, bazı çalışmalar büyük etkiler dışındaki etkileri tespit edebilecek istatistiksel güçten eksik kalmışlardır. Bu çalışmalarda yorumlanabilecek bir sonuç bulunamamıştır. İkinci olarak, çalışmaya fazla sayıda kız OSB dahil etme konusundaki zorluklar nedeniyle, yapılan çalışmalar daha geniş yaş gruplarını içine almaktadır ve bu durum gelişimsel etkileri belirsizleştirebilmektedir. Hartley ve Sikora (2009) yaş aralığının dar olması ölçütünün temel otistik belirtilerde cinsiyet farklılıklarını tanımlamak için uygun olduğunu bildirmişlerdir. Aksine geç çocukluk, ergenlik ve hatta yetişkinlik dönemlerini içeren geniş yaş gruplarını konu alan çalışmalarda anlamlı sonuçlar elde edilememiştir. Üçüncü olarak, çalışmalar arasındaki tutarsızlıklar OSB olgularının tanımlanması ve belirtilerinin değerlendirilmesi açısından değişkenlik gösterebilir. Bu durum, özellikle standardize edilmiş OSB değerlendirme ölçütlerinin geliştirilmesi ve yaygın kullanımından önceki eski çalışmalar için geçerlidir (117).

Bu yöntemsel sorunları gözeterek yüksek işlevli çocuk ve ergenler arasında kız fenotipini araştırmaya yönelik Mandy ve ark. (2012) tarafından bir çalışma yapılmıştır. Çalışmada cinsiyetler arasında yaş ve IQ açısından fark bulunmamıştır. Bulgulara bakıldığında hem ebeveyn raporları hem de doğrudan gözleme göre karşılıklı sosyal etkileşim ve iletişim de ciddi bozulma kızlarda da gösterilmiştir. Kızlar erkek benzerleri ile aynı derecede (otizmin özellikleriyle bağlantılı uyku zorlukları, yeme problemleri, duysal hassasiyet, kaba motor bozukluklar ve dispraksi) bir dizi özellik sergilemiştir. Ancak yine de ayrı bir kız OSB fenotipi çalışma sonucunda ortaya çıkmıştır. Bu sonuca göre kız cinsiyet “tekrarlayıcı basmakalıp davranışlar” üzerine nitelik ve nicelik olarak erkeklerden farklı bulunmuştur. Ayrıca kız cinsiyetin erkek cinsiyetten üstün ince motor becerilerinin; farklı uyum sağlama ve psikopatoloji desenlerinin olduğu gösterilmiştir (118). Yazındaki bu farklı bulgular nedeniyle cinsiyete bağlı mekanizmaların tanımlanmasında cinsiyetin önemini vurgulamak gelecekteki araştırmalara bir yol açabilir. Bu konu kız cinsiyetin potansiyel tanı almama ve prevelansını doğrulama adına özellikle önemlidir (116)

DSM-5’te karşımıza çıkan yeniliklerden biride “sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler” alanına “duysal uyarana karşı azalmış veya artmış tepkisellik veya çevrenin duysal yönüne karşı uygun olmayan ilgi düzeyi” ölçütünün eklenmesidir (5). OSB tanılı çocuklar yaşlılarından farklı olarak duysal uyaranlara karşı tipik olmayan yanıtlar verirler. Otizmlili her çocukta bu duysal zorluklar görülmesi de OSB popülasyonunda yaygındır ve performansı, öğrenmeyi etkileyebilir (119). Bu duysal aşırı duyarlılık ebeveynler tarafından gözlenen en erken belirtilerdendir ve OSB’li çocuklarda %45-95’e kadar değişen bir oranda duysal-algisal anormalliklerin görülebildiği çalışmalarla rapor edilmiştir (119).

Daha spesifik olarak OSB’li bireyler duysal girdilere karşı azalmış veya artmış tepki veya çevrenin duysal yönüne karşı uygun olmayan bir ilgi gösterebilir (5). Bu duysal farklılıklar işitme, görme, dokunma, tat, koku ve ağrı/ısı ile ilişkili olabilmektedir. Örneğin; işitsel alanda diğerlerinin etkilenmediği bir sese aşırı tepki verme veya beklenmedik bir sese karşı olumsuz yanıt, kulaklarını kapatma şeklinde; görsel alanda parlak ışık ve cisimlerle aşırı ilgilenme veya dönen nesneler karşısında aşırı heyecanlanma veya açık bir sebep yokken nesnelere alışılmadık açılardan bakma şeklinde; dokunsal alanda yüzeylere dokunmayla ilişkili beklenmedik bir ilgi veya amaçsızca nesnelere dokunma veya dokunmaya olumsuz yanıt veya banyo yapmaktan, saç ve tırnaklarının kesilmesinden, diş fırçalamaktan hoşlanmama şeklinde; tat-koku alanında nesne ve insanları koklayarak keşfetme eğilimi veya

her şeyi ağza götürme eğilimi veya beklenmedik yiyecek tercihi veya çiğneme gerektirecek yiyecekleri reddetme şeklinde; ağrı-ısı alanında ağrı yanıtında sıcak ve soğuğa farklılık veya ağrı ve ısı farklılığına duyarlılıkta azalma şeklinde görülebilir (120).

Bir kısım araştırmacı duyuşal girdilere karşı yüksek veya düşük tepkinin otistik çocuklarda sık görölmesinden dolayı tanı ölçütü olarak dahil edilmesini önermiştir. Buradaki problem duyuşal girdilere verilen tipik olmayan yanıtların sadece otizmle ilişkili olmaması ve otizmlı bireylerin hepsinde görölmemesidir (10). Ancak yapılan bir çalışmada duyuşal girdilere verilen yanıttaki problemlerin erken çocukluktan itibaren en sık süreklilik gösteren belirti olduğu ve %95 hastada otuzlu yaşlara kadar devam ettiği bulunmuştur (121). Başka bir çalışmada ise OSB tanılı çocukların %90'ında duyuşal problemler görölmüştür ve bu duyuşal problemler iki veya üç duyuşal alanda görölmekle birlikte yaş ve IQ'dan bağımsız olduğu saptanmıştır. Ayrıca bu çalışmada sesli uyarılara beklenmedik yanıtların çok küçük çocuklarda otizm için tek ve en tipik bulgu olduğu belirtilmiştir. Bu otizmlı çocukların diğer gelişimsel gecikmesi olan çocuklardan ayırımını sağlayan bir bulgudur (120).

Çalışmamızda DSM-5 OSB ölçütlerine eklenen B4 ölçütüyle yapılan değişikliği değerlendirmek amacıyla B ölçütlerinin yaş, cinsiyet, ÇODÖ ve ODKL puanlarıyla ilişkisine bakıldı. Ayrıca DSM-5 OSB tanısı olan ve olmayan olgular, DSM-5 OSB B alt ölçütleri tek tek çıkarıldığında DSM-5 OSB tanısı olan ve olmayan olgularla karşılaştırılarak istatistiksel değerlendirme yapıldı. Bu bulgulara göre DSM-5 OSB tanısı içerisinde %82,0 olgu B1 ölçütünü; %44,7 olgu B2 ölçütünü; %58,0 olgu B3 ölçütünü; %83,3 olgu B4 ölçütünü karşılamaktaydı. Bu çalışmaya yöntemsel olarak benzeyen Taheri ve Perry'nin çalışmasında olguların %81,7'sinin B1 ölçütünü; %19,8'inin B2 ölçütünü; %20,6'sının B3 ölçütünü ve %75,6'sının B4 ölçütünü karşıladığı bulunmuştur (101). Taheri ve Perry de bulgularımıza benzer şekilde olguların B2 ve B3 ölçütünü daha az karşılama eğiliminde olduğunu saptamıştır.

DSM-5 OSB B ölçütlerinin olgular tarafından karşılanıp karşılanmaması arasında cinsiyet açısından anlamlı fark yoktu. Ancak DSM-5 OSB B2 ve B3 ölçütü için yaş grupları açısından anlamlı farklılık vardı ve 3-7 yaş grubu bu ölçütleri daha az karşılama eğilimindeydi. Bu bulgu otizm belirtilerinin yaşamsal evrelerle olan ilişkisini düşündürmektedir.

DSM-5 OSB B alt ölçütlerinin olgular tarafından karşılanıp karşılanmamasının ÇODÖ ve ODKL toplam puan ortalamalarıyla karşılaştırılmasında B1 ve B4 ölçütleri için anlamlılık vardı. Çalışmamız bulguları bu iki ölçütü karşılayan olgularda otizm belirtilerinin daha şiddetli seyrettiğini göstermektedir.

DSM-5 OSB tanısı olan ve olmayan olguları, DSM-5 OSB B alt ölçütleri tek tek çıkarıldığında DSM-5 OSB tanısı olan ve olmayan olgularla karşılaştırdığımızda B2 ölçütü dışındaki diğer ölçütlerde istatistiksel anlamlılık vardı. Özellikle B1 ve B4 ölçütü için tanı almama oranındaki artış daha belirgindi. Bu bulguya göre B1 ölçütü için DSM-5 OSB ölçütleriyle tanı almama oranı %19,3'ten %40'a çıkarken, B4 için %42,7'ye çıkmaktaydı.

Bu sonuçlarla çalışmamızda DSM-5 OSB B4 ölçütü %83,3 (n=125) ile en sık karşılanan ölçüttü. Bu durum B1 ölçütüyle birlikte yaş ve cinsiyetten bağımsızdı. Ancak yaş ve cinsiyetten farklı olarak bu ölçüt otizm belirtilerinin şiddetli seyrettiği olgularda daha çok karşılanma eğilimindeydi. DSM-5 OSB tanısı olan ve olmayan olguları, DSM-5 OSB B4 alt ölçütü çıkarıldığında DSM-5 OSB tanısı olan ve olmayan olgularla karşılaştırdığımızda ise istatistiksel analizde güçlü bir anlamlılık vardı ($p<0,001$). Özet olarak bazı yazarlar tarafından duyuşal girdilere karşı yüksek veya düşük tepkinin tanı ölçütü olarak dahil edilmesinin önerilmesi (10) ve DSM-5 OSB ölçütleri içerisinde “sınırlı ve yineleyici ilgi, davranış ve etkinlikler” alanına bu ölçüt eklenerek yapılan değişiklik (5) bulgularımızla da desteklenmektedir.

