TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

PSİKOTİK HASTA GRUBUNDA OTİSTİK ÖZELLİKLERİN HASTALIK SONUÇLARI AÇISINDAN İNCELENMESİ

Dr. Ezgi Sıla AHİ ÜSTÜN

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Meram Can SAKA

ANKARA
2023

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

PSİKOTİK HASTA GRUBUNDA OTİSTİK ÖZELLİKLERİN HASTALIK SONUÇLARI AÇISINDAN İNCELENMESİ

Dr. Ezgi Sıla AHİ ÜSTÜN

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Meram Can SAKA

ANKARA
2023

Ankara Üniversitesi
Tıp Fakültesi Dekanlığı'na,

Tıpta Uzmanlık Tezi olarak hazırlayıp sunduğum "Psikotik Hasta Grubunda Otistik Özelliklerin Hastalık Sonuçları Açısından İncelenmesi" başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan araştırma tarafımca yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir.

Bu tez çalışmasıyla ilgili tüm süreçler Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı İnsan Araştırmaları Etik Kurulu Birimi tarafından, 13/04/2023 tarihinde, İ04-214-23 numaralı kararla onaylanmıştır.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Ezgi Sıla AHİ ÜSTÜN
Tarih:
İmza:

ÖZGÜNLÜK RAPORU

Psikotik Hasta Grubunda Otistik Özelliklerin Hastalık Sonuçları Açısından İncelenmesi

ORİJİNALLİK RAPORU

%7	%7	%3	%4
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

Psikotik Hasta Grubunda Otistik Özelliklerin Hastalık Sonuçları Açısından İncelenmesi

Yazar Ezgi Sıla Ahi Üstün

Gönderim Tarihi: 11-Ara-2023 11:57AM (UTC+0300)
Gönderim Numarası: 2255412613
Dosya adı: ezgi_sila_ahi_tez.._intihal.docx (257K)
Kelime sayısı: 17820
Karakter sayısı: 111943

KABUL ONAY SAYFASI

Düzenleme tarihi: 24/12/2014

ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

TEZ SINAVI TUTANAĞI

I. UZMANLIK ÖĞRENCİSİNİN		
Adı, Soyadı	: Ezgi Sıla AHİ ÜSTÜN	**Sınav tarihi:**
Anabilim/Bilim Dalı	: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	14/12/ 2023...
Tez Danışmanı	: Prof.Dr. Meram Can SAKA	

II. TEZ İLE İLGİLİ BİLGİLER			
Tezin Başlığı : Psikotik Hasta Grubunda Otistik Özelliklerin Hastalık Sonuçları Açısından İncelenmesi			
Tezin Niteliği:	☑ Ana Dal Uzmanlık Tezi	☐ Yan Dal Uzmanlık Tezi	
Kaçıncı tez sınavı olduğu:	☑ 1	☐ 2	☐ 3

III. KARAR

Yapılan tez sınavı sonucunda yukarıda belirtilen tezin "Tıpta Uzmanlık Tezi" olarak

☑ Kabulüne

☐ Reddine

☐ Düzeltmeler yapıldıktan sonra tekrar değerlendirilmesine

☑ Oy birliği ☐ Oy çokluğu ile karar verilmiştir.

IV. AÇIKLAMALAR

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

Jüri Başkanı
Prof.Dr.Meram Can SAKA
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Dr.Öğr.Üyesi Rıfat Serav İLHAN
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Jüri Üyesi
Doç.Dr. Şeref Can GÜREL
Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca bana her konuda destek olan, beni yüreklendiren, gelişmemde büyük emeği olan, mesleki tutumunu örnek aldığım biricik hocam Prof. Dr. Meram Can SAKA'ya,

Asistanlığa başladığım ilk günden beri mesleğe bakış açımı değiştiren ve geliştiren, bir abiye sahip olarak doğmasam da sonradan bana bu duyguyu yaşatan Dr. Öğr. Üyesi Rifat Serav İLHAN ve Doç. Dr. Berker DUMAN'a,

Bir stajyer doktorken bana psikiyatriyi sevdiren, beni yetiştiren Prof. Dr. Halise DEVRİMCİ ÖZGÜVEN, Prof. Dr. İnci ÖZGÜR İLHAN, Prof. Dr. Vesile ŞENTÜRK CANKORUR, Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ ÇETİNKAYA, Prof. Dr. Bora BASKAK ve tüm kıymetli öğretim üyelerine,

Üç ay gibi kısa bir süre de gitsem bana çok şey katan iyi ki tanıdım dediğim Doç. Dr. Şeref Can GÜREL nezdinde tüm HÜTF PİM ailesine,

İlk günden son güne kadar birlikte çalışmaktan büyük keyif aldığım, hastaneye mutlu gitmemin belki de en önemli kaynağı, ikinci ailem Deha ONAR ve Hamide KUTLU CANSEVER başta olmak üzere Serkan YAZICI, Betül YILDIRIM, Safiye Zeynep TATLI, Hatice BEDEL, Büşra YALÇINKAYA, Beren ÖZEL, Cemale HUSEYNLİ, Sevda HAJIYEVA, Ayşe Handenur BAYRAKTAR, Çağlar UYSAL ve tüm asistan arkadaşlarıma,

Hayatımı güzelleştiren, birlikte büyüdüğüm can dostlarım Sezer Nil YILMAZER ZORLU, Yağmur DARBEN AZARSIZ, İrem ALKAN TEKEŞ'e ve yan yana olmaktan sonsuz keyif aldığım Başak, Doruk ve Alp Dora ARSLAN'a,

Ona sarıldığımda tüm sorunlarımı unutturan canım köpeğim Lucky'e,

Ne söylesem eksik kalacak, beni ben yapan, daima arkamda olan babam Celaleddin AHİ, annem Nuray AHİ ve diğer yarım sevgili kardeşim Öykü AHİ'ye,

Beni hep destekleyen, düştüğümde kaldıran, hem iyi hem kötü zamanlarımda elimden tutan hayat arkadaşım, sevgili eşim Salim Ceyhun ÜSTÜN'e sonsuz teşekkürler.

Dr. Ezgi Sıla AHİ ÜSTÜN

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan ii
Özgünlük Raporu iii
Kabul Onay Sayfası iv
Önsöz v
İçindekiler vi
Simge ve Kısaltmalar viii
Tablolar Dizini ix

1. ÖZET 1
2. ABSTRACT 3
3. GİRİŞ VE AMAÇ 5
4. GENEL BİLGİLER 6
4.1. Psikoz 6
4.1.1. Tanım 6
4.1.2. Kategorik Yaklaşım 6
4.1.3. Boyutsal Yaklaşım 8
4.2. Otizm 10
4.2.1. Tanım 10
4.2.2. Klasik Otizm 11
4.2.3. Spektrum Kavramı ve Erişkin Otizmi 12
4.3. Psikoz ve Otizm Spektrumu 14
5. GEREÇ VE YÖNTEM 18
5.1. Katılımcılar 18
5.2. Veri Toplama Prosedürü 18
5.3. Kullanılan Veri Toplama Araçları 19
5.3.1. Sosyodemografik Veri ve Anamnez Formu 19
5.3.2. Otizm Spektrum Anketi (OSA) 20
5.3.3. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) 20
5.3.4. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD) 21
5.3.5. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI) 21
5.3.6. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS) 21
5.3.7. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A) 21
5.3.8. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D) 21

5.3.9. Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ) 22
5.3.10. Modifiye Morisky İlaç Uyumu Ölçeği (MMS) 22
5.3.11. İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği (İÜBÖ) 23
5.3.12. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme-Kısa Formu (WHOQOL-BREF) 23
5.3.13. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ) 23
5.4. İstatistiksel Analiz 23
6. BULGULAR 25
6.1. Örneklemin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri 25
6.2. Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi 27
6.3. Otistik Özelliklerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisinin İncelenmesi 29
6.4. Otistik Özellikler ile Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 37
6.5. Otistik Özellikler ile İşlevsellik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 37
6.5. Otistik Özellikler ile Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 38
6.6. Otistik Özellikler İle İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 41
6.7. Otistik Özellikler ile Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 42
6.8. Otistik Özellikler ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 43
6.9. Otistik Özellikler ile Pozitif ve Negatif Belirti Şiddetleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 44
6.10. Otistik Özellikler ile İlaç Uyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 44
6.11. Otistik Özellikler ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 48
6.12.Otistik Özellikler ile İçgörü Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 48
7. TARTIŞMA 49
8. SONUÇ VE ÖNERİLER 57
9. KAYNAKLAR 58
10. EKLER 76
EK 1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU 76
EK 2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ VE ANAMNEZ FORMU 78
EK 3. KULLANILAN ÖLÇEKLER 82

SİMGE VE KISALTMALAR

CGI : Klinik Global İzlenim Ölçeği

C-İŞDÖ : Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği

HAM-A : Hamilton Anksiyete Ölçeği

HAM-D : Hamilton Depresyon Ölçeği

İGD : İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği

İÜBÖ : İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği

MMS : Modifiye Morisky İlaç Uyumu Ölçeği

OSA : Otizm Spektrum Anketi

OSB : Otizm Spektrum Bozukluğu

PANSS : Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği

PSP : Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği

TAÖ : Toronto Aleksitimi Ölçeği

WHOQOL-BREF : Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme-Kısa Formu

TABLOLAR DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri 26
Tablo 2. Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler 28
Tablo 3. CGI Ölçeğine Ait Frekans Tablosu 28
Tablo 4. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile OSA Alt Ölçek ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması 34
Tablo 5. Klinik Nicel Özellikler ile OSA Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının İlişkisinin İncelenmesi 36
Tablo 6. Aleksitimi düzeyi ile OSA toplam puanı ve alt ölçek puanlarının ilişkisinin incelenmesi 37
Tablo 7. İşlevsellik düzeyi ile OSA toplam puanı ve alt ölçek puanlarının ilişkisinin incelenmesi 38
Tablo 8. Hastalık Şiddeti ile OSA Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının İlişkisinin İncelenmesi 40
Tablo 9. OSA toplam puanı ve alt ölçek puanları ile C-İŞDÖ alt parametrelerin ilişkisinin incelenmesi 42
Tablo 10. HAM-A Toplam Puanı ile OSA Toplam ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 43
Tablo 11. HAM-D Toplam Puanı ile OSA Toplam ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 43
Tablo 12. Pozitif ve Negatif Belirti Şiddetleri ile Otistik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 44
Tablo 13. MMS Motivasyon Gruplarına Göre OSA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 47
Tablo 14. MMS Bilgi Düzeyi Gruplarına Göre OSA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması 47
Tablo 15. Yaşam Kalitesi Düzeyi ile Otistik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 48
Tablo 16. İçgörü Düzeyi ile Otistik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi 48

1. ÖZET

Psikotik Hasta Grubunda Otistik Özelliklerin Hastalık Sonuçları Açısından İncelenmesi

