

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ  
ANKARA ÜNİVERSİTESİ  
TIP FAKÜLTESİ**

**DSM-5 TANI KRİTERLERİNE GÖRE ERKEN ÇOCUKLUK  
DÖNEMİNDE OTİZM SPEKTRUM BOZUKLUĞU**

**Dr. DUYGU KABA**

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

**TEZ DANIŞMANI  
Prof. Dr. Birim Günay KILIÇ**

**ANKARA  
2017**

KABUL ve ONAY

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ  
TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN	
Adı, Soyadı : Dr.Duygu KABA	Tarih: 03 / 07 / 2017
Anabilim/Bilim Dalı : Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD	
Tez Danışmanı : Prof.Dr.Birim Günay KILIÇ	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER	
Tezin Başlığı: DSM-5 Tanı Kriterlerine Göre Erken Çocukluk Döneminde Otizm Spektrum Bozukluğu	
Tezin Niteliği: <input checked="" type="checkbox"/> Ana Dal Uzmanlık Tezi <input type="checkbox"/> Yan Dal Uzmanlık Tezi	
Kaçıncı tez sınavı olduğu: <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	

III. KARAR	
Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak	
<input checked="" type="checkbox"/> Kabulüne	
<input type="checkbox"/> Reddine	
<input type="checkbox"/> Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine	
oy birliği / oy çokluğu ile karar verilmiştir.	

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

Jüri Başkanı

Prof.Dr.Birim Günay KILIÇ  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağ.ve Hast.Anabilim Dalı Öğrt.Üys.

Jüri Üyesi

Yrd.Doc.Dr.Pınar URAN ŞENOL  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hast. Anabilim Dalı  
Öğrt.Üys.

Jüri Üyesi

Doc.Dr.Esra GÜNEY  
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi  
Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hast.Anabilim Dalı  
Öğrt.Üys.

## TEŞEKKÜR

*Tezimin hazırlanışı sırasında desteklerini benden esirgemeyen değerli danışman hocalarım **Prof. Dr. Ayla SOYKAN AYSEV** ve **Prof. Dr. Birim Günay KILIÇ**'a,*

*Eğitimime büyük katkıları olduğunu düşündüğüm hocalarım*

***Prof.Dr. Melda AKÇAKIN, Prof. Dr .Neşe EROL,**  
**Prof. Dr. Özgür ÖNER, Prof.Dr. Kağan GÜRKAN, Yrd.Doç.Dr.Pınar URAN**  
**ŞENOL ve Uzm. Dr. Esra SOLMAZ**'a*

*Tez sürecine eş zamanlı başladığımız ve bu süreçte her zaman yanımda hissettiğim asistan arkadaşım **Dr. Ayşegül EFE**'ye ve diğer bütün asistan arkadaşlarıma,*

*Başarılı ve azimli kişiliğinden ilham aldığım ve tecrübelerinden*

*her zaman yararlandığım ağabeyim*

***Utku KABA**'ya*

*ve ayrıca bizleri yetiştiren annem **Aynur KABA** ve babam **Ahmet KABA**'ya  
gönülden teşekkür ederim..*

**Dr. Duygu KABA**

**2017**

## İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	i
TEŞEKKÜR	ii
SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ	v
TABLolar DİZİNİ	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Otizmin Tanımı ve Tarihçesi	4
2.1.1. DSM-IV-TR Yaygın Gelişimsel Bozukluk Tanı Ölçütleri	5
2.1.2. DSM-5 Otizm Spektrum Bozukluğu Tanı Ölçütleri	9
2.1.3. DSM-5 Sosyal İletişim Bozukluğu Tanı Ölçütleri	12
2.2. Epidemiyoloji	12
2.3. Etyoloji	13
2.3.1. Nöroanatomik Değişimler	13
2.3.2. Fonksiyonel Değişimler	14
2.3.3. Nörokimyasal Değişiklikler	14
2.3.4. Genetik Etmenler	14
2.3.5. Çevresel Etmenler	14
2.4. Klinik Özellikler	15
2.5. Değerlendirmede Kullanılan Araçlar	18
2.6. Ayırıcı Tanı	18
2.7. Eş Tanılı Durumlar	18
2.7.1. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar	19
2.7.2. Eşlik Eden Tıbbi Bozukluklar	19
2.8. Gidiş ve Prognoz	20
2.9. Tedavi	20
2.9.1. Eğitsel Tedavi Yaklaşımları	20
2.9.2. İlaç Tedavileri	21

2.10. DSM-IV-TR'den DSM-5'e Geçiş ve Tanısal Farklılıklar	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Örneklemin Seçimi	25
3.2. İşlem	25
3.3. Değerlendirme Gereçleri	26
3.3.1. Sosyodemografik Bilgi Formu	26
3.3.2. Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CARS)	26
3.3.3. Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC)	26
3.3.4. Sorun Davranış Kontrol Listesi (SDKL)	27
3.4. İstatiksel Analiz	27
4. BULGULAR	28
4.1. Sosyodemografik Özellikler	28
4.2. DSM-IV-TR ve DSM-5 Ölçütlerine Göre Bulgular	30
5. TARTIşMA	38
6. SONUÇLAR	42
ÖZET	44
KAYNAKLAR	46
EK-1: GÖNÜLLÜ ONAM FORMU	59
EK-2: ETİK KURUL ONAYI	62
EK-3: SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU	63
EK-4:Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CARS)	72
EK-5:Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC)	84
EK-6:Sorun Davranış Kontrol Listesi (SDKL)	86

## SİMGELER VE KISALTMALAR DİZİNİ

<b>ABC</b>	: Autism Behavior Checklist
<b>ABD</b>	: Amerika Birleşik Devletleri
<b>APA</b>	: American Psychiatric Association
<b>ASD</b>	: Autism Spectrum Disorder
<b>BTA-YGB</b>	: Başka Türü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk
<b>BISCUIT</b>	: Baby and Infant Screen for Children with Autism Traits
<b>CARS</b>	: Childhood Autism Rating Scale
<b>CDC</b>	: Centers for Disease Control and Prevention
<b>DEHB</b>	: Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
<b>DSM</b>	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>EDYDM</b>	: Erken Dönem Yoğunlaştırılmış Davranışçı Müdahaleler
<b>EEG</b>	: Elektroensefalografi
<b>fMRI</b>	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
<b>GABA</b>	: Gamma-aminobütirik asit
<b>ICD</b>	: International Classification of Diseases
<b>IQ</b>	: Intelligence Quotient
<b>M-CHAT</b>	: Modified Checklist for Autism in Toddlers
<b>OB</b>	: Otistik Bozukluk
<b>OKB</b>	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
<b>OSB</b>	: Otizm Spektrum Bozukluğu
<b>SDKL</b>	: Sorun Davranış Kontrol Listesi

- SİB** : Sosyal İletişim Bozukluğu
- SSGİ** : Seçici Serotonin Geri Alım İnhibitörleri
- UDA** : Uygulamalı Davranış Analizi
- YGB** : Yaygın Gelişimsel Bozukluk



## TABLolar DİZİNİ

Tablo 2.4.1. 6-9 ay arası bebeklerde otizm için ipucu olabilecek belirtiler	16
Tablo 2.4.2. Okul öncesi dönem yaş gruplarına göre otizm belirtileri	17
Tablo 4.1.1. Sosyodemografik Veri Formuna ait bulgular	29
Tablo 4.1.2. Anne ve babaların doğum sırasındaki yaş aralığı	30
Tablo 4.2.1. Hastaların DSM-IV-TR'de aldıkları tanılara göre DSM-5 OSB tanısı	31
Tablo 4.2.2. DSM-5 OSB ölçütlerinin gruplarda karşılanma oranları	32
Tablo 4.2.3. Cinsiyet DSM-5 ilişkisi	33
Tablo 4.2.4. Cinsiyetler arası CARS, ABC ve SDKL puan karşılaştırmaları	33
Tablo 4.2.5. Grupların yaş ortanca değerleri	34
Tablo 4.2.6. Grupların yaş gruplarına göre dağılımı	34
Tablo 4.2.7. YGB tanı yaşı DSM-5 OSB ilişkisi	34
Tablo 4.2.8. CARS, ABC ve SDKL puanı ile DSM-5 OSB ilişkisi	35
Tablo 4.2.9. ABC alt ölçek puanları ile DSM-5 OSB ilişkisi	35
Tablo 4.2.10. Yaş ve DSM-5 B ölçütleri i ilişkisi	37
Tablo 4.2.11. Cinsiyet ve DSM-5B Ölçütleri ilişkisi	37
Tablo 4.2.12. CARS puanı ile DSM-5 B Ölçütleri ilişkisi	37

## 1.GİRİŞ

Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) çocukluk çağı nörogelişimsel bozuklukları arasında yer alıp, üzerinde en fazla araştırma yapılan, bütün çalışmalara rağmen halen tanısında, takibinde ve tedavisinde görüş ayrılıklarının mevcut olduğu klinik bir durumdur (1).

Günümüzde otizm spektrum bozukluğunun değerlendirilmesinde birçok araç kullanılmakla birlikte, tanı muayenede belirtilerin doğrudan görülmesi ve ayrıntılı gelişimsel öyküyle konulmaktadır. Otizmle ilgili araştırma ve klinik değerlendirmelerin artmasıyla tanıda kullanılan ölçütler de zamanla değişikliğe uğramıştır (2).

Hastaların sağaltımı ve hastalıkların önlenmesi için en başta iyi bir tanımlama ve sınıflama sisteminin olması gereklidir. İyi tanımlanmamış ve sınıflandırılmamış hastalıkların sıklığı, oluş sebepleri ve dolayısıyla da geliştirilecek tedavi yöntemleri ile ilgili araştırma yapılması da mümkün olmamaktadır (3).Bu sebeple hastalığın tanı ölçütleri ve sınıflama sisteminin tutarlı olması, hekimler ve araştırmacılar için çok değerlidir (4).

Otizmin tanı ölçütleri, uluslararası sınıflandırma sistemlerinde ilk olarak 1967 senesinde ICD-8 içinde yer aldığı günden, 2013 yılında yayınlanan DSM-5'e kadar birçok kez değişikliğe uğramıştır.

En sık kullanılan tanı sistemi olmasına rağmen, otizm alt kategorileri arasındaki sınırların belirsizliği, aynı hastaya farklı kliniklerce farklı tanıların konulması, ek olarak hastalıkta yıllar boyu süren değişimlerle başta tipik otizm tanısı olan birinin erişkin dönemde Asperger Bozukluğu (AB) tanı ölçütlerini karşılar hale gelebilmesi gibi sebeplerle DSM-IV bazı yazarlar tarafından eleştirilmiştir (5-7).

Eleştiriler doğrultusunda APA 2007'de DSM IV'ün YGB (Yaygın Gelişimsel Bozukluk) kavramını gözden geçirmek amacıyla Nörogelişimsel Bozukluklar Çalışma Grubu oluşturmuştur. Birkaç yıl süren yoğun çalışmalar sonrasında YGB sınıflandırmasında ve tanı ölçütlerinde radikal değişikliğe gidilmiş ve 2013 yılında DSM-5 yayınlanmıştır.

DSM-5'in taslak ölçütlerinin yayınlanmasıyla birlikte, geçerliliği ve güvenilirliğiyle ilgili birçok çalışma yapılmış; çalışmalarda DSM-5 OSB ölçütlerinin

özgüllüğünün DSM-IV'e göre daha iyi; duyarlılığının ise DSM-IV'e göre düşük bulunduğu bildirilmiştir (8-10).Çalışmalar ayrıca DSM-IV-TR'den DSM-5'e geçişte duyarlılığın özellikle IQ>70, AB, Başka Türü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk (BTA-YGB) tanısı olanlarda, erken çocukluk döneminde olanlarda, düşük duygusal ve davranışsal sorunlar bildirenlerde daha fazla düştüğünü vurgulamıştır (5, 10-15).

Türkiye'de bu alanla ilgili iki çalışma yapılmıştır. Demir ve ark.'ın 46 hasta ile yaptığı çalışmada YGB-BTA tanısı olanların neredeyse hepsinin, Otistik Bozukluk(OB) tanısı olanların %14.3'ünün DSM-5'e göre OSB tanısını karşılamadığı, Yaylacı ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise DSM-IV'e göre YGB tanısı olan 150 olgudan 29'unun DSM-5'e göre OSB tanısı almadığı saptanmıştır (14, 15).

Otizimde erken tanı ve tedavinin önemi sıkça vurgulanmakta; erken müdahale edilen olguların kapasitelerini daha iyi kullanabildikleri, prognozlarının ve normal eğitim kurumlarına uyum becerilerinin geç tanıli olgulara göre daha iyi olduğu belirtilmektedir (16, 17).Bu nedenle Worley DSM-5'teki yeni OSB ölçütlerinin kesin bir biçimde tanı koymayı sağlayacak özgüllüğüyle birlikte, otizm belirtileri sebebiyle ek destek ihtiyacı olan çocukları atlamayacak duyarlılığa da sahip olması gerektiğini belirtmiştir(5).

Barton LM 2013'teki çalışmasında özellikle sınırlı-yineleyici ilgi ve etkinlikler alanında tanımlanan bazı belirtilerin küçük çocuklarda ifade edilemediği için atlanabileceğini ya da bu belirtilerin gelişimin sonraki aşamalarında ortaya çıkabileceğini, bu sebeple okul öncesi dönem çocuklarının DSM-5 ile değerlendirildiğinde tanı atlama riskinin yüksek olduğunu vurgulamış; yine Frazier çalışmasında 7 yaş altında DSM-5'in duyarlılığının bir miktar azaldığını göstermiştir (9, 12).

Alan yazında tanı atlama riskinin fazla olduğu vurgulanan erken çocukluk dönemiyle ilgili çok az çalışma mevcut olup ülkemizde yapılan iki çalışmada da geniş bir yaş grubu örnekleme dâhil edilmiştir. Dolayısıyla çalışmamızın, küçük çocuklarda OSB tanısını DSM-5 ölçütlerine göre değerlendirirken, dikkat etmemiz gereken noktalar hakkında uyarıcı bilgiler sağlayabileceğini düşünmekteyiz.

Çalışmamızın amacı, DSM-IV-TR'ye göre YGB tanısı olan okul öncesi çocukları, DSM-5 OSB ve Sosyal İletişim Bozukluğu(SİB)tanı ölçütlerine göre değerlendirmek; otizm belirti şiddetinin, duygusal davranışsal sorunların, cinsiyet ve yaş farklılığının tanı üzerindeki etkilerini araştırmaktır.

Çalışmanın hipotezleri şu şekilde belirlenmiştir:

- DSM-IV-TR'ye göre YGB tanısı alıp DSM-5'e göre OSB ölçütlerini karşılamayan çocukların oranı erken çocukluk döneminde daha fazladır.
- OSB tanısını karşılamayan çocukların karşılayanlara göre Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CARS), Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC) skorları daha düşük olup Sorun Davranış Kontrol Listesi'nde (SDKL) belirtilen davranışsal-duygusal sorunları daha azdır.
- Tanı almayan çocukların bir kısmı DSM-5'te ilk kez yer alan 'Sosyal İletişim Bozukluğu' (SİB) ölçütlerini karşılamaktadır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1.Otizmin Tanımı ve Tarihçesi

Otizm spektrum bozuklukları (OSB), sosyal-iletişimsel alanda belirgin zorluklar, kısıtlı-tekrarlayıcı davranış ve ilgi alanlarının görüldüğü, çocukluk çağı nörogelişimsel hastalıklarındandır (18).

İlk kez 1911 yılında İsviçreli psikiyatrist Eugen Bleuler tarafından içe dönüklük olarak otizm terimi kullanılmıştır (19).1943 yılında Leo Kanner, insanlarla ilişki kurma güçlüğü, ekolali, tekrarlayıcı davranışları, aynılık ısrarı olan 11 olgu tanımlayarak bu durumdan infantil otizm olarak bahsetmiştir (20). Uluslararası sınıflama sistemine 1967'de ICD-8 ile giren otizm, başlarda şizofreninin çocuklarda görülen biçimi olarak değerlendirilmiş, 1980 yılında yayınlanan DSM-III'te şizofreni başlığı altından çıkarılmıştır. DSM-III tanı için ikisi sosyal yetersizlik, ikisi dil, biri başlangıç yaşı ve biri de psikotik bulguların olmamasıyla ilgili 6 ölçütün tanı için gerekli olduğunu belirtmiş, ayrıca bulguların 30. aydan önce başlaması şartını eklemiştir. DSM-III-R'de 30. ay sınırı kaldırılmış üç alanda toplam 16 ölçütten 8'inin karşılanmasının tanı için gerekli olduğu ifade edilmiştir (21).

1994 yılında DSM-IV yayınlanmış, otistik bozukluk (OB), Asperger Bozukluğu (AB), Dezintegratif Bozukluk, Rett Bozukluğu, ve başka türlü adlandırılmayan YGB tanımlanarak (BTA-YGB) YGB başlığı altında toplanmıştır. Otistik bozukluk tanı ölçütleri olarak sosyal etkileşim, iletişimde niteliksel yetersizlik ve kısıtlı ilgi alanı ile tekrarlayıcı davranışları içeren üç başlıkta toplam 12 belirti sıralanmıştır (22).

DSM-IV'e yapılan eleştirilere yönelik APA 2007 yılında bu tanı ölçütlerinin gözden geçirilmesi amacıyla Nörogelişimsel Çalışma Grubu oluşturmuştur. Beş-altı yıl süren çalışmanın ardından 2013 yılında yayınlanan DSM-5 ile YGB ölçütlerinde köten değişikliğe gidilmiştir. Buna göre YGB terimi OSB ile değiştirilmiş; Otizm, Asperger Bozukluğu, BTA-YGB, Dezintegratif Bozukluk tek başlık altında toplanmış; tanımlanmış genetik zemini nedeniyle Rett Bozukluğunun bu sınıflandırmadan çıkarılmasına karar verilmiştir. DSM-5'te, DSM-IV'teki alt kategorilerin aynı hastalığın farklı şiddette seyreden varyasyonları olduğu ve

sınırların belirsizliği gerekçesiyle kategorik yaklaşımdan uzaklaşıp boyutsal yaklaşıma geçildiği görülmüştür (23).

### **2.1.1.DSM-IV-TR Yaygın Gelişimsel Bozukluklar Tanı Ölçütleri (24)**

#### **• 299.00 Otistik Bozukluk**

1.Aşağıdakilerden en az 6 semptomun varlığı ve bunlardan ikisinin A, birinin de B ve C alanından olması

(A)Sosyal etkileşimde niteliksel yetersizlik, aşağıdakilerden en az ikisinin görülmesi

1)Sözel olmayan davranışlarda yetersizlik (yüz ifadesi, göz teması, jestler..)

2)Gelişim düzeyine uygun akran ilişkisi geliştirememe

3)Başkalarıyla sevincini-duygularını paylaşmakta eksiklik

4)Sosyal-duygusal karşılık verememe

(B)İletişimde kalitatif bozulma:

1)Konuşma gecikmesi ya da tam yokluğu ve bunun jest-mimiklerle telafi edilmeye çalışılmaması

2)Konuşması gelişenlerde, spontan konuşma başlatma ve sürdürmede yetersizlik

3)Basmakalıp ya da yineleyici ya da özel bir dil kullanma

4)Gelişim düzeyi ile uyumlu taklide dayalı senaryolu oyunları kendiliğinden oynamama

(C)Kısıtlı ilgi alanı ve tekrarlayıcı davranışlar

1)Kısıtlı tekrarlayıcı ilgi alanı ile aşırı uğraş(içerik yada yoğunluk tuhaf olabilir)

2)Rutin ya da rituellere bağlılık

3)Stereotipik motor mannerismler

4)Nesnelerin bir bölümü ile sürekli ilgilenme

2.Üç alandan (A,B,C) en az birinde 3 yaş öncesi başlangıç

3.Rett Bozukluğu ya da Çocukluk Dezintegratif Bozukluk tanısı almamalıdır

• 299.80 Rett Bozukluğu

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 aşağıdakilerden 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 katılımın 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.