Çalışmamızda DSM-5 OSB ölçütlerinin otizm belirtilerinin şiddetiyle ilişkisine bakmak amacıyla ÇODÖ ve ODKL kullanıldı. ÇODÖ toplam, ODKL toplam ve ODKL alt başlık puanlarının ortalamalarının, OSB tanısı alan ve olmayan olgularla karşılaştırılmasında anlamlı farklılıklar vardı. DSM-5 OSB tanısı alan olgularda ÇODÖ toplam puan ortalaması $39,37\pm7,37$ iken tanı almayan olgularda $31,29\pm5,86$ idi ($p<0,001$). Bu durum ODKL toplam puan ortalaması için tanı alan olgularda $64,04\pm23,28$ iken tanı almayan olgularda $40,31\pm21,18$ olarak bulundu ($p<0,001$). Ayrıca ODKL alt başlık puanlarının tümünün karşılaştırılmasında da istatistiksel anlamlılık vardı. Bu açıdan benzer bir bulgu Taheri ve Perry'nin çalışmasında saptanmıştır. Taheri ve Perry DSM-5 ile OSB tanısı alan olguların ÇODÖ toplam puan ortalamasını $35,68\pm4,65$; almayan olguların ise $27,18\pm3,70$ olarak bulmuş ve bu farklılığın anlamlı olduğu sonucuna varmıştır ($p<0,001$) (101). Matson ve ark. (2012) 17-36 ay arası grupla yaptığı çalışmada bir değerlendirme aracı olarak Baby and Infant Screen for Children

with Autism Traits-Part 1 (BISCUIT-Part 1)'i kullanmıştır. Otistik Bozukluk ve YGB-BTA tanısına yardımcı olmak için tasarlanmış 62 itemden oluşan bu araç hiç bozulma olmamasından şiddetli bozulma olmasına kadar 0-2 arasında puanlanmaktadır. Matson ve ark. (2012) çalışmalarında BISCUIT-Part 1 toplam puanlarında gruplar arasında anlamlı farklılık bulmuştur. Bu bulguya göre DSM-5 grubunda ($57,49 \pm 20,25$), DSM-IV ölçütleri ile tanı alıp DSM-5 ile tanı almayan grup ($32,64 \pm 15,23$) ve hiçbir tanı almayan gruba ($11,13 \pm 7,52$) göre daha fazla otistik belirti tespit edilmiştir (100). Erişkin grupla yaptıkları benzer çalışmada ise Autism Spectrum Disorders-Diagnosis for Adults (ASD-DA) adında bir ölçüm aracı kullanılmışlardır. Bu ölçek sosyalleşme, iletişim ve tekrarlayıcı davranışlar/kısıtlı ilgiler olmak üzere üç alt alanla ilgili sonuçlar vermektedir. Matson ve ark. (2012) erişkinlerle olan bu çalışmalarında DSM-5 ile tanı alan grubun DSM-IV-TR ve kontrol grubuna göre önemli ölçüde daha yüksek ASD-DA toplam puanlarına sahip olduğunu göstermiştir. Ayrıca DSM-5 ile tanı alan grubun sosyalleşme, iletişim ve tekrarlayıcı davranışlar/kısıtlı ilgiler olmak üzere üç alt alanla ilgili kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla puan aldığı saptanmıştır. Yine DSM-5 ile tanı alan grup sosyalizasyon ve tekrarlayıcı davranışlar/kısıtlı ilgiler alt alanlarında DSM-IV-TR ile tanı alan gruptan anlamlı olarak daha yüksek puan sergilerken iletişim alt alanında iki grup arasında anlamlı fark bu çalışma sonucuna göre bulunmamıştır (99). Worley ve Matson (2012) farklı bir çalışmada kullandıkları ölçeğin sözel olmayan iletişim/sosyalizasyon alt alanında DSM-5 grubu ile sadece DSM-IV-TR'ye göre tanı alan grup arasında anlamlı ölçüde fark olduğunu belirtmiş ve bu sonuca göre DSM-5 ölçütleriyle tanı alan çocuk ve ergenlerde bu alanda daha çok bozulma olduğunu öne sürmüşlerdir (9). Bizim çalışmamız ve diğer çalışmalarla gösterilen bu farklılıklar OSB tanısını karşılamak için daha fazla otistik belirti gerekliliğini, diğer bir deyişle DSM-5 OSB ölçütlerindeki katılığı yansıtır olabilir. Yani otizm tanısında DSM-5 ile yapılan değişikliklerle şiddetli belirtiler sergileyen olgular tanı alabilirken bu ölçütler daha geniş gruplara uygulandığında kısıtlılık oluşturabilir.

OSB'nin şiddetinin, her bireyin sahip olduğu güçlü ve zayıf yanlar göz önünde bulundurularak derecelendirilmesi; daha önce bahsedildiği gibi DSM-5'in hazırlık sürecine damgasını vuran boyutsal yaklaşımın yansımalarından biridir. DSM-5 taslağına göre OSB'nin şiddeti; desteğe, önemli miktarda desteğe ve çok önemli miktarda desteğe ihtiyaç duyan bireyler arasında bir ayırım yapılarak üç düzeyde değerlendirilecektir (122, 123). Buna göre, OSB'nin şiddet düzeyi; 1 (hafif), 2 (orta) ya da 3 (ağır) olarak belirlenecektir. Böylesi bir boyutsal yaklaşımın, tanı ölçütlerinin duyarlılığını ve özgüllüğünü arttırması beklenmektedir.

Böylece, klinisyenlerin benzer davranış örüntülerine sahip kişileri, tutarsız biçimlerde kullanılabilecek genel terimlerle adlandırmak yerine, bireysel farklılıkları da gözetererek daha kesin bir şekilde tanılayacağı umulmaktadır (5). Ancak bu yeni ölçütler yayınlanmadan önce bu şiddet göstergeleri test edilmemiştir. Bu nedenle uygulamanın nasıl olacağı henüz açık değildir. Özellikle kaygı verici olan klinisyenlerin şiddet düzeyini belirlemek için hangi yöntemleri kullanması gerektiğinin belirtilmemiş olmasıdır. DSM-5'teki bu şiddet göstergelerinin nasıl yazıya döküldüğü ve kılavuzlarda bu göstergelerin nasıl uygulanacağına dair boşluklar bulunması nedeniyle bazı yazarlar OSB'de belirti şiddetini değerlendirirken klinisyenlerin bilişsel ve adaptif alanlardaki verilere güvenmesini önermiştir (124).

Bu belirsizlikler nedeniyle biz DSM-5'teki bu yeniliğin yani OSB A ve B ölçütleri için belirtilen şiddet düzeylerinin ÇODÖ ve ODKL toplam puanları ile ilişkisine baktık. Belirtilen şiddet düzeylerinin ÇODÖ ve ODKL toplam puan ortalamalarıyla karşılaştırmasında hem A hem B ölçütü için istatistiksel anlamlılık vardı. Korelasyon analizlerinde ise A ölçütü için belirtilen şiddet düzeyleri ÇODÖ toplam puanıyla %87,8 pozitif korele iken, ODKL toplam puanıyla %57,5 pozitif korele bulundu. B ölçütü için de benzer şekilde ÇODÖ toplam puanıyla %73,8, ODKL toplam puanıyla %58,3 pozitif korelasyon vardı. Çalışmamızdaki istatistiksel analizler sonucu elde edilen bu anlamlılık DSM-5 ile getirilen bu yeniliğin geçerliliğini düşündürmektedir.

BÖLÜM VI

SONUÇ ve ÖNERİLER

6.1. SONUÇ

Çalışmada yer alan olgu grubunun sosyodemografik özellikleri, DSM-IV-TR ve DSM-5 ölçütleri ile aldıkları tanılar ve DSM-5 OSB ölçütleriyle yapılan değişikliğin klinik yansımaları değerlendirilmiştir.

Sosyodemografik özelliklerden olgu grubunun yaş, cinsiyet, eğitim, aile, prenatal dönem ve doğum, akran ilişkileri, özgeçmiş ve gelişim özelliklerine bakılmıştır.

Olguların yaşları en küçüğü 3, en büyüğü 15, ortalaması ise 8.22 ± 3.73 olarak hesaplanmıştır. Olgu grubunun 59'u (%39,3) 3-7 yaş grubu; 45'i (%30,0) 7-11 yaş grubu ve 46'sı (%30,7) 11-15 yaş grubundandır.

Çalışmada olguların eğitim ve özel eğitim durumları değerlendirilmiştir. Buna göre 70 (%46,7) olgu örgün eğitim almazken, 18 (%12) olgu ilköğretim; 1 (%0,7) olgu lise; 13 (%8,7) olgu anaokulu; 20 (%13,3) olgu kaynaştırma; 28(%18,6) olgu Otistik Çocuklar Eğitim Merkezi (OÇEM) veya özel alt sınıf öğrencisidir. Olguların 135'i (%90,0) düzenli özel eğitim, 4 (%2,7) olgu düzensiz özel eğitim alırken 11 (%7,3) olgu ise hiç özel eğitim almamıştır.

Olguların anne yaş ortalaması $37,05 \pm 6,25$, baba yaş ortalaması $40,92 \pm 6,34$ yıldır. Olgulardan 56'sının (%37,3) kardeşi yok iken 94 (%62,7) olgu en az bir kardeşe sahiptir. Ailenin birinci çocuğu olan 90 (%60,0) olgu; ikinci çocuğu olan 51 (%34,0) olgu ve üçüncü çocuğu olan 9 (%6,0) olgu vardır. Annelerin doğum sırasındaki yaşı dört gruba ayrılarak incelendiğinde; 18-25 yaş arası doğumun 34 (%22,7) annede, 25-35 yaş arası doğumun 88 (% 58,7) annede, 35-40 yaş arası doğumun 24 (%16,0) annede ve 40 yaş üstü doğumun 3 (%2) annede olduğu belirlenmiş, 1 (%0,7) olgu evlat edinilmiş olduğundan annenin doğum sırasındaki yaşı öğrenilememiştir. Ailelerden 139'u (%92,7) birlikte iken, 10'u (%6,7) boşanmış, 1'inin (%0,7) ise ayrı yaşadığı saptanmıştır. Anne ve babaların eğitim düzeylerine okur yazar değil, ilköğretim, lise ve üniversite-yüksekokul olmak üzere dört düzeyde bakılmıştır. Buna göre; 1 (%0,7) anne ve baba okur yazar değil, 62 (%41,3) anne ve 46 (%30,7) baba ilköğretim, 33 (%22,0) anne ve 39 (%26,0) baba lise, 54 (%36,0) anne ve 64 (%42,7) baba üniversite-

yüksekokul düzeyinde olduğu görülmüştür. Annelerin 47'sinin (%31,3) çalışmasına karşın babaların 139'u (%92,7) çalışmaktadır. Çalışmaya katılan ailelerin 22'si (%14,7) alt gelir, 124'ü (%82,7) orta gelir ve 4'ü (%2,7) üst gelir düzeyindedir. Soygeçmişinde fiziksel hastalık olan olgu sayısının 42 (%28,0), ruhsal hastalık olan olgu sayısının 49 (%32,7) olduğu belirlenmiştir.

Olgulardan biri (%0,7) evlat edinilmiş olduğundan prenatal dönem ve doğum öyküsü alınamamıştır. Tüm olgu grubunda prenatal dönemde her hangi bir sorun yaşamamış anne sayısı 87 (%58,0) iken, 62 (%41,3) annenin çeşitli sorunlarla (düşük tehdidi, travma, operasyon vb.) karşılaştığı ve/veya sigara-alkol kullandığı öğrenilmiştir. Olguların 57'si (%38,0) normal (vajinal) yolla doğarken, 91 (%60,7) olgunun sezeryan ve 1 (%0,7) olgunun vakum yardımı ile doğduğu belirlenmiştir. Olgulardan 31'i (%20,7) bir veya birden fazla doğum komplikasyonu (mor doğum, mekonyum aspirasyonu, kordon dolanması vb.) ile karşılaşmıştır.