Amaç: Otizm ile psikotik bozukluklar arasında klinik görünüm ve etyopatogenez açısından anlamlı derecede örtüşme olduğunu öne süren literatür giderek daha fazla ilgi görmektedir. Psikoz popülasyonlarında otistik özelliklerin yaygınlığı genel nüfusa kıyasla önemli ölçüde daha fazladır. Fakat bu birlikteliğin önemi yeterince araştırılmamıştır. Otistik özelliklerin klinik açıdan neden önemli olduğunun anlaşılması hastaların en uygun tanı ve tedaviyi alması açısından önem arz etmektedir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya hastalık seyri üzerinde önemli etkisi olan en az bir psikotik atak geçirmiş ve tedavi süresinin çoğunda antipsikotik ilaç kullanmış veya kullanmakta olan 125 hasta dahil edilmiştir. Hastalar ile yapılan anamnez görüşmesi ışığında; yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim düzeyi, ilk psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkma yaşı, ilk psikiyatri başvurusunun ne zaman olduğu, psikotik belirtilerin ortaya çıkması ile antipsikotik ilaç başlanması arasında geçen süre, psikiyatri servisine yatış sayısı, psikiyatri servislerindeki toplam yatış süresi, psikotik atak sayısı, aldığı psikotrop tedaviler, tıbbi ve nörolojik komorbiditeler, adli olay öyküsü, alkol-madde ve sigara kullanımı, akran zorbalığına uğrama gibi bilgileri içeren sosyodemografik bilgi ve anamnez formu doldurulmuştur. Ayrıca araştırmacı tarafından hastanın tedavi uyumunu değerlendirmek amacıyla Modifiye Morisky İlaç Uyumu Ölçeği (MMS), işlevselliğini değerlendirmek amacıyla Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP) ve İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD), içgörü düzeyini değerlendirmek amacıyla İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği(İÜBÖ), hastalık şiddetini belirlemek amaçlı Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI), pozitif ve negatif belirtilerinin şiddetini değerlendirmek amacıyla Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS), anksiyete ve depresyon şiddetini belirlemek amacıyla sırasıyla Hamilton Anksiyete Ölçeği(HAM-A) ve Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D), intihar davranışını değerlendirmek amacıyla Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ) doldurulmuştur. Hasta tarafından doldurulan ölçekler ise şu şekilde sıralanabilir; otistik özellikleri değerlendirmek amacıyla Otizm Spektrum Anketi (OSA), yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme-Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ve aleksitimi düzeyini değerlendirme amacıyla Toronto Aleksitimi Ölçeği(TAÖ).

Bulgular: Çalışmamızda otistik özellikler ile işlevsellik, yaşam kalitesi ve öznel tedavi yararı arasında negatif yönlü; aleksitimi, aile eleştirelliği, hastalık şiddeti, anksiyete ve

depresyon şiddeti, pozitif ve negatif belirti şiddeti, intihar düşüncesi ve davranışı, psikotik atak sayısı arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki olduğu gösterilmiştir. İlaç uyumu açısından bakıldığında, motivasyonu yüksek olan grup ile düşük olan grup arasında otistik özellik düzeyi açısından anlamlı fark elde edilirken; bilgi düzeyi yüksek olan grup ile düşük olan grup arasında anlamlı fark elde edilmemiştir. Sigara kullananlar, kullanmayanlara kıyasla OSA iletişim alt ölçeğinde daha az otistik özellik bildirmiştir. Psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkma yaşı ile OSA dikkati kaydırabilme alt ölçeği puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü bir ilişki olduğu gösterilirken; ilk psikiyatri başvuru yaşı, ilk psikotik belirtiler ile antipsikotik ilaç başlanması arasında geçen süre, psikiyatri servisi yatış sayısı ve süresi, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma, alkol madde kullanımı, mevcut antipsikotik ilaçlar ve içgörü düzeyi ile otistik özellikler arasında anlamlı bir ilişki gösterilmedi.

Sonuç: Birlikte ele alındığında, bulgularımız psikotik hasta grubunda otistik özelliklerin önemini göstermektedir. Otizm ile psikoz arasındaki ilişkiye ilişkin klinik bilgide önemli bir boşluk olduğu, tanı araçlarında ve tedavi seçeneklerinde daha fazla iyileştirmeye ihtiyaç olduğu açıktır. Çalışmamız tasarımı gereği kesitsel bir çalışma olduğundan nedensellik konusundaki spekülasyonlar sınırlıdır ve daha fazla ileriye dönük araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Psikotik Bozukluklar, Otizm Spektrum Bozukluğu, Otistik Özellikler, Boyutsal Yaklaşım, İşlevsellik

2. ABSTRACT

Investigation of Autistic Characteristics in Psychotic Patient Group in Terms of Disease Outcomes

Aim: There is an increasing amount of literature indicating a substantial overlap between autism and psychotic disorders in relation to their clinical presentation and etiopathogenesis. The rate of autistic characteristics in psychotic populations is markedly higher than in the general population. However, the clinical relevance of this association has not been sufficiently investigated. Understanding the clinical significance of autistic traits is essential for patients to receive the most appropriate diagnosis and treatment.

Materials and Methods: The study included 125 patients who had experienced at least one psychotic episode that had a significant effect on the course of the disease and who had used or were using antipsychotic drugs for most of the treatment period. Based on interviews conducted with patients, a socio-demographic information and anamnesis form was completed, including informations about age, gender, marital status, educational level, age of onset of initial psychiatric symptoms, timing of the first psychiatric admission, duration of time between onset of psychotic symptoms and initiation of antipsychotic medication, number of psychiatric hospitalizations, total duration of hospitalizations in psychiatric services, number of psychotic episodes, received psychotropic treatments, medical and neurological comorbidities, history of legal incidents, alcohol-substance and tobacco use and experiences of peer bullying. In addition, the researcher administered the Modified Morisky Medication Compliance Scale (MMS) to assess the patient's treatment compliance, the Personal and Social Performance Scale (PSP) and the General Assessment of Functioning Scale (GAD) to assess the patient's functionality, and the Three Components of Insight Scale to assess the level of insight, Clinical Global Impression Scale (CGI) to determine the severity of illness, Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) to evaluate the severity of positive and negative symptoms, Hamilton Anxiety Scale (HAM-A) and Hamilton Depression Scale (HAM-D) to determine the severity of anxiety and depression respectively, Columbia Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) to evaluate suicidal behaviour. The scales completed by the patient can be listed as follows; Autism Spectrum Quotient (AQ) to assess autistic features, World Health Organisation Quality of Life Assessment-Short Form (WHOQOL-BREF) to assess quality of life and Toronto Alexithymia Scale (TAS) to assess severity of alexithymia.

Results: Our study demonstrated a negative correlation between autistic traits and functionality, quality of life, and subjective treatment benefit. Additionally, a positive correlation was found between autistic traits and alexithymia, family criticism, severity of illness, anxiety and depression, positive and negative symptoms, suicidal ideation and behaviour and the number of psychotic episodes. There was a notable differrence in autistic trait level between the group with high motivation and the one with low motivation in terms of medication adherence. No significant difference was found between the group with a high level of knowledge and the one with a low level. Notably, smokers had fewer autistic traits in the communication subscale of AQ when compared to non-smokers. Although a statistically significant negative correlation was discovered between the age at the onset of psychiatric symptoms and the AQ attention shifting subscale score, no significant correlation was established between variables such as the age at the initial psychiatric admission, the duration between the first occurrence of psychotic symptoms and the commencement of antipsychotic medication, the total number and duration of psychiatric hospitalisations, gender, marital status, parental status, alcohol and substance use, the current antipsychotic medication, insight level, and autistic traits.

Conclusions: Taken together, our results show the significance of autistic traits in the group of patients with psychosis. It is evident that there exists a significant lack of clinical knowledge about the correlation between autism and psychosis, and as such, more advanced diagnostic tools and treatment options are required. Given the cross-sectional nature of our research, the potential for speculation on causality is confined, suggesting that further prospective investigations are required.

Keywords: Psychotic Disorders, Autism Spectrum Disorder, Autistic Traits, Dimensional Approach, Functionality

3. GİRİŞ VE AMAÇ

Psikotik bozukluklar, önemli ölçüde işlevsellik kaybı ve mortalitede artış ile ilişkilendirilen temelde gerçeği değerlendirmede şiddetli bozulmanın yer aldığı bir spektrum olarak kavramsallaştırılabilir. 1800'lü yılların sonundan yakın geçmişe hatta belki günümüze kadar kategorik düşünme ve sınıflama modeli psikiyatriye hakim olsa da artık giderek hastalık kategorileri arasındaki yapay ve hatta keyfi sınırların kaldırıldığı boyutsal yaklaşım ilgi görmektedir (1).

Otizm Spektrum Bozukluğu ise adından da anlaşılacağı üzere sınıflandırma sistemlerinde bir spektrum olarak kavramsallaştırılmaktadır fakat klinik pratikte OSB tanısı koyabilmek için klasik Kanner Otizmi tablosu beklenmesi hiç de nadir değildir. Atipik bir gelişim örüntüsü olan OSB, özellikle erişkin hasta grubunda oldukça farklı görünümlere bürünebilir. Dahası OSB tanısı için kriterleri tam olarak karşılamayan, ancak genetik temellere sahip olan geniş otizm fenotipi veya eşik altı otizm spektrumu gibi fenomenler giderek daha çok araştırılır hale gelmiştir (2).

Psikoz ve otizm kavramları pek çok fenotipik benzerliği ve risk faktörünü paylaşır. Her ikisi de geniş bir fenotipik süreklilik üzerinde gerek tanısal gerekse eşikaltı özellik düzeyinde örtüşmektedir(3). Psikotik hasta grubunda otistik özelliklerin tanınması zordur ancak hem tanı hem de tedavi süreci açısından önemli olabilir. Hem klinik ortamlarında hem de ilgili yazında psikotik hastalarda otistik özelliklerin araştırılmasına hak ettiği önem verilmemiştir. Bildiğimiz kadarı ile psikotik hasta grubunda otistik özelliklerin klinik yansımalarını detaylı bir şekilde inceleyen bir çalışma bulunmamaktadır.

Biz bu çalışmada psikotik hasta grubunda otistik özelliklerin klinik sonuçlar üzerindeki etkilerini araştırmayı amaçladık. Çalışmanın hipotezleri aşağıda sıralanmıştır:

- Psikotik hasta grubunda otistik özellikler ile işlevsellik, tedavi uyumu, yaşam kalitesi ve içgörü arasında negatif ilişki vardır.
- Psikotik hasta grubunda otistik özelliklerin fazla olması; daha erken başlangıç yaşı, daha fazla psikiyatri servisi yatış sayısı/süresi, daha fazla psikotik atak sayısı, daha fazla tıbbi ve psikiyatrik komorbidite, daha fazla adli olay yaşama, daha fazla akran zorbalığına uğrama, daha fazla alkol-madde kullanımı ile ilişkilidir.
- Psikotik hasta grubunda otistik özellikler ile hastalık şiddeti, depresyon ve anksiyete düzeyi, intihar davranışı, aleksitimi arasında pozitif ilişki vardır.

4. GENEL BİLGİLER

4.1. Psikoz

4.1.1. Tanım

Psikoz “ego sınırlarının kaybı” ya da “gerçeği değerlendirmede şiddetli bozulma” olarak tanımlanabilir (4). Psikozun tek başına varlığı her zaman birincil psikiyatrik bozukluğa işaret etmez, diğer tıbbi durumlara ikincil olarak da psikotik belirtiler görülebilir (5).