• 299.10 Çocukluğun Dezintegratif Bozukluğu

A.Doğumdan sonraki 2 yıl içinde yaşına uygun sözel ve sözel olmayan iletişim, toplumsal ilişkiler, oyunlar ve uyumsuz davranışların olması ile kendini belli eden görünüşte normal bir gelişmenin olması

B.Aşağıdakilerden en az iki alanda daha önce edinilmiş olan becerilerin (10 yaşından önce) klinik olarak önemli ölçüde yitirilmesi:

- (1)Özel anlatım ya da dili algılama
- (2)Toplumsal beceriler ya da uyum davranışları
- (3)Bağırsak ya da mesane kontrolü
- (4)Oyun
- (5)Motor beceriler

C.Aşağıdakilerden en az iki alanda olağan dışı bir işlevselliğin olması:

- (1)Toplumsal etkileşimde nitel bir bozulma (Örneğin, sözel olmayan davranışlarda bozulma, yaşlılarıyla ilişki kuramama, toplumsal ya da duygusal karşılıklar verememe)

(2)İletişimde nitel bozukluklar (Örneğin, konuşulan dilin gelişiminde gecikme olması ya da hiç gelişmemiş olması, bir söyleşiyi başlatamama ya da sürdürmede, dilin basmakalıp ve yineleyici bir biçimde kullanılması, çeşitli imgesel oyunlar oynamama)

(3)Motor basmakalıp davranışlar ve mannerizmler de içinde olmak üzere davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması

D.Bu bozukluk başka özgün bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk ya da Şizofreni ile daha iyi açıklanamaz.

• 299.80 Asperger Bozukluğu

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

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

(2)Yaşlılarıyla gelişim düzeyine uygun ilişkiler geliştirememe

(3)diğer insanlarla eğlenme, ilgilerini ya da başarılarını kendiliğinden paylaşma arayışı içinde olmama (Örneğin; ilgilendiği nesnelere göstermeme, getirmeme ya da belirtmeme)

(4)Toplumsal ya da duygusal karşılıklar vermeme

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

(1)İlgilenme düzeyi ya da üzerinde odaklanma açısından olağan dışı, 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 (Örneğin, 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 bir sıkıntıya neden olur.

D.Dil gelişiminde klinik açıdan önemli bir gecikme yoktur (Örneğin, çocuk 2 yaşına geldiğinde tek tek sözcükler, 3 yaşına geldiğinde ise iletişim kurmaya yönelik cümleler kullanılmaktadır).

E.Bilişsel gelişmede ya da yaşına uygun kendi kendine yetme becerilerinin gelişiminde, uyumsal 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.

• 299.80 Başka Türli Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk (Atipik Otizmi de kapsar)

Karşılıklı toplumsal etkileşimde ağır ve yaygın bir gelişimsel bozukluk olmasının yanı sıra sözel ve sözel olmayan iletişim becerilerinin gelişmesinde bir bozukluk 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. Bu kategori “atipik otizm”i kapsar-başlangıç yaşının geç olması, semptomlarının atipik olması ya da gözlenen semptomların tanı koymak için yetersiz kalması ya da bunların hepsinin bir arada bulunması nedeniyle otistik bozukluk için tanı ölçütlerini karşılamayan klinik görünüm.

## 2.1.2. DSM-5 Otizm Spektrum Bozukluğu Tanı Ölçütleri (25)

A.Şimdi veya öyküden alınan bilgilere göre farklı şekillerde görülen toplumsal iletişim ve toplumsal etkileşimde süregiden eksiklikler:

A1)Sosyal-duygusal karşılıklı eksiklik (örn. Olağandışı toplumsal yaklaşım, karşılıklı konuşmada güçlük; ilgilerini, duygularını veya duygulanımını paylaşmada yetersizlik, sosyal etkileşimi başlatamama ya da cevap verememe gibi yetersizlikler.)

A2)Sosyal etkileşim için kullanılan sözel olmayan iletişimsel davranışlarda yetersizlik (örn. sözel ve sözel olmayan iletişimde yetersizlikler, sıra dışı göz kontağı, beden dili veya jestleri anlamakta ve kullanmakta yetersizlik; yüz ifadesi ve beden dilinde bariz eksikler.)

A3)İlişkileri geliştirmekte, devam ettirmekte ve anlamakta güçlük; farklı toplumsal ortamlara davranışları ayarlayamamak, hayali oyunda yetersizlik, arkadaş edinememe ve arkadaşla ilgi duymama gibi.

Şu anki şiddeti: Şiddet sosyal iletişimsel alanda yetersizlikler ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenir.

B. Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile kendini gösteren, şu an veya geçmişte sınırlı, tekrarlayıcı davranışlar, ilgiler ya da etkinlikler.

B1)Basmakalıp veya tekrarlayıcı motor hareketler, nesne kullanımı veya konuşma (Basit motor stereotipiler, oyuncakları dizme veya çevirme, ekolali, kendine özgü cümleler)

B2)Aynılık konusunda direnme, rutinlere bağlılık veya ritüelleşmiş sözel ve sözel olmayan davranışlar (önemsiz değişikliklerde aşırı kaygı, geçişlerde zorlanma, katı düşünce tarzı, selamlaşma ritüelleri, her gün aynı yolu veya aynı yemeği yemek isteme gibi.)

B3)Konu veya yoğunluk açısından sıradışı sınırlı, sabit ilgiler (sıradışı nesnelere anormal aşırı bağlılık, aşırı tekrarlayıcı veya sınırlı ilgiler.)

B4)Duyusal olarak artmış ya da azalmış duyarlılık veya alışılmadık ilgi ve tepkiler (acıya/sıcağa karşı tepkisizlik, belirli ses veya dokunuşlara olan beklenmeyen tepki, nesnelere aşırı koklama veya onlara aşırı dokunma, ışıklardan ya da hareketlerden görsel büyülenme.)

Şu anki şiddeti: Şiddet sosyal iletişimsel alandaki yetersizlikler ve kısıtlı, tekrarlayıcı davranışlara göre belirlenir.

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

D.İşlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma vardır.

E.Bu bozukluk zihinsel yetersizlik veya genel gelişimsel gerilik ile daha iyi açıklanamaz. Zihinsel yetersizlik ve OSM sıklıkla bir arada ortaya çıkar, ancak OSB ve zihinsel engellilik eştanı tanısı koymak için genel gelişim düzeyine göre sosyal iletişim beklenenin altında olmalıdır.

Not: DSM-IV'e göre otistik bozukluk, Asperger bozukluğu ve YGB-BTA tanısı almış olanlara OSB tanısı verilmelidir. Sosyal iletişimsel alanda problem olan ancak OSB tanısı almayanlar sosyal (pragmatik) iletişimsel bozukluk açısından değerlendirilmelidir.

- Zihinsel yetersizliğin eşlik edip etmediğini,
- Dil yetersizliğinin eşlik edip etmediğini
- Bilinen bir tıbbi, genetik veya çevresel faktörün eşlik edip etmediğini,
- Başka nörogelişimsel, ruhsal veya davranışsal durumların olup olmadığını,
- Katatoninin eşlik edip etmediğini belirtiniz.

## OSB A ve B ölçütleri ağırlık düzeyleri(25)

### Ağırlık düzeyi

### Toplumsal iletişim

- Destek alınmadığında toplumsal etkileşimdeki eksiklikler görünür bozukluklara yol açar.
- Toplumsal etkileşimi başlatmakta güçlük çeker ve karşıdan gelen sosyal ilişki kurma yaklaşımlarına karşı uygunsuz ya da başarısız tepkiler verir.
- Sosyal etkileşime karşı ilgisi azalmış olabilir.
- Örneğin tam cümlelerle konuşan fakat karşılıklı sohbeti beceremeyen arkadaş edinme çabası başarısızlıkla sonuçlanan kişi

### Level 1

### (destek gerektirir)

- Toplumsal iletişim becerilerinde sözel ve sözel olmayan alanlarda ciddi zorluklar, destek gördüğü sırada bile sosyal zorluklar görülür
- Sosyal ilişki kurma çabalarında azalmış ya da olağan dışı tepki
- Örneğin yalnız cümlelerle konuşan, kısıtlı alanıyla meşgul olan ve sözel olmayan iletişiminde tuhafıklar bulunan kişi

### Level 2

### (Önemli ölçüde

### desteği gerektirir)

- Sözel ve sözel olmayan iletişimde ağır bozukluklar
- Çok sınırlı şekilde sosyal etkileşim kurar ve dışardan gelen etkileşim çabasına kısıtlı tepki verir.
- Örneğin sadece birkaç sözcüğü olan nadiren ilişki başlatan, doğrudan sosyal yaklaşıma çok az tepki veren kişi

### Level 3

### (Çok önemli ölçüde

### desteği gerektirir)

### Kısıtlı-yineleyici davranışlar

- Davranışlarda esneklik gösteremez
- Etkinlikler arasındaki geçişlerde zorluklar görülür.
- Bu zorluklar bağımsız olmasına engel olur.
- Kısıtlı ve yineleyici davranışlar sıradan bir gözlemcinin görebileceği kadar sık ortaya çıkar ve birçok ortamda işlevselliği bozar.
- Odağını ve yaptığı faaliyeti değiştirmekte çok fazla güçlük yaşar.
- Kısıtlı yineleyici davranışlar bütün alanlarda işlevselliği ciddi bozar.
- Odağını ve yaptığı faaliyeti değiştirmekte ciddi güçlük yaşar.

### 2.1.3.DSM-5 Sosyal İletişim Bozukluğu Tanı Ölçütleri (25)

A)Aşağıdakilerin tümü ile kendini gösteren sözel ve sözel olmayan iletişimin toplumsal kullanımında süregiden güçlükler:

1- Toplumsal bağlamla uyumsuz olacak biçimde, selamlama ve bilgi paylaşımı gibi toplumsal amaçlı iletişimde eksiklikler.

2-Sınıfta, sokakta(oyun alanında) olduğundan daha değişik konuşma, çocuğa karşı, bir büyüğe karşı olduğundan daha değişik konuşma ve biçimsel dil kullanmaktan kaçınma gibi, içinde bulunulan durumla ya da dinleyen kişinin gereksinmeleriyle eşleşecek biçimde iletişim biçimini değiştirme yeterliğinde bozukluk.

3- Sırayla konuşma, yanlış anlaşıldığında yeniden söyleme ve etkileşim düzenlemek için sözel ve sözel olmayan simgeleri nasıl kullanacağını bilme gibi konuşmanın ve anlatmanın kurallarına uymakta güçlükler.

4-Açıkça söylenmeyeni(örn. çıkarımda bulunma) ve dilin dolaylı ya da mecazi anlatımlarını(örn. deyimler, gülmece, eğretileme, değişik anlama gelme) anlamakta güçlükler.

B)Bu eksiklikler, etkin iletişimde, toplumsal katılımı, toplumsal ilişkilerde, okul ya da iş başarısında, tek tek ya da bir arada, işlevsel kısıtlılığa neden olur.

C)Belirtiler erken gelişim evresinde başlamıştır (ancak toplumsal iletişim gereği sınırlı yeterliğin üzerine çıkana dek bu eksiklikler kendini tam göstermeyebilir).

D)Bu belirtiler, başka bir sağlık durumuna ya da nörolojiyi ilgilendiren bir duruma ya da sözcük yapısı ve dilbilgisi alanlarında gösterilen düşük becerilere bağlanamaz ve otizm açılımı kapsamında bozukluk, anlıksal yetiyitimi, genel gelişimsel gecikme ya da başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

### 2.2.Epidemiyoloji

Bin dokuz yüz doksanlı yıllara kadar otizmin nadir bir hastalık olduğu düşünülmüş olmasına rağmen artık sıklığının %1'in üzerinde olduğu bilinmektedir. ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention, CDC) tarafından 2006 yılında ASD sıklığı 1/150olarak açıklanmışken, 2012'de 1/88, 2014'de ise 1/68 olarak belirtilmiştir(26). Daha sonra yapılan çeşitli

prevalans çalışmalarında %1-2.5 arasında değişen oranlar bildirilmiştir (27-29). Otizm prevalansındaki artışın nedenlerini araştıran çalışmalarda, sebep olarak tanı ölçütlerindeki değişiklik, hastalıkla ilgili genel farkındalığın artması ve ebeveyn olma yaşının ilerlemesi gösterilmiştir (30). Cinsiyet açısından bakıldığında erkek/kız oranı 3-4/1 olarak belirtilmiştir. Cinsiyet farklılığının nedeni hala bilinmemektedir.

### **2.3.Etyoloji**

OSB'nin sebebi henüz bilinmemekle birlikte ikiz çalışmaları etyolojisinde kalıtımın önemli rol oynadığını göstermektedir. Aşağıda bu alanla ilgili yapılmış çalışmalardan bahsedilmiştir.

#### **2.3.1.Nöroanatomik Değişimler**

Postmortem çalışmalar doğumda normal/küçük olan baş çevresinin daha sonra başta frontal, temporal lob ve amigdala olmak üzere 3 yaş öncesinde büyüdüğünü daha sonra ise durakladığını belirtmiştir (31). Courchesne ve ark.'ları büyümenin 6-14 aylarda başladığını bildirmiştir (32).Amigdala sosyal davranış ve emosyon kontrolü, frontal korteks dikkat, inhibisyon ve yürütücü işlevler, temporal lob ise dil ile ilgili sorunlardan sorumlu tutulmuş ayrıca serebellum, korpus kallosum, işitsel-görsel alanda anomaliler bildirilmiştir (33). Bin dokuz yüz doksan sekiz yılında yapılan postmortem çalışmada beyin bazı bölgelerinde(hipokampus, amigdala) yoğunlaşmış nöronlarla beraber purkinje hücre yoğunluğunda azalma saptanmıştır (34). Amigdala, temporal lob, fusiform girus ve serebellumda daha az sayıda nöron olduğu, ancak bu nöron kaybının doğuştan mı sonradan mı gerçekleştiği bilinmemektedir (33, 35). Beynin bazı bölgelerinde artmış bazı bölgelerinde azalmış beyaz cevher bağlantıları gösterilmiştir (33, 36). Otizmde beyin ön ve arka bölgesi arasındaki bağlantıların azaldığı ileri sürülmüş, bu bireylerdeki karmaşık bilgi edinme süreci ve yürütücü işlev yetersizlikleri kortikal az bağlantırlılık teorisiyle açıklanmaya çalışılmıştır (37).

### **2.3.2.Fonksiyonel Değişimler**

Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme (fMRI) çalışmaları yüzden duyguları anlamaya çalışırken ve yargılama süresince amigdala ve fusiform girusta aktivasyon azlığını göstermiştir (38).

Otizmlilerin yaklaşık yarısında EEG anomalileri olduğu bilinmektedir (Minnshew 1991)

### **2.3.3.Nörokimyasal Değişiklikler**

Bu alanda henüz tam ve tutarlı veriler olmamakla birlikte GABA ve glutamat arasında denge bozukluğu ile ilgili çalışmalar yapılmıştır (39, 40).

### **2.3.4.Genetik Etmenler**

Otizimde monozigotlar arası konkordansın %90, dizigotlar arası konkordansın %5 olması, bozuklukta genetik etmenlerin etyolojik rolüne işaret etmektedir. Monozigotlar arası konkordansın yüksek olması sadece tipik otizm için değil, geniş fenotip (retardasyonun eşlik etmediği, hafif sosyal defisiti olan bireyler ) için de geçerli olduğu ayrıca bu bireylerde bile semptom şiddetleri açısından fark olabileceği belirtilmiştir (41). Pek çok kromozomal anomaliye otizmin eşlik ettiği bilinmekle birlikte otizmlilerin %10-37'sinde kromozomal anomali gösterilmiştir (42, 43).

### **2.3.5.Çevresel Etmenler**

Bugüne kadar çevresel etmenler arasında en çok araştırılanlar hava kirliliği, gebelikte egzoz dumanına maruz kalma, tarım ilaçlarına, civaya maruziyet, ileri baba ve anne yaşı, prematürite, hipoksi, D vitamini eksikliği ve aşılardır. İleri baba ve anne yaşı haricinde diğerleriyle ilişkisi gösterilememiştir (44, 45). Çevresel etkenlerin tek başına patogenezi açıklayamayacağı bilinmekte ancak epigenetik etkilerde bulunabileceği düşünülmektedir (46). Epigenetik düzeneklerin daha iyi anlaşılması için postmortem çalışmalara ihtiyaç vardır.

## 2.4.Klinik Özellikler

DSM-5 sınıflama sistemi OSB'nin klinik özelliklerini iki boyutta değerlendirmekte ve bu iki boyut sosyal-iletişimsel yetersizliklerle tekrarlayıcı-törenselle davranışlardan oluşmaktadır. Günlük hayattaki işlevleri olumsuz etkileyen belirtiler zekası ve dil becerisi iyi olan küçük çocuklarda gözden kaçabilmektedir.

A)İletişimde ve toplumsal etkileşimde yetersizlikler:

- Karşılıklı diyalog yürütme zorluğu,
- Sosyal ilişkiler başlatma ve yürütmekteki problemler,
- Göz teması azlığı/yokluğu/tuhafılığı,
- Jest-mimik anomalileri,
- Konuşma tonunu ayarlayamama,
- Erken yaşlardan itibaren ortak dikkat kurmada-sürdürmede zorlanma,
- Başkaları ile ilgisini, mutluluğunu, başarısını paylaşma eksikliği.
- Yaşlılarla uygun oyun oynayamama veya onların oyunlarına ilgi duymama gibi belirtileri kapsamaktadır.

B)Kısıtlı tekrarlayıcı ilgiler ve davranışlar:

- Sallanma, dönme, el çırpma gibi basit stereotipiler,
- İşlevsel olmayan objelerle tekrarlayıcı oyunlar (oyuncak dizme, araba tekerleği çevirme vs),
- Tekrarlayıcı konuşmalar(ekolali),
- Bozulduğunda kaygı yaratan tekrarlayıcı törenselle davranışlar,
- Tat, koku, ses ve dokunsal duyarlılıklarda az ya da aşırı duyarlılık gibi belirtileri kapsamaktadır.

Otizm spektrum bozukluğunun temel belirtileri bütün yaş dilimlerinde benzer olmakla birlikte, belirtilerin ortaya çıkış biçimi ve işlevselliği etkileme derecesi yaş dönemlerine göre farklı seyredebilmektedir. Bu sebeple aşağıda okul öncesi dönem OSB'nin temel belirtilerinin seyrine dair bilgi verilecektir.

**Tablo 2.4.1.6-9 ay arası bebeklerde otizm için ipucu olabilecek belirtiler (47)**

<b>6-9 aylık bebeklerde otizm ipuçları</b>	
<b>İletişimsel Alan</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Babıldamanın olmayışı</li><li>• Ses çeşidinin babıldarken az olması</li><li>• Konuşanın yüzüne bakmama</li><li>• Bakım verene sesli yanıt vermeme</li><li>• Anormal yüksek tonda ciyıklama</li></ul>
<b>Sosyal alandaki belirtiler</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Göz teması kısıtlılığı</li><li>• Sosyal gülümsemenin olmaması</li><li>• İsmine bakmama</li><li>• Kucağa alınma ve diğer insanlarla oynama beklentisinin düşük oluşu</li></ul>
<b>Motor alanda görülen belirtiler</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Hipotoni</li><li>• Kaba ve ince motor beceriksizlik</li><li>• Duyusal uyaranlara aşırı/azalmış tepki</li><li>• Beslenmede seçicilik</li></ul>
<b>Oyun</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nesnelere atipik ilgi</li><li>• Tekrarlayıcı oyunlar</li><li>• Nesneleri keşfetme ilgisinin azlığı veya tuhaf biçimde inceleme (göze çok yakın tutma gibi)</li></ul>
<b>Düzenleyici işlevler</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aşırı pasif ya da reaktif mizaç</li><li>• Başedilmesi zor huzursuzluk nöbetleri</li></ul>

**Tablo 2.4.2.Okul öncesi dönem yaş gruplarına göre otizm belirtileri(1)**

<b>0-2 yaş arası:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Göz temasında yetersizlik ve görsel takipte atipiklik</li><li>• Motor aktivite azlığı, ince-kaba motor beceri eksikliği</li><li>• Parmak ucunda yürüme ve garip el hareketleri</li><li>• Bay-bay yapamama, ce-e'yi taklit edememe oyuncaklarla uygun biçimde oynayamama</li><li>• Sosyal gülümsemenin olmayışı, duygu paylaşımında kısıtlılık</li><li>• Genel bilişsel ya da dil becerilerinde ve komutları anlamada gerilik</li></ul>
<b>2-3 yaş arası:</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Konuşma gecikmesi</li><li>• Becerilerde gerileme</li><li>• Çevreden izole görünme, erişkinlerin ilgisini çekmekte isteksizlik yalnızlığı tercih etme</li><li>• Kısıtlı yüz ifadesi, anlamsız gülmeler</li><li>• İsmine bakmama</li><li>• Yaşıtla paralel oyun oynayamama, basit taklide dayalı becerilerde (bay bay, öpücük, saklambaç) zorlanma</li><li>• Stereotipik hareketler(parmak ucunda yürüme, dönme, sallanma, kanat çırpma gibi)</li><li>• Konuşmada ekolali, anlamsız sesler, melodiyi tekrar etme</li><li>• Dönen nesnelere, elektronik eşyalara, araba plakaları, gazetelerdeki logolar gibi işlevsel olmayan ilgiler</li></ul>
<b>4-6yaş arası :</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yaşıtı aramama ve yaşıtla ilişki sürdürmemeye çok belirgindir</li><li>• Hayali oyunlar kuramama, senaryolu oyun oynayamama, empati kurmada yetersizlik</li><li>• Sohbet başlatmada ve sürdürmede kısıtlılık</li><li>• Konuşmada ekolali, ses tonunu ayarlama zorlukları, garip sesler çıkarma, kelime uydurma</li><li>• Hep aynı kıyafeti giymek isteme, aynı yoldan yürüme, aynı tarz yemekleri seçme ve ufak çevresel değişimlere öfke</li></ul>

## 2.5.Değerlendirmede Kullanılan Araçlar

A)Yapılandırılmış görüşme araçları:

Çok boyutlu bir biçimde otizmin temel belirtileri değerlendirilmektedir. En sık kullanılan ‘Autism Diagnostic Interview-R’ ve ‘Autism Diagnostic Observation Scale’dır. Ancak ülkemizde bu araçların standardizasyonu yapılmadığından kullanılmamaktadır.