Olguların akran ilişkileri dört düzeyde değerlendirilmiştir. Bu sonuca göre olguların 7'sinin (% 4,7) iyi, yeterli sayıda arkadaşı varken 143'ünün (%95,3) akran ilişkilerinde çeşitli zorlukları (yetersiz sayıda arkadaş, ilişki kuramama vb.) olduğu saptanmıştır. Olguların 68'inden (%45,3) yenidoğan sarılığı; 1'inden (%0,7) kan tansfüzyonu; 15'inden (%10,0) havale; 36'sından (%24,0) operasyon ve 16'sından (%10,7) travma öyküsü alınmıştır. Aşılamanın tüm olgularda tam olduğu saptanmıştır. Özgeçmişinde geçirilmiş tıbbi hastalık öyküsü olan çocukların sayısı 38'dir (%25,3). Psikotrop kullanmayan 52 (%34,7) olguya karşın 98 (%65,3) olgu bir veya birden fazla psikotrop kullanmaktadır. Gelişim aşamalarından yürüme, konuşma ve tuvalet eğitim yaşına bakılmıştır. Yürüme yaş ortalaması $1,31 \pm 0,59$ olarak saptanmış ve tüm olgular yürüme yeteneği kazanmıştır. Konuşma yeteneğini kazanan olguların yaş ortalaması $4,44 \pm 1,89$ 'dur. Olgulardan 67'si (%44,7) konuşma yeteneğini kazanamamıştır. Tuvalet eğitimi açısından bakıldığında ise tuvalet eğitimi yaş ortalaması $4,22 \pm 2,11$ iken 39 (%26,0) olgunun tuvalet eğitimini kazanamadığı öğrenilmiştir.

Olgu grubunda DSM-IV-TR'ye göre OB tanısı almış 139 (%92,7) olgu, YGB-BTA tanısı almış 6 (%4,0) olgu, AB tanısı almış 4 (%2,7) olgu ve RB tanısı almış 1 (%0,7) olgu vardır. DSM-IV-TR ile tanı alan 29 (%19,3) olgu DSM-5 ile tanı almamıştır. DSM-5 OSB ölçütlerine göre OB grubunun %13,6'sı, AB ve YGB-BTA tanılı olguların ise hiçbirini yeni ölçütleri tanı için gereken düzeyde karşılamamıştır.

DSM-5 OSB ölçütlerine bakıldığında; 139 (%92,7) olgu A1 ölçütünü; 145 (%96,7) olgu A2 ölçütünü; 146 (%97,3) olgu A3 ölçütünü karşılarken 123 (%82) olgu B1 ölçütünü; 67 (%44,7) olgu B2 ölçütünü; 87 (%58,0) olgu B3 ölçütünü; 125 (%83,3) olgu B4 ölçütünü; 148 (%98,7) olgu C ölçütünü ve tüm olgular D ve E ölçütünü karşılamıştır.

Olguların ÇODÖ puanlarının en küçüğü 20, en büyüğü 54, ortalaması ise $37,81 \pm 7,78$; ODKL puanlarının en küçüğü 3, en büyüğü 136, ortalamaları ise $59,45 \pm 24,68$ olarak hesaplanmıştır. ODKL alt başlıkları değerlendirildiğinde; duyuşal alt başlık ortalaması $7,33 \pm 5,06$, ilişki kurma alt başlık ortalaması $17,67 \pm 8,51$, beden ve nesne kullanımı alt başlık ortalaması $11,75 \pm 8,01$, dil becerileri alt başlık ortalaması $11,47 \pm 6,05$ ve sosyal beceri ve öz bakım alt başlık ortalaması $11,43 \pm 5,21$ olarak saptanmıştır.

DSM-IV-TR ile DSM-5 arasındaki tanısal farklılığının istatistiksel değerlendirmesini yapabilmek için DSM-5 ölçütlerine göre tanı almayan bir olgu; DSM-IV-TR ölçütlerine göre de tanı almamış gibi gösterilmiştir. Oluşturulan bu olgu tüm olguların % 0,7'sidir. DSM-IV-TR ve DSM-5 tanısının var olup olmaması karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmuştur ($p < 0,001$). DSM-5 OSB ölçütleri ile %19,3 ($n=29$) olgu tanıyı karşılamamıştır ve gerçekte tüm olgular DSM-IV-TR'ye göre tanı almıştır. DSM-5'e göre tanı almayan bu olguların %31,0'ı ($n=9$) DSM-5 OSB A ölçütlerinin üçünü, %51,7'si ($n=15$) DSM-5 OSB B ölçütlerinden ikisini ve %10,3'ü ($n=3$) hem DSM-5 OSB A hem de B ölçütlerini yeterli sayıda karşılamaması nedeniyle tanı almamıştır. Yaş ölçütünü karşılamamakla birlikte DSM-5 OSB A ölçütünü ve DSM-5 OSB hem A hem B ölçütlerini yeterli sayıda karşılamayan birer olgu olduğu saptanmıştır.

DSM-5 OSB tanısı yaş grupları açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur. Bu farklılığı yapılan istatistiksel değerlendirmeler sonucunda 3-7 yaş grubunun oluşturduğu sonucuna varılmıştır. Yaş gruplarının tanı almama nedenlerine bakıldığında; 3-7 yaş grubundaki tanı almayan olguların %72,2'si ($n=13$) DSM-5 OSB B ölçütlerini yeterli sayıda karşılamaması nedeniyle tanı almazken; % 27,8'i ($n=5$) DSM-5 OSB A ölçütlerinin üçünü de karşılamadığından; 7-11 yaş grubundaki tanı almayan olguların %50,0'ı ($n=3$) DSM-5 OSB B ölçütlerini yeterli sayıda karşılamaması nedeniyle tanı almazken; % 33,3'ü ($n=2$) DSM-5 OSB A ölçütlerinin üçünü de ve %16,7 ($n=1$) yaş ölçütü ile birlikte A ve B ölçütlerini yeterli sayıda karşılamadığından; 11-15 yaş grubundaki tanı almayan olguların

%20,0'ı (n=1) DSM-5 OSB B ölçütlerini yeterli sayıda karşılamaması nedeniyle tanı almazken; % 40,0'ı (n=2) DSM-5 OSB A ölçütlerinin üçünü de, %20,0'ı (n=1) hem A hem B ölçütlerini ve %20,0'ı (n=1) yaş ölçütü ile birlikte A ölçütlerini yeterli sayıda karşılamadığından tanı almamıştır.

DSM-5'in tanı koyduğu olguların yaş ortalaması ($8,61 \pm 3,73$) ile tanı koymadığı olguların yaş ortalaması ($6,60 \pm 3,32$) karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,009$). DSM-5'e göre tanı almayan 3-7 yaş grubunun yaş ortalaması $4,58 \pm 1,18$; 7-11 yaş grubunun yaş ortalaması $7,33 \pm 0,26$; 11-15 yaş grubunun yaş ortalaması $13,00 \pm 0,94$ olarak saptanmıştır.

DSM-5 OSB ölçütleriyle erkek olguların % 80,2'si, kız olguların ise % 82,4'ü tanı almıştır. DSM-5 ölçütlerine göre tanı alan olgular ile tanı almayan olgular arasında cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,777$). Çalışmaya alınan kız olguların ÇODÖ puan ortalamaları $38,29 \pm 8,03$, ODKL puan ortalamaları $63,21 \pm 26,66$ iken, erkek olguların ÇODÖ toplam puan ortalaması $37,66 \pm 7,73$, ODKL toplam puan ortalaması $58,35 \pm 24,08$ olarak hesaplanmıştır. Cinsiyetler arasında ÇODÖ ve ODKL toplam puan ortalamalarının karşılaştırmasında da anlamlılık bulunmamıştır.

DSM-5 OSB B alt ölçütlerinin yaş, cinsiyet, ÇODÖ ve ODKL toplam puanlarıyla ilişkisi değerlendirilmiştir. DSM-5 OSB B1 ve B4 ölçütünü karşılayan ve karşılamayan olguların karşılaştırmasında yaş grupları ve cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Buna karşın DSM-5 OSB B2 ve B3 ölçütünü karşılayan ve karşılamayan olguların karşılaştırmasında cinsiyet açısından anlamlı fark yokken, yaş grupları açısından anlamlı fark bulunmuştur. DSM-5 OSB B2 ve B3 alt ölçütü için bu anlamlığa 3-7 yaş grubu neden olmuştur. Bu sonuca göre 3-7 yaş grubu tarafından bu ölçütler diğer yaş gruplarıyla kıyaslandığında daha az karşılanmıştır. DSM-5 OSB B1 ve B4 ölçütünü karşılayan ve karşılamayan olguların ÇODÖ ve ODKL toplam puanlarının ortalamasının karşılaştırmasında anlamlı fark bulunurken, B2 ve B3 ölçütü için anlamlı fark bulunmamıştır.

DSM-5 OSB tanısı olan ve olmayan olguların; DSM-5 OSB B alt ölçütleri tek tek çıkarılarak yapılan karşılaştırmasında B1, B3 ve B4 ölçütleri için istatistiksel anlamlılık varken B2 ölçütü için yoktur.

DSM-5 ile tanı alan olgular ile tanı almayanlar arasında ÇODÖ ve ODKL toplam puan ortalamaları, ODKL alt başlık puan ortalamaları karşılaştırmasında anlamlı fark bulunmuştur.

DSM-5 OSB tanısının A ve B ölçütleri için belirtilen şiddet düzeylerinin ÇODÖ ve ODKL toplam puanları ile ilişkisi değerlendirilmiştir. İlk olarak ÇODÖ ve ODKL toplam puan ortalamalarıyla karşılaştırılmış, hem A hem B ölçütü için istatistiksel anlamlılık bulunmuştur. Korelasyon analizlerinde ise A ve B ölçütleri için belirtilen şiddet düzeylerinde ÇODÖ ve ODKL toplam puan ortalamalarıyla pozitif korelasyon gözlenmiştir.

6.2. ÖNERİLER

1. DSM-5 ölçütleri ile OSB tanısı daha az bireye konabilir. Bu durum, ölçütleri karşılamak için eşik altı otistik belirtiler sergileyen olguların tedavi ve özel eğitime yönlendirilmelerinde zorluklara neden olabilir. Otizmde erken tanı ve tedavinin önemi düşünüldüğünde bu durumun dikkatle üzerinde durulması gerekmektedir.
2. Küçük yaştaki çocukların DSM-5 ölçütleriyle tanıyı daha az karşıladığı görülmektedir. Bu nedenle OSB tanılı küçük çocuklarda erken tanının önemi düşünüldüğünde küçük çocuklar için tanı standartlarını belirlerken duyarlılığın en önemli ölçüt olarak ele alınıp alınmaması üzerine düşünülmesi gerekmektedir.
3. OSB tanısını karşılamak için daha fazla otistik belirti gerekliliği DSM-5 OSB ölçütlerindeki katılığı yansıtır olabilir. DSM-5 ile yapılan değişikliklerle şiddetli belirtiler sergileyen olgular tanı alabilirken, bu ölçütler daha hafif şiddetli olguların olduğu geniş gruplara uygulandığında kısıtlılık oluşturabileceği düşünülmektedir.
4. DSM-5 ölçütleri ile tanı almayan olguların DSM-5 tanı sistemi içerisinde farklı bir tanı alıp almadığının değerlendirilmesi gerekmektedir.
5. Bu çalışmada saptanan bulgularının genellenebilmesi için büyük örneklemli çalışmalara ihtiyaç vardır.
6. Çalışmada DSM-IV-TR ve DSM-5 tanısal sistemleri için altın standart bir ölçüm aracı kullanılarak duyarlık ve özgüllüğün değerlendirilmesi gerekmektedir.