Tarih boyunca psikoz kavramına baktığımızda dramatik bir değişim göze çarpmaktadır. 1896’da Emil Kraepelin “dementia praecox” ve “manik depresif psikoz”u birbirinden ayırdıktan sonra kategorik düşünme ve sınıflama modeli psikiyatriye hakim olurken günümüzde giderek bu sınırların keskin olmadığı boyutsal yaklaşım öne çıkmaktadır(6).

4.1.2. Kategorik Yaklaşım

“Bipolar Bozukluk” ve “Şizofreni” arasındaki tanısal ayrımın temelleri 19. yüzyılda atılmıştır. 1896’da Emil Kraepelin, “dementia praecox (daha sonraları şizofreni olarak adlandırılacak)” ve “manik-depresif psikoz (daha sonraları bipolar bozukluk olarak adlandırılacak)” ismini verdiği kinik tabloların farklı semptomları ve seyri olduğu yönündeki klasik ikili yaklaşımını formüle etmiştir (7). Kraepelin, bu bozuklukların gidişatının farklı olduğunu fark etmiş ve hastanede yatan pek çok hastayla yaptığı çalışmalara dayanarak (8) iki ayrı bozukluğu tanımlamıştır. “Dementia praecox”u “manik depresif delilik”ten, birincisinin kronikliği ve kötü sonuçlarına dayanarak, ikincisinin epizodik doğası ve daha iyi sonuçlarıyla tezat oluşturarak ayırmıştır (9).

1911’ de Eugen Bleuler psişik işlevlerin bölünmesinin hastalığın tanımlayıcı özelliği olduğunu düşündüğü için bu durumu zihin yarılması anlamına gelen “şizofreni” olarak yeniden adlandırmıştır(10). Şizofreninin, şizofreniye özgü olan ve bu hastalık grubuna sahip kişilerde her zaman mevcut olan bir dizi temel semptomla tanımlandığını, ancak seyrinin ve sonucunun değişken olduğunu öne sürmüştür. Sanrıları ve halüsinasyonları temel belirtiler olarak görmeyip, eşlik eden belirtiler olarak adlandırmasında bunların değişkenliği ve hastalığa spesifik olmaması etkili olmuştur. Özetle Bleuler, Kraepelin'in ikili yaklaşımının aksine, temelde bir spektrum modeli önermiştir(11).

Karl Jaspers ve Kurt Schneider ise şizofrenide temel kusurun empatik iletişimdeki bozulma olduğunu öne sürmüş ve şizofreni hastasının "anlaşılmazlığını" patognomonik olarak değerlendirmiştir. Bu önermeye dayanarak, on bir tane birinci sıra belirti tanımlanmıştır. Merkezi önem verilen bu belirtiler, hem ICD-9 hem de DSM-III şizofreni tanı ölçütlerine dahil edilmiştir(12, 13).

Her ne kadar kategorik yaklaşım klinisyenler tarafından faydacı bir bakış açısıyla (genel tıpla uyumluluk, klinik karara uyarlanabilirlik) tercih edilmiş olsa da, kategorik sınıflandırmanın atipik semptomları olan hastaları belirli bir hastalık kategorisine yerleştirmede zorluk gibi önemli sınırlamaları vardır(14). Bu yaklaşımla şizofreni çok sayıda etiyolojik faktör ve patofizyolojik süreç içeren heterojen bir yapı olmasına karşın tekil bir durum olarak ele alınmaktadır(15).

Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından yayınlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM), klasik tıbbi modelle uyumlu olarak kategorik sınıflandırmayı benimsemiştir. Her tanı kategorisi, sınırları keskin olarak belirlenen farklı tanıları temsil eder. Şizofreni başta olmak üzere psikotik bozuklukların kategorik sınıflandırılması günümüzde halen büyük ölçüde varlığını sürdürmektedir. İlk başlarda şizofreninin geniş tanımı, şizofreniyi teşhis etmede güvenilirliğin düşük olmasına sebebiyet vermiştir. Bu sebeple DSM-III, Kraepelinian kronisite ve Schneiderian birinci sıra belirtilere vurgu yaparak şizofreninin tanımını daraltmıştır. Güvenilirliğin artırılması gerekliliği ve pozitif belirtilerin daha güvenilir bir şekilde tanınabileceği inancı, pozitif belirtilerin DSM-III ve ICD-9'da şizofreninin tanımlayıcı özelliği haline gelmesine yol açmıştır. Ayrıca, Schneiderian birinci sıra belirtiler gibi bazı pozitif belirtilere özel önem verilmiş ve DSM-III–IV ile ICD 9–10'da şizofreni tanısı için yeterli kabul edilmiştir. DSM-III tanı güvenilirliğini önemli ölçüde artırmış olsa da, son otuz yılda tanı geçerliliklerindeki sınırlılıklar belirgin hale gelmiştir (16).

Sınıflandırma sistemlerinin yapısal geçerliliği ve stabilitesi düşüktür (17, 18). Daha da önemlisi, semptomlar, bakım ihtiyaçları ve hastalık sonuçları ile spesifik tanı kategorileri arasındaki bağlantılar zayıftır ve klinik faydayı sınırlar (19).

Şizofreni, şizoafektif bozukluk ve psikotik duygudurum bozukluğu arasındaki sınırlar kesin olmadığı gibi, eş zamanlı psikoz ve duygudurum semptomları olan hastaların yetersiz veya yanlış şekilde sınıflandırılması devam eden bir zorluktur. Örneğin şizoafektif bozukluğun kesitsel bir tanı olarak tanımlanması, güvenilirliğinin ve stabilitesinin düşük olmasına yol açmıştır. DSM ve ICD geliştiricileri önemli değişiklikler yapsa da şizofreni, her iki el kitabının

tüm versiyonlarında ana tanı kategorilerinden biri olmaya devam etmekte ve psikoza nozolojik yaklaşım halen büyük ilgi görmektedir.

4.1.3. Boyutsal Yaklaşım

Sınıflandırma sistemlerimizin sorunları olduğu ve klinikte gördüğümüz psikoz varyasyonlarını tam olarak tanımlayamadığı bir gerçektir. Psikotik hastalığın bir varyasyonun devamı olduğunu ve boyutsal yaklaşılması gerektiğini önerenlerden biri olan Crow akıllılıktan deliliğe ya da normallikten bozukluğa uzanan devamlılık arz eden bir sistem öne sürer (20, 21). Gerek günlük psikiyatri deneyimi gerekse büyük hasta popülasyonları ile yürütülen faktör analizi yaklaşımı, psikozun farklı psikiyatrik hastalıklarda görülebilen ve bu tanılar arasındaki kesişim alanlarında bulunabilen bir alan olabileceğini göstermektedir(6).

Başarılı bir sınıflandırma sisteminin ortak dile sahip ve güvenilir olması gerekir, aynı bireyi değerlendiren iki klinisyenin aynı sonuca varması gerekir. Sınıflandırma sistemlerinde, bazı klinik faydalar ve güvenilirliğin arttırılması yönünde ilerlemeler olsa da mevcut sınıflandırmanın geçerliliğine ilişkin sorunlar sürmektedir. Subjektif olarak değerlendirilen semptomlara güvenmek ve biyobelirteçlerin eksikliği, geçerliliğin sağlanmasında temel engeller olmaya devam etmektedir.

Psikotik bozuklukları sınıflandırmak için biyolojik yöntemlerin araştırılması yeni değildir. Geçen yüzyılın başlarında Leonhard (22), şizofreninin endojen ve eksojen olarak sınıflandırılmasını önermiştir. Crow ise şizofreniyi tip I (baskın pozitif semptomlarla) ve tip II (baskın negatif semptomlarla) olarak sınıflandırmıştır (23). Andreasean, negatif ve pozitif belirtilerin ağırlıkta olduğu şizofreniler arasında bir ayrım önermiştir (24). Carpenter şizofreniyi, defisit semptomları olan ve olmayanlar olarak sınıflandırmayı önermiştir (25). Fakat, bu ayrımları destekleyen araştırmalar sınırlıdır.

Topluca ele alındığında, klinik, genetik, epidemiyolojik ve nörobiyolojik bulgular, duygudurum bozuklukları ve psikotik bozukluklar arasında veya psikozun klinik ve klinik olmayan ifadeleri arasında örtüşme olduğunu göstermektedir. Bu durum, DSM ve ICD gibi tanı sistemlerindeki psikotik bozuklukların klasik kategorizasyonunu sorgulatmaktadır. Spektrum kavramı, boyutsal yaklaşımı benimseyen hasta odaklı transdiyagnostik bir çerçeve sağlayabilir ve bu da araştırma ve klinik uygulama için daha verimli olabilir(26).

Klinik araştırmalar, şizoafektif bozukluğun ortada yer aldığı, bipolar bozukluk ve şizofreninin ise uzak uçları temsil ettiği çok boyutlu bir şiddet sürekliliğinin kavramsallaştırılabileceğini söylemektedir (27). İsveç toplumunda şizofreni ve bipolar bozukluk hastaları arasında yürütülen geniş bir aile araştırması, bu majör psikoz tanı kategorilerinin ortak bir genetik etyolojiyi paylaştığını göstermiştir (28). Ayrıca, çalışmalar çevresel maruziyetlerin (esrar kullanımı, çocuklukta yaşanan olumsuz olaylar, azınlık olma durumu gibi) psikotik bozukluklarla -herhangi bir tanı grubuna spesifik olmayan bir şekilde- ilişkili olduğunu göstermektedir (29).

Epidemiyolojik verilerin meta-analizleri, psikozun toplumda süreklilik arz ettiğini, eşik altı psikotik belirtilerin yaygınlığının yaşa bağlı olarak %5-15 arasında değiştiğini bildirmektedir (30). Psikotik deneyimler ile psikotik bozukluk arasındaki bağlantı, psikoza yatkınlıktan klinik geçişe doğru bir ilerleme olarak düşünülebilir. Popülasyona dayalı çalışmalardan bildirilen sonuçlar psikotik deneyimlerin, şizofreni spektrum bozukluklarının yaygınlığı ve görülme sıklığından yaklaşık 50-100 kat daha yüksek olduğunu bildirmektedir (31). Psikoz eğilimi-devamlılık-bozukluk modelinde psikoz eğilimi, genel popülasyonda dağılmış genetik ve genetik olmayan riski ifade eder. Gelişimsel yatkınlık ve çevresel maruziyetin artmasıyla birlikte, önce psikotik deneyimler sonra tam teşekküllü psikotik bozukluğa geçiş olur. Psikoz eğilimi-devamlılık-bozukluk modeli gen-çevre etkileşimi temelinde bir mekanizmaya işaret eder. Bu model, EUGEI çalışması (32) tarafından incelenmiştir (33). Sonuçlar, psikoz spektrum bozukluğunda genetik yatkınlığın (şizofreni için poligenik risk) ve çevresel maruziyetlerin (esrar, çocukluk travması) bağımsız ve birlikte etkilerini göstermiştir (34). Aile çalışmaları, şizofreni hastalarının biyolojik akrabaları arasında birçok farklı bozukluğun kümelenme eğiliminde olduğunu göstermiştir. Örneğin şizotipal kişilik bozukluğu, şizofreni hastalarının yakınları arasında sıklıkla görülmektedir (35, 36).