B)Ölçekler:

Ülkemizde tarama amaçlı ‘M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers ölçeği kullanılmaktadır (48, 49). Ülkemizde semptom şiddetini ölçmekte en sık ‘Çocukluk Otizmini Derecelendirme Ölçeği (Childhood Autism Rating Scale-CARS) (50, 51), ‘Otistik Davranışları Değerlendirme Listesi (Autism Behaviour Checklist-ABC)(52) ve ‘Sosyal İletişim Ölçeği (Social Communication Questionnaire-SCQ) (53) ölçekleri kullanılmaktadır.

## 2.6.Ayırıcı Tanı

Küçük yaş dönemindeki çocuklarda bir alandaki gecikme başka alanda da aksamalara sebep olduğundan otizmin ayırıcı tanısı oldukça zor olmaktadır (1). Bu yüzden küçük çocuklarda hangi alanda zorluk mevcutsa o alana yönelik acil destek sağlanmalıdır (1). Ayırıcı tanıda konuşma ve dil bozuklukları, zihinsel yetersizlikler, selektif mutizm, sosyal iletişim bozukluğu, Rett sendromu, çok erken başlangıçlı şizofreni, görme-işitme engeli, tepkisel bağlanma bozukluğu göz önünde bulundurulmalıdır (54).

## 2.7.Eş Tanılı Durumlar

OSB’ye birçok psikiyatrik ve tıbbi bozukluk eşlik ederek, ciddi işlevsel bozulmalara sebebiyet vermektedir. İfade edici dil becerileri yetersiz olan bu çocuklardaki ek hastalıklarının tespiti çoğu zaman zor olmakla birlikte tespit edilip tedavi edilmesi hayat kalitelerini artıracaktır.

### **2.7.1.Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar**

OSB tanısı alan çocuk ve ergenlerin neredeyse %75'inde en az bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği söylenmektedir (55, 56).

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) :OSB olan çocukların %28-83'üne DEHB eşlik etmektedir (57-59). DEHB tedavisinde kullanılan stimülanların bu grupta daha az etkili ve yan etki tolerasyonlarının da daha az olduğu belirtilmiştir. Bu sebeple tedaviye düşük doz başlanması önerilmektedir (60).

Kaygı Bozuklukları:OSB olan çocukların farklı çalışmalarda %55-84 arasında değişen sıklıkta görüldüğü belirtilmiştir (61). Aşırı duyuusal hassasiyet ve bilgi işlemedeki zorluklar sebebiyle oyuncak bebek, kalabalık, karanlık, kapalı ortam gibi tipik gelişen çocuklardan farklı korkular geliştirebilmektedirler (62).

OKB:OSB'de görülen ritüeller, stereotipik hareketler OKB kompulsyonları ile karışabilmekteyken OKB'de bu durumun egodistonik OSB'de ise egosintonik olduğu belirtilmektedir(63). OKB'lilerde %20 oranında otistik özelliklerin gösterilmesi iki hastalık arasında ortak nörobiyolojik zeminin olduğunu düşündürmektedir (64, 65).

Depresif Bozukluklar: OSB olan çocukların depresyon çocuk ya da ergenin hareketliliğinde görülen değişiklik, öfke nöbetleri, kendine zarar verme davranışları, stereotipilerde, kompulsif davranışlarda artış işlevselliğin azalması, kazanılmış becerilerin kaybı gibi belirtilerle seyretmektedir (66, 67).

Bu grupta ayrıca tik bozuklukları, psikotik bozukluklar, travma sonrası stres bozuklukları gibi birçok psikiyatrik bozukluk görülebilmektedir (68-70).

### **2.7.2.Eşlik Eden Tıbbi Bozukluklar**

OSB ile birlikte pek çok tıbbi durum görülmekle birlikte en sık görülen durum epilepsidir. Epilepsi ve EEG bozukluğunun görülme riski zeka geriliğinin eşlik ettiği grupta daha fazladır. Tuchman 2013'deki gözden geçirme yazısında OSB'ye zeka geriliğinin eşlik ettiği grupta epilepsi oranını %20; eşlik etmeyen grupta %8 olarak bildirmiştir (71). Nöbetlerin başlangıcı daha çok erken çocukluk ve erken ergenlik dönemleridir (72). %10-83 oranında eşlik eden EEG anomaliliğinin kötü prognostik

bir gösterge olduğu öne sürülmüştür (73). OSB'ye en sık eşlik eden kromozomal bozukluk Fragile X'dir. Bunun dışında 22q11.2 delesyonu, 22q11.2 duplikasyonu, Down sendromu, Angelman sendromu, Williams sendromu, Cohen sendromu, CHARGE sendromu da görülebilmektedir (74).

Nörofibromatozis, tuberoskleroz, Ehler Danlos Sendromu, mukopolisakkaridozlar, galaktozemi, gelişimsel kordinasyon bozukluğu, görme-işitme engeli, serebral palsi, fenilketonuri, mitokondrial bozukluklar, hipotiroidi otizm ile birlikte görülebilen diğeri hastalıklardır (42).

## **2.8.Gidiş ve Prognoz**

Erken yaşlarda ortak dikkat ve iletişim becerilerinin iyi olmasının en önemli prognostik gösterge olduğu bildirilmiştir (75). OSB'nin şiddeti, eşlik eden gelişimsel, tıbbi ya da psikiyatrik bozuklukların varlığına göre özellikle sosyal beceri ve dil alanında belirtilerin zaman içinde değışim gösterdiği saptanmıştır. Ayrıca uygulanan eğitimin kalitesi ve erken müdahale imkanlarına ulaşmayla ilişkili olarak ailenin sosyoekonomik düzeyiyle de bağlantılı bulunmuştur (76).

Prognozun iyi olduğu, tek başlarına hayatını idame ettirenler dahi OSB'nin neden olduğu sosyal problemlerle hayatları boyunca karşılaşmaya devam etmektedir (75). Eşlik eden tıbbi ve psikiyatrik durumlardan dolayı OSB olan çocukların beklenen yaşam süresinin daha az olduğu bildirilmiştir (73).

## **2.9.Tedavi**

### **2.9.1.Eğitsel Tedavi Yaklaşımları**

Beyin plastisitesinin küçük çocuklarda daha iyi olması sebebiyle otizmde erken müdahalenin hem çekirdek belirtiler hem de bunlara ikincil olarak gelişen belirtiler üzerine iyileştirici etkiye sahip olabileceği ve daha olumlu bir prognoz ile ilişkili olduğu bilinmektedir (77, 78). Bu yüzden tedavinin en önemli basamağını erken tanı ve müdahale oluşturmaktadır. Otizmin erken dönem müdahalelerini gelişimsel ve davranışçı temelli yöntemler olarak ikiye ayırabiliriz. OSB olan bebeklerin ortak

dikkat ve sosyal etkileşim sağlama bakımından nörobiyolojik engellerle doğdukları varsayımı üzerinden geliştirilen gelişimsel temelli müdahalelerin en önemli özelliği çocuk merkezli olması ve bakım verenin anahtar konumunda olmasıdır (75). Tedavide kullanılan diğer yöntem uygulamalı davranış analizi (UDA) temelinde geliştirilen genellikle haftada 20-40 saat uygulanan erken dönem yoğunlaştırılmış davranışçı müdahaleler (EDYDM)'dir (78, 79). Reichow ve arkadaşlarının 2012 yılında yaptığı bir gözden geçirme çalışmasında EDYDM'nin uyum davranışları, alıcı-ifade edici dil, günlük iletişim becerileri, IQ ve sosyal beceriler üzerine orta derecede iyileşme sağladığı bildirilmiştir (80). Herhangi bir tedavi yönteminin diğerine üstünlüğü olmamakla birlikte günümüzde davranışçı ve gelişimsel temelli yaklaşımlar genellikle bir arada kullanılmaktadır.

### 2.9.2. İlaç Tedavileri

Okul öncesi dönem OSB belirtilerine yönelik kullanımı onaylanmış ilaç bulunmamakla birlikte irritabilite ve stereotiplerin şiddetli olması durumunda beş yaş ve üstü için onay alan risperidonun kullanımı öne çıkmaktadır (81).

**Antipsikotikler:**Yapılan kontrollü çalışmalar risperidon ve aripiprazolün agresyon, irritabilite, stereotipik hareketler ve anksiyete belirtileri üzerine etkili olduğunu göstermiştir (82). Bir takım hematolojik, metabolik ya da nörolojik yan etkileri kullanımlarını kısıtlamakla birlikte yapılan kontrollü çalışmalar ve olgu bildirimleri klozapin, olanzapin ve haloperidol gibi diğer antipsikotiklerin de bu belirtiler üzerine etkili olduğunu bildirmektedir (83).

**Stimülanlar ve atomoksetin:**Küçük yaş grubu OSB olan çocuklarda stimülan kullanımı ile tekrarlayıcı hareketlerde artış, karın ağrısı, uyku problemleri, emosyonel labilite gibi yan etkilerin tipik gelişen çocuklara göre daha sık görüldüğü, etkinliğin de bunlarda daha düşük olduğu belirtilmektedir (84, 85). Plasebo kontrollü ve açık çalışmalarda atomoksetinin OSB olan çocuklarda DEHB belirtileri üzerine orta düzeyde etkili olduğu ancak ilacın başlangıç dönemlerinde irritabilitenin çok fazla görüldüğü bildirilmektedir (86-88). Bu sebeplerle stimülan ve atomoksetinin OSB olan çocuklarda düşük doz başlanıp dozun yavaş yavaş artırılması önerilmektedir (85).

**Antidepresanlar:**OSB’de görülen stereotipik davranışlarda sık kullanılmasına rağmen yapılan meta-analiz çalışmasında seçici serotonin geri alım inhibitörlerinin (SSGİ) stereotipik hareketlerde etkin olmadığını göstermiştir (89).Antidepresanların bu çocuklarda depresif belirtileri, kaygı ve agresyonu azaltıcı etkileri olduğuna dair açık etiketli çalışmalar mevcuttur (90-92).

**Melatonin:**OSB’ye eşlik eden uyku sorunlarının tedavisinde kullanılmaktadır.

## 2.10.DSM-IV-TR’den DSM-5’e Geçiş ve Tanısal Farklılıklar

- DSM-IV’te ayrı ayrı değerlendirilen sosyal etkileşim ve iletişimde kalitatif bozukluk alanları sosyal etkileşim-iletişimde yetersizlik adı altında birleştirilmiştir.
- DSM-IV’de 12 olan toplam ölçüt sayısı 7’ye düşürülmüş ve daha önce 12 belirtiden en az 6’sı tanı için gerekli iken DSM-5’te 7 ölçütten en az 5’inin sağlanması gerektiği bildirilmiştir.
- Kısıtlı ilgi alanı ve tekrarlayıcı davranışlar varlığını korurken bu tanılamaya duyuşal hipo/hipersensitivite ya da anormal duyuşal yaklaşım ölçütü eklenmiştir.
- Konuşma gecikmesi diğer birçok durumda ortaya çıkabileceği için OSB’nin çekirdek ölçütleri arasından kaldırılmış klinik tanımlayıcı bir belirti olarak dahil edilmiştir.
- DSM-5’e göre OSB tanısı için sosyal etkileşim ve iletişim alanında tanımlanmış üç ölçütten üçünün, kısıtlı ilgi alanı ve tekrarlayıcı davranışlar alanında tanımlanmış dört ölçütten ikisinin sağlanması gerektiği belirtilmiştir.
- Bozukluğun şiddet düzeyi hafif(1), orta(2), ağır(3) olarak belirlenmiştir.
- Bir yaş sınırı belirtilmemiş olmakla beraber belirtilerin, gelişimin erken evrelerinde olması zorunlu kılınmış ancak toplumsal beklentilerin çocuğun mevcut kapasitesini aşmasıyla birlikte fark edilebileceği veya belirtilerin çocuğun öğrendiği bazı stratejilerle maskelenebileceği uyarısında bulunulmuştur.
- Ayrıca DSM-IV’e göre YGB tanısı olanların DSM-5’e göre tanı almama ihtimalini ortadan kaldırmak adına önceden otistik bozukluk, YGB-BTA ve Asperger bozukluğu tanısı olanlar DSM-5’e göre tanı ölçütlerini karşılamasalar dahi OSB kabul edileceği ek bir maddeyle belirtilmiştir. Ancak bu madde önceden YGB

ölçütlerini karşılamayan ve yeni tanı alacak olan çocukların tanı almama riskini ortadan kaldırmamaktır (1).

- DSM-5 artık DEHB ile OSB eş tanılanmasına da izin vermektedir
- OSB'nin ayırıcı tanısına DSM-5'te 'Sosyal İletişim Bozukluğu' eklenmiştir.

Frazier 2012 yılında yaptığı çalışmada sosyal etkileşim ve iletişim alanlarının birleştirilmesinin uygun olduğunu belirtirken (9), bazı çalışmalarda, toplumsal etkileşim-iletişim alanının sınıflandırılmasına yönelik monotetik yaklaşımın (tüm ölçütlerin mevcut olması gerekliliği) teşhis ölçütlerinin kapsamını, esnekliğini ve duyarlılığını azalttığı öne sürülmüştür (93, 94).Örneğin, bu alandaki akran ilişkisi başlatma ve sürdürmede zorluk ölçütü anaokuluna ya da okula başlayana kadar tüm çocuklar için açıkça belirgin olmayabileceği belirtilmiştir (12, 95). Benzer şekilde Kısıtlı ilgi alanı ve tekrarlayıcı davranışlar (RRBI) alanından DSM-IV-TR'de, en az 1 ölçüt otistik bozukluk için ya da hiç karşılanmamasıyla da BTA-YGB tanısı için yeterli görülürken; DSM-5'te bu alanda 2 ölçütün karşılanması gerekliliği otizmde erken tanının önünde engel olabileceği ileri sürülmüştür. Yine bu davranışların küçük çocuklarda çok belirgin olmayabileceği, ya da el çırpması gibi tipik gelişen çocuklarda erken dönemde izlenebilen normal davranışlarla karışabilmesi sebebiyle ayırt etmesi klinisyen için zor olabileceği bildirilmiştir (2). Bu sebeplerle 1-3 yaş arasını değerlendiren çok az çalışma olmasına rağmen bulgular özellikle bu yaş döneminin DSM-5 ile risk altında olduğunu belirtmektedir (12, 95). Bununla birlikte başka bir çalışmada duyuşal hipo/hipersensitivitenin eklenip, konuşma bozukluğunun çekirdek belirtiler arasından çıkarılmasının küçük çocuklarda tanıyı kolaylaştırabileceğini ileri sürülmüştür (96). Matson ve arkadaşları 2012 yılında erişkinlerde ve küçük çocuklarda DSM-5 OSB ölçütlerini değerlendirmiş erişkin dönemde tanıda %36 oranında azalma bildirirken 17-36 ay arasında %47'lik bir düşüş olduğunu belirtmişlerdir (93, 95).

Frazier çalışmasında DSM-5'in DSM-IV'e göre daha özgül, fakat duyarlılığın daha düşük olduğunu ve vakaların %12'sinin tanı almadığını bildirmiş;(9) McPartland ise duyarlılığın alt gruplara (Asperger:%25, YGB-BTA:%28, otizm:%76) ve zeka düzeyine göre değiştiğini (IQ>70:%46, IQ<70:%70) saptamıştır (94). Yakın tarihli bir sistematik inceleme ve meta analiz çalışması, DSM-IV ve DSM-IV-TR'ye göre YGB tanısı olanlarda DSM-5'e göre %35 ve %37 oranında bir

azalma olduğunu ve düşük tanı oranının BTA-YGB, asperger ve/veya IQ>70 olanlarda belirgin olduğunu bildirmiştir (97, 98).

Sosyal iletişim bozukluğu tanısı için iletişimi dinleyenin ihtiyaçları doğrultusunda yönlendirme, sırasını bekleme, yanlış anlaşıldığında durumu toparlama, konuşma sırasında açıkça söylenmeyen dilin mecazi kullanımını anlamak gibi sözel ve sözel olmayan iletişimin sosyal kullanımında sürekli güçlüklerin olması gerekmektedir (99). SİB üst seviye dil yeteneklerini ölçtüğü için 4-5 yaşından önce değerlendirilmesi mümkün olmamaktadır (100).

Önceden YGB tanısı olan DSM-5 ile OSB ölçütlerini karşılamayan bazı bireylerin (özellikle BTA-YGB, asperger bzk.) DSM-5 ile birlikte SİB tanısı aldığı ancak bu tanı kategorisindeki belirsizliklerin SİB'i olanlara nasıl müdahale edilip, hizmet verileceği ile ilgili endişelere sebep olduğu bildirilmiştir (60, 100-102). Yazarlar SİB'in OSB'den ayrı bir kategoride değerlendirilmesiyle bu grubun OSB'lilere devlet tarafından sağlanan sağlık hizmetleri, eğitim, halk sağlığı uygulamaları, iş imkanları gibi haklardan artık faydalanamayabileceklerini belirtmektedir (103). DSM-5'e göre OSB tanısı alamayıp SİB tanısı olan YGB'lilerin %1.5 ile %63.2 arasında değiştiğini bildiren çalışmalar mevcuttur (104, 105).

### 3.GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1.Örneklemin Seçimi

Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine 25.07.2016-30.01.2017 tarihleri arasında başvuran, yaşları 18-72 ay arasında değişen, dahil olma koşullarını sağlayan ve velisi tarafından araştırmaya katılması kabul edilen 80 çocuk alınmıştır.

Çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır.

#### **Dâhil olma ölçütleri:**

- Çalışmaya katılımı planlanan çocukların, en az 2 çocuk psikiyatristi, klinik psikolog, çocuk gelişimi uzmanı ve sorumlu hemşireden oluşan bebek gözlem ekibi tarafından Crowell gözlemiyle daha sonrasında da araştırmacı tarafından değerlendirilip DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre YGB tanısının koyulmuş olması
- YGB tanısı olan çocukların yaşının 18-72 ay arasında olması
- Ebeveynlerin gönüllü olarak çalışmaya katılmayı kabul etmeleri

#### **Dışlama ölçütleri:**

- Çocukların DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre YGB tanısının olmaması
- Çocuğun kurum bakımı altında ya da evlat edinilmiş olması
- Ebeveynlerin çalışmaya katılmayı kabul etmemeleri

#### 3.2.İşlem

Ebeveyni tarafından bilgilendirilmiş onam formu imzalandıktan sonra araştırma ölçütlerini karşılayan bütün çocuklar ve velileri oyun gözlem odasında görüşmeye alınmıştır. Detaylı gelişimsel öykünün alınıp ve psikiyatrik muayenenin yapılmasının ardından çocuklar, DSM-IV-TR ve DSM-5 ölçütlerine göre gözlenmiş, ailelere çocuğun ölçütü karşılayıp karşılamadığına emin olunana kadar tek tek örneklerle detaylandırılarak sorular sorulmuş, gözlem ve anamnez sonucuna göre tanısal değerlendirme yapılmıştır. Ailelere doldurmaları için sosyodemografik veri

formu verilmiştir. Otizm semptomlarının şiddeti CARS ve ABC ile sorunlu davranışları ise SDKL ile değerlendirilmiştir. ABC ve SDKL yalnızca ebeveyn tarafından değerlendirilirken CARS çocuğun doğrudan gözlemlenmesi ve aileden alınan bilgiye göre araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

### **3.3.Değerlendirme Gereçleri**

#### **3.3.1.Sosyodemografik Bilgi Formu**

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu formda çocuğun; doğum tarihi, eğitim bilgisi, akran ilişkileri, prenatal, natal ve postnatal risk faktörleri, gelişim öyküsü, tıbbi hastalık bilgileri bulunmaktadır. Ebeveynlerle ilgili olarak; anne ve babanın eğitim düzeyleri, ekonomik gelirleri, kaç çocukları olduğu, fiziksel veya ruhsal hastalık öykü bilgileri yer almaktadır.