BÖLÜM VII

ÇALIŞMANIN KISITLILIKLARI

1. Çalışmada toplumsal örneklem değil klinik örneklem kullanılmıştır.
2. Çalışmada DSM-IV-TR ile tanı alan YGB-BTA ve Asperger Bozukluğu tanılı olgular Otistik Bozukluk tanısı alanlara oranla daha az sayıdadır.

BÖLÜM VIII

KAYNAKLAR

- 1.Amerikan Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington, DC: APA Press, 1994.
- 2.Saemundsen E, Magnússon P, Smári J, Sigurdardóttir S, J Autism Dev Disord 2003; 33(3):319-28.
- 3.Sadock BJ, Sadock VA (Editors):Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume:IV; Eighth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Çeviri editörü: Hamdullah Aydın . Güneş Kitabevi. İstanbul 2007; s: 3164-3182.
- 4.World Health Organization: International Classification of Diseases. 10th edition. WHO, Geneva, 1994.
- 5.American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. Washington D.C., APA, 2013.
- 6.Mattila MK, Marko L, Sirkka-Liisa J, Katja E et al. Autism spectrum disorders according to DSM-IV-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: An epidemiological study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2011; 50:583-592.
- 7.Matson JL, Kozlowski AM, Hattier MA, Horovitz M, Sipes M. DSM-IV versus DSM-5 diagnostic criteria for toddlers with autism. Dev Neurorehabil 2012; 15:185-190.
- 8.McPartland JC, Reichow B, Volkmar FR. Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for Autism Spectrum Disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2012; 51:368-383.

- 9.Worley JA, Matson JL. Comparing symptoms of Autism Spectrum Disorders using the current DSM-IV-TR diagnostic criteria and the proposed DSM-V diagnostic criteria. Res Autism Spectr Disord 2012; 6:965-970.
- 10.Wing L, Gould J, Gillberg C. Autism spectrum disorders in the DSM-V: better or worse than the DSM-IV? Res Dev Disabil 2011; 32: 768- 773.
- 11.Ünal F, Pehlivan Türk B. Otizmde erken belirtiler. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi. 2004; 47: 69-75.
- 12.Özgüven HD. Sınıflandırma Sistemleri. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kitabı içinde. Aysev SA, Taner YI (Editörler), 2007; s: 139-149.
- 13.Sadock BJ, Sadock VA (Editors):Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry Volume:II; Eighth Edition, Lippincott Williams & Wilkins, Çeviri editörü: Hamdullah Aydın. Güneş Kitabevi. İstanbul 2007; s: 1003-1052.
- 14.Özdemir O. Psikiyatride Boyutsal Yaklaşım, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry. 2012; 4(3):315-334.
15. Ulaş H. Psikiyatride Sınıflandırma. Yetişkin Psikiyatri Kitabı içinde. Yemez B., Tunca Z (Editörler). Rotatıp Kitabevi. 2013; s:23-30.
- 16.Kraemer HC. DSM categories and dimensions in clinical and research contexts. Int J Methods Psychiatr Res 2007; 16:8-15.
- 17.Regier DA. Dimensional approaches to psychiatric classification: refining the agenda for DSM-V: an introduction. Int J Methods Psychiatr Res 2007; 16:1-5.
- 18.Volkmar FR, Lord C, Bailey A, Schultz RT, Klin A.: Autism and pervasive developmental disorders. J Child Psychol Psychiatry, 2004; 45: 135–170.

- 19.Sadock B J, Sadock V A: Yaygın Gelişimsel Bozukluklar. Kaplan & Sadock Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış Temel Kitabı, 2009'dan çeviri (Çeviri Editörü: Türkbay T) (Çeviren: Bolat N) Güneş Tıp Kitabevleri, 2012; 65-78.
- 20.Bettelheim, B.Feral children and autistic children. Am. J. Sociol.1959;64,455–467.
- 21.Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Nervous Child 1943; 2: 217 250.46.
- 22.Bleuler E. Dementia praecox oder gruppe der schizophrenien.In:G.Aschaffenburg (Ed.), Handbuch der Psychiatrie. Spezieller Teil. 4. Abteilung.1. Hälfte. Leipzig und Wien: Franz Deuticke;1911.
- 23.Achkova M, Manolova H. Diagnosis “Autism” – from Kanner and Asperger to DSM-5. Journal of Intellectual Disability - Diagnosis and Treatment, 2014, 2, 112-118.
- 24.Kanner L, Eisenberg L. Early infantile autism 1943–1955. Am J Orthopsychiatry 1956; 26: 55-65.
- 25.Volkmar, Fred R. (Editor) Paul, Rhea (Editor) Klin, Ami (Editor), Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Volume 1: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior (3rd Edition), John Wiley & Sons, Incorporated, 2005.
- 26.Rutter M. Diagnosis and definition of childhood autism. J Autism Child Schizophr 1978; 8: 139-161.
- 27.Wing L, Gould J. Severe impairments of social interaction and associated abnormalities. J Autism Dev Disord 1979; 9: 11–29.
- 28.Tsai LY, Ghaziuddin M. DSM-5 ASD moves forward into the past. J Autism Dev Disord. 2014. 44(2): 321-30.

- 29.American Psychiatric Association.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rdedition. Washington, DC: APA Press.1980.
- 30.Wing L. Asperger's syndrome: a clinical account. Psychol Med, 1981. 11(1):115-29.
- 31.World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: World Health Organization. 1992.
- 32.Sorias S. Yeni Kraepelinci paradigma bunalım belirtileri gösteriyor mu? Turk Psikiyatri Derg 2012; 23:117-129.
- 33.Regier DA. Dimensional approaches to psychiatric classification: refining the agenda for DSM-V: an introduction. Int J Methods Psychiatr Res 2007; 16:1-5.
- 34.De Clercq B, Aelterman N, De Pauw S, De Bolle M, Decuyper M, Tackett JL. Delineating childhood autism spectrum symptoms from a maladaptive trait perspective. J Psychopathol Behav 2010; 32:529-536.
- 35.Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı, Ankara, 2013.
- 36.Wing L, Potter D. The epidemiology of autistic spectrum disorders: Is the prevalence rising? Men Retard Develop Dis Res Rev 2002; 8: 151–161.
- 37.Huerta M, Bishop SL, Duncan A, Hus V, Lord C. Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-IV diagnoses of pervasive developmental disorders. Am J Psychiatry, 2012. 169(10):1056-64.
- 38.Frazier TW, Youngstrom EA, Speer L, Embacher R et al. Validation of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 2012. 51(1): 28-40 e3.

- 39.Volkmar FR, Lord C, Bailey A, Schultz RT, Klin A. Autism and pervasive developmental disorders. *J Child Psychol Psychiatry*, 2004; 45: 135–170.
- 40.Volkmar FR, Lord C, Klin A, Schultz R, Cook EH. Autism and the Pervasive Developmental Disorders. In: A. Martin and F. Volkmar (eds): *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook*. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins, 2007, pp. 384-400.
- 41.McPartland J., Klin A. Asperger's syndrome. *Adolesc Med Clin*. 2006; (3):771-788.
- 42.Klin A. Autism and Asperger syndrome: an overview. *Rev Bras Psiquiatr Suppl* 2006; 1:S3-11.
- 43.Asperger H. Die âœœautistischen Psychopathenâ im Kindersalter. *Archive fur psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 1944; 117: pp. 76-136.
- 44.Walker DR, Thompson A, Zwaigenbaum L, Goldberg J et al.: Specifying PDD-NOS: a comparison of PDD-NOS, Asperger syndrome, and autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2004; 43(2): 172-80.
- 45.Ghaziuddin M.: *Mental Health Aspects of Autism and Asperger Sendrome*. London, U.K: Jessica Kingsley Publishers, 2005.
- 46.De Bruin EI, Ferdinand RF, Meester S, de Nijs PFA, Verheij F.: High rates of psychiatric comorbidity in PDD-NOS. *J Autism Dev Disord*, 2007; 37: 877 886.
- 47.Howlin P. Outcomes in autism spectrum disorders. In: Volkmar FR, Klin A, Paul R, Cohen DJ (eds): *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*, vol. 1. Hoboken, Wiley, 2005; pp. 201-222.
- 48.İşeri E, Bodur Ş. Rett Bozukluğu. *Psikiyatri Temel Kitabı*. 2. Baskı. Güleç C,Köroğlu E (Ed) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2007; 809-811.

- 49.Amerikan Psikiyatri Birliği: DSM-IV-TR Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Baskı. Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E, Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
- 50.Fombonne E, The epidemiology of autism: a review. Psychol Med, 1999. 29(4):769-86.
- 51.Chakrabarti S, Fombonne E. Pervasive developmental disorders in preschool children. JAMA, 2001. 285(24):3093-9.
- 52.Gillberg C. The Epidemiology of Autism, In The Neurology of Autism, M Colman, Editor 2005, Oxford University Press. p. 119-136.
- 53.Kim YS, Leventhal BL, Koh YJ, Fombonne E et al. Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. Am J Psychiatry, 2011. 168(9): p. 904-12.
- 54.Fombonne E. Epidemiology of pervasive developmental disorders. Pediatr Res., 2009; 65(6):591-8
- 55.Fombonne E, Du Mazaubrun C, Cans C, Grandjean H. Autism and associated medical disorders in a French epidemiological survey. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1997; 36:1561-1569.
- 56.Ben Zeev Ghidoni B. Rett syndrome, Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 2007, 16(3):723-43.
- 57.Fuentes J, Bakare M, Munir K, Aguayo P, Gaddour N, Oner O, Mercandante M, Autism Spectrum Disorders, in IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health. Geneva. International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions 2012.

- 58.Volkmar FR, Lord C, Klin A et al. Autism and the Pervasive Developmental Disorders Chapter 46, Child and adolescent psychiatry, a comprehensive textbook, editor Lewis M, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore 2002.
- 59.McEvoy RE, Rogers SJ, Pennington BF. Executive function and social communication deficits in young autistic children. *J Child Psychol Psychiatry*, 1993;34(4):563-578.
- 60.Gazzaniga MS, Ivry RB, Mangun GR. Executive functions and frontal lobes, *Cognitive neuroscience (biology of the mind)*, 1998, W W Norton & Co.. New York.
- 61.Pennington BF, Ozonoff S. Executive functions and developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry*, 1996;37(1):51-87.
- 62.Griffith EM, Pennington BF, Wehner EA, Rogers SJ. Executive functions in young children with autism, *Child development*, 1999;70(4):817-832.
- 63.Goussé V, Plumet MH, Chabane N. Fringe phenotypes in autism: a review of clinical, biochemical and cognitive studies. *Eur. Psychiatry* 2002;17:120-128.
- 64.Klin A, Jones W, Schultz R, Volkmar F et al. Defining and quantifying the social phenotype in autism. *The american journal of psychiatry*, 2002;159:895-908.
- 65.Hughes C, Russell J, Robbins TW. Evidence for central executive dysfunction in autism. *Neuropsychologia*, 1994;32:477-492.
- 66.Ozonoff S, Pennington BF, Rogers SJ. Executive function deficits in high-functioning autistic individuals: Relationship to theory of mind. *J Child Psychol Psychiatry*, 1991;32(7):1081-1105.
- 67.Ozonoff S, Strayer DL, McMahon M, Filloux F. Executive function abilities in autism and Tourette Syndrome: an information processing approach. *J Child Psychol Psychiatry*, 1994;35(6):1015-103.