ABD Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün RDoC projesi, çeşitli psikiyatrik bozukluklar genelinde "genler ve nöral devreler üzerindeki işlevsel boyutları yansıtan araştırma sınıflandırmaları oluşturmak için bir çerçeve" oluşturmayı amaçlamaktadır. RDoC, negatif değerlik sistemleri, pozitif değerlik sistemleri, bilişsel sistemler, sosyal süreçler için sistemler, uyarılma/düzenleyici sistemler ve sensorimotor sistemler gibi alanları içerir (37). Psikoza uyarlandığında, psikozu biyolojik çizgilere göre bölme hedefi, 19. yüzyılın sonlarında psikoz türlerinin altta yatan beyin lezyonlarına göre sınıflandırılma çabalarına benzer. Ancak temel fark, odak noktasının artık “lezyonlar” değil, psikozun muhtemelen beyindeki yaygın işlev

bozukluğunu içeren bir ağ bozukluğu olduğunun kabul edilmesidir (38). Ancak RDoC şu anda bir araştırma aracıdır ve klinik kullanıma yönelik değildir.

B-SNIP çok merkezli çalışması ise, şizofreni, bipolar bozukluk veya şizoafektif bozukluk tanısı alan bireyleri ve bunların biyolojik akrabalarını inceleyerek, beyin görüntüleme ve EEG gibi biyolojik belirteçlerin mevcut DSM tabanlı tanılarla nasıl eşleştiğini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır. Sonuçta ortaya çıkan biyobelirteç bazlı kategorilerin vakaları biyolojik özelliklerine göre daha iyi kategorize edebildiği ve DSM tabanlı teşhislerden daha iyi performans gösterdiği bildirilmiştir(39). Daha da ilgi çekici olan ise ortaya çıkan üç B-SNIP biyotipinin, DSM tanıları ile çok az benzerliği olduğudur(40).

Daha yakın bir zamanda, Psikopatolojinin Hiyerarşik Taksonomisi (HiTOP) konsorsiyumu, psikopatolojinin istatistiksel modellemesinden elde edilen kanıtlara dayanan altı hiyerarşik boyutsal spektrum katmanını kullanarak psikopatolojiyi düzenleyen bir model formüle etmiştir. Bu sistem ruh sağlığını spektrum olarak görmeyi önermekte ve ruh sağlığı sorunlarının tıpkı kan basıncı gibi patoloji ve normallik arasındaki bir süreklilikte yer aldığını söylemektedir (41).Belirti temelli boyutsal vaka kavramsallaştırılmasını hedefleyerek, mevcut belirtilere göre tedavi seçmeyi önermektedir. Bu yaklaşım psikotik bozukluklar için güçlü ön kanıtlar sunmuştur (42, 43).

4.2. Otizm

4.2.1. Tanım

Otizmin kelime anlamı, kendine dönük olma halidir. Kökeni Yunanca “autos (o, kendisi)” sözcüğüdür (44). 1908’de otizmi tıbbi bir terim olarak ilk defa Eugen Bleuler şizofreninin dört temel belirtisinden biri olarak kullanmıştır. Bleuler otizmi sadece şizofreninin temel bir belirtisi olarak değil, geniş bir yelpazede şizofrenik olmayan durumları da içeren bir boyut olarak düşünmüştür (45, 46).

Günümüzde resmi sınıflandırma sistemlerinde “otizm spektrum bozukluğu” olarak ele alınmakta olup iki temel belirti kümesinden oluşur. İlki dış dünyayla ilişkideki sorunlar, ikincisi otizmle ilişkili birçok alanda ortaya çıkan atipik davranış örüntüleridir. Bu belirtilerin her biri diğeri ile bir ölçüde örtüşür. Otizm spektrumunun klinik sunumu karmaşıktır, görünüm hem

aynı hastada farklı dönemlerde hem de farklı hastalar arasında değişkendir. Kısaca otizm atipik bir gelişim sürecini temsil eden heterojen bir tablodur (47, 48).

4.2.2. Klasik Otizm

Otizm spektrum bozukluğu (OSB), sosyal karşılıklılık ve iletişimde kalıcı eksikliklerin yanı sıra kısıtlı, tekrarlayan davranış, ilgi veya aktivite kalıpları ile karakterize, erken başlangıçlı, yaşam boyu süren bir nörogelişimsel bozukluktur(49).

Otizm denince akla ilk gelen klasik tabloyu ilk bildiren Leo Kanner'dir. Kanner 1943'de 11 çocuk hastayı sunduğu makalesini yayınlamıştır (50). Kannere göre bu vakalar iletişim kurma konusunda akranlarından farklıydı. Kanner bu tablonun zeka geriliği ve şizofreniden daha farklı olduğunu söylemiştir.

Otizm spektrumunun diğer bir tanımını 1943 yılında Avusturyalı çocuk doktoru Hans Asperger yapmıştır (51). Asperger'a göre, bu hastaların sözel iletişimi genellikle formel olarak normaldir, ancak içerik genellikle bilgilendirici olup sıkça aynı konularla ilgili uzun konuşmalardan oluşur. Hastalar genellikle şakaları anlamaz. Sözel olmayan iletişim de zarar görmüştür. Çocukluktan itibaren bu kişiler sosyal ilişkilerden kaçınırlar, genellikle yalnız ve izoledirler. Özetle sosyal ilişki bozukluğu ön plandadır (45).

Klasik otizmde dikkat çeken ilk belirti sıklıkla lisan gelişiminde gecikmedir, bunun tek bir nedeni olmadığı gibi tanı için olmazsa olmaz bir bulgu da değildir. Nedeni otizme sıklıkla eşlik eden zihinsel yetersizlik olabileceği gibi sözel lisanla iletişim kurmama eğilimi de olabilir.

Bir diğer önemli bulgu olan ortak dikkat bozukluğu kendini karşılıklılık gerektiren etkileşimlerde yetersizlikle gösterebilir. Jest ve mimikler bağlamla uyumsuz olabilir. Bu çocuklar ebeveynlerine özel ilgi göstermez, göz teması uygunsuz olabilir. Yaş ilerledikçe kısıtlı ilgi alanları dikkat çekebilir, aynılık arayışı belirginleşebilir. Duyusal hassasiyet eşlik edebilir (52, 53).

Tanısı çocuklukta konan otizm vakalarında temel belirtiler daha belirgindir, klinik daha gürültülüdür ve büyük bölümünde eşlik eden zihinsel yetersizlik vardır (54). Dolayısı ile bu vakalar genelde atlanmamaktadır (48).

4.2.3. Spektrum Kavramı ve Erişkin Otizmi

OSB tanısı konan çocuklardan farklı olarak, yetişkinlikteki klinik belirtiler genellikle karmaşıktır; temel belirtiler daha az belirgin olma eğilimindedir. OSB'li yetişkinler eksikliklerini maskelemek için telafi edici stratejiler kullanabilirler. Bu nedenlerle, klinik veya subklinik OSB semptomlarının gözden kaçması olasıdır ve bu da uygun olmayan tedaviye yol açabilir (55).

Otizm tanısının yetişkinlikte atlanmasının başlıca nedeni ağır, klasik Kanner otizmi görünümünün aranmasıdır. Lisan edinme kusuru olmayan, zihinsel yetersizliği olmayan ve atipik davranışları ağır olmayan vakalar atlanmaya müsait vakalardır. Bu vakalar bazı belirtilere uyum sağlamış, yaşamını buna göre düzenlemiş olabilir. Kişi uyum çabasıyla, gözlemle, öğrenme ile taklit ile kamuflaj veya maskeleme yaparak otizmin klinik görünümünü silik hale getirmiş olabilir. Bu kişiler kendine uygun eş, iş seçimini yaparak işlevselliklerini artırmış da olabilir. Böyle vakalar başka yakınmalarla psikiyatriye başvurduklarında tipik otizm belirtileri olmadığı için tanı gözden kaçar, daha iyi bilinen daha kolay ve sık konulan diğer tanılar gündeme gelebilir. Böyle vakaların şizofreni, kişilik bozukluğu, bipolar bozukluk gibi tanılarla yıllarca takip edilmesi hiç de nadir değildir. Bu tanılar ister komorbid olsun, ister otizm yerine yanlışlıkla konulmuş olsun çoğunlukla otizmi daha da maskeleyip asıl tanıyı atlama olasılığını artırmaktadır (48).

OSB merkezi sinir sistemindeki atipik gelişim örüntüsüne işaret eder (56). Temel belirtiler belirginse, klinik açıdan daha ağır bir vakaysa çocukluk çağında tanı alma olasılığı zaten daha yüksektir. Fakat temel belirtiler hafifse, merkezi sinir sistemindeki atipik gelişim örüntüsüne bağlı olarak başka nörogelişimsel bozukluklar eşlik ediyorsa pekâlâ çocukluk çağında tanı almayabilir. Yetişkin dönemde bu hastalar genellikle geçiş dönemlerinde bazen sosyal desteğin kaybına bağlı artan duyarlılıkla veya diğer psikososyal stresörlere bağlı olarak gelişen komorbid psikiyatrik durumlarla psikiyatriye başvurur (53).

Klinik görünüm çok çeşitli olabilir. Günlük aktivitelerdeki bilişsel ve pragmatik eksiklikler, sıradışı ve yaratıcı düşünceyle ilişkilendirilebilir ve bu da sınırlı alanlarda yüksek performansa katkıda bulunur. Diğer insanların düşünce veya davranışlarını anlamakta zorlanmaları tahmin edilebilir durumları tercih etmelerine yol açar. Bu nedenle her şeyi kategorilere ayırmaya, listeler oluşturmaya yatkın olabilirler. Gereksiz detaylara dikkat etme eğilimleri, aşırı ve anlamsız bir mükemmeliyetçilikle sonuçlanabilir. Belirli tatlar ve dokulara karşı hoşgörüsüzlük olabilir, bu da aşırı besin seçiciliğine yol açabilir. Bu kişiler, besinlere karşı

katı, esnek olmayan bir tutum sergileyebilir. Aynı zamanda, yemekle ilgili belirli rutinlere veya ritüellere bağlılık gösterebilir ve bu rutinlerden sapmaları endişe yaratabilir. Anoreksiya nervoza tanısı alan kadınların, kontrol grubundakilere kıyasla daha yüksek düzeyde otistik özelliklere sahip olduğu gösterilmiştir(45, 57, 58).

Bazı yazarlar OSB ile diğer ruhsal bozukluklar arasındaki örtüşmenin bildirilenden daha fazla olabileceğini, hafif formların başka ruhsal bozukluklar tarafından gizlenebileceğini vurgulamışlardır. İlk başvuruda depresyon görünümü ile gelen yetişkin hastalarda %16'lık OSB yaygınlık oranı bulunmuş, bu da özel olarak araştırılmadıkça otizmin gözden kaçma eğiliminde olabileceğini göstermektedir (57). Benzer şekilde, son kanıtlar, intihar girişiminde bulunan ve yatarak tedavi gören hastalarda daha önce tanı konmamış OSB oranlarının %7.3'e kadar çıkabileceğini öne sürmektedir (59-61).

Otizmin genel nüfustaki yaygınlığı %1 civarındadır ve giderek arttığını söyleyen literatür yoğun ilgi görmektedir (62, 63). Otizm yetişkinlikte kür veya yok olmadığına göre bu hastalarla karşılaşma ihtimalimiz çok da düşük olmamalıdır. Ek veya yanlış tanılarla takip edilen vakalar önemli düzeydedir. Çoklu tanı ve ilaç ile izlenen -tedaviye dirençli denilen- hastalar özellikle dikkat edilmesi gerekenlerdir. Tanının konması mucize yaratmayacaktır elbette, ancak en azından önce zarar verme ilkesinden yola çıkarak gereksiz ilaç tedavileri sadeleştirilip hasta ilaç yan etkilerinden kısmen kurtulabilir (53).