#### **3.3.2.Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CARS)**

1980 yılında Schopler ve arkadaşları tarafından geliştirilen bu ölçek otizmi diğer nörogelişimsel hastalıklardan ayırmayı ve şiddetini belirlemeyi sağlar. Ölçeğin toplam puanı 15- 60 arasında değişmekteyken 30-36,5 hafif, 37 puan ve üzeri ise ağır şiddette otizmi göstermektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1996 ve 2009 yıllarında yapılmıştır (51, 106).

#### **3.3.3.Otizm Davranış Kontrol Listesi (ABC)**

Krug ve arkadaşları tarafından 1980 yılında geliştirilen ABC duyuşsal, beden ve nesne kullanımı, ilişki, sosyal-öz bakım becerileri ve dil becerilerini değerlendiren 5 alan ve 57 maddeden oluşmaktadır (107). En düşük sıfır puan iken en yüksek puan 159'dur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik-güvenilirlik çalışması Yılmaz-Irmak ve arkadaşları tarafından 2007 yılında yapılmıştır (108). Pek çok ülkede otizmi tarama ve takiplerde hem anne-baba hem de öğretmen tarafından kolayca değerlendirilmesini sağlayan bir araçtır.

### **3.3.4.Sorun Davranış Kontrol Listesi (SDKL)**

Otizmlı çocuklarda görülen davranış problemlerini İrritabilite, Sosyal Geri Çekilme, Stereotipi, Hiperaktivite ve Konuşma Sorunu olmak üzere 5 alt ölçekle değerlendirmeye yarayan bir testtir. Türkçe testinin geçerlilik güvenilirliği 2003 yılında Sucuoğlu ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (109).

### **3.4.İstatistiksel Analiz**

İstatistiksel analizler için IBM SPSS Statistics for Windows 22.0 yazılımı kullanılmıştır.Kategorik değişkenler Pearson ki-kare, ya da beklenen frekansı 5'ten küçük hücre olduğunda Fisher'ın kesin testi ile karşılaştırılmıştır. Sayısal değişkenlerin normal dağılıp dağılmadığı Shapiro-Wilk testi ile değerlendirilmiş; değişkenleri iki grupta karşılaştırırken Mann Whitney U testi kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için  $p < 0,05$  değeri alınmıştır.

## 4.BULGULAR

### 4.1.Sosyodemografik Özellikler

Çalışmamıza DSM-IV-TR'ye göre YGB tanı ölçütlerini karşılayan toplam 80 olgu katılmıştır.80 olgunun 71'i (88.8) erkek, 9'u (11.3) kız cinsiyetinde olup, yaş ortalamaları 49.8 aydır ( $\pm 14,3$ ). Hastaların sosyodemografik veri formuna göre eğitim seviyeleri, ailenin kaçınıcı çocuğu olduğu, anne-baba yaş ortalamaları, ailenin aylık gelir ortalaması ve ortalama YGB tanı yaşına ait değerler tabloda verilmiştir (Tablo 4.1.1.) Buna göre YGB'li çocukların %31,3'ü okula başlamamışken %37,5'u kreşe, %31,3'ü ise anaokuluna devam etmektedir. Çocukların %53,8'i ailenin ilk çocuğu olarak dünyaya gelmişken, %38,8'i ikinci, %6.3'ü üçüncü, %1,3'ü dördüncü çocuğu olarak doğmuştur. Çalışmamızda annelerin yaş ortalaması 31( $\pm 5,5$ ), babaların yaş ortalaması ise 34,5( $\pm 5,7$ ) bulunmuştur.Çalışmamıza katılan ailelerin aylık ortalama geliri 3553 $\pm$ 2450 bulunmuştur.Çocukların YGB tanı yaşı ortalaması 34,3( $\pm 11,2$ ) ay olarak hesaplanmıştır

**Tablo 4.1.1.Sosyodemografik Veri Formuna Ait Bulgular**

<b>Eğitim</b>	<b>n (%)</b>
Okula başlamamış	25(31,3)
kreş	30 (37,5)
anaokul	25(31,3)
<b>Ailenin kaçıncı çocuğu</b>	<b>n (%)</b>
1.	43(53,8)
2.	31 (38,8)
3.	5(6,3)
4.	1(1,3)
<b>Yaş</b>	<b>ort (<math>\pm</math>ss)</b>
Anne	31( $\pm$ 5,5)
Baba	34,5( $\pm$ 5,7)
<b>Aylık Gelir (TL)</b>	<b>(ort<math>\pm</math>ss)</b>
	3553 $\pm$ 245
	0
<b>YGB Tamı Yaşı (Ay)</b>	<b>ort (<math>\pm</math>ss)</b>
	34,3 (11,2)

Annelerin %28,7'si (n=23) 18-25 yaş aralığında, %62,5'i (n=50) 25-35 yaş aralığında bulunmaktayken; babaların ise %5'i (n=4) 18-25 yaş aralığında, %63,7'si (n=51) 23-35 yaş aralığında, %23,8'i (n=19) 35-40 yaş aralığında, %7,5'i (n=6) ise 40 yaş üstüneyken YGB'li çocukları doğmuştur (Tablo 4.1.2.)

**Tablo 4.1.2.**Anne ve Babaların doğum sırasındaki yaş aralığı

	18-25	25-35	35-40	40 yaş üstü
	n(%)	n(%)	n(%)	n(%)
Anne	23(28,7)	50(62,5)	7(8,8)	0
Baba	4(5)	51(63,7)	19(23,8)	6(7,5)

#### **4.2.DSM-IV-TR ve DSM-5 Ölçütlerine Göre Bulgular**

Hastaların 75'i (%93,7) DSM-IV-TR'ye göre otistik bozukluk ölçütlerini karşılarken 4'ü (%5) BTA-YGB, 1'i (%1,3) asperger bozukluğu ölçütlerini karşılamaktadır (Tablo 4.2.1.) 80 YGB'li hastanın 9'u (%11,3) DSM-5'e göre OSB ölçütlerini karşılamamaktadır. 6 hasta DSM-5'e göre (%7,5) SİB tanı ölçütlerini karşılarken 3'ü (%3,8) iki tanı sınıfında da yer almamaktadır. DSM-IV'e göre OB tanısı olan hastalardan (n=75) 3'ü, asperger bozukluğu olan hasta (n=1) ve YGB-BTA tanısı olan 4 hastadan 2'si SİB tanısı almıştır. DSM-IV-TR'ye göre otizm tanısı olan 75 hastanın %6,7'si (n=5) DSM-5'e göre OSB tanısı almazken, BTA-YGB'lilerin (n=4) %75'i (n=3) OSB tanısı almamıştır.

**Tablo 4.2.1.**Hastaların DSM-IV-TR’de aldıkları tanılara göre DSM-5 OSB tanısı

DSM-IV-TR	DSM-5		p
	OSB Olan n (%)	OSB Olmayan n (%)	
Otizm	Var	70 (93,3)	<b>&lt;0,001</b>
	Yok	1 (25)	
BTA-YGB	Var	1(25)	<b>0,004</b>
	Yok	70 (92,1)	
Asperger	Var	0(0)	0,112
	Yok	71 (89,9)	
Dezintegratif	yok	71(88,8)	-
Rett	yok	71 (88,8)	-

*Fisher’in kesin testi*

Olguların herbir DSM-5 OSB ölçütünü karşılama oranları Tablo 4.2.2’de verilmiştir.Tanı almayan 9 hastanın %78’i (n=7) B ölçütünü karşılamadığı için, %22’si (n=2) A ölçütünü karşılamadığı için DSM-5’e göre OSB tanısı alamamıştır. A ölçütleri birçok vakada karşılanmışken; B2 ve B3 ölçütlerinin karşılanma oranlarının daha düşük olduğu bulunmuştur. Sonuçlar incelendiğinde B1 ve B4 ölçütünün DSM-5 OSB tanısıyla ilişkisi anlamlı bulunmuştur (B1 için p=0,011; B4 için p<0,001).

**Tablo 4.2.2.** DSM-5 OSB ölçütlerinin gruplarda karşılanma oranları

<b>DSM-5 OSB</b>	<b>VAR</b> n(%)	<b>YOK</b> n(%)	<b>p</b>
<b>A</b> var	71	7(77,8)	0,11
yok	0	2(22,2)	
<b>A1</b> var	71	8 (88,9)	0,112
yok	0	1(11,1)	
<b>A2</b> var	71	7(77,8)	0,011
yok	0	2(22,2)	
<b>A3</b> var	71	9	
yok	0	0	
<b>B</b> var	71	2 (22,2)	<b>&lt;0,001</b>
yok	0	7(77,8)	
<b>B1</b> var	71	7 (77,8)	<b>0,011</b>
yok	0	2 (22,2)	
<b>B2</b> var	28 (39,4)	2(22,2)	0,471
yok	43 (60,6)	7 (77,8)	
<b>B3</b> var	34(48)	1 (11,1)	0,070
yok	37 (52)	8 (88,9)	
<b>B4</b> var	63(89)	2(22)	<b>&lt;0,001</b>
yok	8(11)	7(88)	

*Fisher'in kesin testi*

DSM-5'e göre OSB tanısını karşılamayan 9 hasta karşılayan grupla karşılaştırıldığında iki grup arasında yaş ortalamaları ve cinsiyet açısından anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4.2.3. ve Tablo 4.2.5.).

**Tablo 4.2.3.**Cinsiyet DSM-5 OSB İlişkisi

	DSM-5 OSB		Toplam
	Var n(%)	Yok n(%)	
<b>erkek</b>	63(88,7)	8(11,3)	71
<b>kız</b>	8(88,9)	1(11,1)	9
<b>Toplam</b>	71(88,8)	9(11,2)	80

*Fisher'in kesin ki-kare testi, p=1*

CARS puanı ortanca değeri kızlarda 33,5(20-47) erkeklerde 34,5(21-53); ABC toplam puanının ortanca değeri kızlarda 49(14-65), erkeklerde 49(9-116) ve SDKL puanının ortanca değeri kızlarda 26(6-95), erkeklerde 38(2-133) olup cinsiyet açısından CARS ( $Z=-0,053$ ,  $p=0,95$ ), ABC ( $Z=-0,975$ ,  $p=0,33$ ) ve SDKL ( $Z=0,777$ ,  $p=0,43$ ) puanları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır (Tablo 4.2.4.).

**Tablo 4.2.4.**Cinsiyetler arası CARS, ABC ve SDKL puan karşılaştırmaları

	kız (ort. min-maks)	erkek (ort.min-maks)	Z	p
<b>CARS</b>	33,5(20-47)	34,5(21-53)	-0,05	0,9
<b>ABC</b>	49(14-65)	49(9-116)	-0,97	0,3
<b>SDKL</b>	26(6-95)	38(2-133)	-0,77	0,4

*Mann Whitney U*

**Tablo 4.2.5.**Grupların yaş ortanca değerleri

	<b>OSB(var)</b> (ortanca min- maks)	<b>OSB(yok)</b> (ortanca min- maks)	Z	p
<b>Yaş (Ay)</b>	50 (17-75)	57(30-71)	-0,42	0,67

*Mann Whitney U*

**Tablo 4.2.6.**Grupların yaş gruplarına göre dağılımı

	<b>OSB var</b> n(%)	<b>OSB yok</b> n(%)	p
<b>18-36 ay</b>	18(90)	2(10)	
<b>36-54 ay</b>	25(92,6)	2(7,4)	0,67
<b>54-72 ay</b>	27(84,4)	5(15,6)	

*Fisher kesin testi*

DSM-5'e göre OSB tanısı olan ve olmayan grup YGB tanı yaşları açısından incelenmiş tanı almayan grubun YGB tanı yaşının daha geç olduğu ve bu farkın istatistiksel açıdan anlamlı olduğu bulunmuştur ( $Z=-1,99$ ,  $p=0,046$ ) (Tablo 4.2.7.).

**Tablo 4.2.7.**YGB tanı yaşı DSM-5 OSB ilişkisi

	<b>OSB var</b> (ortanca min-maks)	<b>OSB yok</b> (ortanca min-maks)	Z	p
<b>YGBTanıYaşı (Ay)</b>	30(17-60)	48(24-69)	-1,99	<b>0,046</b>

*Mann Whitney U*

DSM-5'e göre OSB tanı ölçütlerini karşılayan ve karşılamayanların CARS, ABC ve SDKL puanları parametrik test şartları sağlanmadığından ortanca değerler açısından gruplar arasında karşılaştırma yapılmış, gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu ve aralarında negatif bir ilişkinin olduğu görülmüştür (Tablo 4.2.8.). ABC alt ölçekleri ile gruplar arası fark ABC'nin duyuşal, beden-nesne kullanımını ve sosyal beceri ve özbakım alt ölçeklerinde anlamlı bulunmuştur (Tablo 4.2.9.).

**Tablo 4.2.8.** CARS, ABC ve SDKL puanı ile DSM-5 OSB ilişkisi

	<b>OSB var</b> (ortanca min-maks)	<b>OSB yok</b> (ortanca min-maks)	Z	p
<b>CARS</b>	36,5(21-53)	27(20-44)	-3,16	<b>0,002</b>
<b>ABC</b>	50(9-116)	26(12-68)	-2,61	<b>0,009</b>
<b>SDKL</b>	38(3-133)	15(2-78)	-2,71	<b>0,007</b>

*Mann Whitney U*

**Tablo 4.2.9.** ABC alt ölçek puanları ile DSM-5 OSB ilişkisi

	<b>OSB var</b> (ortanca min-maks)	<b>OSB yok</b> (ortanca min-maks)	Z	p
<b>ABC Duyuşal</b>	5(0-19)	3(0-8)	-2,28	<b>0,023</b>
<b>ABC İlişki</b>	15(0-31)	8(4-20)	-1,41	0,158
<b>ABC Beden Nesne</b>	9(0-31)	2(0-13)	-2,5	<b>0,011</b>
<b>ABC Dil</b>	11(0-25)	9(2-12)	-1,77	0,077
<b>ABC Sosyal Özbakım</b>	11(0-29)	7(0-20)	-2,03	<b>0,042</b>

*Mann Whitney U*

Çalışmamızda herbir B ölçütünün yaş, cinsiyet ve CARS puanı ile ilişkisi incelenmiştir (Tablo 4.2.10.,Tablo 4.2.11 ve Tablo 4.2.12.) Bu analizde sadece B2 ölçütünün yaşla ilişkisi anlamlı bulunmuştur ( $\chi^2=14,7$  p=0,001)

**Tablo 4.2.10.**Yaş ve B ölçütleri ilişkisi

Tanı		18-36	36-54	54-72	Toplam	$\chi^2$	p
		n (%)	n (%)	n (%)			
B1	Var	19 (95)	28(100)	31(96,9)	78(97,5)	0,71 <sup>2</sup>	
	Yok	1 (5)	0 (0)	1(3,1)	2(2,5)		
B2	Var	3 (15)	7 (25)	20(62,5)	30(37,5)	14,7	<b>0,001<sup>1</sup></b>
	Yok	17 (85)	21 (75)	12(37,5)	<b>50(62,5)</b>		
B3	Var	7(35)	15(53,6)	13(40,6)	35(43,8)	1,8	0,39 <sup>1</sup>
	Yok	13(65)	13(46,4)	19(59,4)	<b>45(56,3)</b>		
B4	Var	16(80)	23(82,1)	26(81,3)	65(81,3)	0,03	0,98 <sup>1</sup>
	Yok	4(20)	5(17,9)	6(18,8)	15(18,8)		

<sup>1</sup>Pearson Ki-kare Testi, <sup>2</sup>Fisher kesin testi

**Tablo 4.2.11.**Cinsiyet ve B ölçütleri ilişkisi

	<b>Kız n(%)</b>	<b>Erkek n(%)</b>	<b>p</b>
<b>B var</b>	9(100)	64(90,1)	1
<b>yok</b>	0(0)	7(9,9)	
<b>B1 var</b>	9(100)	69(97,2)	1
<b>yok</b>	0(0)	2(2,8)	
<b>B2 var</b>	3 (33,3)	27(38)	1
<b>yok</b>	6 (66,7)	44(62)	
<b>B3 var</b>	4 (44,4)	31(43,7)	1
<b>yok</b>	5 (55,6)	40(56,3)	
<b>B4 var</b>	7(77,8)	58(81,7)	0,67
<b>yok</b>	2 (22,2)	13(18,3)	

*Fisher'in kesin test*

**Tablo 4.2.12.**CARS puanı ile B ölçütlerinin ilişkisi

	<b>CARS ortanca (min-maks)</b>	<b>Z</b>	<b>p</b>
<b>B1 var</b>	34,5(20-53)	-1,7	0,099
<b>yok</b>	27,2(24,5-30)		
<b>B2 var</b>	37 (20-53)	-0,7	0,45
<b>yok</b>	34 (21,5-51)		
<b>B3 var</b>	34 (21-49)	-0,47	0,63
<b>yok</b>	36 (20-53)		
<b>B4 var</b>	37(21-53)	-1,7	0,09
<b>yok</b>	32 (20-46,5)		

*Mann Whitney U*

## 5.TARTIŞMA

OSB gibi erken tanı ve müdahalenin önemli olduğu bir bozuklukta geliştirilen tanı sistemlerinin şüphe uyandırmayacak kesinlikte yüksek özgüllüğünün yanı sıra, otizmlili çocukları atlamayacak duyarlılıkta olması beklenmektedir.(5, 16) İki bin on (2010) yılında taslak ölçütlerinin yayınlandığı günden beri ölçütlerindeki radikal değişimden dolayı DSM-5 OSB tanısının bazı otizmlili çocukları atlayabileceği kaygısı yazında sıkça dile getirilmiştir. Çeşitli çalışmalarda tanı kaybı %9'lardan %47'ye varan farklı oranlarda bildirilmiş, DSM-IV'e göre özgüllüğünün daha yüksek olmasına rağmen duyarlılığın daha düşük olduğu vurgulanmıştır.(9, 94, 110-113) Çalışmalarda belirtilen oranlardaki farklılıklar örneklemenin özelliği, metodolojik farklılıklar ya da çalışmanın DSM-5 taslak ölçütleri veya son haliyle yapıp yapılmamasına göre değiştiği görülmüştür.

Geniş çaplı epidemiyolojik bir çalışmada DSM-5 ile OSB prevalansında %17'lik bir düşüş bildirilmiş ve yine 14.744 hastanın katıldığı başka bir çalışmada olguların %12'sinin tanı almadığı bildirilmiştir.(9, 13) 2010-2015 yılları arasında 7 yaş altı 32,199 çocuğun değerlendirildiği çalışmada otizm insidansının 2010-2013 yıllarında arttığı, DSM-5'in yayınlanmasıyla birlikte 2013-2015 yılları arasında plato çizdiği bulunmuştur.(2)

Yeni tanı sistemiyle otizm belirtileri olan fakat DSM-5 ile OSB tanısını karşılayacak eşik değere ulaşamayan çocuklarda tanının gecikebileceği, özel eğitim gibi hizmetlerden faydalanamayacağı ya da bu çocuklara finansal destek sağlanamayacağı gibi kaygılar gündeme gelmiştir.(96, 97, 114) Çalışmamıza katılan DSM-IV'e göre YGB tanısı olan 80 çocuk DSM-5 OSB ölçütlerine göre değerlendirilmiş 9'unun (%11,3) OSB tanısı almadığı bulunmuştur. Bu 9 çocuktan 6'sı DSM-5'te ilk kez yer alan Sosyal İletişim Bozukluğu tanı ölçütlerini karşılarken 3'ünün iki tanı sınıfında da yer almadığı görülmüştür.