68. Baron-Cohen S. The cognitive neuroscience of autism: Evolutionary approaches. Cognitive neuroscience (biology of the mind), Gazzaniga MS, Ivry RB, Mangun GR(editors), 1998 W W Norton & Co., New York.
69. Happé F. Autism: cognitive deficit or cognitive style? Trends in Cognitive Sciences., 1999;3(6):216-222.
70. Yates T. Theories of cognitive development, chapter 12. Child and adolescent psychiatry, a comprehensive textbook, Lewis M editor, 2002, Lippincott Williams and Wilkins, Baltimore.
71. Mink JW, McKinstry RC. Volumetric MRI in autism, editorial. Neurology, 2002;59:158-159.
72. Bailey A, Le Conteur A, Gottesman I, Bolton P et al. Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. Psychological medicine, 1995;25(1):63-78.
73. Happé F, Malhi GS, Checkley S. Acquired mind-blindness following frontal lobe surgery? A single case study of impaired “theory of mind” in a patient treated with stereotactic anterior capsulotomy. Neuropsychologia, 2001;39:83-90.
74. Ghaziuddin M. Autism and Pervasive Developmental Disorders: An Overview, Chapter 1, Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome, Jessica Kingsley Publishers 2005, 13-41.
75. Lord C, Bailey A. Autism spectrum disorders, in Child and Adolescent Psychiatry, 4th edn, M Rutter and E Taylor, Editors. 2002, Blackwell Publishing: Oxford. p. 636-663.
76. Van Engeland H, Buitelaar JK. Autism spectrum Disorders. *Rutter’s Child and adolescent Psychiatry*, 5th edition. (ed: Rutter M, Bishop DVM, Pine DS, Scott S, Stevenson J, Taylor E, Thapar A), Blackwell Publishing. Massachusetts. 2008; 759 -781.

- 77.Volkmar FR, Klin A. Pervasive Developmental Disorders Chapter 38, Aydın H(çev. Ed.), Bozkurt E(çev. Ed.), Türkçe Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, sekizinci baskı, 2007, Güneş Kitabevi.
- 78.Tuchman R, Rapin I. Epilepsy in autism. *Lancet Neurology* 2002;1:352-358.
- 79.Rapin I. Autistic children: diagnosis and clinical features. *Pediatrics* 1991. 87(5 Pt 2): p. 751-60.
- 80.Tanguay PE. Autism spectrum Disorders. *Dulcan's Child and adolescent Psychiatry*, 1st edition. (ed: Dulcan MK), Amerikan Psychiatric Publishing, Inc. Arlington. 2010; 173-190.
- 81.Motavallı Mukaddes N. Otistik Bozukluk. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı, Çuhadaroğlu Çetin F. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008; 242-255.
- 82.Ghaziuddin M. Medical Conditions in Autism, Chapter 4, Mental Health Aspects of Autism and Asperger Syndrome, Jessica Kingsley Publishers 2005, 75-92.
- 83.Matson JL, Nebel-Schwalm MS. Comorbid psychopathology with autism spectrum disorder in children: an overview, *Research in Developmental Disabilities*, 2007; 28(4):341-52. Epub 2006 Jun 9.
- 84.Chudley A, Gutierrez E, Jocelyn L, Chodirker BN. Outcomes of genetic evaluation in children with pervasive developmental disorder. *J Dev Behav Pediatr* 1998; 19(5):321-5.
- 85.Lecture Notes for the Neuroscience Course at Einstein, 2010.
- 86.Howlin P. Outcomes in Autism Spectrum Disorders, Chapter 7, Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Volume 1: Diagnosis, Development, Neurobiology, and Behavior (3rd Edition), John Wiley & Sons, Incorporated, 2005.

- 87.Volkmar F, Klin A. Pervasive developmental disorders, Kaplan and Sadocks comprehensive textbook of psychiatry, 7th edition Lippincott Williams and Wilkins, 2000, Philadelphia.
- 88.Mouridsen S, Bronnum-Hansen H, Rich B, Isager T. Mortality and causes of death in autism spectrum disorders: an update. Autism 2008; 12(4):403–14.
- 89.Schopler E, Reichler RJ, Rothen Renner B. The Childhood Autism Rating Scale (CARS), eleventh printing, Western Psychological Services, 2007.
- 90.Sucuoğlu, B, Öktem F, Akkök F, and Gökler B. Otistik çocukların değerlendirilmesinde kullanılan ölçeklere ilişkin bir çalışma. 3P Dergisi 1996; 4:116-121.
- 91.İncekaş S. Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması, Tıpta Uzmanlık Tezi 2009.
- 92.Reichler RJ, Rothen Renner B, Schopler E. Practice DVD on Using the CARS, Western Psychological Services 1988.
- 93.Garfin DG, Mc Callon D, Cox R. Validity and reliability of the childhood autism rating scale with autistic adolescents. J Autism Dev Disord, 1988; 18(3):367-378.
- 94.Mesibov G, Schopler E, Schaffer B, Michal N. Use of childhood autism rating scale with autistic adolescents and adults. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 1989; 28(4):538-541.
- 95.Krug DA, Arick JR, Almond PA. Autism Screening Instrument for Educational Planning. Second Edition, Pro-ed Inc. Austin, Texas, 1993.
- 96.Yılmaz Irmak T, Tekinsav Sütçü S, Aydın A, Sorias O. Otizm Davranış Kontrol Listesinin (ABC) Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2007; 14(1):13-23.

- 97.Ozonoff S. Editorial Perspective: Autism Spectrum Disorders in DSM-5 – an historical perspective and the need for change. *J Child Psychol Psychiatry*, 2012; 53:10, 1092–1094.
- 98.Gibbs V, Aldridge F, Chandler F, Witzlsperger E, Smith K. An exploratory study comparing diagnostic outcomes for autism spectrum disorders under DSM-IV-TR with the proposed DSM-5 revision. *J Autism Dev Disord*, 2012;42:1750–1756.
- 99.Matson JL., Belva BC, Horovitz M., Bamburg J. Comparing symptoms of autism spectrum disorders in a developmentally disabled adult population using the current DSM-IV-TR diagnostic criteria and the proposed DSM-5 diagnostic criteria. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 2012; 24(4), 403–414.
- 100.Matson JL, Kozlowski AM, Hattier MA., Horovitz M, Sipes M. DSM-IV versus DSM-5 diagnostic criteria for toddlers with autism. *Developmental Neurorehabilitation* 2012; 15(3), 185–190.
- 101.Taheri A, Perry A. Exploring the proposed DSM-5 criteria in a clinical sample. *J Autism Dev Disord*, 2012; 42:1810–1817.
- 102.Young RL, Rodi ML. Redefining Autism Spectrum Disorder Using DSM-5: The Implications of the Proposed DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorders. *J Autism Dev Disord*, 2014; 44:758–765.
- 103.Kim YS, Fombonne E, Koh YJ, Kim SJ et al. A Comparison of DSM-IV Pervasive Developmental Disorder and DSM-5 Autism Spectrum Disorder Prevalence in an Epidemiologic Sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2014;53(5):500–508.
- 104.Matson JL, Hattier MA, Williams LW. How does relaxing the algorithm for autism affect DSM V prevalence rates? *J Autism Dev Disord*, 2012; 42(8):1549-56.

- 105.Barton LM, Robins DL, Jashar D, Brennan L, Fein D. Sensitivity and Specificity of Proposed DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder in Toddlers. *J Autism Dev Disord*, 2013; 43(5):1184–1195.
- 106.Happe F. Why fold Asperger syndrome into autism spectrum disorder in the DSM-5?, 2011. <http://sfari.org/news-and-opinion/viewpoint/2011/why-fold-asperger-syndrome-into-autism-spectrum-disorder-in-the-dsm-5>. (29.12.2014'te ulaşıldı).
- 107.Ijichi S, Ijichi N, Ijichi Y, Hirotaki K et al. Quantitative Nature of Social Vulnerability and Autism: An Important Paradigm Shift in the DSM-5 for Autism Spectrum Disorder. *ISRN Neurology* 2013, Article ID 201719, 5 pages.
- 108.Tsai LY. Editorial: Sensitivity and Specificity: DSM-IV Versus DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder. *Am J Psychiatry*, 2012; 169(10):1009-1011.
- 109.Mandy WP, Charman T, Skuse DH. Testing the construct validity of proposed criteria for DSM5 autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2012; 51(1):41–50.
- 110.Harstad EB, Fogler J, Sideridis G, Weas S et al. Comparing Diagnostic Outcomes of Autism Spectrum Disorder Using DSM-IV-TR and DSM-5 Criteria. *J Autism Dev Disord*, 2014.
- 111.Bishop SL, Richler J., & Lord, C. Association between restricted and repetitive behaviors and nonverbal IQ in children with autism spectrum disorders. *Child Neuropsychology*, 2006; 12(4–5), 247–267.
- 112.Lord C. Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. *J Child Psychol Psychiatry* 1995; 36(8):1365–1382.

113. Moore V, Goodson S. How well does early diagnosis of autism stand the test of time? Follow-up study of children assessed for autism at age 2 and development of an early diagnostic service. *Autism*, 2003; 7(1):47–63.
114. Stone W, Lee E, Ashford L, Brissie J et al. Can autism be diagnosed accurately in children under 3 years? *J Child Psychol Psychiatry*, 1999; 40(2):219–226.
115. Wiggins LD, Robins DL, Adamson LB, Bakeman R et al. Support for a dimensional view of autism spectrum disorders in toddlers. *J Autism Dev Disord*, 2012; 42(2):191–200.
116. Lai MC, Lombardo MV, Chakrabarti B, Baron-Cohen S et al. Subgrouping the Autism “Spectrum”: Reflections on DSM-5. *PLoS Biol*. 2013;11(4):e1001544.
117. Mandy W. DSM-5 may better serve girls with autism. 2013. <http://sfari.org/news-and-opinion/specials/2013/dsm-5-special-report/dsm-5-may-better-serve-girls-with-autism> (02.02.2015’te ulaşıldı).
118. Mandy W, Chilvers R, Chowdhury U, Salter G et al. Sex Differences in Autism Spectrum Disorder: Evidence from a Large Sample of Children and Adolescents. *J Autism Dev Disord*, 2012; 42(7):1304–1313.
119. Sensory Differences and Autism Spectrum Disorder.
<https://studentservices.ednet.ns.ca/sites/default/files/Sensory%20Issue%20Paper%20-%20Final%20for%20post.pdf>. (30.01.2015’te ulaşıldı).
120. Leekam SR., Nieto C, Libby SJ, Wing L et al. Describing the sensory abnormalities of children and adults with autism. *J Autism Dev Disord*, 2007; 37(5):894–910.

121. Billstedt E, Gillberg IC, Gillberg C. Autism in adults: Symptom patterns and early childhood predictors: Use of the DISCO in a community sample followed from childhood. *J Child Psychol Psychiatry* 2007; 48(11):1102–1110.
122. Compart PJ. Diagnosis matters. Garden Grove, CA: The Fall 2012 Autism Research Institute Conference. http://www.autism.com/index.php/news_dsmV (08 Ocak 2013'te ulaşıldı).
123. Kurita H. How to deal with the transition from Pervasive Developmental Disorders in DSM-IV to Autism Spectrum Disorder in DSM-V. *Psychiatry Clin Neurosci* 2011; 65:609-610.
124. Lord C, Bishop SL. Recent Advances in Autism Research as Reflected in DSM-5 Criteria for Autism Spectrum Disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2015.