Mevcut sınıflandırma sistemi, temelde otizmin ne olduğu ve ne olmadığı arasında bir çizgi çizer; bu da genel nüfus içinde yer alan ancak OSB için kriterleri tam olarak karşılamayan, ancak genetik temellere sahip olan geniş otizm fenotipi veya eşik altı otizm spektrumu gibi daha ince fenomenleri göz ardı eder (64).

DSM-5 ile birlikte otizmin kavramsallaştırılmasında geniş bir değişiklik yapılarak spektrum kavramı vurgulanmıştır. DSM-5 tarafından göz ardı edilen, ancak son epidemiyolojik ve genetik çalışmalar tarafından gündeme getirilen önemli bir konu, OSB tanısı ile klinik olmayan popülasyonlardaki otistik özellikler arasındaki ilişkidir.

Otistik özellikler, genel nüfusta sürekli olarak dağılmış olan ve geniş otizm fenotipi'ni karakterize etmek için kullanılan eşikaltı sosyal iletişim eksiklikleri, atipik kişilik özellikleri ve stereotipik davranışlar olarak kavramsallaştırılır. Otizm tanılı hastaların aile üyelerinde bu belirtiler yüksek oranlarda bildirilmiştir (65, 66). Otistik özellikler, tipik OSB sunumuna benzemekle birlikte daha az şiddetli olan bir dizi özelliktir. Otistik özellikler ilk kez OSB

probandlarının birinci derece akrabalarında vurgulanmış olup, "geniş otizm fenotipi"nin kavramsallaştırılmasına yol açmıştır. Bununla birlikte, daha ileri araştırmalar, otistik özelliklerin genel toplumda ve özellikle bazı yüksek riskli gruplar ve psikiyatrik bozuklukları olan hastalar başta olmak üzere sürekli olarak dağıldığını vurgulamıştır. Otistik özellikler olarak adlandırılan otizmin bu kısmi biçimlerinin psikopatolojiye karşı daha fazla hassasiyet oluşturduğu söylenebilir. Özellikle, bazı yazarlar, daha hafif otizm formlarının çocukluk döneminde yeterince tanınmayabileceğini ve bu nedenle hastaların yetişkinliklerinde yandaş hastalıklar geliştirdiğinde klinik olarak dikkate alınacağını vurgulamışlardır. Bu vakalarda, sıklıkla altta yatan otizm klinisyenler tarafından araştırılmaz, teşhis edilmez ve tedavi edilmez, bu da daha yüksek tedavi direncine ve kronikleşme ve intihar eğilimi gibi daha kötü sonuçlara yol açabilir (67) .

DSM-5, nörogelişimsel bozukluklara spektrum yaklaşımı uygulayarak tanı kategorileri arasındaki boşlukları doldurma girişiminde bulunsa da otizm spektrum bozukluğu tanı kriterleri, hala zihinsel veya dil engeli olmayan, ancak sosyal uyum ve empatik fonksiyonlarda hafif bozulmalarla karakterize edilen bazı yetişkin vakaları tespit etme konusunda yeterince duyarlı değil gibi görünmektedir.

4.3. Psikoz ve Otizm Spektrumu

Otizm sözcüğü ilk kez Bleuler tarafından “şizofreniler grubu” adını verdiği bir rahatsızlık kümesinin çekirdek belirtilerinden birini işaret etmek üzere kullanılmıştır. Dolayısı ile otizm ve şizofreni sözcükleri psikiyatri literatürüne birlikte girmiştir. Bleuler’in bahsettiği otizm, psikozun ta kendisi olmasa da psikoz patolojisini açıklayan temel bir kusurdur (46). Kanner ise otizm sözcüğünü bir belirtiyi değil başlı başına bir rahatsızlığı adlandırmak üzere kullanmıştır. Fakat yine de DSM-III’e kadar otizm ile çocukluk şizofrenisi eş anlamlı olarak kullanılmıştır. Bunda şüphesiz belirtilerin tanımındaki örtüşmenin yadsınamaz bir etkisi vardır (68). Asperger de kendi gözlemlediği sendroma otistik psikopati demiş, kısa süreli ve geçici psikoz belirtilerinin bu çocuklarda ortaya çıkabileceğini söylemiştir. Bugün de OSB vakalarında şizofreni tanısının fazladan konmaması için kısa psikozların beklenebileceği vurgulanmaktadır (69). Aslında otizm terimi, Rutter’in (70) ve Kolvin’in (71) bunların farklı bozukluklar olduğunu öne sürdüğü 1970'lere kadar şizofreni ile birbirlerinin yerine kullanılmıştır.

Çok sayıda meta-analiz, psikotik bozuklukların otistik bireylerde genel popülasyona kıyasla yaklaşık 3-10 kat daha fazla ortaya çıktığını göstermektedir (72-76). Psikotik bozukluk

geliştirme riskinin artmasına ek olarak, otistik bireyler günlük yaşamda otistik olmayan kontrollere kıyasla daha fazla psikotik deneyim yaşamaktadır (77). Otistik bireylerde psikotik belirtilerin varlığı, hastanede yatış süresinin daha uzun olması(78), anksiyete gibi duygusal zorluklar (79, 80) ve intihar eğilimi veya kendine zarar verme (81, 82) ile de ilişkilendirilmiştir.

Psikotik bozukluğu olan bireylerde OSB tanısının yaygınlığı, tam tersine göre daha az sistematik olarak araştırılmıştır ve %1'in altında oranlar bildiren çalışmalar olmakla birlikte %52'ye kadar artan oranlar bildirilmiştir (83, 84). Çalışmalar arasındaki önemli heterojenliğe rağmen, otizm psikotik bozukluğu olan bireylerde genel popülasyona göre daha yaygındır (85). Psikotik bozukluğu olan bireyler arasında OSB tanısının yüksek prevalansına ek olarak, bir meta-analiz, psikotik bozukluğu olan bireylerde kontrollere kıyasla anlamlı derecede daha fazla otistik özellik olduğunu bildirmiştir (86). Bulgular, psikotik bozuklukları olan kişilerde otistik özelliklerin önemli ölçüde yaygın olduğunu ve otizm spektrum bozukluğuna muhtemelen yetersiz tanı konulduğunu göstermektedir (87). Psikotik bozukluğu olan hastalar arasında OSB veya otistik özelliklerin varlığı, daha kötü sosyal işlevsellik ve yaşam kalitesi ile artan depresyon, umutsuzluk ve intihar eğilimi ile ilişkilendirilmiştir (88-90). Bu çalışmalarda çok önemli bir konu, otistik özellikler ile psikotik semptomların ayırt edilmesinin zor olabileceği gerçeğinin sıklıkla gözden kaçırılmasıdır. Bu özellikler ve semptomların farklı etiyolojileri olsa da, yakın benzerlikleri yanlış etiketlenme olasılığını artırabilir. Otizm özellikleri ile psikoz semptomlarını birbirinden ayırmaya yönelik bu zorluk, geçerliliği iyi kanıtlanmış tanı araçlarının olmayışı nedeniyle daha da ağırlaşmaktadır (87).

OSB ve Şizofreni arasındaki nozolojik ayrım başlangıçta haklı görünebilir. Şizofreni, belirgin pozitif psikotik belirtilerin olduğu ergen veya yetişkin dönemi başlangıcına sahipken, OSB, yaşamın ilk birkaç yılında başlayan sosyal etkileşim, iletişim ve davranış eksiklikleri ile karakterize edilir (91). Fakat birçok fenotipik benzerliği ve risk faktörünü paylaşmaktadırlar, her ikisi de nörodejeneratif bozukluklardan ziyade nörogelişimsel bozukluklar olarak kavramsallaştırılmıştır ve yüksek oranlarda birlikte ortaya çıktıkları bildirilmektedir (68, 92, 93).

Tanıda belirtinin anlamının ve psikopatolojik formulasyonun dikkate alınmadığı günümüzde ise şizofreni ve OSB'nin klinik görünümü, etyolojisi arasındaki ortaklıklara ve birlikte görülme sıklıklarına bakıldığında bu iki tanının birbirinden ayrılabilen doğal antiteler olup olmadığı ve resmi sınıflandırmalardaki keskin ayrımın geçerli olup olmadığı soruları tekrar gündeme gelmektedir. Güncel OSB ve şizofreni tanı kriterlerini düşündüğümüzde, iki

tanı arasındaki ayrımın keskinliğini ve geçerliliğini savunmak zor görünmektedir. Bunda belirti tanımlarındaki örtüşmenin etkisi büyüktür. Hatta benzer tablolara farklı isimler verilme ihtimalini dışlamak da mümkün değildir. Nitekim bugünkü çocukluk başlangıçlı şizofreni tanısında psikoz belirtilerinin ön koşul olması, klasik şizofreni tanısından farklı olarak negatif belirtilerin tanıda yeterli sayılmaması OSB ve şizofreni spektrumunun benzerliğinin yarattığı karışıklığı önlemek amaçlı olsa gerektir. Güncel tanımlara göre OSB sık rastlanan bir nörogelişimsel bozukluk iken, çocukluk şizofrenisi psikozun çocuklukta başladığı nadir bir hastalıktır (53, 68).

Şizofreni genellikle yetişkinlikte başlayan bir bozukluk olarak kabul edilmekte olup resmi olarak nörogelişimsel bozukluklar arasında yer almasa da büyük ölçüde gelişimsel bir bozukluktur. Tanının güvenilirliği yeterli olarak bildirilmekle beraber, alan çalışmalarında değerlendiriciler arası uyum anlamında güvenirliği şüpheli görünmektedir. Takipte tanının değiştiğini belirten pek çok çalışmaya göre tanı tutarlılığı da şüphelidir. OSB'nin şizofreniden ayrımının güvenilir olmayabileceği ve birlikte sık görüldüğüne ilişkin veriler benzer klinik görünüme farklı merkezlerde farklı isimler konulmasından kaynaklı olabilir. Çünkü her iki tanı da sadece klinik gözleme dayalıdır ve ayırıcı tanının güvenilirliği tahmin edilenden düşük olabilir. Ne yazık ki şizofreni tanı güvenilirliğindeki sorunlara rağmen geçerliliğinden en az şüphelenilen psikiyatrik tanılardan biridir (53, 94, 95).

Literatür, genel nüfus içindeki yaygınlık verilerine dayanarak OSB ile psikotik bozuklukların beklenenden daha sık bir şekilde bir arada bulunduğunu göstermektedir (3). Her iki durum arasındaki etiyolojik örtüşmenin varlığına dair yeterli kanıt bulunmaktadır. Bu hem otizm hem de şizofreni için poligenik riski içeren genetik faktörler (96, 97) ve her iki popülasyonda nadir kopya sayısı varyasyonlarının varlığı (98, 99) tarafından desteklenmektedir. Kısa bir derleme, son 10 yılda şizofreni tanılı bireylerde OSB'nin (ya da tam tersi) birlikte görülme oranlarını araştıran 14 makaleyi incelemiştir, buna göre OSB'li popülasyonlarda, eşlik eden şizofreni %0-34,8'e arasında, şizofreni popülasyonlarında OSB ise %3,6- 60 arasında bildirilmiştir (68).