Tanı kaybının nedenlerine yönelik incelemelerde, hem sosyal iletişim-etkileşim(A ölçütü) hem de kısıtlı ilgi alanı ile tekrarlayıcı davranış(B ölçütü) bölümlerinden ikisini de sağlaması gerekliliğinin katı bir yenilik olduğu bildirilmiştir.Çalışmamızda tanı alamayan 9 hastadan 2'si (%22) A ölçütlerinden 3'nü karşılamadığı için 7'si (%78) ise B ölçütlerinden 2'sini karşılamadığı için

DSM-5'e göre OSB tanısı konamamıştır. Önceki çalışmalarda da tanı konmayan grubun daha çok B ölçütlerinden ikisini karşılama zorunluluğundan kaynaklandığı belirtilmiş; OSB tanısında ölçütlerin A alanından üç yerine iki, B alanından iki yerine birinin sağlanması yeterli olması şeklinde değiştirildiği takdirde duyarlılık ve özgüllüğün DSM-IV'e yakın olacağı bildirilmiştir.(12, 94) Kısıtlı ilgi alanı ve tekrarlayıcı davranış-etkinlikler alanında kesme değerinin dört ölçütten iki yerine bire düşürülmesi diğer yazarlar tarafından da önerilmiştir.(5, 93, 95)

Çalışmalarda duyarlılığın özellikle zekası yüksek, otizm belirti şiddeti düşük, daha az davranışsal-duygusal sorunlar gösteren ve küçük yaş grubu çocuklarda düştüğü belirtilmiştir.(6, 10, 13, 104) İki bin on altı (2016) yılında yapılan metaanaliz çalışmasında tanı kaybı riskinin AB ve BTA-YGB'de daha fazla olduğu vurgulanmıştır.(98) Mcpartland ve ark.'nın 2012 yılındaki çalışmasında DSM-IV'e göre OB tanısı olanların %10,2'si, AB'lilerin %16,6'sının, YGB-BTA'ların ise %50'sinin DSM-5 OSB ölçütlerini karşılamadığı; Mandy ve ark. YGB-BTA'luların neredeyse tamamının; Matson ve ark.'larının yaptığı çalışmada ise OB'lilerin %24'ü, BTA-YGB'lilerin ise %88'inin DSM-5 ile OSB tanısı almadığını bildirmişlerdir.(8, 94, 95) Demir ve ark.'larının 46 olgu ile yaptığı çalışmada YGB-BTA'luların %69,6'sı OB'lilerin %14,3'nün; Yaylacı ve ark.'larının 150 olguyla yaptığı çalışmasında ise OB'lilerin %13,6'sı YGB-BTA (N=6) ve AB'lilerin (N=4) hepsi DSM-5 OSB ölçütlerine göre OSB tanısını karşılamadığı belirtilmiştir.(14, 15) Bizim çalışmamızda YGB-BTA'luların %75'i (N=3), OB'lilerin %6,7'si(N=5) ve bir AB olan hasta DSM-5'e göre OSB tanısı alamamıştır.

Küçük çocuklarda otizm belirtilerinin yaşla uyumlu olabilen bazı davranışlardan ayrımının kolay yapılamayacağı, heterojenitesinin daha baskın olduğu ve bazı belirtilerin de tam yerleşmemesinden dolayı (özellikle kısıtlı ilgi alanı, rutinler ritüeller) erken dönemde otizm tanısının daha kolay atlanabileceği bildirilmiştir.(7, 12, 115-119) Matson ve arkadaşlarının erişkin ve 17-36 ay arası farklı yaş gruplarıyla yaptıkları iki ayrı çalışmada erişkinlerde %36'lık tanı kaybı bulunmuşken; 17-36 ay arası bu oranın %47'ye çıktığı belirtilmiştir.(93, 95)

Yazında aksini belirten çalışmalara rağmen OSB tanısını karşılayan ve karşılamayanları kıyaslayan diğer bazı çalışmalarda yaş açısından anlamlı fark bulunmadığı öne sürülmüştür.(6, 11, 94) Çalışmamız erken çocukluk döneminde

DSM-5 OSB ölçütlerini değerlendiren nadir çalışmalardan olup daha büyük çocuklarla yapılan diğer çalışmaların aksine tanı kaybının (%11,3) daha fazla olmadığı ve tanıyı karşılayan ve karşılamayan gruplar arası yaş farkının istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur ( $Z=-0,42$ ,  $p=0,67$ ) Bu farklılığının metodolojik yöntemlerle ilişkisinin olduğu düşünülmeyle birlikte tanıyı karşılayan ve karşılamayan gruplar arasında yaş farkının anlamlı bulunmayışı tanı atlamının erken yaş döneminde daha fazla olacağı hipotezimizi geçersiz kılmıştır. Geç tanı konulan otizmlili çocukların kapasitelerinin altında işlevsellik gösterdikleri okula ve sosyal hayata daha az uyum sağladıkları bildirilmektedir.(16) Erken müdahalenin hastalığın seyrini etkilediği otizm gibi hastalıklarda özgüllüğün mü yoksa duyarlılığın mı ön planda tutulması gerektiği kayda değer bir konu olup, küçük yaş grubunda tanı atlama oranının arttığını belirten çalışmalar gözardı edilmemelidir.

DSM-5 OSB tanısına cinsiyetin etkisini araştıran çalışmalar, tanıyı karşılama oranları arasında istatistiksel anlamlı bir fark olmadığını bildirmişlerdir. Maenner ve ark. kızların %80, erkeklerin %81,4; McPartland erkeklerin %60,4, kızların %60,2; Yaylacı ve ark. erkeklerin %80,2 kızların %82,4 oranlarda OSB tanısını karşıladığını, farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığını belirtmişlerdir.(15, 94, 120) Bizim çalışmamızda erkeklerin %88,7'si kızların %88,9'u DSM-5 OSB ölçütlerini karşılamış farkın istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı bulunmuştur. Gruplar arası cinsiyet farkının anlamlı saptanmaması çalışmamızın hipotezini desteklemiştir. Aynı zamanda cinsiyetler arasında CARS ve ABC puanları arasında anlamlı bir fark saptanmaması alan yazındaki bazı çalışmalarla uyumlu bulunmuştur.(121, 122) Bir çalışmada DSM-5 ölçütlerine göre OSB tanısı konan grubun ortalama CARS puanı  $35,68\pm4,65$ , tanı konmayan grubun ortalaması  $27,18\pm3,70$  bulunmuş, başka bir çalışmada ise BISCUIT ölçeği kullanılmış tanıyı karşılayan ve karşılamayan grubun puan ortalamaları sırasıyla  $57,49\pm20,25$  ve  $32,64\pm15,23$  olarak hesaplanmıştır.(95, 111) Bizim çalışmamızda CARS, ABC ve SDKL ölçeklerini kullanarak yaptığımız analizde tanıyı karşılayan ve karşılamayan gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır. Her üç ölçekte de tanıyı karşılayan grubun puan ortalamasının daha yüksek olması otizm belirti şiddeti düşük olan olguların DSM-5 OSB ölçütleriyle değerlendirildiğinde tanı atlama riskinin olduğu hipotezini doğrulamıştır.

Dikkat çeken diğerk bir analizde OSB tanısı olan ve olmayan grupların ortalama YGB tanı yaşları arasındaki farktır. Tanı almayan grubun yaş ortalamasının daha büyük olması bu grubun belirti şiddetinin düşük olması, dolayısıyla kliniğe daha geç başvurmalarından kaynaklanabileceğini düşündürmüştür.

DSM-5 ile gelen farklılıklardan biri B alanına eklenen B4 (artmış-azalmış ya da alışılmadık duyuşal tepkiler) ölçütüdür. Otizmliler çocuklarda duyuşal sorunlar %42-88 arasında değişen oranlarda bildirilmiştir.(123) Baranek ve arkadaşları duyuşal reaktivitenin 2-7 yaş arası OSB tanısı olan çocuklarda sağlıklı çocuklara kıyasla %56 daha fazla görüldüğünü; Lord ve ark. ise OSB tanısı olan çocuklarda alışılmadık duyuşal tepkilerin %75-85 sıklıkta bulunduğunu öne sürmüşlerdir.(124, 125) Bununla birlikte konuşması yeterli olmayan olgularda duyuşal reaktivitenin objektif bir şekilde nasıl ölçüleceğı ile ilgili görüş birliğı sağlanamamıştır.(126) Çalışmamızda B4 ölçütü olguların %81,3'ünde olup; B4 ölçütü olanların %96,9'unda DSM-5'e göre OSB tanısı varken, sadece %3,1'inde OSB tanısının olmayışı bu ölçütün eklenmesinin haklılığını destekler niteliktedir.

Çalışmamızda B ölçütlerinden en sık görülenler sırasıyla B1 ve B4 ölçütleri olmuştur. B1 ölçütü olguların %97,5'ünde, B4 %81,3'ünde, B3 %43,8'inde B2 ise 37,5'ünde görülmüş olup görülmüş sıklığı sıralaması Theri ve Perry'nin 2012'de yaptığı çalışmanın sonuçlarıyla uyumlu bulunmuştur. Bu çalışmada B1 ölçütü %81.7, B4 %75.6, B3 %20.6, B2 %19.8 oranlarında karşılanmıştır.(111) Yine Demir ve ark.'nın yaş ortalaması 74 ay olan 46 çocukla yaptığı çalışmada en az karşılanan ölçütün 'kısıtlı ilgi ve aktiviteler' (B3) olduğunu bildirilmiştir.(14) DSM-IV'te kısıtlı ilgi alanı ve tekrarlayıcı davranış alanından sadece bir ölçütün olması durumunda otizm tanısı ya da hiç olmaması durumunda BTA-YGB tanısı koyulabilirken, DSM-5'te bu alanda iki ölçütün olması sınır kabul edilerek erken tanının önünde potansiyel bir engel oluşturduğu öne sürülmüştür.(2, 12, 95)

Ölçütlerinin yaş, cinsiyet, CARS, ABC ve SDKL puanlarıyla ilişkisini incelediğimizde sadece B2 ölçütü ile yaş grupları arasındaki farkın anlamlı düzeyde olması yazında da vurgulanan bazı belirtilerin yaşamın farklı evrelerinde ortaya çıkabileceğı ve bu bağlamda kısıtlı ilgi alanı ve tekrarlayıcı davranışlar alanında, dört ölçütten az ikisinin karşılanma sınırının özellikle küçük yaş grubunda sorun oluşturabileceğini desteklemektedir.

## 6.SONUÇLAR

Erken çocukluk döneminde DSM-5 OSB ölçütleri ile yaş, cinsiyet otizm belirti şiddeti arasındaki ilişkinin araştırıldığı çalışmamızda şu sonuçlara ulaşılmıştır:

1. DSM-5 OSB ölçütleriyle, DSM-IV YGB tanı ölçütlerini karşılayan bazı olguların tanı alamayabileceği saptanmıştır.
2. Tanı almayan çocukların bazısı DSM-5'e göre SİB tanısını almıştır.
3. Tanı kaybı oranı büyük çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalardan daha fazla bulunmamıştır.
4. DSM-IV'e göre BTA-YGB tanısı olanlar, OB tanısı olanlara göre, DSM-5 OSB tanı oranlarının daha düşük olduğu saptanmıştır.
5. Tanı almayan grubun daha çok B alanında 4 ölçütten ikisini karşılamadığı için tanı alamadığı görülmüştür.
6. DSM-5 A ölçütü hastaların %97,5'inde; B ölçütü ise %91,3'ünde karşılanmıştır.
7. En az karşılanan ölçütler B2 ve B3 olmuştur.
8. B1 ve B4 ölçütlerinin karşılanma oranları açısından OSB tanısı olan ve olmayan gruplar arasında anlamlı fark saptanmıştır.
9. OSB tanısı olan ve olmayan gruplar arasında cinsiyet açısından fark anlamlı bulunmamıştır.
10. OSB tanısı olan ve olmayan gruplar arasında ortalama yaş açısından fark anlamlı saptanmamıştır.
11. Cinsiyetler arasında CARS, ABC ve SDKL puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmamıştır.
12. OSB tanısı olan ve olmayan gruplar arasında ortalama YGB tanı yaşının tanı almayan grupta daha büyük olduğu saptanmıştır.
13. OSB tanısı olan ve olmayan gruplar arasında CARS, ABC ve SDKL puan ortalamaları arasındaki fark anlamlı bulunmuş; tanıyı karşılayan grupta daha yüksek saptanmıştır.
14. OSB tanısı olan ve olmayanlar ABC alt ölçekleriyle değerlendirildiğinde duyuşsal, beden-nesne kullanımı ve sosyal-özbakım becerileri alt ölçeklerinde gruplar arasındaki fark anlamlı bulunmuştur.

15. B2 ölçütünün yaşla birlikte karşılanma oranlarının artması istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

16. B ölçütlerinin karşılanması ile cinsiyet arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

17. B ölçütlerinin karşılanması ile CARS puanı arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Daha önceden DSM-5 OSB ölçütlerini değerlendiren pek çok çalışma yapılmıştır. Ancak literatürde küçük yaş grubu çocuklarla yapılan çok az çalışma mevcuttur. Türkiye’de de bu alanda yalnızca iki çalışma yapılmıştır. DSM-5 OSB ölçütleri iki çalışma da geniş yaş grubunda değerlendirilmiş ve ayrıca OSB tanısı almayanların 2013 yılında yayımlanan Sosyal İletişim Bozukluğu ölçütlerine göre değerlendirilmediği görülmüştür.

DSM-IV sınıflandırmasına göre yapılan çalışmaların bir kısmında otizmin daha sık görüldüğünü belirtmesine rağmen genel kanı BTA-YGB’nin toplumda daha sık görüldüğü yönündedir.(127, 128) Bizim örneğimizde asperger bozukluğu ve BTA-YGB’nin az sayıda olması, bu olguların okula başlayana kadar fark edilememesi ve erken çocukluk döneminde kliniğe daha az başvurmalarından kaynaklanabilir. Otistik Bozukluğa göre daha hafif belirtilerle seyreden BTA-YGB ve asperger bozukluğu olan çocukların örneğimizdeki oranlarının diğer çalışmalara göre nispeten az olması, tanı kaybı oranının beklenenden az olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda iki tanı sınıfını kıyaslarken DSM-IV’e göre YGB tanısı alamayanları saf dışı bırakmış olmamız ve de gruplar arası farkın zekayla ilişkisini değerlendirmeyişimiz, çalışmamızın önemli kısıtlılıklarındandır.

Otizm gelişimsel, heterojen bir bozukluktur. Yani yaşamın farklı evrelerinde farklı belirtiler sergileyebilmektedir. Bizim çalışmamız kesitsel bir çalışma olup bu alanda yapılacak geniş örneklem sayısını barındıran, toplum temelli, uzunlamasına çalışmaların iki tanı sınıfını kıyaslamada daha değerli sonuçlar vereceğini düşünmekteyiz.

## ÖZET

### DSM-5 Tanı Kriterlerine Göre Erken Çocukluk Döneminde Otizm Spektrum Bozukluğu

**Amaç:** Çalışmamızda DSM-IV-TR’de belirtilen YGB ölçütlerini karşılayan okul öncesi çocukların, DSM-5 OSB ve SİB tanı kriterlerine göre değerlendirilmesi; ayrıca otizm belirti şiddetinin, duygusal davranışsal sorunların, cinsiyet ve yaş farklılığının tanı üzerindeki etkilerini belirlemek amaçlanmıştır.

**Yöntem:** Çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğinde 25.07.2016-30.01.2017 tarihleri arasında kliniğimize başvuran, DSM-IV-TR’ye göre YGB tanılarında birini alan ve yaşları 18-72 ay arasında değişen, 80 çocuk katılmıştır. Çalışmaya alınan bütün çocukların tanıları; araştırmacı tarafından, DSM-IV YGB ve DSM-5 OSB ve SİB kriterlerine göre davranışın doğrudan gözlenmesi, aileden alınan çocuğun gelişimsel öyküsüne göre değerlendirilmiştir. Otizm belirtilerinin şiddeti CARS ve ABC ile, eşlik eden davranışsal-duygusal sorunlar SDKL ile ölçülmüştür. CARS görüşme sırasında araştırmacı tarafından; Sosyodemografik Veri Formu, ABC ve SDKL ebeveynleri tarafından doldurulmuştur.

**Bulgular:** DSM-IV-TR’ye göre YGB tanılarında birini karşılayan çocuklardan %11,3’ü DSM-5’e göre OSB tanısını karşılamamıştır. OSB tanısı alamayan çocuklardan bir kısmı SİB kriterlerini karşılarken bir kısmı iki tanı sınıfında da yer almamıştır. OSB tanısı olan ve olmayan gruplar kıyaslandığında tanıyı karşılayan grubun ortalama CARS, ABC ve SDKL puanlarının daha fazla olduğu istatistiksel açıdan anlamlı saptanmıştır. Yaş ve cinsiyet açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

**Sonuç:** DSM-IV-TR’ye göre YGB tanısı olan olgulardan bir kısmının yeni gelen DSM-5 OSB kriterlerine göre tanı almaması önceki çalışmalarla uyumlu olmakla birlikte bu alanda yapılacak geniş örneklem sayısını barındıran, toplum temelli, uzunlamasına çalışmaların iki tanı sınıfını kıyaslamada daha değerli sonuçlar vereceği düşünülmektedir.

**Anahtar Sözcükler:** DSM-IV-TR, DSM-5, erken çocukluk, Otizm Spektrum Bozukluğu, Yaygın Gelişimsel Bozukluk

## SUMMARY

### **Evaluation of DSM-5 Autism Spectrum Disorder Diagnostic Criterias in Early Childhood**

**Objective:** Aims of this study are evaluation of early childhood patients who are diagnosed with PDD by DSM-IV-TR according to DSM-5 ASD and SCD diagnostic criterias, as well as to clarify effects of clinical severity, emotional behavioral problems, sex and age differences on diagnosis.

**Method:** 80 patients aged between 18-72 months diagnosed with PDD by the DSM IV-TR in Ankara University Faculty of Medicine Department of Child and Adolescent Psychiatry were included in this study between 07.25.2016-01.30.2017. Clinical severity was determined using CARS, ABC and AaBC.

**Results:** %11,3 of the children who had been diagnosed with PDD with DSM IV-TR were not diagnosed ASD with DSM-5. Comparing the ASD diagnosed patients and the group not diagnosed with ASD, it was seen that group of children diagnosed with ASD have higher CARS, ABC and AaBC scores in average was found to be statically meaningful. No statistically significant difference in age and sex was detected.

**Conclusion:** Although this study shows that DSM V results in failure of diagnosis, more researches are necessary in early childhood with large number of patients.

**Keywords:** Autism spectrum disorder, DSM-IV-TR, DSM-5, early childhood, Pervasive developmental disorder

## KAYNAKLAR

1. Mukaddes NM. Otizm Spektrum Bozuklukları Tanı ve Takip. İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri; 2013.
2. Bent CA, Barbaro J, Dissanayake C. Change in Autism Diagnoses Prior to and Following the Introduction of DSM-5. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2017;47(1):163-71.
3. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve Bozuklukları (11th edition). Ankara: Nobel Tıp Kitapları
4. Saemundsen E, Magnússon P, Smári J, Sigurdardóttir S. Autism Diagnostic Interview-Revised and the Childhood Autism Rating Scale: convergence and discrepancy in diagnosing autism. *Journal of autism and Developmental disorders*. 2003;33(3):319-28.
5. Worley JA, Matson JL. Comparing symptoms of autism spectrum disorders using the current DSM-IV-TR diagnostic criteria and the proposed DSM-5 diagnostic criteria. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2012;6(2):965-70.
6. Gibbs V, Aldridge F, Chandler F, Witzlsperger E, Smith K. Brief report: an exploratory study comparing diagnostic outcomes for autism spectrum disorders under DSM-IV-TR with the proposed DSM-5 revision. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2012;42(8):1750-6.
7. Wing L, Gould J, Gillberg C. Autism spectrum disorders in the DSM-5: better or worse than the DSM-IV? *Research in developmental disabilities*. 2011;32(2):768-73.
8. Mandy WP, Charman T, Skuse DH. Testing the construct validity of proposed criteria for DSM-5 autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51(1):41-50.
9. Frazier TW, Youngstrom EA, Speer L, Embacher R, Law P, Constantino J, et al. Validation of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51(1):28-40. e3.
10. Christiansz JA, Gray KM, Taffe J, Tonge BJ. Autism Spectrum Disorder in the DSM-5: Diagnostic Sensitivity and Specificity in Early Childhood. *Journal of autism and developmental disorders*. 2016;46(6):2054-63.