BÖLÜM IX

EKLER

Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu

Ek-2: DSM-IV-TR ve DSM-5 değerlendirme formu

Ek-3: Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ)

Ek-4: Otizm Davranış Kontrol Listesi (ODKL)

Ek-5: Etik Kurul Onayı

Ek-1: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFIK VERİ FORMU

Adı soyadı:

Doğum tarihi:

Cinsiyet: E: ☐ K: ☐

Ulaşılabak telefon numaraları:

Öğrenim durumu: 1) İlköğretim ☐ 2) Lise ☐

3) Örgün eğitim almıyor ☐ 4) Anaokulu ☐

5) Kaynaştırma eğitimi ☐ 6) OÇEM veya Özel alt sınıf ☐

Özel Eğitim Durumu: 1. Düzenli Özel Eğitim alıyor ☐ (Ne kadar süredir belirtiniz:)

2. Düzenli Özel Eğitim almıyor ☐ (Ne kadar süre gitti belirtiniz:)

3. Özel Eğitim almıyor ☐

Anne: Sağ / Yok / Üvey

Baba: Sağ / Yok / Üvey

Kardeş sayısı: 1-2-3-4-5 ve üstü

Ailenin kaçınıcı çocuğı: 1-2-3-4-5 ve üstü

Annenin doğum sırasındaki yaşı: 1-18-25 arası

2- 25-35 arası

3- 35-40 arası

4- 40 yaş üstü

Annenin yaşı:

Annenin evlilik sırasındaki yaşı:

Babanın yaşı:

Babanın evlilik sırasındaki yaşı:

Anne babanın birliktelik durumu:

1) Birlikte ☐ 2) Boşanmış ☐ 3) Boşanmamış, ayrı yaşıyor ☐

Annenin Eğitim durumu

1) Okuma yazma yok ☐ 2) İlköğretim ☐ 3) Lise ☐ 4) Üniversite-Yüksekokul ☐

Annenin işi: 1) Çalışıyor ☐ (Belirtiniz:) 2: Ev Hanımı ☐ 3) Emekli ☐

Babanın eğitim durumu:

1) Okuma yazma yok ☐ 2) İlköğretim ☐ 3) Lise ☐ 4) Üniversite-Yüksekokul ☐

Babanın işi: 1) Çalışıyor ☐ (Belirtiniz:) 2) Çalışmıyor ☐ 3) Emekli ☐

Ailenin gelir durumu: 1) Alt ☐ 2) Orta ☐ 3) Üst ☐

Ailede fiziksel hastalığı olan var mı?

1) Var ☐ (Kim ve hastalık tanısı:) 2) Hayır ☐

Ailede ruhsal hastalığı olan var mı?

1) Var ☐ (Kim ve hastalık tanısı:) 2) Hayır ☐

PRENATAL:

Düşük tehdidi : 1- Var ☐ 2-Yok ☐

Sigara kullanımı : 1- Var ☐ 2-Yok ☐

Alkol kullanımı : 1- Var ☐ 2-Yok ☐

Madde kullanımı : 1- Var ☐ 2-Yok ☐

X-Ray : 1- Var ☐ 2- Yok ☐

Travma : 1- Var ☐ 2- Yok ☐

Operasyon : 1- Var ☐ 2- Yok ☐

İlaç kullanımı : 1- Var ☐ 2- Yok ☐

**Enfeksiyon
öyküsü :** 1- Var ☐ 2- Yok ☐

DOĞUM :

- 1- NSVY
- 2- Sezaryen
- 3- Forseps yardımı ile
- 4- Vakum yardımı ile

- 1- Term
- 2- prematurite
- 3- Postmaturite

Doğumdan hemen sonra ağlamama : 1- Var ☐ 2- Yok ☐

Mor doğum : 1- Var ☐ 2- Yok ☐

Mekanyum aspirasyonu : 1- Var ☐ 2- Yok ☐

Kordon dolanması : 1- Var ☐ 2- Yok ☐

Kan uyuşmazlığı : 1 - Var ☐ 2- Yok ☐

Doğum sonrasında Sarılık : 1- Var ☐ 2- Yok ☐

Kan Transfüzyonu : 1- Var ☐ 2- Yok ☐

Febril Konvülziyon Öyküsü : 1- Var ☐ 2- Yok ☐

Operasyon : 1- Var ☐ 2- Yok ☐

Travma : 1- Var ☐ 2- Yok ☐

Aşılar : 1- Tam ☐ 2- Tam değil ☐

Geçirilmiş tıbbi hastalık öyküsü : 1-Var ☐ 2- Yok ☐

Psikotrop kullanımı: 1-Var (bir adet psikotrop kullanımı) ☐
2-Var (birden fazla psikotrop kullanımı) ☐
3-Yok ☐

AKRAN İLİŞKİSİ:

- 1- İyi , yeterli sayıda arkadaş
- 2- Yetersiz sayıda arkadaş
- 3- Sorunlar var
- 4- İlişki kuramıyor

GELİŞİM :

Yürüme :

Konuşma :

Tuvalet eğitimi :

Ek-2: DSM-IV-TR ve DSM-5 değerlendirme formu

DSM-IV-TR

Otistik Bozukluk

A. 1. (a) ☐

(b) ☐

(c) ☐

(d) ☐

2. (a) ☐

(b) ☐

(c) ☐

(d) ☐

3. (a) ☐

(b) ☐

(c) ☐

(d) ☐

B. ☐

C. ☐

DSM-5

Otizm Spektrum Bozukluğu

A.1. ☐

2. ☐

3. ☐

1.düzeý

2.düzeý

3.düzeý

B.1. ☐

2. ☐

3. ☐

4. ☐

1.düzeý

2.düzeý

3.düzeý

C. ☐

D. ☐

E. ☐

Asperger Bozukluğu

- A. 1. ☐
2. ☐
3. ☐
4. ☐

- B. 1. ☐
2. ☐
3. ☐
4. ☐

C. ☐

D. ☐

E. ☐

F. ☐

YGB-BTA

☐

Rett Bozukluğu

- A.1. ☐
2. ☐
3. ☐

- B.1. ☐
2. ☐
3. ☐
4. ☐
5. ☐

Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu

A. ☐

- B.1. ☐
2. ☐
3. ☐
4. ☐
5. ☐

- C.1. ☐
2. ☐
3. ☐
- D. ☐

3Ek-3: Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (ÇODÖ)

C . A . R . S

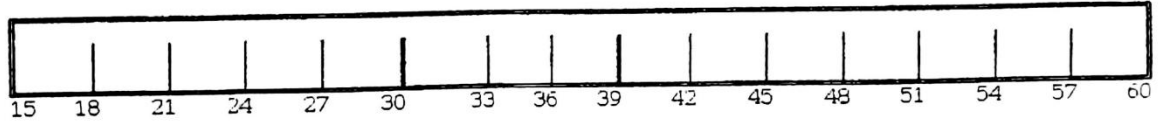
ÇOCUKLUK OTİZMİNİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Adı, Soyadı : _____	Cinsiyet: _____	
Test Tarihi : Yıl: _____	Ay: _____	Gün: _____
Doğum Tarihi : Yıl: _____	Ay: _____	Gün: _____
Takvim Yaşı : Yıl: _____	Ay: _____	
Değerlendiren: _____		

Kategorileri Dereceleme Puanları

I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X	XI	XII	XIII	XIV	XV	Toplam Puan	

Toplam Puan



Otistik Değil

Hafif Otistik

Ağır Derecede Otistik

Copyright (c) 1988 by Western Psychological Services. Translated and reprinted by under supervision of Fusun Akkok for research use by permission of the publisher, Western Psychological Services, 12031 Wilshire Boulevard, Los Angeles, California 90025, USA

Telif hakkı (c) Bu ölçeğin araştırma amacıyla tercüme ve kullanımı hakkı, yayıncı Western Psychological Services tarafından Fusun Akkok'e verilmiştir.

C A R S Değerlendirme Formu

erge: Herbir kategori için, herbir ölçeğin altında bırakılan yeri kullanınız. Cocuğu gözlemlemeyi bitirdikten sonra, ölçeğin oeleriyle ilgili davranışları değerlendiriniz. Her madde için cocuğu en iyi biçimde tanımlayan ifadenin numarasını daire içine alınız. ifade arasında değerlendirme gerekiyorsa 1.5, 2.5 ya da 3.5 değerlerinden birini kullanabilirsiniz. Her ölçek için kısıtlı değerlendirme ölçütü gösterilmiştir. Ayrıntılı derecelendirme için El Kitabı'nın ikinci bölümüne bakınız.

- I. İNSANLARLA İLİŞKİ**
- 1 İnsanlarla ilişki kurmada bir anormallik ya da zorluk belirtisi yok • Cocuğun davranışı yaşına uygun. Bir şey yapması istendiğinde utangaçlık, müzminlik ya da rahatsızlık belirtileri gözlenebilir, ancak bunlar atipik derecede değildir.
 - 1.5 Hafif derecede anormal ilişki • Çocuk yetişkinin gözüne bakmaktan kaçınabilir, yetişkinden kaçınabilir ya da etkileşime zorlandığı zaman huysuzlanabilir, çok utangaç olabilir, yetişkine tipik tepkiler veremeyebilir ya da yasitlarından biraz daha fazla anne-babaya yapışabilir.
 - 2 Orta derecede anormal ilişki • Çocuk zaman zaman çevreden kopmuş (yetişkinin farkında değilmiş) gibi görünür. Cocuğun dikkatini çekmek için zaman zaman ısrarlı ve zorlayıcı girişimler gerekir. Çok az ilişki çocuk tarafından başlatılır.
 - 2.5 Ağır derecede anormal ilişki • Çocuk sürekli bir şekilde çevreden kopuktur ya da yetişkinin ne yaptığının farkında değildir. Hemen hemen hiç bir zaman yetişkine tepki vermez ya da yetişkinle ilişki başlatmaz. Cocuğun dikkatini çekmek için ancak çok ısrarlı girişimlerin bir etkisi olabilir.

Gözlemler:

- III. DUYGUSAL TEPKİLER**
- 1 Yaş ve duruma uygun duygusal tepkiler • Çocuk, duygusal tepkilerini, uygun tarz ve derecede, yüz ifadesi durus ve davranış değişikliği ile gösterir.
 - 1.5 Hafif derecede anormal duygusal tepkiler • Arasında çocuk, kısmen uygun olmayan tarz ve derecede duygusal tepkiler gösterir. Tepkiler bazen, tepkileri çevreleyen nesneler ve olaylarla ilişkili değildir.
 - 2 Orta derecede anormal duygusal tepkiler • Çocuk belirgin olarak uygun olmayan tarz ve derecede duygusal tepkiler gösterir. Tepkiler azalmış ya da abartılı ya da durumla bağlantısız olabilir; duygu uyandıran belirgin olaylar ve nesneler olmasa bile "grimece", gülme, ya da kaskatı kesilme görülebilir.
 - 2.5 Ağır derecede anormal duygusal tepkiler • Tepkiler nadiren duruma uygundur; çocuk belirli bir duygu durumunda iken bu durumu değiştirmek çok zordur. Buna karşın, hiçbir şey değişmediği halde aşırı duygu değişiklikleri gösterebilir.