Güncel çalışmalar, psikozun da otizmin de tanı düzeyinde aşırı uçları temsil ettiği ve düşük şiddette özelliklerin bile klinik sonuçları etkileyebileceği varsayımıyla, kategorik yaklaşımlardan ziyade boyutsal yaklaşımlara odaklanmıştır. Nispeten literatürdeki büyük örneklemli çalışmalardan biri OSB tanısının psikotik bozukluklara sahip kişiler arasında önemli ölçüde yüksek bir yaygınlığa (3.6%, N = 197) sahip olduğunu bildirmiştir. Ancak bu çalışma

subklinik otistik özelliklerinin yaygınlık tahminlerini içermemektedir (100). Bu tür çalışmalar, otistik ve psikotik özelliklerin klinik populasyonda birlikte ortaya çıktığına dair kanıtlar sağlamaktadır (83, 101, 102). Ancak, şu anda eş tanılı otistik ve psikotik özelliklerin varlığının sonuç üzerinde olumsuz bir etkisi olup olmadığı belirsizliğini korumaktadır (103, 104).

Psikoz ve otizmin her ikisinin de geniş bir fenotipik süreklilik üzerinde var olduğu varsayılmaktadır ve bu nedenle yalnızca tanısal düzeyde birlikte ortaya çıkmanın dikkate alınması değil, aynı zamanda eşikaltı özellik düzeyinde örtüşmenin araştırılması da önemli olabilir(3).

5. GEREÇ VE YÖNTEM

5.1. Katılımcılar

Çalışmaya AÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniklerine ayaktan başvuran veya AÜTF Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı servislerinde yatarak tedavi gören ve hastalık seyri üzerinde önemli etkisi olan en az bir psikotik atak geçirmiş ve tedavi süresinin en az yarısında antipsikotik ilaç kullanmış veya kullanmakta olan hastalar dahil edilmiştir. Çalışmada sağlıklı kontrol grubu bulunmamaktadır.

Çalışmaya dahil edilme ölçütleri:

1. Hastalık seyri üzerinde önemli etkisi olan en az bir psikotik atak geçirmiş ve tedavi süresinin en az yarısında antipsikotik ilaç kullanmış veya kullanmakta olmak
2. En az ilkokul mezunu olmak (en az 5 yıl eğitim almış olmak)
3. 18-55 yaş arasında olmak

Çalışmadan dışlama ölçütleri:

1. Uygulanan ölçeklere uyumu bozacak düzeyde zihinsel yetersizliği olmak
2. Değerlendirmeyi etkileyebileyecek veya bozabilecek düzeyde şiddetli ek tanıya sahip olmak (şiddetli anksiyete, nörodejeneratif hastalıklar, şiddetli kafa travması öyküsü vs.)
3. Son 1 ay içerisinde madde kullanmış olmak

Çalışmaya dahil olma kriterlerini karşılayan toplamda 147 hasta ile görüşülmüştür. 20 hasta çalışmaya katılmak istememiş, 2 hasta da görüşmeye koopere olamamıştır. Böylece çalışmaya 125 hasta dahil edilmiştir.

5.2. Veri Toplama Prosedürü

Çalışmaya dahil olma ölçütlerini karşılayan hastalar araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra aydınlatılmış onam formunu imzalamışlardır (Ek-1). Katılımcılarla ayrıntılı anamnez ve ruhsal durum muayenesini içeren görüşmenin ardından önceki anamnez notlarından bakılarak hangi tanıyla takip edildikleri DSM-V ölçütlerine göre değerlendirilip

kaydedilmiştir. Hastalarla klinik ortamında tek oturum yapılmış olup yaklaşık 90 dakika sürmüştür.

Araştırmacı tarafından doldurulan ölçekler ve formlar:

- Anamnez ve psikiyatrik muayene bulguları doğrultusunda "Sosyodemografik Veri ve Anamnez Formu"
- Hastanın tedavi uyumunu değerlendirmek amacıyla "Modifiye Morisky İlaç Uyumu Ölçeği (MMS)"
- Hastanın işlevselliğini değerlendirmek amacıyla "Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)" ve "İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD)"
- Hastanın içgörü düzeyini değerlendirmek amacıyla "İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği(İÜBÖ)"
- Hastalık şiddetini belirlemek amaçlı "Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)"
- Hastanın pozitif ve negatif belirtilerinin şiddetini değerlendirmek amacıyla "Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)"
- Hastanın anksiyete ve depresyon şiddetini belirlemek amaçlı sırasıyla "Hamilton Anksiyete Ölçeği(HAM-A)" ve "Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)"
- Hastanın intihar düşüncesi, bu düşüncelerin yoğunluğu, intihar davranışı ve gerçekleştirilmiş intihar girişimlerinin ciddiyetini sorgulayan "Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ)"

Hasta tarafından doldurulan özbildirim ölçekleri:

- Otistik özellikleri değerlendirmek amacıyla "Otizm Spektrum Anketi (OSA)"
- Yaşam kalitesinin değerlendirilmesi amacıyla "Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme-Kısa Formu (WHOQOL-BREF)"
- Aleksitimi düzeyini belirlemek amacıyla "Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)"

5.3. Kullanılan Veri Toplama Araçları

5.3.1. Sosyodemografik Veri ve Anamnez Formu

Hastanın yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim düzeyi, ilk psikiyatrik belirtilerinin ortaya çıkma yaşı, ilk psikiyatri başvurusunun zamanı, psikotik belirtilerin ortaya çıkması ile

antipsikotik ilaç başlanması arasında geçen süre, psikiyatri servisine yatış sayısı, psikiyatri servislerindeki toplam yatış süresi, psikotik atak sayısı, aldığı psikotrop tedaviler, ek tıbbi ve nörolojik komorbiditeleri, psikiyatrik belirtileriyle ilişkili sayılabilecek bir adli olay yaşayıp yaşamadığı, alkol-madde kullanımı, akran zorbalığına uğrayıp uğramadığı gibi bilgilerin sorgulandığı form araştırmacılar tarafından hazırlanmıştır. Algılanan aile eleştirelliği düzeyine dair soru, "Algılanan Eleştiri Ölçeği"nden alınmıştır (Ek-2).

5.3.2. Otizm Spektrum Anketi (OSA)

Otizm Spektrum Anketi (OSA), Baron-Cohen ve ekibi tarafından geliştirilen bir özbildirim ölçeğidir (105). OSA, zihinsel yetersizliği olmayan bir yetişkinin otistik özelliklerinin düzeyini belirlemeyi amaçlar (106). Ölçek dikkati kaydırabilme, sosyal beceri, ayrıntıya dikkat etme, hayal gücü ve iletişimden oluşan beş alandan oluşur. Sosyal olmayan durumların tercih edilmesi veya arkadaş edinmede zorluk "sosyal beceri" alt ölçeğinde, esnek olmayan dikkat dikkat değiştirme alt ölçeğinde, başkalarıyla iletişim kurmada yaşanan zorluklar iletişim alt ölçeğinde, hayal gücü gerektiren etkinliklerdeki zorluklar hayal gücü alt ölçeğinde, büyük resmi dışarıda bırakarak ayrıntılara odaklanmak detaylara dikkat alt ölçeğinde değerlendirilir ve bu alt ölçek puanlarını artırır. Her soru için eğer katılımcı otistik benzeri davranışları işaretlemişse 1 puan verilir. Ölçek maddeleri 0 veya 1 şeklinde dikotomik olarak puanlanır. Zayıf sosyal beceri, zayıf hayal gücü, zayıf iletişim becerisi, ayrıntılara aşırı dikkat, dikkati kaydırmada yetersizlik şeklinde özetlenebilir. Bazı soruların (2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 13, 16, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 26, 33, 35, 39, 41, 42, 43, 45, 46) 'kesinlikle katılıyorum' veya 'sıklıkla katılıyorum' şeklinde yanıtlanmasına 1 puan verilirken diğer sorularının 'bazen katılıyorum' veya 'kesinlikle katılmıyorum' şeklinde yanıtlanmasına 1 puan verilir. OSA daha önce psikoz popülasyonlarındaki otizm özelliklerinin bir ölçüsü olarak başka çalışmalarda da kullanılmıştır(107-109). Köse ve arkadaşları ölçeğin Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapmıştır (106).

5.3.3. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

PSP 2000 yılında Morosini ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Görüşmecinin değerlendirdiği bir ölçektir (110). 1 ile 100 arasında bir puan verilmektedir. Artan puanlar daha iyi işlevselliği göstermektedir. Aydemir ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik güvenirlik çalışması yapılmıştır (111).

5.3.4. İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği (İGD)

Genel çerçevesiyle kişilerin klinik gidişini izlemeye yardımcı olan klinisyen tarafından 1- 100 arasında bir puan verilerek işlevselliği derecelendiren bir ölçektir. Artan puanlar işlevselliğin daha iyi olduğuna işaret eder(112).

5.3.5. Klinik Global İzlenim Ölçeği (CGI)

Guy ve arkadaşları tarafından geliştirilen, psikiyatrik bozuklukların klinik seyrini değerlendirmeye yönelik 3 boyuttan oluşan bir ölçektir (113). İlk bölümü (CGI-Hastalık Şiddeti) o sıradaki hastalık şiddetine göre 1- 7 puan arasında değerlendirilir; 1: Normal, hasta değil, 2: Ruhsal hastalık sınırda, 3: Hafif derecede hasta, 4: Orta derecede hasta, 5: Belirgin derecede hasta, 6: Şiddetli derecede hasta, 7: En ağır derecede hasta. Bu çalışmada sadece 1. bölüm kullanılmıştır.

5.3.6. Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği (PANSS)

Şizofreni hastalık şiddetini değerlendirmek amacıyla Kay ve arkadaşları tarafından 1987 yılında geliştirilmiştir(114). Genel psikopatoloji (on altı soru), pozitif belirtiler (yedi soru) ve negatif belirtiler(yedi soru) olmak üzere otuz maddelik üç alt ölçekten oluşur. Yedili Likert tipinde yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Yüksek puanları ile hastalık şiddeti koreledir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği Kostakoğlu ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilmiştir(115).

5.3.7. Hamilton Anksiyete Ölçeği (HAM-A)

1959'da Hamilton tarafından anksiyete şiddetinin belirlenmesi amacıyla geliştirilmiştir. 14 sorudan oluşan ölçek araştırmacı tarafından uygulanır (116) . Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Yazıcı ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (117).Toplam puan 0-56 arasında değişmektedir. Yüksek puanlar yüksek kaygı ile ilişkilidir.

5.3.8. Hamilton Depresyon Ölçeği (HAM-D)

Depresyonun şiddetini ölçmek için Max Hamilton'un geliştirdiği(118), Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının Akdemir ve arkadaşları tarafından yapıldığı ölçek 17 maddeden oluşur. Maddeler 0-4 arasında puanlanır, en yüksek 51 puan alınır. Araştırmacı tarafından

uygulanan yapılandırılmış bir ölçektir. Zimmerman ve arkadaşlarının 2013 yılında yaptığı çalışmaya göre 0-7 puan arasında depresyonun bulunmadığı kabul edilirken, 8-16 puan hafif derecede, 17- 23 puan orta derecede, 24 ve üzeri puan ise şiddetli derecede depresyonun varlığına işaret etmektedir(119).