11. Young RL, Rodi ML. Redefining autism spectrum disorder using DSM-5: The implications of the proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014;44(4):758-65.
12. Barton ML, Robins DL, Jashar D, Brennan L, Fein D. Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 criteria for autism spectrum disorder in toddlers. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2013;43(5):1184-95.
13. Kim YS, Fombonne E, Koh Y-J, Kim S-J, Cheon K-A, Leventhal BL. A comparison of DSM-IV pervasive developmental disorder and DSM-5 autism spectrum disorder prevalence in an epidemiologic sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2014;53(5):500-8.
14. Demir N TZ, Tuman TC, Yağcı Yetkiner D, Uluğ ÖŞ, Tufan AE. Bir üniversite hastanesinin Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine başvuran ve DSM-IV-TR tanı sistemine göre yaygın gelişimsel bozukluk tanısı alan çocuk ve ergenlerin DSM-5 tanı sistemine göre aldıkları tanılar ve toplumsal iletişim bozukluğu tanısının yordayıcıları: Bir ön çalışma. 23 Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kongresi Özet Kitabı. 2013:56-7.
15. Yaylaci F, Miral S. A Comparison of DSM-IV-TR and DSM-5 Diagnostic Classifications in the Clinical Diagnosis of Autistic Spectrum Disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2017;47(1):101-9.
16. Ünal F PB. Otizmde erken belirtiler *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. 2004;47:69-75.
17. Barbaro J, Dissanayake C. Diagnostic stability of autism spectrum disorder in toddlers prospectively identified in a community-based setting: Behavioural characteristics and predictors of change over time. *Autism*. 2016:1362361316654084.
18. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*: American Psychiatric Pub; 2013.
19. Rau JD. Is it autism? *Contemporary Pediatrics*. 2003;20(4):54-68.
20. Kanner L. *Autistic disturbances of affective contact*. 1943.

21. Mukaddes NM. Otistik Bozukluk. In: Çuhadaroğlu F, editor. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı Ankara: Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Derneği Yayınları; 2008. p. 242-55.
22. American Medical Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). American Psychiatric Association Publishing, Washington, D.C., 1994.
23. Tsai LY, Ghaziuddin M. DSM-5 ASD moves forward into the past. Journal of autism and developmental disorders. 2014;44(2):321-30.
24. Amerikan Psikiyatri Birliği. Psikiyatride hastalıkların tanımlanması ve sınıflandırılması el kitabı, yeniden gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR). Köroğlu E (çeviri ed) Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2001.
25. Amerikan Psikiyatri Birliği. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5-TR). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı'ndan çev Köroğlu, E Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 2014.
26. Mandell D, Lecavalier L. Should we believe the Centers for Disease Control and Prevention's autism spectrum disorder prevalence estimates? Autism. 2014;18(5):482-4.
27. Idring S, Lundberg M, Sturm H, Dalman C, Gumpert C, Rai D, et al. Changes in prevalence of autism spectrum disorders in 2001–2011: findings from the Stockholm youth cohort. Journal of autism and developmental disorders. 2015;45(6):1766-73.
28. Christensen DL. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years—autism and developmental disabilities monitoring network, 11 sites, United States, 2012. MMWR Surveillance Summaries. 2016;65.
29. Randall M, Sciberras E, Brignell A, Ihsen E, Efron D, Dissanayake C, et al. Autism spectrum disorder: Presentation and prevalence in a nationally representative Australian sample. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2016;50(3):243-53.
30. Troyb E, Knoch K, Barton M. Phenomenology of ASD: Definition, syndromes, and major features. The neuropsychology of autism. 2011:9-34.
31. Bailey A, Luthert P, Dean A, Harding B, Janota I, Montgomery M, et al. A clinicopathological study of autism. Brain. 1998;121(5):889-905.

32. Courchesne E, Webb S, Schumann C. From toddlers to adults: the changing landscape of the brain in autism. *Autism spectrum disorders*. 2011;611-31.
33. Minshew NJ, Williams DL. The new neurobiology of autism: cortex, connectivity, and neuronal organization. *Archives of neurology*. 2007;64(7):945-50.
34. Kemper TL, Bauman M. Neuropathology of infantile autism. *Journal of neuropathology and experimental neurology*. 1998;57(7):645.
35. Schumann C, Noctor S, Amaral D. Neuropathology of autism spectrum disorders: postmortem studies. *Autism spectrum disorders*. 2011:539-65.
36. Geschwind DH, Levitt P. Autism spectrum disorders: developmental disconnection syndromes. *Current opinion in neurobiology*. 2007;17(1):103-11.
37. Kana RK, Libero LE, Moore MS. Disrupted cortical connectivity theory as an explanatory model for autism spectrum disorders. *Physics of life reviews*. 2011;8(4):410-37.
38. Lord K BA. Autism Spectrum Disorders. In: M. Rutter ET, editor. *Child and Adolescent Psychiatry*: Blackwell Publishing; 2003. p. 636-64.
39. Chugani D. Neurotransmitters. *Autism spectrum disorders*. 2011:566-75.
40. Rubenstein J, Merzenich MM. Model of autism: increased ratio of excitation/inhibition in key neural systems. *Genes, Brain and Behavior*. 2003;2(5):255-67.
41. Rutter M. Genetic influences and autism. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Volume 1, Third Edition*. 2005:425-52.
42. Gillberg C, Coleman M. *The biology of the autistic syndromes*: Cambridge University Press; 2000.
43. Rutter M, Silberg J, O'Connor T, Simonoff E. Genetics and child psychiatry: I Advances in quantitative and molecular genetics. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1999;40(1):3-18.
44. Sandin S, Schendel D, Magnusson P, Hultman C, Surén P, Susser E, et al. Autism risk associated with parental age and with increasing difference in age between the parents. *Molecular psychiatry*. 2016;21(5):693-700.
45. Quinlan CA, McVeigh KH, Driver CR, Govind P, Karpati A. Parental Age and Autism Spectrum Disorders Among New York City Children 0–36 Months of Age. *Maternal and child health journal*. 2015;19(8):1783-90.

46. Lyall K, Schmidt RJ, Hertz-Picciotto I. Maternal lifestyle and environmental risk factors for autism spectrum disorders. *International journal of epidemiology*. 2014;43(2):443-64.
47. Rebecca L. Developmental features and trajectories associated with autism spectrum disorders in infant and toddlers. In: Amaral D, Geschwind D, Dawson G, editors. *Autism Spectrum Disorders*: Oxford University Press; 2011.
48. Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of autism and developmental disorders*. 2001;31(2):131-44.
49. Kara B. İstanbul'da yaygın gelişimsel bozuklukların tanısında m-chat testinin geçerliliği. *Uzmanlık Tezi, İstanbul Üniversitesi, Tıp Fakültesi*. 2009.
50. Schopler E, Reichler RJ, DeVellis RF, Daly K. Toward objective classification of childhood autism: Childhood Autism Rating Scale (CARS). *Journal of autism and developmental disorders*. 1980;10(1):91-103.
51. İncekaş S. Çocukluk Otizmini Değerlendirme Ölçeği Türkçe Formunun Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması [Validity and reliability studies of Turkish form of Childhood Autism-Rating Scale-CARS]. Unpublished doctoral dissertation. 2009;9.
52. Krug DA, Arick J, Almond P. Behavior checklist for identifying severely handicapped individuals with high levels of autistic behavior. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1980;21(3):221-9.
53. Berument SK, Rutter M, Lord C, Pickles A, Bailey A. Autism screening questionnaire: diagnostic validity. *The British Journal of Psychiatry*. 1999;175(5):444-51.
54. Fred Volkmar AK. *Pervasive Developmental Disorders Türkçe Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* Aydın H(çev ed), Bozkurt E(çev ed), . 8 ed: Güneş Kitabevi; 2007.
55. Sverd J. Psychiatric disorders in individuals with pervasive developmental disorder. *Journal of Psychiatric Practice®*. 2003;9(2):111-27.
56. Mukaddes NM, Hergüner S, Tanidir C. Psychiatric disorders in individuals with high-functioning autism and Asperger's disorder: similarities and differences. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2010;11(8):964-71.

57. Antshel KM, Zhang-James Y, Faraone SV. The comorbidity of ADHD and autism spectrum disorder. *Expert review of neurotherapeutics*. 2013;13(10):1117-28.
58. Frazier JA, Biederman J, Bellordre CA, Garfield SB, Geller DA, Coffey BJ, et al. Should the diagnosis of attention-deficit/hyperactivity disorder be considered in children with pervasive developmental disorder? *Journal of Attention Disorders*. 2001;4(4):203-11.
59. Mukaddes NM, Fateh R. High rates of psychiatric co-morbidity in individuals with Asperger's disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2010;11(2-2):486-92.
60. Reichow B, Volkmar FR, Bloch MH. Systematic review and meta-analysis of pharmacological treatment of the symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder in children with pervasive developmental disorders. *Journal of autism and developmental disorders*. 2013;43(10):2435-41.
61. Hallett V, Lecavalier L, Sukhodolsky DG, Cipriano N, Aman MG, McCracken JT, et al. Exploring the manifestations of anxiety in children with autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2013;43(10):2341-52.
62. White SW, Ollendick T, Albano AM, Oswald D, Johnson C, Southam-Gerow MA, et al. Randomized controlled trial: multimodal anxiety and social skill intervention for adolescents with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 2013;43(2):382-94.
63. Goodman WK, Naylor ST, Volkmar FR. A case-controlled study of repetitive thoughts and behavior in adults with autistic disorder and obsessive-compulsive disorder. *The American journal of psychiatry*. 1995;152:5.
64. Bejerot S, Nylander L, Lindström E. Autistic traits in obsessive-compulsive disorder. *Nordic journal of psychiatry*. 2001;55(3):169-76.
65. Hollander E, King A, Delaney K, Smith CJ, Silverman JM. Obsessive-compulsive behaviors in parents of multiplex autism families. *Psychiatry research*. 2003;117(1):11-6.
66. Perry D, Marston G, Hinder S, Munden A, Roy A. The phenomenology of depressive illness in people with a learning disability and autism. *Autism*. 2001;5(3):265-75.

67. Kim JA, Szatmari P, Bryson SE, Streiner DL, Wilson FJ. The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism*. 2000;4(2):117-32.
68. Zappella M. Early-onset Tourette syndrome with reversible autistic behaviour: a dysmaturational disorder. *European child & adolescent psychiatry*. 2002;11(1):18-23.
69. Mazurek MO, Sohl K. Sleep and behavioral problems in children with autism spectrum disorder. *Journal of autism and developmental disorders*. 2016;46(6):1906-15.
70. Mehtar M, Mukaddes NM. Posttraumatic stress disorder in individuals with diagnosis of autistic spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2011;5(1):539-46.
71. Tuchman R. Autism and social cognition in epilepsy: implications for comprehensive epilepsy care. *Current opinion in neurology*. 2013;26(2):214-8.
72. Minshew NJ SJ, Bauman ML, Webb SJ Neurologic aspects of autism. In: Volkmar FR PR, Klin A, Cohen DJ editor. *Handbook of autism and pervasive developmental disorders*. New York 2005. p. 473–514
73. Coleman M, Gillberg C. *The autisms*: OUP USA; 2012.
74. Motavalli Mukaddes N, Herguner S. Autistic disorder and 22q11. 2 duplication. *The World Journal of Biological Psychiatry*. 2007;8(2):127-30.
75. Wetherby A, Woods J. Developmental approaches to treatment. *Autism spectrum disorders in infants and toddlers: Diagnosis, assessment, and treatment*. 2008:170-206.
76. Fountain C, Winter AS, Bearman PS. Six developmental trajectories characterize children with autism. *Pediatrics*. 2012;129(5):e1112-e20.
77. Dawson G, Rogers S, Munson J, Smith M, Winter J, Greenson J, et al. Randomized controlled trial of the Early Start Denver Model: A developmental behavioral intervention for toddlers with autism: Effects on IQ, adaptive behavior, and autism diagnosis. *Pediatrics*. 2010;125(1):e17-e23.
78. Barbaro J, Dissanayake C. Autism spectrum disorders in infancy and toddlerhood: a review of the evidence on early signs, early identification tools, and

- early diagnosis. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2009;30(5):447-59.
79. Koegel LK, Koegel RL, Fredeen RM, Gengoux GW. Naturalistic behavioral approaches to treatment. *Autism spectrum disorders in infants and toddlers: Diagnosis, assessment, and treatment*. 2008;207242.
80. Reichow B, Barton EE, Boyd BA, Hume K. Early intensive behavioral intervention (EIBI) for young children with autism spectrum disorders (ASD). *The Cochrane Library*. 2012.
81. Hergüner S. Autism spectrum disorder in its 70th Anniversary. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar-Current Approaches in Psychiatry*. 2014;4(1):14-26.
82. Sharma A, Shaw SR. Efficacy of risperidone in managing maladaptive behaviors for children with autistic spectrum disorder: a meta-analysis. *Journal of Pediatric Health Care*. 2012;26(4):291-9.
83. Malone RP, Waheed A. The role of antipsychotics in the management of behavioural symptoms in children and adolescents with autism. *Drugs*. 2009;69(5):535-48.
84. Ghuman JK, Aman MG, Lecavalier L, Riddle MA, Gelenberg A, Wright R, et al. Randomized, placebo-controlled, crossover study of methylphenidate for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in preschoolers with developmental disorders. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*. 2009;19(4):329-39.
85. Posey DJ, Aman MG, McCracken JT, Scahill L, Tierney E, Arnold LE, et al. Positive effects of methylphenidate on inattention and hyperactivity in pervasive developmental disorders: an analysis of secondary measures. *Biological psychiatry*. 2007;61(4):538-44.
86. Arnold LE, Aman MG, Cook AM, Witwer AN, Hall KL, Thompson S, et al. Atomoxetine for hyperactivity in autism spectrum disorders: placebo-controlled crossover pilot trial. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2006;45(10):1196-205.
87. Harfterkamp M, van de Loo-Neus G, Minderaa RB, van der Gaag R-J, Escobar R, Schacht A, et al. A randomized double-blind study of atomoxetine versus placebo for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children with autism

spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51(7):733-41.

88. Harfterkamp M, Buitelaar JK, Minderaa RB, van de Loo-Neus G, van der Gaag R-J, Hoekstra PJ. Long-term treatment with atomoxetine for attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in children and adolescents with autism spectrum disorder: an open-label extension study. *Journal of child and Adolescent Psychopharmacology*. 2013;23(3):194-9.

89. Carrasco M, Volkmar FR, Bloch MH. Pharmacologic treatment of repetitive behaviors in autism spectrum disorders: evidence of publication bias. *Pediatrics*. 2012;129(5):e1301-e10.

90. Namerow LB, Thomas P, Bostic JQ, Prince J, Monuteaux MC. Use of citalopram in pervasive developmental disorders. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*. 2003;24(2):104-8.

91. McDougle CJ, Brodtkin ES, Naylor ST, Carlson DC, Cohen DJ, Price LH. Sertraline in adults with pervasive developmental disorders: a prospective open-label investigation. *Journal of clinical psychopharmacology*. 1998;18(1):62-6.

92. Owley T, Walton L, Salt J, Guter SJ, Winnega M, Leventhal BL, et al. An open-label trial of escitalopram in pervasive developmental disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2005;44(4):343-8.

93. Matson JL, Belva BC, Horovitz M, Kozlowski AM, Bamburg JW. 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):403-14.

94. McPartland JC, Reichow B, Volkmar FR. Sensitivity and specificity of proposed DSM-5 diagnostic criteria for autism spectrum disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2012;51(4):368-83.

95. Matson JL, Kozlowski AM, Hattier MA, Horovitz M, Sipes M. DSM-IV vs DSM-5 diagnostic criteria for toddlers with autism. *Developmental Neurorehabilitation*. 2012;15(3):185-90.

96. Vivanti G, Hudry K, Trembath D, Barbaro J, Richdale A, Dissanayake C. Towards the DSM-5 Criteria for Autism: Clinical, Cultural, and Research Implications. *Australian Psychologist*. 2013;48(4):258-61.
97. Smith IC, Reichow B, Volkmar FR. The effects of DSM-5 criteria on number of individuals diagnosed with autism spectrum disorder: A systematic review. *Journal of autism and developmental disorders*. 2015;45(8):2541-52.
98. Bennett M, Goodall E. A meta-analysis of DSM-5 autism diagnoses in relation to DSM-IV and DSM-IV-TR. *Review Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2016;3(2):119-24.
99. Disorders APADaSMoM. 5 ed. Washington DC2013.
100. Swineford LB, Thurm A, Baird G, Wetherby AM, Swedo S. Social (pragmatic) communication disorder: a research review of this new DSM-5 diagnostic category. *Journal of neurodevelopmental disorders*. 2014;6(1):41.
101. Gibson J, Adams C, Lockton E, Green J. Social communication disorder outside autism? A diagnostic classification approach to delineating pragmatic language impairment, high functioning autism and specific language impairment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2013;54(11):1186-97.
102. Norbury CF. Practitioner review: Social (pragmatic) communication disorder conceptualization, evidence and clinical implications. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2014;55(3):204-16.
103. Brukner-Wertman Y, Laor N, Golan O. Social (pragmatic) communication disorder and its relation to the autism spectrum: Dilemmas arising from the DSM-5 classification. *Journal of autism and developmental disorders*. 2016;46(8):2821-9.
104. 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. *American Journal of Psychiatry*. 2012;169(10):1056-64.
105. Wilson CE, Gillan N, Spain D, Robertson D, Roberts G, Murphy CM, et al. Comparison of ICD-10R, DSM-IV-TR and DSM-5 in an adult autism spectrum disorder diagnostic clinic. *Journal of autism and developmental disorders*. 2013;43(11):2515-25.

106. Sucuoğlu B, Oktem F, Akkok F, Gokler B. A study of the scales for the assessment of the children with autism. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P)*. 1996;4:116-21.
107. Robert J, Reichler R, Rothen Renner B. Practice DVD on Using the CARS. Western Psychological Services. 1988.
108. Irmak Ty, Sütçü St, Aydın A, Sorias O. Otizm Davranış Kontrol Listesinin (Abc) Geçerlik Ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*. 2007;14(1):2007.
109. Sucuoğlu B. Sorun davranışlar kontrol listesi Türkçe formunun psikometrik özelliklerinin incelenmesi. *Türk Psikoloji Dergisi*. 2003;18(52):77-91.
110. Mattila M-L, Kielinen M, Linna S-L, Jussila K, Ebeling H, Bloigu R, et al. Autism spectrum disorders according to DSM-IV-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: an epidemiological study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2011;50(6):583-92. e11.
111. Taheri A, Perry A. Exploring the proposed DSM-5 criteria in a clinical sample. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2012;42(9):1810-7.
112. Beighley JS, Matson JL. Comparing social skills in children diagnosed with autism spectrum disorder according to the DSM-IV-TR and the DSM-5. *Journal of developmental and physical disabilities*. 2014;26(6):689-701.
113. Beighley JS, Matson JL, Rieske RD, Jang J, Cervantes PE, Goldin RL. Comparing challenging behavior in children diagnosed with autism spectrum disorders according to the DSM-IV-TR and the proposed DSM-5. *Developmental Neurorehabilitation*. 2013;16(6):375-81.
114. Mayes SD, Calhoun SL, Murray MJ, Pearl A, Black A, Tierney CD. Final DSM-5 under-identifies mild autism spectrum disorder: Agreement between the DSM-5, CARS, CASD, and clinical diagnoses. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2014;8(2):68-73.
115. 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):247-67.
116. Lord C. Follow-up of two-year-olds referred for possible autism. *Journal of child psychology and psychiatry*. 1995;36(8):1365-82.

117. 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.
118. Stone WL, Lee EB, Ashford L, Brissie J, Hepburn SL, Coonrod EE, et al. Can autism be diagnosed accurately in children under 3 years? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 1999;40(2):219-26.
119. Wiggins LD, Robins DL, Adamson LB, Bakeman R, Henrich CC. Support for a dimensional view of autism spectrum disorders in toddlers. *Journal of autism and developmental disorders*. 2012;42(2):191-200.
120. Maenner MJ, Rice CE, Arneson CL, Cunniff C, Schieve LA, Carpenter LA, et al. Potential impact of DSM-5 criteria on autism spectrum disorder prevalence estimates. *JAMA psychiatry*. 2014;71(3):292-300.
121. Mayes SD, Calhoun SL. Impact of IQ, age, SES, gender, and race on autistic symptoms. *Research in Autism Spectrum Disorders*. 2011;5(2):749-57.
122. Lai M-C, Lombardo MV, Pasco G, Ruigrok AN, Wheelwright SJ, Sadek SA, et al. A behavioral comparison of male and female adults with high functioning autism spectrum conditions. *PloS one*. 2011;6(6):e20835.
123. Tomchek SD, Dunn W. Sensory processing in children with and without autism: a comparative study using the short sensory profile. *American Journal of occupational therapy*. 2007;61(2):190-200.
124. Baranek GT, David FJ, Poe MD, Stone WL, Watson LR. Sensory Experiences Questionnaire: discriminating sensory features in young children with autism, developmental delays, and typical development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2006;47(6):591-601.
125. Lord C, Rutter M, Couteur A. Autism Diagnostic Interview-Revised: a revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of autism and developmental disorders*. 1994;24(5):659-85.
126. Siper PM, Kolevzon A, Wang AT, Buxbaum JD, Tavassoli T. A clinician-administered observation and corresponding caregiver interview capturing DSM-5 sensory reactivity symptoms in children with ASD. *Autism Research*. 2017.

127. Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *Journal of autism and developmental disorders*. 2003;33(4):365-82.
128. Towbin KE. Pervasive developmental disorder not otherwise specified. *Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders, Volume 1, Third Edition*. 2005:165-200.



EK-1

## VELİ İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

(DSM-IV-TR TANI SİSTEMİNE GÖRE YGB TANISI ALAN ÇOCUKLARIN EBEVEYNLERİ İÇİN)

Araştırmanın Konusu: DSM-5 Tanı Kriterlerine Göre Erken Çocukluk Döneminde Otizm Spektrum Bozukluğu

Sorumlu Araştırmacı: Prof. Dr.Birim Günay Kılıç

Araştırma Merkezi: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı

Sayın Veli,

Çağımızda Çocuk Psikiyatrisine sık başvuru nedeni olan Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) belirtileri yaşamın ilk üç yılında başlamakta çocuğun iletişim ve etkileşiminde sapmalar, kısıtlayıcı ilgi alanı ile karakterize bir bozukluktur. Eğer bu hastalığı erken dönemde teşhis edersek çocuklar var olan kapasitelerini daha iyi kullanabilmekte, normal eğitim kurumlarına daha iyi uyum göstermekte; tam tersine tedavinin gecikmesi birçok zorluklara sebep olmaktadır. Bu çalışmanın amacı, yeni tanı sisteminin erken çocukluk döneminde değerlendirilmesi, çocuğun gelişimsel düzeyi, belirti şiddetinin, duygusal - davranışsal sorunlarının ve cinsiyet farklılığının tanıya etkisini incelemektir. Bu amaçla sizin çocuğunuzun da çalışmaya gönüllü olarak katılmasını teklif ediyoruz.

Bu çalışmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuruda bulunan DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre Yaygın Gelişimsel Bozukluk tanısı alan 1.5-5 yaş aralığındaki 80 çocuk çalışmaya dahil edilecektir.

Çocukla ve sizinle psikiyatrik görüşme yapılmasının ardından ailelerinin doldurması için ölçekler verilecektir. Bu kapsamda sizden bazı formları (Sosyodemografik bilgi formu, otizm davranış değerlendirme kontrol listesi ve anormal davranış kontrol listesi) doldurmanız istenecek, çocuğunuzun gelişim değerlendirilmesi yapılacak,

ayrıntılı ruhsal değerlendirilmesi için bazı sorular sorulacak, sizlerden aldığı bilgilerle çocukluk otizmi derecelendirme ölçeği ve otizm tanısal görüşme formunu dolduracak ve oyun odasında sizin eşliğinizde çocuğunuz iletişim ve etkileşim açısından değerlendirilecek, video kayıt tutulacaktır. Bu işlemler araştırmacı ve velisinin ortak belirlediği tarihlerde iki görüşmede tamamlanacaktır. Formların tarafınızdan doldurulması yaklaşık 30 dakika kadar, doktorunuzun yapacağı görüşme ise yaklaşık 1 saat kadar sürecektir. Herhangi bir laboratuvar testi yapılmayacak. Bu çalışma sırasında, sizinle ilgili olarak alınan bilgi yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve isimler gizli tutulacak ve mahremiyetinize azami özen gösterilecektir. Bu çalışmada yapılacak olan değerlendirme Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi'nin rutin otizm değerlendirmesi olup, size ya da bağlı olduğunuz sosyal güvenlik kurumuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir.

Çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını kendi isteğinizle, gönüllü olarak kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, daha sonraki görüşmeleri kabul etmeyebilirsiniz ve istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir.

Çalışmayla ilgili herhangi bir sorunuz olursa yardımcı araştırmacı Dr. Duygu Kaba'ya cep tel: 05052303444 den ulaşabilirsiniz.

## ONAM FORMU

Ben.....;

“DSM-5 Tanı Kriterlerine Göre Erken Çocukluk Döneminde Otizm Spektrum Bozukluğu” konulu çalışma bana sözlü olarak da açıklandı.Çalışma ile ilgili tüm sorularıma tatmin edici yanıtlar aldım. Çocuğum..... bu çalışmaya katılmasını kendi rızamla gönüllü olarak kabul ediyorum.

Velinin adı soyadı:

imzası:

tarih:

Adres ve tlf:

Doktorun adı soyadı:

imzası:

tarih:

Adres ve tlf:

EK-2

## ETİK KURUL ONAYI

“DSM-5 Tanı Kriterlerine Göre Erken Çocukluk Döneminde Otizm Spektrum Bozukluğu” isimli çalışma Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu komitesinden 2016 yılında onay almıştır.



EK-3

## SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU

**TARİH:**

**FORMU DOLDURAN KİŞİ:** Anne / Baba

**TELEFON NUMARASI:** Anne Cep:

Baba Cep:

Ev tel no:

**COCUĞUNUZUN;**

**ADI-SOYADI :**

**CİNSİYETİ:** 1- Erkek 2- Kız

**DOĞUM TARİHİ :**

**ÖĞRENİM DURUMU :** (Kaçınıcı sınıfa devam ediyor?)

1- Okula başlamamış

2- Kreşe devam ediyor

3- Ana sınıfına devam ediyor

4- İlköğretime devam ediyor

**KARDEŞ SAYISI :** 1 / 2 / 3 / 4 / 5 ve üstü

**KARDEŞLERİN YAŞLARI, CİNSİYETLERİ ve EĞİTİM**

**DURUMLARI:**

1-

2-

3-

4-

Diğerleri:

**AİLENİN KAÇINCI ÇOCUĞU :** 1 / 2 / 3 / 4 / 5 ve üstü

**ANNENİN;**

**ADI-SOYADI:**

**YAŞI:**

**ANNENİN DOĞUM SIRASINDAKİ YAŞI : .....**

1- 18-25 arası

2- 25-35 arası

3- 35-40 arası

4- 40 yaş üstü

**ANNENİN ÖĞRENİM DURUMU :**

1- İlkokul mezunu

2- Ortaokul mezunu

3- Lise mezunu

4- yüksekokul veya üniversite mezunu

**ANNE :**

1- Çalışıyor (MESLEĞİ:.....)

2- Ev hanımı

**ANNEDE PSİKİYATRİK HASTALIK:**

1- Var ( Tanılarınız ve kullanmakta olduğunuz  
tedaviler:.....)

2- Yok

**BABANIN;**

**ADI-SOYADI:**

**YAŞI:**

**BABANIN ÖĞRENİM DURUMU :**

- 1- İlkokul mezunu
- 2- Ortaokul mezunu
- 3- Lise mezunu
- 4- yüksekokul veya üniversite mezunu

**BABA :**

- 1- Çalışıyor (MESLEĞİ:.....)
- 2- Çalışmıyor
- 3- Emekli

**BABADA PSİKIYATRİK HASTALIK:**

- 1- Var ( Tanılarınız ve kullanmakta olduğunuz tedaviler:.....)
- 2- Yok

**ANNE -BABANIN BİRLİKTELİK DURUMU :**

- 1- Evli
- 2- Boşanmışlar
- 3- Ayrı oturuyorlar
- 4- Anne yada babadan biri ölmüş

**AİLENİN YAPISI:**

- 1- Çekirdek aile (anne, baba ve çocuklar olarak)
- 2- Geniş aile (anne, baba ve çocuklarla birlikte diğer akrabalardan bir veya birkaçı ile birlikte)
- 3- Tek ebeveynli (anne ile beraber / baba ile beraber)
- 4- Diğer (.....)

**AİLENİN GELİR DURUMU :**

**Aylık gelir düzeyiniz (Haneye gelen her türü gelir toplamı):.....YTL**

**Mülkiyet :**

**1-Oturduğunuz ev size mi ait? 1- Ev sahibi 2- Kiracı (Kira miktarı:.....)**

**2-Oturduğunuz evden başka eve sahip misiniz?Evet / Hayır**

**3-Otomobiliniz var mı? Var / Yok**

**4-Evde kalorifer var mı? Var/ Yok**

**5-Evde bulaşık makinesi var mı? Var / Yok**

**6-Evde birden fazla televizyonunuz var mı? Var / Yok**

**7-Evde DVD player var mı? Var / Yok**

**8-Evde internet bağlantısı var mı? Var / Yok**

**Sosyal Güvenceniz:**

**1- Var ( SSK / Bağkur / Emekli Sandığı / Özel sağlık sigortası / Yeşil kart )**

**2- Yok**

**YERLEŞİM YERİ :**

**Nerede ikamet etmektesiniz?.....**

**1- Büyük ölçekli yerleşim yeri**

**2- Orta ölçekli yerleşim yeri**

**3- Küçük ölçekli yerleşim yeri**

**AİLEDE TIBBİ HASTALIK ÖYKÜSÜ :.....**

**1- Var**

**2- Yok**

**AİLEDE RUHSAL HASTALIK ÖYKÜSÜ :** .....

1- Var

2- Yok

**OKUL BAŞARISI :** 1- Mükemmel 2- Çok İyi 3- Ortalamanın üstünde 4- Orta düzeyde

5- Ortalamanın altında 6- Ortalamanın oldukça fazla altında

**AKRAN İLİŞKİSİ:**

1- İyi , yeterli sayıda arkadaş

2- Yetersiz sayıda arkadaş

3- Sorunlar var

4- İlişki kuramıyor

**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

**Çay/ kahve kullanımım :** 1- Var 2- Yok

**X-Ray :** 1- Var 2- Yok

**Travma :** 1- Var 2- Yok

**Operasyon :** 1- Var 2- Yok

**Stres :** 1- Var 2- Yok

**İlaç kullanımı :** 1- Var 2- Yok

**Enfeksiyon öyküsü :** 1- Var 2- Yok

**DOĞUM ŞEKLİ :**

1- NSVY/Normal yolla doğum

2- Sezaryen

3- Forseps yardımı ile

4- Vakum yardımı ile

**DOĞUM : Kaç haftalık doğdu?.....**

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

**Doğum sonrası enfeksiyon:** 1- Var 2- Yok

**Kan Transfüzyonu :** 1- Var 2- Yok

**Havale 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

Varsa ne olduğunu belirtiniz:.....

**GELİŞİM:(yaşları belirtiniz )**

**Başını dik tutma :**

**Destekli oturma :**

**Desteksiz oturma :**

**Yürüme :**

**Konuşma :**

**Tuvalet eğitimi :**

### **ÇOCUĞUNUZUN BİLİLEN TIBBİ HASTALIĞI VAR MI?**

Yakın zamanda tanı konulan veya geçmişten beri takip ve tedavi edilmekte olduğu bilindik bir hastalığı olup olmadığını belirtiniz.

1-Var (**Belirtiniz:**.....)

2- Yok

### **ÇOCUĞUNUZUN BİLİLEN PSİKİYATRİK BİR HASTALIĞI VAR MI?**

Yakın zamanda tanı konulan veya geçmişten beri takip ve tedavi edilmekte olduğu bilindik bir psikiyatrik hastalığı olup olmadığını belirtiniz.

1-Var (**Belirtiniz:**.....)

2- Yok

### **ÇOCUĞUNUZUN BİLİLEN NÖROLOJİK BİR HASTALIĞI VAR MI?**

Yakın zamanda tanı konulan veya geçmişten beri takip ve tedavi edilmekte olduğu bilindik bir nörolojik hastalığı olup olmadığını belirtiniz.

1-Var (**Belirtiniz:**.....)

2- Yok

### **ÇOCUĞUNUZUN BİLİLEN HERHANGİ BİR ENFEKSİYON HASTALIĞI VAR MI?**

Yakın zamanda tanı konulan veya geçmişten beri takip ve tedavi edilmekte olduğu bilindik akut veya kronik bir enfeksiyon hastalığı olup olmadığını belirtiniz.

1-Var (**Belirtiniz:**.....)

2- Yok

**ÇOCUĞUNUZUN KULLANMAKTA OLDUĞU HERHANGİ BİR İLAÇ TEDAVİSİ VAR MI?**

Ne kadar süredir hangi ilaçları kullanmakta olduğunu belirtiniz.

1-Var (**Belirtiniz:**.....)

2- Yok

**ÇOCUĞUNUZUN KULLANMAKTA OLDUĞU HERHANGİ BİR VİTAMİN VEYA MİNERAL DESTEĞİ VAR MI?**

Ne kadar süredir hangi vitamin veya mineral desteği kullanmakta olduğunu belirtiniz.

1-Var (**Belirtiniz:**.....)

2- Yok

**ÇOCUĞUNUZA HERHANGİ BİR ANTİOKSİDAN DİYET PROGRAMI UYGULUYOR MUSUNUZ?**

1-Var (**Belirtiniz:**.....)

2- Yok

**ÇOCUĞUNUZUN KATILDIĞI ÖZEL BİR EGZERSİZ PROGRAMI VAR MI?**

1-Var (**Belirtiniz:**.....)

2- Yok

**OTİZM TANINIZ İLK OLARAK NE ZAMAN KONULDU:.....**

**DAHA ÖNCE ALMIŞ OLDUĞUNUZ TEDAVİLER: (kullanım süresi, ne zaman sonlandırıldığı ve doz bilgisi ile)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**ŞUANDA ALMAKTA OLDUĞUNUZ TEDAVİLER: (kullanım süresi, ne zaman sonlandırıldığı ve doz bilgisi ile)**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

EK-4

## Çocukluk Otizmi Derecelendirme Ölçeği (CARS)

### ÇOCUKLUK OTİZMİ PUANLAMA ÖLÇEĞİ

Yönergeler: ölçeğin her bir maddesi ile ilişkili davranışları puanlayın. 15 puan ekleyin ve sondaki ölçeği kullanın.

#### I. İNSANLARLA İLİŞKİ

1 İnsanlarla ilişkisinde güçlük veya anormallik kanıtı yok-Çocuğun davranışları yaşına uygun. Yapacağı şeyler anlatıldığında biraz utanma, mızmızlık veya sıkıntı gözlenebilir, fakat atipik derecede değildir.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal ilişkiler-çocuk yetişkinin gözüne bakmaktan kaçınabilir, ilişkiye zorlandığında yetişkinden kaçınabilir veya mızmızlık yapabilir, aşırı utangaç olabilir, tipik olarak yetişkine yanıt vermeyebilir veya aynı yaştaki çocuklardan biraz daha fazla olarak anne babaya yapışkanlık gösterebilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal ilişkiler-çocuk çoğu zaman soğuk (uzak)(yetişkinin farkında değilmiş gibi gözükür) tur. Çoğu zaman çocuğun dikkatini çekmek için ısrarcı ve zorlu çabalar gerekir. Az derecede ilişki çocukla yapılabilir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Aşırı derecede anormal ilişkiler-Çocuk belirgin derecede uzak ve soğuktur veya yetişkinin yaptıkları şeylerin farkında değildir. Hemen hemen hiç yetişkine yanıt vermez veya ilişki başlatmaz. Çok ısrarcı çabalarla bile çocuğun dikkati hiçbir şekilde çekilemez.

#### II. TAKLİT

1 Uygun taklit-Çocuk beceri düzeyine uygun olan sesleri, kelimeleri ve hareketleri taklit edebilir.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal taklit-Çoğu zaman çocuk alkış veya tek cümlelik basit davranışları taklit edebilir; nadiren zorlama veya özendirme sonrası veya gecikmeli olarak taklit eder.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal taklit-Çocuk yalnızca yetişkinin büyük ısrarı ve yardımı olduğu zamanlarda taklit eder; sıklıkla yalnızca bir gecikme sonrası taklit eder.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Aşırı derecede anormal taklit-Yetişkinin özendirme, zorlama ve yardımı olsa bile, ses, kelime veya hareketleri nadiren veya hiç taklit etmezler.

### III. DUYGUSAL TEPKİ

1 Yaş ve duruma uygun duygusal tepkiler- Çocuk, yüz ifadesi, duruş ve tarzında bir değişikliğin görüldüğü, uygun tip ve derecede duygusal tepki gösterir.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal duygusal tepkiler-çocuk nadiren biraz uygunsuz tip ve derecede duygusal tepkiler gösterir. Tepkiler bazen çevresindeki nesne veya olaylarla ilişkisizdir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal duygusal tepkiler-çocuk belirgin şekilde uygunsuz tip ve/veya derecede duygusal tepki gösterirler. Tepkiler oldukça kaçınan veya aşırı ve durumla ilişkisiz olabilir; grimas, gülme olabilir veya belirgin duygusal tepki oluşturan nesne veya olaylar olmasa bile katı olabilir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Aşırı derecede anormal duygusal tepkiler-tepkiler nadiren duruma uygundur. Çocuk belirli duygu duruma geldiğinde, duygu durumunu değiştirmek çok zordur. Ters olarak hiçbir değişiklik olmadığı zaman çok farklı duygulanımlar gösterebilir.

#### IV. VÜCUT KULLANIMI

1 Yaşa uygun vücut kullanımı-çocuk aynı yaştaki normal çocuklarla aynı kolaylık, çeviklik ve koordinasyonla hareket eder.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal vücut kullanımı- bazı minör tuhafliklar olabilir, örneğin sakarlık, tekrarlayıcı davranışlar, zayıf koordinasyon veya nadiren daha olağandışı davranışların gözlenmesi.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal vücut kullanımı-Bu yaş çocuğu için açıkça tuhaf veya olağandışı davranışlar şunlar olabilir: garip parmak hareketleri, acayip parmak veya vücut postürü, vücudu dikleştirme veya toplama, kendine yönelik saldırganlık, sallanma, kendi etrafında dönme, parmak oynatma veya parmak uçlarında yürüme.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Orta derecede anormal vücut kullanımı-yukarıda sayılan davranışları yoğun veya sık göstermesi. Bu davranışlar engellemeye çalışma veya diğer etkinliklere çocuğu katılmasına rağmen devam edebilir.

## V. NESNE KULLANIMI

1 Oyuncak ve diğer nesnelere İlgiilenme ve uygun kullanma-beceri düzeylerine uygun oyuncak ve diğer nesnelere uygun ilgi gösterme ve bu oyuncakları uygun tarzda kullanma.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Oyuncak ve diğer nesnelere ilgi ve kullanmada hafif derece uygunsuzluk-çocuk bir oyuncakla atipik ilgi gösterebilir veya uygunsuz çocuksu tarzda oynayabilir (örneğin, oyuncakla etrafa çarpma veya emme)

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Oyuncak ve diğer nesnelere ilgi ve kullanmada orta derece uygunsuzluk-çocuk oyuncak ve diğer nesnelere az ilgi gösterebilir veya bazı tuhaf şekilde bir oyuncak veya nesne kullanarak zaman geçirir. Oyuncakla önemsiz bir parçasına odaklanabilir, ışık saçan nesnelere hayranlık duyabilir, nesnenin bir kısmının tekrarlayıcı bir tarzda hareket ettirebilir veya bir obje ile sürekli oynayabilir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Oyuncak ve diğer nesnelere ilgi ve kullanmada aşırı derece uygunsuzluk-çocuk yukarıda bahsedilen davranışları yoğunluk ve sıklık olarak daha fazla gösterir. Çocuğu bu uygunsuz etkinliklerden ayırmak güçtür.

## VI. DEĞİŞİKLİKLERE UYUM SAĞLAMA

1 Değişikliklere yaşına uygun tepki- günlük sıradanlıktan değişiklik gösterdiği zaman, çocuk büyük bir sıkıntı göstermeksizin, bu değişiklikleri kabul eder.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Değişikliklere uyumda hafif derecede anormallik-yetişkin görevleri değiştirmeye çalıştığında, çocuk aynı aktivitesine devam edebilir veya aynı materyali kullanabilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Değişikliklere uyumda orta derecede anormallik-çocuk rutinden olan değişikliklere aktif olarak direnç gösterir veya eski etkinliğine devam etmeye çalışır. Ve onu bu etkinlikten uzaklaştırmak güçtür. Rutini değiştirildiği zaman kızgın veya mutsuz olabilir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Değişikliklere uyumda aşırı derecede anormallik-çocuk değişikliklere aşırı tepki gösterir. Değişiklik için zorlandığında, aşırı kızgın veya bozulmuş işbirlikçi olur ve öfke nöbetleri gösterir.