Gözlemler:

- II. TAKLİT**
- 1 Uygun taklit • Çocuk, beceri düzeyine uygun ses, kelime ve hareketleri taklit edebilir.
 - 1.5 Hafif derecede anormal taklit • Çocuk çoğu zaman el çırpma, tek ses çıkartma gibi basit davranışları taklit eder; bazen sadece zorlandıktan sonra ya da gecikmeli olarak taklit eder.
 - 2 Orta derecede anormal taklit • Çocuk ancak arada taklit eder ve bu, yetişkinin yoğun yardım ve ısrarını gerektirir; taklit çoğunlukla gecikmeli olarak ortaya çıkar.
 - 2.5 Ağır derecede anormal taklit • Çocuk, yetişkinin ısrar ve yardımına rağmen sesleri, kelimeleri, hareketleri çok seyrek taklit eder ya da hiç etmez.

Gözlemler:

- IV. BEDENİN KULLANIMI**
- 1 Bedenin yaşa uygun kullanımı • Çocuk normal yasitları ile aynı rahatlık, çeviklik ve koordinasyonla hareket eder.
 - 1.5 Bedenin hafif derecede anormal kullanımı • Mantallık, yineleyici hareketler, koordinasyon zayıflığı gibi küçük, kendine özgü tuhafliklar olabilir ya da seyrek olarak alışılmadık beden hareketlerine rastlanabilir.
 - 2 Bedenin orta derecede anormal kullanımı • Bu yaştaki bir çocuk için alışılmadık ya da belirgin derecede garip olan parmak hareketleri, tuhaf parmak ve vücut durusu, beden bir parçasına takılıp kalma ya da çıldıklama, kendine yönelik saldırganlık, sallanma, dönme, parmak oynatma, ayak uclarında yürüme gibi davranışlar görülebilir.
 - 2.5 Bedenin ağır derecede anormal kullanımı • Yukarıda sıralanan hareketlerin sık ya da yoğun görülmesi, beden ağır derecede anormal kullanımının belirtileridir. Bu davranışlar, bunları engelleme ya da cocuğu başka etkinlikler içine sokma girişimlerine karşın ısrarlı bir devamlılık gösterebilir.

Gözlemler:

V. NESNE KULLANIMI 1 Oyuncak ve diğer nesnelere uygun ilgi ve kullanım • Çocuk, kendi beceri düzeyine uygun oyuncaklar ve diğer nesnelere normal ilgi gösterir. Bve bu oyuncakları normal şekilde kullanır. 1.5 Oyuncak ve diğer nesnelere hafif derecede uygun olmayan ilgi ve kullanım • Çocuk bir oyuncaca atıpk bir ilgi gösterebilir ya da onunla uygun olmayan bebeci biçimde oynar (oyuncaca vurma, emme gibi). 2.5 Oyuncak ve nesnelere orta derecede uygun olmayan ilgi ve kullanım • Çocuk oyuncaklara ve diğer nesnelere çok az ilgi gösterebilir ya da bir oyuncak ya da nesneyi tuhaf bir şekilde kullanmaya kendini kaptırmış olabilir. Oyuncacın önemsiz bir parçasına odaklanabilir, nesnenin yansıttığı ısıktan çok hoşlanabilir. Yineleyici bir biçimde oyuncacın bazı kısımlarını hareket ettirebilir ya da yalnızca bir nesne ile yoğun bir şekilde oynar. 3.5 Oyuncak ve nesnelere ağır derecede uygun olmayan ilgi ve kullanım • Çocuk yukarıdaki davranışları daha sık ve yoğun olarak gösterebilir. Bu uygun olmayan etkinliklere kendini kaptırdığında, çocuğun dikkatini bir başka tarafa çekmek zordur. Gözlemler:	VIII. DİNLEME TEPKİSİ 1 Yaşa uygun dinleme tepkisi • Çocuğun dinleme davranışı normal ve yaşına uygundur. Dinleme diğer duyuyla birlikte kullanılır. 1.5 Hafif derecede anormal dinleme tepkisi • Belirli seslere karşı hafif tepkisizlik gösterebilir ya da hafif derecede fazla tepki verebilir. Seslere tepkiler gecikebilir, çocuğun dikkatini çekmek için sesin tekrar edilmesi gerekebilir. Çocuğun dikkatini yabancı (dıştan gelen) seslerle dağıtabilir. 2.5 Orta derecede anormal dinleme tepkisi • Çocuğun seslere tepkileri değişkenlik gösterir, ilk birkaç defada sesi duymazlıktan gelebilir, bazı günlük sesleri isittiği zaman ürkebilir ya da kulaklarını kapatabilir. 3.5 Ağır derecede anormal dinleme tepkisi • Çocuk, sesin türünden bağımsız olarak, seslere karşı aşırı derecede tepkisel ya da tepkisiz davranabilir. Gözlemler:
VI. DEĞİŞİKLİĞE UYUM 1 Değişikliğe yaşa uygun uyum • Çocuk, alıştığı düzendeki değişiklikleri fark edebilir ya da bunları (sözel olarak) belirtebilir ise de yersiz rahatsızlık göstermeden bu değişiklikleri kabul eder. 1.5 Değişikliğe hafif derecede anormal uyum • Yetişkin yapılan etkinliği değiştirmeye kalktığı zaman çocuk aynı etkinliğe ya da aynı araç-gereci kullanmaya devam eder. 2.5 Değişikliğe orta derecede anormal uyum • Çocuk alıştığı düzendeki değişikliklere etkin olarak direnir, eski etkinliğe devam etmeye çalışır, dikkatini başka tarafa çekmek çok zordur. Düzen değiştirildiği zaman mutsuz ve öfkeli olabilir. 3.5 Değişikliklere ağır derecede anormal uyum • Çocuk değişikliğe ağır tepkiler verir. Eğer değişikliğe zorlanırsa çok fazla kızabilir ya da işbirliği yapmaz ve öfke nöbetleriyle tepki verebilir. Gözlemler:	IX. TATMA, KOKLAMA, DOKUNMA TEPKİSİ VE KULLANIMI 1 Tatma, koklama ve dokunmaya normal tepki ve kullanım • Çocuk yeni nesneleri yaşına uygun şekilde, genellikle bakarak ve hissederek keşfeder. Tatma ve koklama duyuvarını gerektiğinde kullanabilir. Kucuk, gündelik acı veren durumlar karşısında çocuk rahatsızlığını belirtir, ancak aşırı tepki göstermez. 1.5 Tatma, koklama ve dokunmaya hafif derecede anormal tepki ve kullanım • Çocuk nesneleri ısrarlı bir şekilde ağızına koyabilir, yemeyen nesneleri koklayabilir, tadabilir, normal çocukların rahatsızlık ifade ettikleri orta şiddetli ağrıları fark etmiyor gibi davranabilir ya da aşırı tepki verebilir. 2.5 Tatma, koklama ve dokunmaya orta derecede anormal tepki ve kullanım • Çocuk insanlara ya da nesnelere dokunma, koklama ve tatmaya yönelik orta derecede bir eğilim gösterebilir, çok az ya da çok fazla tepki erebilir. 3.5 Tatma, koklama ve dokunmaya ağır derecede anormal tepki ve kullanım • Çocuk normal kullanım ve keşfetme yerine, sadece duymasına anacıyla nesneleri koklar, tadar ya da onlara dokunur. Çocuk ağrısı (acıyı) ümüyle algılamaz görünür ya da hafif derecede rahatsızlık veren durumlarda çok aşırı tepki verir. Gözlemler:
VII. GÖRSEL TEPKİ 1 Yaşa uygun görsel tepki • Çocuğun görsel davranışları normaldir ve yaşına uygundur. Görme, yeni bir nesneyi keşfetmek için diğer duyuvarla birlikte kullanılır. 1.5 Hafif derecede anormal görsel tepki • Çocuğa zaman zaman nesnelere bakması hatırlatılmalıdır. Arkadaşları yerine ısığa ya da aynaya bakmakta daha çok ilgilenilebilir, arasıra boşluğa gözünü dikip bakabilir ya da insanların gözlerine bakmaktan kaçınabilir. 2.5 Orta derecede anormal görsel tepki • Çocuğa sık sık yaptığına bakması hatırlatılmalıdır. Boşluğa gözünü dikip bakabilir, insanların gözüne bakmaktan kaçınabilir, nesnelere alışılmadık bir açıdan bakabilir, nesneleri gözlerine çok yakın tutabilir. 3.5 Ağır derecede anormal görsel tepki • Çocuk ısrarlı bir şekilde insanlara ya da belirli nesnelere bakmaktan kaçınır ve yukarıda tanımlanan diğer görsel tepkilerin aşırı biçimlerini sergiler. Gözlemler:	X. KORKU YA DA SINIRLILIK 1 Normal korku ya da sınırlılık • Çocuğun davranışları hem yaşına hem de durumuna uygundur. 1.5 Hafif derecede anormal korku ya da sınırlılık • Çocuk, aynı yaş ve benzer durumdaki çocuğun tepkileriyle karşılaştırıldığında, arasıra çok az ya da çok fazla korku ve sınırlılık gösterir. 2.5 Orta derecede anormal korku ya da sınırlılık • Çocuk, benzer durumdaki daha küçük bir çocuk için bile tipik olandan biraz daha az ya da biraz daha fazla korku gösterir. 3.5 Ağır derecede anormal korku ya da sınırlılık • Zararsız olaylar ve nesnelere ilişkin yineleyici deneylerden sonra bile korku sürer. Çocuğu sakinleştirmek ya da rahatlatmak çok zordur. Buna karşın, çocuk aynı yaştaki diğer çocukların kaçındığı tehlikelere karşı uygun davranış göstermekte başarısızdır. Gözlemler:

XI. SÖZEL İLETİŞİM 1 Yaşa ve duruma uygun normal sözel iletişim. 1.5 Hafif derecede anormal sözel iletişim • Konuşma genel olarak gerilik gösterir. Konuşmanın çoğu anlamlıdır; ancak ekolali ve kişi zamirlerinin ters kullanımı görülebilir. Bazı özel sözcükler ve jargon kullanılabilir. 2.5 Orta derecede anormal sözel iletişim • Konuşma olmayabilir. Konuşma olsa da sözel iletişim, 'anlamlı konuşma' ile 'jargon, ekolali, zamir değiştirme gibi kendine özgü konuşma' karışımından oluşabilir. Anlamlı konuşmada yoğun soru sorma ve belirli konular üzerinde ısrarla durma gibi özellikler görülebilir. 3.5 Ağır derecede anormal sözel iletişim • Anlamlı konuşma kullanılmaz. 4 Çocuk bebeksi sesler, tuhaf ya da hayvan seslerine benzer sesler, konuşmaya yakın karmaşık sesler çıkarabilir ya da tanıdık kelimeler ve cümlelerin tuhaf kullanımı görülebilir. Gözlemler:	XIII. ETKİNLİK DÜZEYİ 1 Yaşa ve koşullara uygun normal etkinlik düzeyi • Çocuk benzer koşullarda normal bir yaşından ne daha fazla ne de daha az hareketlidir. 1.5 Hafif derecede anormal etkinlik düzeyi • Çocuk hafif derecede huzursuzdur ya da biraz "tembelce" ve yavaş hareket edebilir. Çocuğun etkinlik düzeyi performansını hafifçe etkiler. 2.5 Orta derecede anormal etkinlik düzeyi • Çocuk oldukça aktiftir ve onu zaptetmek zordur. Sınırsız enerjisi olabilir ve uykuya dalmakta güçlük çeker. Buna karşın, çocuk oldukça hareketsiz olabilir ve harekete geçirebilmek için oldukça fazla çaba gerekebilir. 3.5 Ağır derecede anormal etkinlik düzeyi • Çocuk hareketlilik ya da hareketsizliğin en uç noktalarındadır ve bir aşırı uçtan diğerine geçebilir. Gözlemler:
XII. SÖZEL OLMAYAN İLETİŞİM 1 Sözel olmayan iletişimin yaşa ve duruma uygun normal kullanımı. 1.5 Sözel olmayan iletişimin hafif derecede anormal kullanımı • Sözel olmayan iletişimin olgunlaşmamış kullanımı; yaşatlarının istediklerini daha belirgin işaret ettikleri ya da gösterdikleri durumlarda çocuk belirsizce işaret edebilir ya da istediğine uzanabilir. 2.5 Sözel olmayan iletişimin orta derecede anormal kullanımı • Çocuk genellikle isteklerini ya da gereksinimlerini sözel olmayan şekilde ifade edemez ve diğerlerinin sözel olmayan iletişimini anlayamaz. 3.5 Sözel olmayan iletişimin ağır derecede anormal kullanımı • Çocuk sadece belirgin bir anlamı olmayan garip ya da özel jestler kullanır ve diğerlerinin yüz ifadelerinin ya da jestlerinin farkında değildir. Gözlemler:	XIV. ZİHNSEL TEPKİLERİN DÜZEYİ VE TUTARLILIĞI 1 Normal ve pek çok alanda uygun tutarlılık gösteren zeka • Çocuk aynı yaştaki tipik çocuklar kadar zekidir ve olağandışı zihinsel becerileri ya da problemleri yoktur. 1.5 Hafif derecede anormal zihinsel işlevsellik • Çocuk aynı yaştaki tipik bir çocuk kadar zeki değildir, yaklaşık tüm alanlarda beceriler aynı düzeyde gerilik gösterir. 2.5 Orta derecede anormal zihinsel işlevsellik • Çocuk genel olarak aynı yaştaki tipik bir çocuk kadar zeki değildir ancak bir ya da daha fazla alanda normale yakın işlevsellik gösterebilir. 3.5 Ağır derecede anormal zihinsel işlevsellik • Çocuk aynı yaştaki tipik bir çocuk kadar zeki değilken, zihinsel gelişimin bir ya da daha fazla alanında normal bir çocuktan bile daha iyi işlev gösterebilir. Gözlemler:
XV. GENEL İZLENİMLER 1 Otizm yok • Çocuk otizme özgü belirtilerin hiçbirini göstermez. 1.5 Hafif otizm • Çocuk yalnızca az sayıda ya da yalnızca hafif derecede otizm belirtileri gösterir. 2.5 Orta derece otizm • Çocuk belirli sayıda ya da orta derecede otizm belirtileri gösterir. 3.5 Ağır otizm • Çocuk otizm belirtilerinden çoğunu ya da ağır derecede otizm gösterir. Gözlemler:	

Ek-4: Otizm Davranış Kontrol Listesi (ODKL)**OTİZM DAVRANIŞ KONTROL LİSTESİ**

Adı Soyadı:
Dolduran Kişi:

Doğum Tarihi:
Doldurulma Tarihi:

YÖNERGE: Çocuğu en iyi tanımlayan maddenin karşısındaki sayıyı daire içine alınız.
Eğer ifade çocuğu tanımlamıyorsa boş bırakınız.

	Duyusal	İlişki kurma	Beden ve nesne kullanımı	Dil Becerileri	Sosyal ve az bakım
1- Kendi etrafında uzun süre döner.			4		
2- Basit bir işi öğrenir, fakat çabucak unuttur.					2
3- Sosyal/çevresel uyarılara çoğu zaman dikkat etmez.		4			
4- Basit emirleri bir kere söylendiğinde yerine getirmez (örn. otur, buraya gel, ayağa kalk).				1	
5- Oyuncakları uygun şekilde kullanmaz (örn. tekerlekleri döndürür).			2		
6- Öğrenme sırasında görsel ayırt etmesi zayıftır (büyüklük, renk ya da pozisyon gibi bir özelliğe takılır kalır).	2				
7- Sosyal gülümsemesi yoktur.		2			
8- Zamirleri ters kullanır (ben yerine sen).				3	
9- Belirli nesneleri bırakmamak için ısrar eder.			3		
10-İşitmiyor gibi görünür, bu nedenle bir işitme kaybı olduğu kuşkusu uyandırır.	3				
11-Konuşması detone ve aritmiktir.				4	
12-Kendi kendine uzun süre sallanır.			4		
13-Kendişine uzatıldığında kollarını uzatmaz (ya da bebekken uzatmazdı).		2			
14-Günlük programındaki/çevredeki değişikliklere aşırı tepkiler verir.					3
15-Başka insanların arasındayken çağrıldığında kendi ismine tepki vermez (Ayşe, Can, Zeynep).				2	
16-Kendi etrafında dönme, parmak ucunda yürüme, el çırpma gibi davranışları keserek birden bağırır ve ani hareketler yapar.			4		
17-Başka insanların yüz ifadelerine ve duygularına tepkisizdir.		3			
18-"Evet" veya "ben" sözcüklerini nadiren kullanır.				2	
19-Gelişimin bir alanındaki özel yetenekleri zekâ geriliği kuşkusu dışlar niteliktedir.					4
20-Yer bildiren sözcükleri içeren basit emirleri yerine getirmez (örn. "topu kutunun üstüne koy" ya da "topu kutunun içine koy").				1	
21-Bazen yüksek bir sese sağır olduğunu düşündürmesine "irkilme" tepkisi göstermez.	3				
22-Ellerini amaçsızca sallar.			4		
23-Büyük öfke nöbetleri ya da sık sık küçük öfke nöbetleri geçirir.					3
24-Göz temasından aktif bir şekilde kaçınır.		4			

25-Dokunulmaya ya da tutulmaya karşı koyar.		4			
26-Bazen çürükler, kesikler ve iğne yapılma gibi acı verici uyaranlara hiç tepki vermez.	3				
27-Gergin ve kucaklanılması güçtür (şimdi ya da bebekken).		3			
28-Kucaklandığında pelte gibidir (sarılmaz, tutunmaz).		2			
29-İstediği şeyleri göstererek elde eder.				2	
30-Parmak uçlarında yürür.			2		
31-Başkalarını ısıarak, vurarak, tekmeleyerek incitir.					2
32-Cümleleri defalarca tekrarlar.				3	
33-Oyun oynarken başka çocukları taklit etmez.		3			
34-Gözlerine parlak bir ışık tutulduğunda genellikle gözlerini kırpmaz.	1				
35-Başını vurarak, ellerini ısıarak kendine zarar verir.			3		
36-İhtiyaçlarının hemen yerine getirilmesini ister, bekleyemez.					2
37-İsmi söylenen beş nesneden daha fazlasını işaret ederek gösteremez..				1	
38-Hiç arkadaşlık ilişkisi geliştiremez.		4			
39-Birçok sese kulaklarını kapatır.	4				
40-Sık sık nesneleri döndürür, çevirir ve çarpar.			4		
41-Tuvalet eğitimine ilişkin sorunları vardır.					1
42-İsteklerini ve ihtiyaçlarını belirtmek için ya hiç konuşmaz ya da bir günde kendiliğinden kullandığı sözcük sayısı beşi geçmez..				2	
43-Çoğunlukla korkar ya da çok kaygılanır.		3			
44-Gün ışığı karşısında gözlerini kısar, kaşlarını çatar ya da gözlerini kapatır.	3				
45-Yardımsız kendisi giyinemez.					1
46-Sesleri ya da sözcükleri sürekli tekrar eder.				3	
47-Bakışları insanları "delip geçer".		4			
48-Başkalarının cümlelerini ya da ve sorularını tekrarlar.				4	
49-Çoğunlukla çevresindekilerin ve tehlikeli durumların farkında değildir.					2
50-Cansız şeylerle oynamayı ve zaman geçirmeyi tercih eder.					4
51-Çevresindeki nesnelere dokunur, koklar ve/veya tadar.			3		
52-Yeni bir kişiyle karşılaştığında sıklıkla hiç bir görsel tepki vermez.	3				
53-Nesneleri sıralama gibi karmaşık ritüeller içine girer.			4		
54-Çok zarar vericidir, oyuncaklarını ve ev eşyalarını kısa zamanda kırar.			2		
55-Gelişimsel gecikme belirtileri 30. ayda ya da daha önce ortaya çıkmıştır.					1
56-Gün içinde kendiliğinden, iletişimi başlatmak için kullandığı ifadelerin sayısı otuzu geçmez.				3	
57-Uzun süreler boşluğa bakar.	4				
TOPLAM:					

GENEL TOPLAM:

Ek-5: Etik Kurul Onayı

KARAR BİLGİLERİ	Karar No:2014/10-11	Tarih: 10.03.2014
	Prof.Dr.Süha MİRAL'ın sorumlusu olduğu "Otizm Spektrum Bozukluğunun Klinik Tanısında DSM-IV-TR ve DSM-5 Tanı Sistemlerinin Karşılaştırılması" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.	

ETİK KURUL BİLGİLERİ	
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
ETİK KURUL ÜYELERİ	

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsi yet	Araştırma ile ilişkili mi?		İmza
Prof.Dr.Banu ÖNVURAL (Başkan)	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ş.Reyhan UÇKU (Başkan Yardımcısı)	Halk Sağlığı	DEU Tıp Fakültesi Halk Sağlığı A.D.	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nejat SARIOSMANOĞLU	Kalp Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ece BÖBER	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Hüseyin BASKIN	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Vesile ÖZTÜRK	Nöroloji	DEU Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Bilgin CÖMERT	İç Hastalıkları (Yoğun Bakım B.D)	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Mukaddes GÜNELİ	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Ayşe Aydan ÖZKÜTÜK	Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Prof.Dr.Nihal GELECEK	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.İşıl TEKMEK	Histoloji ve Embriyoloji	DEU Tıp Fakültesi Histoloji ve Embriyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Müge KIRAY	Fizyoloji	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐	H ☒	
Doç.Dr.Şeyda Seren İNTEPELER	Hemşirelik Yönetimi	DEU Hemşirelik Fakültesi Hemşirelik Yönetimi A.D	Kadın	E ☐	H ☒	
Uzm.Dr.Ahmet Can BİLGİN	Hukuk	DEU Tıp Tarihi ve Etik A.D	Erkek	E ☐	H ☒	
İhsan ÇELİKDEMİR	Sağlık mensubu olmayan üye	75. Yıl Özel İlköğretim Okulu Müdür Yrd.	Erkek	E ☐	H ☒	

Prof.Dr. Nihal GELECEK

Doç. Dr. İşıl TEKMEK

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

Doç. Dr. Müge KIRAY