5.3.9. Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği (C-İŞDÖ)

Posner tarafından geliştirilen yarı yapılandırılmış bir ölçektir. İntihar düşüncesi, düşüncelerin yoğunluğu, intihar davranışı ve gerçekleştirilmiş intihar girişimlerinin ciddiyetini sorgulayan 4 alt ölçekten oluşmaktadır. Katılımcının ilk bölümde intihar düşüncesini çeşitli derecelerde sorgulayan 5 soruya evet-hayır şeklinde yanıt vermesi istenir. İntihar düşüncesi 1-5 arasında puanlanır. İlk iki soruya hayır yanıtı verilirse üçüncü bölümden devam edilir. İlk bölümde tespit edilen intihar düşüncesi ikinci bölümde sıklık, süre, kontrol edilebilirlik, caydırıcı durumlar ve düşüncenin nedenleri gibi düşünce yoğunluğunu sorgulayan sorularla 2-25 puan arasında puanlanır. Üçüncü bölümde geçmişte intihar veya kendini yaralama davranışı olup olmadığı sorgulanır, engellenen girişim, durdurulan girişim, hazırlayıcı davranışların varlığı değerlendirilir. Son bölümde ise gerçek intihar girişimi varlığında ölümcüllük düzeyi 0-5 arasında puanlanır. Gerçek ölümcüllük 0 ise potansiyel ölümcüllük 0-2 arasında puanlanır. Güneş ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2015 yılında yapılmıştır (120, 121).

5.3.10. Modifiye Morisky İlaç Uyumu Ölçeği (MMS)

Morisky ve arkadaşları tarafından antihipertansif ilaç tedavisine uyumu değerlendirmek amaçlı dört soruluk bir anket olarak geliştirilmiştir (122). Diğer kronik hastalıklarda ilaç uyumunu değerlendirmek amacı ile de uygulanan bu ölçeğe 2 yeni soru eklenerek MMS oluşturulmuştur (123). Vural ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmıştır (124). Sorular evet veya hayır olarak yanıtlanır. 2 ve 5. soruların yanıtlarında evet 1, hayır 0 puan iken diğerlerinde evet 0, hayır 1 puandır. 3,4 ve 5. sorulardan aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük bilgi düzeyini, daha yüksek ise yüksek bilgi düzeyini göstermektedir. 1,2 ve 6. sorulardan hastanın aldığı toplam puan 0 veya 1 ise düşük motivasyon düzeyini, daha yüksek ise yüksek motivasyon düzeyini göstermektedir.

5.3.11. İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği (İÜBÖ)

David tarafında geliştirilen ölçek, araştırmacılar tarafından uygulanan ve içgörüyü niceliksel olarak ölçen bir ölçme aracıdır. Arslan, Günay Kılıç ve Karakılıç tarafından Türkçe'ye uyarlanmış, güvenirlik ve geçerlik çalışması yapılmıştır(125). Tedaviye uyum, hastalığın farkında olma ve psikotik yaşantıları doğru tanıma olmak üzere üç boyuttan oluşur. Bu ölçek, klinisyenler tarafından uygulanan yarı yapılandırılmış bir ölçektir. Ölçeğin ilk 7 sorusundan alınan en yüksek puan 14'tür. 8. soru ise opsiyonel olup araştırmacının amacına göre kullanılmaktadır. Yani toplamda alınabilecek en yüksek puan 18'dir. Ölçekten alınan yüksek puan kişinin içgörüsünün yüksek olduğunu göstermektedir(126).

5.3.12. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme-Kısa Formu (WHOQOL-BREF)

Yaşam kalitesinin öznel değerlendirilmesi amacıyla geliştirilen bir özbildirim ölçeğidir. Eser ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır. 27 sorudan oluşur. Öznel yaşam kalitesi arttıkça alınan puan artmaktadır (127).

5.3.13. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAÖ)

Bagby ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (128). Katılımcıların katılma derecelerini 5 puan üzerinden derecelendirdiği bir özbildirim ölçeğidir. Güleç ve arkadaşları tarafından Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması gerçekleştirilmiştir (129)

5.4. İstatistiksel Analiz

Veriler IBM SPSS V23 ile analiz edildi. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov ve Shapiro-Wilk testleri ile incelendi. İkili gruplara göre normal dağılım gösteren verilerin karşılaştırılmasında Bağımsız İki Örnek t testi kullanıldı. İkili gruplara göre normal dağılım göstermeyen verilerin karşılaştırılmasında Mann Whitney U testi kullanıldı. Üç ve üzeri gruplarda normal dağılıma uyan verilerin karşılaştırılmasında Tek Yönlü Varyans Analizi testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Duncan testi ile incelendi. Üç ve üzeri gruplarda normal dağılıma uymayan verilerin karşılaştırılmasında Kruskal Wallis H testi kullanıldı ve çoklu karşılaştırmalar Dunn testi ile incelendi. Normal dağılıma uymayan ölçek puanları ile sürekli parametrelerin ilişkisinin incelenmesinde Spearman's rho korelasyon

katsayısı kullanıldı. Analiz sonuçları kategorik değişkenler için frekans (yüzde), nicel değişkenler için ortalama ± standart sapma ve ortanca (minimum – maksimum) şeklinde sunuldu. Önem düzeyi $p<0,050$ olarak alındı.

6. BULGULAR

6.1. Örneklemin Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Çalışmaya 125 hasta dahil edilmiştir. Katılımcıların sosyodemografik ve klinik özellikleri Tablo 1'de özetlenmiştir. Kategorik değişkenler için sayı (n) ve yüzde (%), sayısal değişkenler için ortalama, standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerler hesaplanmıştır.

Katılımcıların yaş ortalaması 38,01 iken minimum yaş 22, maksimum yaş 51'dir. Vücut kitle indeksi ortalaması 27,96 iken minimum vücut kitle indeksi 16, maksimum vücut kitle indeksi 42,01'dir. Günde kullanılan sigara paketi ortalaması 0,91 iken minimum 0 maksimum 3 pakettir. Öznel tedavi yararı (100 üzerinden) ortalaması 82,81 iken minimum 25, maksimum 100'dür. İlk psikiyatrik belirtilerin başlama yaşı ortalaması 21,46 iken minimum 4 maksimum 40'dır. İlk psikiyatri başvurusu yaşı ortalaması 22,95 iken minimum 4 maksimum 43'dür. İlk psikotik belirtiler ile antipsikotik başlanması arasında geçen ay ortalaması 18,55 iken minimum 0, maksimum 240'dır. Psikiyatri yatış sayısı ortalaması 2,34 iken minimum 0, maksimum 20'dir. İlk psikiyatri yatışı yaşı ortalaması 27,23 iken minimum 14 maksimum 44'dür. Toplam yatış günü ortalaması 77,53 iken minimum 0 maksimum 600'dür. Psikotik atak sayısı ortalaması 5,46 iken minimum 1 maksimum 30'dur. Ailenin eleştirellik puanı (10 üzerinden) ortalaması 4,38 iken minimum 1 maksimum 10'dur.

Hastanın takip edildiği tanı dağılımına bakıldığında şizofreni oranı 46,6, şizoaffektif Bozukluk oranı %11, OSB oranı %17,8 iken Bipolar Bozukluk oranı %24,6'dır. Katılımcıların %28'i kadın iken %72'si erkektir. Medeni duruma bakıldığında bekar olanların oranı %77,6 iken evli olanların oranı %22,4'dür. Çocuğu olanların oranı %24,8'dir. Eğitim durumu dağılımına bakıldığında en yüksek oran %45,6 ile üniversite onu %36,8 ile lise takip etmektedir. Meslek dağılımına bakıldığında en yüksek oran %36,8 ile işsiz olma, onu %23,2 ile memur, onu %14,4 ile işçi olanlar takip etmektedir. Nörolojik veya tıbbi ek hastalık olanlara bakıldığında en yüksek oran %20 ile bir tane ek hastalık olmuştur. Ek psikiyatrik tanısı olanların ortalaması %40'dır. Sigara kullananların oranı %65,3'dür. Alkol kullananların oranı %18,4'dür. Geçmişte madde kullananları oranı %17,6'dır. Çocukluk döneminde yaşadığı olumsuz olay olanların oranı %40'dır. Şu anda kullanmakta olduğu ilaçlara bakıldığında klozapin ve klozapine ek antipsikotik alanların oranı %29,5 iken diğer antipsikotik ilaçları kulananların oranı %70,5'dir. Psikiyatrik belirtilerle ilişkili adli olay yaşayanların oranı

%40'dır. Ailede psikiyatrik hastalığı olanların oranı %52'dir. Akran zorbalığına uğrayanların oranı %40,8'dir.

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

	Ortalama ± s.sapma	**Ortanca (min-mak)**
Yaş	38,01 ± 8,15	39 (22 - 51)
VKİ	27,96 ± 5,04	27,68 (16 - 42,01)
Sigara Kullanımı (Günlük Paket Sayısı)	0,91 ± 0,86	1 (0 - 3)
Sigara Kullanımı (Toplam Paket Yıl)	15,97 ± 17,54	10 (0 - 75)
Öznel Tedavi Yararı	82,81 ± 18,11	90 (25 - 100)
İlk Psikiyatrik Belirtilerin Ortaya Çıkma Yaşı	21,46 ± 5,98	20 (4 - 40)
İlk Psikiyatri Başvuru Yaşı	22,95 ± 6,27	22 (4 - 43)
İlk Psikotik Belirtiler ile Antipsikotik Başlanması Arasında Geçen Süre (DUP)	18,55 ± 40,08	2 (0 - 240)
Psikiyatri Servisi Yatış Sayısı	2,34 ± 2,7	2 (0 - 20)
İlk Psikiyatri Yatışındaki Yaşı	27,23 ± 7,23	26 (14 - 44)
Psikiyatri Servisi Toplam Yatış Süresi (Gün)	77,53 ± 97,97	45 (0 - 600)
Psikotik Atak Sayısı	5,46 ± 6	3 (1 - 30)
Aile Eleştirellik Puanı	4,38 ± 3,54	3 (1 - 10)
	Frekans (n)	**Yüzde (%)**
Hastanın Tanısı		
Şizofreni	55	46,6
Şizoaffektif Bozukluk	13	11
Otizm Spektrum Bozukluğu	21	17,8
Bipolar Bozukluk	29	24,6
Cinsiyet		
Kadın	35	28
Erkek	90	72
Medeni durum		
Bekar	97	77,6
Evli	28	22,4
Çocuk Durumu		
Yok	94	75,2
Var	31	24,8
Eğitim durumu		
İlkokul	7	5,6
Ortaokul	15	12
Lise	46	36,8
Üniversite	57	45,6
Meslek Durumu		
Öğrenci	5	4
Ev hanımı	7	5,6
İşçi	18	14,4
Memur	29	23,2
Emekli	7	5,6
Malulen Emekli	13	10,4
İşsiz	46	36,8
Ek Tıbbi Hastalık		
Yok	78	62,4
Bir Tane Ek Hastalık	25	20
Birden Fazla Ek Hastalık	22	17,6
Ek Psikiyatrik Tanı		
Yok	75	60
Var	50	40

Tablo 1. Katılımcıların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri (devam)