## VII. GÖRSEL TEPKİ

1 yaşına uygun görsel tepki-çocuğun görsel davranışı normaldir ve yaşına uygundur. Görme, yeni bir nesneyi araştırma şekli olarak diğer duyularla birlikte kullanılır.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal görsel tepki- çocuk nesnelere bakmayı çok daha nadiren hatırlar. Çocuk arkadaşlarından çok aynalara veya ışıklara bakmakla daha ilgili olabilir. Nadiren boşluğa bakıp durabilir veya insanların gözüne bakmaktan da kaçınabilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal görsel tepki-yaptığı şeye büyük olasılıkla bakmaktadır. Boşluğa bakıp durabilmektedir, insanların gözlerine bakmaktan kaçınmaktadır, nesnelere olağandışı açıdan bakmaktadır veya neneleri tutmak için gözlerini çok yaklaştırmaktadır.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Aşırı derecede anormal görsel tepki-çocuk belirgin derecede insanlara ve belirli nesnelere bakmaktan kaçınır ve yukarıda sayılan diğer görsel tuhafıkların ileri şekilleri gözlenebilir.

## VIII. DİNLEME TEPKİSİ

1 Yaşına uygun dinleme tepkisi-çocuğun dinleme davranışı normaldir ve yaşına uygundur. Dinleme diğer duyularla birlikte kullanılır.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal dinleme tepkisi-tepkide kısmi eksiklikler olabilir veya belli seslere hafif aşırı tepkiler olabilir. Seslere tepkiler gecikmiş olabilir ve çocuğun dikkatini çekmek için sesleri tekrarlamak gerekebilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal dinleme tepkisi-çocuğun seslere tepkisi çeşitlidir; sıklıkla ilk bir kaç kez duyduğu seslere karşı umursamazdır; her gün duyduğu sesleri işittiğinde irkilebilir veya kulaklarını kapayabilir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 İleri derecede anormal dinleme tepkisi-çocuk seslere karşı, sesin tipine bakmaksızın, aşırı tepki gösterir ve/veya hiç tepki göstermez.

## IX. TAD, KOKU VE DOKUNMA TEPKİLERİ VE KULLANIMI

1 Tat, koku ve dokunmayı normal kullanma ve normal tepki-çocuk yeni nesnelere yaşına uygun bir tarzda araştırır, genellikle hissederek ve bakarak. Uygun olduğunda tat ve koku kullanılabilir. Az bir ağrıya reaksiyon olduğunda çocuk rahatsızlığını ifade eder fakat aşırı tepki göstermez.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Tat, koku ve dokunmayı hafif derecede anormal kullanma ve tepki-çocuk nesnelere ağzına götürmekte ısrarcı olabilir; yenmeyen nesnelere koklayabilir veya tadabilir; hafif bir acıya normal çocuğun gösterdiği huzursuzluğu göstermeyebilir veya aşırı gösterebilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Tat, koku ve dokunmayı orta derecede anormal kullanma ve tepki-çocuk nesne ve insanlara dokunma, koklama veya tatma ile orta derecede meşgul olur. Acıya ya çok tepki veya çok çok az tepki gösterir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Tat, koku ve dokunmayı ileri derecede anormal kullanma ve tepki- çocuk nesne ve insanlara dokunma, koklama veya tatma ile aşırı derecede meşgul olur. Acıya ya aşırı tepki veya hiç tepki göstermez.

## X. KORKU VEYA ÜRKEKLİK

1 Normal korku veya ürkeklik-çocuğun davranışı hem durum hem de yaşıyla uygundur.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal korku veya ürkeklik-aynı yaştaki bir çocuğun benzer ortamda gösterdiği tepkiyle karşılaştırıldığında, çocuk çok az korku ve ürkekliği sık gösterir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal korku veya ürkeklik- aynı yaştaki bir çocuğun benzer ortamda gösterdiği tepkiyle karşılaştırıldığında, çocuk oldukça çok az veya çok fazla korku ve ürkekliği sık gösterir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Aşırı derecede anormal korku veya ürkeklik- aynı yaştaki bir çocuğun benzer ortamda gösterdiği tepkiyle karşılaştırıldığında, çocuk oldukça çok az veya çok fazla korku ve ürkekliği sık gösterir.

## XI. SÖZEL İLETİŞİM

1 Yaş ve duruma uygun normal sözel iletişim

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal sözel iletişim-konuşma bütünüyle geridir. Konuşmanın çoğu anlamlıdır; bazen ekolali veya zamiri ters kullanma olabilir. Nadiren bazı tuhaf kelimeler veya jargon kullanabilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal sözel iletişim-konuşma olmayabilir. Var olduğunda, sözel iletişimde bazı anlamlı konuşma içinde jargon, ekolali veya zamirin ters kullanımı gibi tuhaf konuşması olabilir. Anlamlı konuşmadaki tuhafliklar aşırı soru sorma veya özel bir konu ile aşırı uğraşmayı da içerir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 İleri derecede anormal sözel iletişim-anlamlı konuşması olmaz. Çocuk bebeksi sesler, tuhaf veya hayvansı sesler, konuşmayı andıran karmaşık sesler çıkarabilir veya bazı anlaşılabilir kelimelerin veya cümleciklerin ısrarlı bizar kullanımı olabilir.

## XXII. SÖZEL OLMAYAN İLETİŞİM

1 Yaş ve duruma uygun normal sözel olmayan iletişim

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal sözel olmayan iletişim kullanma-sözel olmayan iletişimin immatur kullanımı çocuğun istediği şeye işaret eden jestlerde yalnızca belirsizlik olabilir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal sözel olmayan iletişim kullanma-çocuk gereksinim veya arzularını nonverbal olarak belirtememektedir ve diğerlerinin sözel olmayan iletişimlerini anlayamamaktadır.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 İleri derecede anormal sözel olmayan iletişim kullanma-çocuk yalnızca açık anlamı olmayan bizar veya tuhaf jestler kullanır veya başkalarının jestlerinin veya yüz ifadeleri ile ilişkili anlamların farkında değilmiş gibi gözükür.

### XIII. ETKİNLİK DÜZEYİ

1 Yaşam ve şartlara uygun normal etkinlik düzeyi-çocuk benzer durumdaki aynı yaş normal çocuğa göre çok veya az etkin değildir.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal etkinlik düzeyi-çocuk hafif derecede hareketli veya biraz tembel olabilir ve çoğu zaman yavaş hareket eder. Çocuğun etkinlik düzeyi onun performansının hafif derecede etkiler.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede anormal etkinlik düzeyi-çocuk çok aktif ve kısıtlanması güç olabilir. Sınırsız bir enerjiye sahip olabilir ve gece kolayca uyumaya gitmeyebilir. Ters olarak çocuk oldukça uyuşuk olabilir ve onu hareket ettirmek için sürekli çaba gerekir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 İleri derecede anormal etkinlik düzeyi-çocuk aşırı aktivite ya da aşırı inaktivite gösterir ve bir uçtan diğer uca kaymalar gösterebilir.

### XIV. ENTELLEKTÜEL YANITIN DÜZEYİ VE UYGUNLUĞU

1 Normal ve pek çok alanda uygun tutarlılık gösteren zekâ: Çocuk aynı yaştaki tipik çocuklar kadar zekidir ve olağandışı zihinsel becerileri ya da problemleri yoktur.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif derecede anormal zihinsel işlevsellik: Çocuk aynı yaştaki tipik bir çocuk kadar zeki değildir, yaklaşık tüm alanlarda beceriler aynı düzeyde gerilik gösterir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 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 (Bu puanlar arasında ise)

4 Ağır derecede anormal zihinsel işlevsellik: çocuk aynı yaştaki tipik bir çocuk kadar zeki değilken, zihinsel gelişimim bir ya da daha fazla alanında normal bir çocuktan bile daha iyi işlev gösterebilir.

## XV. GENEL İZLENİMLER

1 Otizm yok: Çocuk otizme ait belirtilerin hiçbirini göstermez.

1.5 (Bu puanlar arasında ise)

2 Hafif otizm: çocuk yalnızca az sayıda ya da yalnızca hafif derecede otizm belirtileri gösterir.

2.5 (Bu puanlar arasında ise)

3 Orta derecede otizm: çocuk belirli sayıda ya da orta derecede otizm belirtileri gösterir.

3.5 (Bu puanlar arasında ise)

4 Ağır otizm: Çocuk otizm belirtilerinden çoğunu ya da ağır derecede otizm gösterir.

Hastanın puanı .....

15-29 Otizm yok

30-37 Hafif-Orta Derecede Otizm

38-60 Ağır Derecede Otizm

## ÇOCUKLUK OTİZMİ PUANLAMA ÖLÇEĞİ (CARS)

Yönergeler: ölçeğin her bir maddesi ile ilişkili davranışları puanlayın

### I. İNSANLARLA İLİŞKİ

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

### II. TAKLİT

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

### III. DUYGUSAL TEPKİ

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

### IV. VÜCUT KULLANIMI

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

### V. NESNE KULLANIMI

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

### VI. DEĞİŞİKLİKLERE UYUM SAĞLAMA

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

### VII. GÖRSEL TEPKİ

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

### VIII. DİNLEME TEPKİSİ

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

### IX. TAD, KOKU VE DOKUNMA TEPKİLERİ VE KULLANIMI

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

### X. KORKU VEYA ÜRKEKLİK

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

XI. SÖZEL İLETİŞİM

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

XII. SÖZEL OLMAYAN İLETİŞİM

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

XIII. ETKİNLİK DÜZEYİ

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

XIV. ENTELLEKTÜEL YANITIN DÜZEYİ VE UYGUNLUĞU

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

XV. GENEL İZLENİMLER

1 1,5 2 2,5 3 3,5 4

Hastanın puanı .....

15-29 Otizm yok / 30-37 Hafif-Orta Derecede Otizm / 38-60 Ağır Derecede Otizm

## ABC KAYIT FORMU

YÖNERGE: Çocuğu en iyi tanımlayan ifadenin karşısındaki sayıyı daire içine alınız. İfade çocuğu tanımlamıyorsa boş bırakınız.

	Duyusal	İşki kurma	Beden ve nesne kullanımını	Dil becerileri	Sosyal ve bakımı
Kendi etrafında uzun süre döner			4		
Basit bir işi öğrenir fakat çabucak unuttur					2
Sosyal/çevresel uyarılara çoğu zaman dikkat etmez		4			
Basit emirleri bir kere söylendiğinde yerine getirmez (otur, buraya gel, ayağa kalk gibi)				1	
Oyuncakları uygun şekilde kullanmaz (örn. tekerlekleri döndürür)			2		
Öğrenme sırasında görsel ayıt etmesi zayıftır (büyüklük, renk ya da pozisyon gibi bir özelliğe takılır kalır)	2				
Sosyal gülümsemesi yoktur		2			
Zamirleri ters kullanır (ben yerine sen)				3	
Belirli nesnelere bırakmamak için ısrar eder			3		
İşitmeyen gibi görünür, bir nesnele bir işleme kaybı olduğu kuşkusu uyarır	3				
Konuşması detone ve aritmiktir				4	
Kendi kendine uzun süre sallanır			4		
Kendisine uzandıığında kollarını uzatmaz (ya da bebekken uza mazlı)		2			
Günlük programındaki/çevredeki değişikliklere aşırı tepkiler verir					3
Başka insanların arasındayken çağıldığında kendi ismine tepki vermez (Ayşe, Can, Zeynep)				2	
Kendi etrafında dönme, parmak ucunda yürütme, el çırpma gibi davranışları keserek birden bağırır ve ani hareketler yapar			4		
Başka insanların yüz ifadelerine ve duygularına tepkisizdir		3			
"Evet" veya "ben" sözcüklerini nadiren kullanır				2	
Gelişimin bir alanındaki özel yeterlikleri zeka geriliği kuşkusu dışarı niteliktedir					4
Yer bildiren sözcükleri içeren basit emirleri yerine getirmez ("topu kutunun üstüne koy" ya da "topu kutunun içine koy" gibi)				1	
Bazen yüksek bir sese sağır olduğunu düşündürürcesine "irkilme" tepkisi göstermez.	3				
Ellerini amaçsızca sallar			4		
Büyük öfke nöbetleri ya da sık sık küçük öfke nöbetleri geçirir					3
Göz temasından aktif bir şekilde kaçınır		4			
Dokunulmaya ya da tutulmaya karşı koyar		4			
Bazen, çürükler, kesikler ve iğne yapılma gibi acı verici uyarılara hiç tepki vermez	3				
Gergin ve kucaklanılmasa güçtür (şimdi ya da bebekken)		3			
Kucaklanıldığında pekte gibidir (sarılmaz, tutunmaz)		2			
İsteddiği şeyleri göstererek elde eder				2	
Parmak uçlarında yürütür			2		

Başkalarını ısırarak, vurarak, tekmeleyerek incitir					2
Cümleleri defalarca tekrarlar				3	
Oyun oynarken başka çocukları taklit etmez		3			
Gözlerine parlak bir ışık tutulduğunda genellikle gözlerini kırpmaz	1				
Başını vurarak, ellerini ısırarak kendine zarar verir			3		
İhtiyaçlarının hemen yerine getirilmesini ister, bekleyemez					2
İsmi söylenen beş nesneden daha fazlasını işaret ederek gösteremez				1	
Hiç arkadaşlık ilişkisi geliştiremez		4			
Bir çok sese kulaklarını kapatır	4				
Sık sık nesnelere döndürür, çevirir ve çarpar			4		
Tuvalet eğitimine ilişkin sorunları vardır					1
İsteklerini ve ihtiyaçlarını belirtmek için ya hiç konuşmaz ya da bir günde kendiliğinden kullandığı sözcük sayısı beşi geçmez.				2	
Çoğunlukla korkar ya da çok kaygılanır		3			
Gün ışığı karşısında gözlerini kısar, kaşlarını çatar ya da gözlerini kapatır	3				
Yardımsız kendisi giyinemez					1
Sesleri ya da sözcükleri sürekli tekrar eder				3	
Bakışları insanları “delip geçer”		4			
Başkalarının cümlelerini ya da sorularını tekrarlar				4	
Çoğunlukla çevresindekilerin ve tehlikeli durumların farkında değildir					2
Cansız şeylerle oynamayı ve zaman geçirmeyi tercih eder					4
Çevresindeki nesnelere dokunur, koklar ve/veya tadar.			3		
Yeni bir kişiyle karşılaştığında sıklıkla hiç bir görsel tepki vermez	3				
Nesneleri sıralama gibi karmaşık ritüeller içine girer			4		
Çok zarar vericidir, oyuncaklarını ve ev eşyalarını kısa zamanda kırar			2		
Gelişimsel gecikme belirtileri 30. ayda ya da daha önce ortaya çıkmıştır.					1
Gün içinde kendiliğinden, iletişimi başlatmak için kullandığı ifadelerin sayısı otuzu geçmez.				3	
Uzun süreler boşluğa bakar	4				
<b>TOPLAM :</b>					

### Sorun Davranış Kontrol Listesi

Çocuğun adı/soyadı: \_\_\_\_\_ Formun doldurulduğu tarih: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Formu dolduran/yakını: \_\_\_\_\_

Aşağıda, çocuğunuzda gözlenebilecek çeşitli davranışlar listelenmektedir. Çocuğunuz, sözü geçen davranışı göstermiyorsa "böyle bir sorun yok (0)" seçeneğini işaretleyiniz. Okuduğunuz cümlede bahsedilen davranış çocuğunuzda gözlemediğiniz bir davranış ise rahatsızlık derecesine göre 1-2-3 seçeneklerinden karşılık gelen kutucuğu işaretleyiniz.

**Özellikle çocuğunuzun son bir ayını düşünerek yanıtlayınız, her madde üzerinde fazla zaman harcamayın- aklınıza ilk gelen genellikle doğru olandır!**

	0 Böyle bir sorun yok	1 Var, ama rahatsız edici düzeyde değil	2 Rahatsız edici	3 Çok rahatsız edici
1. Evde, okulda, işte ya da başka yerlerde aşırı derecede hareketlidir.				
2. Amaçlı olarak kendine zarar verir.				
3. Halsiz, tembel, hareketsizdir.				
4. Diğer çocuklara ve büyüklere karşı saldırgandır (sözel ya da fiziksel olarak).				
5. Başkalarından uzak durmaya/yalnız kalmaya çalışır.				
6. Amaca yönelik olmayan, tekrarlayıcı vücut hareketleri vardır.				
7. Gürültülü sesler çıkarır (uygunsuz bir şekilde yüksek sesli ve inişli-çıkışlı).				
8. Uygunsuz bir şekilde çığlık atar.				
9. Çok fazla konuşur.				
10. Öfke patlamaları olur.				
11. Basmakalıp davranışları; anormal, tekrarlayıcı hareketleri vardır.				
12. Zihni aşırı meşguldür; boşluğa uzun uzun bakar/dalar.				
13. Dürtülseldir (düşünmeden hareket eder).				
14. Çabucak öfkelenir ve mızızdır.				
15. Huzursuzdur, yerinde duramaz.				
16. İnsanlardan uzaktır, yalnız yapılan etkinlikleri tercih eder.				
17. Garip, tuhaf davranışları vardır.				
18. İtaatsiz, asidir; kontrol edilmesi zordur.				
19. Uygunsuz zamanlarda haykırışları /bağırılmaları olur.				
20. Sabit/ değişmez bir yüz ifadesi vardır; duygusal anlamlılık içermez.				
21. Başkalarını rahatsız eder.				
22. Tekrarlayıcı konuşmaları vardır.				
23. Hiçbir şey yapmadan oturup başkalarını izler				
24. İşbirliğinde bulunmaz.				

	0 Böyle bir sorun yok	1 Var, ama rahatsız edici düzeyde değil	2 Rahatsız edici	3 Çok rahatsız edici
25. Keyfi bozuktur; moralsizdir.				
26. Herhangi bir fiziksel temasa karşı direnç gösterir.				
27. Tekrar tekrar başını ileri geri hareket ettirir.				
28. Komutlara dikkat etmez / komutları umursamaz.				
29. İhtiyaçları hemen yerine getirilmelidir.				
30. Kendini diğer çocuklardan ya da erişkinlerden izole eder.				
31. Grup etkinliklerini bozar.				
32. Belli bir pozisyonda uzun bir süre durur ya da oturur.				
33. Kendi kendine yüksek sesle konuşur.				
34. Küçük bir sıkıntıda hemen incinir ve ağlar.				
35. Tekrarlayıcı el, vücut ve kafa hareketleri vardır.				
36. Keyfi/ morali çabucak değişir.				
37. Kuralları olan etkinliklerde ilgisizdir (tepki vermez).				
38. Yerinde duramaz (örn: ders sırasında ya da eğitimde, yemek esnasında)				
39. Belli bir süre dahi hareketsiz kalamaz.				
40. Ona yaklaşmak, onunla ilişki kurmak ya da onu anlamak zordur.				
41. Uygunsuz bir şekilde bağırır.				
42. Yalnız kalmayı tercih eder.				
43. Kelime veya vücut hareketleriyle iletişim kurma çabası göstermez.				
44. Kolaylıkla dikkati çelinebilir.				
45. Kollarını, bacaklarını tekrar tekrar sallar veya oynatır.				
46. Belli bir kelime ya da tümceyi tekrar tekrar söyler.				
47. Eşyalara tekme atar, vurur ya da kapıları çarpar.				
48. Sürekli olarak odanın içinde koşar veya zıplar.				
49. Vücudunu ileri-geri durmadan sallar.				
50. Bile bile kendine zarar verir/ kendini yaralar.				
51. Kendine herhangi bir şey söylenildiğinde hiç dikkate almaz.				
52. Kendi kendine fiziksel şiddet uygular.				
53. Hareketsizdir, asla kendiliğinden hareket etmez.				
54. Aşırı derecede hareketli olmaya meyillidir.				
55. Sevilmeye/ ilgilenmeye karşı ters tepkiler verir.				
56. Bile bile komutlara uymaz.				
57. İstedikleri engellendiğinde öfke patlamaları yaşar.				
58. Başkalarına kısıtlı sosyal karşılıklar verir.				