	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)
Sigara Kullanımı		
Hayır	43	34,7
Evet	81	65,3
Alkol Kullanımı		
Hayır	102	81,6
Evet	23	18,4
Madde Kullanımı		
Hiç Kullanmamış	103	82,4
Geçmişte Kullanmış	22	17,6
Çocukluk Döneminde Olumsuz Olay Yaşama Durumu		
Hayır	75	60
Evet	50	40
Kullandığı Antipsikotik İlaçlar		
Klozapin/ Klozapine Ek Antipsikotik	36	29,5
Diğerleri	86	70,5
Adli Olay		
Hayır	75	60
Evet	50	40
Ailede Psikiyatrik Hastalık		
Yok	60	48
Var	65	52
Akran Zorbalığı		
Hayır	74	59,2
Evet	51	40,8

6.2. Ölçek Puanlarının Değerlendirilmesi

Ölçek puanlarının tanımlayıcı değerleri ve istatistiksel analiz sonuçları detaylı olarak Tablo 2. ve 3. de verilmiştir. OSA toplam puanı ortalaması 23,97 ± 7,3; sosyal beceri alt ölçek puanı ortalaması 5,34 ± 2,19; dikkati kaydırabilme alt ölçek puanı ortalaması 4,99 ± 1,88; ayrıntıya dikkat etme alt ölçek puanı ortalaması 4,74 ± 2,23; iletişim alt ölçek puanı ortalaması 3,95 ± 2,26; hayal gücü alt ölçek puanı ortalaması 4,94 ± 2,27 olarak elde edilmiştir. Bireysel ve sosyal performans ölçeği puanı ortalaması 70,08 ± 23,09; toronto aleksitimi ölçeği puanı ortalaması 56,39 ± 9,67; işlevselliğin genel değerlendirmesi ölçeği puanı ortalaması 63,83 ± 19,38 olarak elde edilmiştir.Columbia intihar şiddetini derecelendirme ölçeği (C-İŞDÖ) ömürboyu intihar düşüncesi puanının ortalaması 2,38 ± 2,22; güncel intihar düşüncesi puanının ortalaması 0,66 ± 1,1; ömürboyu intihar düşüncesi yoğunluğu puanının ortalaması 8,84 ± 9,85; güncel intihar düşüncesi yoğunluğu puanının ortalaması 2,17 ± 3,12; ömür boyu intihar davranışı puanının ortalaması 1,38 ± 1,85; güncel intihar davranışı puanının ortalaması 0,06 ± 0,46 olarak elde edilmiştir.Hamilton anksiyete ölçeği puanının ortalaması 6,3 ± 7,24; Hamilton depresyon ölçeği puanının ortalaması 5,93 ± 7,39; Modifiye Morisky ilaç uyumu ölçeği (MMS) motivasyon düzeyi puanının ortalaması 2,11 ± 1,03; bilgi düzeyi puanının ortalaması 2,11 ± 1,02 olarak elde edilmiştir. PANSS pozitif belirti şiddeti puanının ortalaması 9,99 ± 4,69;

PANSS negatif belirti şiddeti puanının ortalaması 17,61 ± 9,48; Dünya Sağlık Örgütü yaşam kalitesi değerlendirme-kısa formu (WHOQOL-BREF) puanının ortalaması 88,11 ± 18,16 olarak elde edilmiştir. Klinik global izlenim ölçeğine (CGI) göre hasta olmayanların oranı %0, hastalık sınırında olanların oranı %4, hafif düzeyde hasta olanların oranı %44,8, orta düzeyde hasta olanların oranı %29,6, belirgin düzeyde hasta olanların oranı %12, ağır hasta olanların oranı %9,6 ve çok ağır hasta olanların oranı %0'dır.

Tablo 2. Ölçek Puanlarına Ait Tanımlayıcı İstatistikler

	Ortalama ± s.sapma	**Ortanca (min-mak)**
OSA Toplam	23,97 ± 7,3	24 (5 - 42)
OSA Sosyal Beceri Alt Ölçeği	5,34 ± 2,19	5 (0 - 10)
OSA Dikkati Kaydırabilme Alt Ölçeği	4,99 ± 1,88	5 (1 - 9)
OSA Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Ölçeği	4,74 ± 2,23	5 (0 - 10)
OSA İletişim Alt Ölçeği	3,95 ± 2,26	3 (0 - 10)
OSA Hayal Gücü Alt Ölçeği	4,94 ± 2,27	5 (0 - 10)
Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği	70,08 ± 23,09	80 (20 - 100)
Toronto Aleksitimi Ölçeği	56,39 ± 9,67	56 (32 - 92)
İşlevselliğin Genel Değerlendirmesi Ölçeği	63,83 ± 19,38	65 (10 - 95)
C-İŞDÖ Ömür Boyu İntihar Düşüncesi	2,38 ± 2,22	2 (0 - 5)
C-İŞDÖ Güncel İntihar Düşüncesi	0,66 ± 1,1	0 (0 - 5)
C-İŞDÖ Ömür Boyu İntihar Düşünce Yoğunluğu	8,84 ± 9,85	5 (0 - 25)
C-İŞDÖ Güncel İntihar Düşünce Yoğunluğu	2,17 ± 3,12	2 (0 - 17)
C-İŞDÖ Ömür Boyu İntihar Davranışı	1,38 ± 1,85	0 (0 - 5)
C-İŞDÖ Güncel İntihar Davranışı	0,06 ± 0,46	0 (0 - 5)
Hamilton Anksiyete Ölçeği	6,3 ± 7,24	3 (0 - 23)
Hamilton Depresyon Ölçeği	5,93±7,39	0 (0 -25)
MMS- Motivasyon Düzeyi	2,11 ± 1,03	3 (0 - 3)
MMS- Bilgi Düzeyi	2,11 ± 1,02	2 (0 - 3)
PANSS-P	9,99 ± 4,69	7 (0 - 27)
PANSS-N	17,61 ± 9,48	18 (0 - 41)
WHOQOL-BREF	88,11 ± 18,16	90 (34 - 131)

Tablo 3. CGI Ölçeğine Ait Frekans Tablosu

CGI Ölçeği	**Sayı**	**Yüzde**
Normal, Hasta Değil	0	0
Hastalık Sınırında	5	4
Hafif Düzeyde Hasta	56	44,8
Orta Düzeyde Hasta	37	29,6
Belirgin Düzeyde Hasta	15	12
Ağır Hasta	12	9,6
Çok Ağır Hasta	0	0

6.3. Otistik Özelliklerin Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile İlişkisinin İncelenmesi

Otistik özellikler ile klinik ve sosyodemografik değişkenler arasındaki ilişkiler Tablo.4 ve Tablo.5'te özetlenmiştir.

Hastanın takip edildiği tanıya göre;

- OSA sosyal beceri alt ölçeği puanı ortalamaları farklılık göstermektedir($p=0,023$). OSB tanısı ile bipolar bozukluk tanıları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir.
- OSA dikkati kaydırabilme alt ölçeği puanı ortancaları farklılık göstermektedir ($p=0,007$). OSB ile bipolar bozukluk ve şizofreni tanıları arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir.
- OSA ayrıntıya dikkat etme alt ölçeği puanı ortancaları farklılık göstermektedir ($p=0,005$). Şizofreni ile OSB tanıları arasında anlamlı bir fark bulunmuştur.
- OSA iletişim alt ölçeği puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Bipolar bozukluk ile OSB ve şizofreni tanıları arasında bir fark elde edilmiştir.
- OSA hayal gücü alt ölçeği puanı ortancaları farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Bipolar bozukluk ile diğer tanılar arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir.
- OSA toplam puanı ortalamaları farklılık göstermektedir ($p<0,001$). Bipolar bozukluk ile OSB ve şizoaffektif bozukluk arasında, OSB ile şizoaffektif bozukluk ve şizofreni arasında anlamlı bir fark elde edilmiştir.

Hastanın cinsiyetine göre;

- OSA sosyal beceri, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, iletişim alt ölçekleri ve toplam puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermemekte olup, sadece hayal gücü alt ölçeği puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermektedir ($p=0,022$).

Hastanın medeni durumuna göre;

- OSA sosyal beceri, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, iletişim, hayal gücü alt ölçek ve toplam puanları ortancaları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Çocuk sahibi olma/olmama durumuna göre;

- OSA sosyal beceri, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, iletişim, hayal gücü alt ölçek ve toplam puanları ortancaları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Hastanın ek psikiyatrik tanısının olup olmamasına göre;

- OSA sosyal beceri alt ölçeği puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,042). Ek psikiyatrik tanısı olmayanların puan ortancası 5 iken olanların puan ortancası 5,5 olarak elde edilmiştir.
- OSA iletişim alt ölçeği puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,008). Ek psikiyatrik tanısı olmayanların puan ortancası 3 iken olanların puan ortancası 4,5 olarak elde edilmiştir.
- OSA dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, hayal gücü alt ölçeği puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermemektedir.
- OSA toplam puanı ortalamaları anlamlı fark göstermektedir (p=0,019). Ek psikiyatrik tanısı olmayanların puan ortalaması 22,72 iken olanların puan ortalaması 25,84 olarak elde edilmiştir

Hastanın sigara kullanıp kullanmamasına göre;

- OSA iletişim alt ölçek puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,04). Kullanmayanların puan ortancası 4 iken kullananların puan ortancası 3 olarak elde edilmiştir.
- OSA sosyal beceri, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, hayal gücü alt ölçek ve toplam puanları ortancaları anlamlı fark göstermemektedir.

Hastanın alkol ve madde kullanıp kullanmamasına göre;

- OSA sosyal beceri, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, iletişim, hayal gücü alt ölçek ve toplam puanları ortancaları anlamlı fark göstermemektedir.

Hastanın çocukluk döneminde olumsuz bir olay yaşayıp yaşamamasına göre;

- OSA dikkati kaydırabilme puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,047). Çocukluk döneminde yaşadığı olumsuz bir olayı olmayanların puan ortancası 5 iken olanların puan ortancası 5,5 olarak elde edilmiştir.
- OSA sosyal beceri, ayrıntıya dikkat etme, iletişim, hayal gücü alt ölçek ve toplam puanları ortancaları/ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Hastanın kullandığı mevcut antipsikotik ilaçlara göre;

- OSA sosyal beceri, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, iletişim, hayal gücü alt ölçek ve toplam puanları ortancaları/ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Hastanın psikiyatrik belirtileri ile ilişkili adli olay yaşayıp yaşamamasına göre;

- OSA sosyal beceri, dikkati kaydırabilme, ayrıntıya dikkat etme, iletişim, hayal gücü alt ölçek ve toplam puanları ortancaları/ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir.

Ailede psikiyatrik hastalık olup olmamasına göre;

- OSA sosyal beceri, ayrıntıya dikkat etme, hayal gücü gücü alt ölçek ve toplam puanları ortancaları/ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir.
- OSA dikkati kaydırabilme puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,001). Ailede psikiyatrik hastalığı olmayanların puan ortancası 4 iken ailede psikiyatrik hastalığı olanların puan ortancası 5 olarak elde edilmiştir.
- OSA iletişim puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,035). Ailede psikiyatrik hastalığı olmayanların puan ortancası 3 iken ailede psikiyatrik hastalığı olanların puan ortancası 4 olarak elde edilmiştir.

Hastanın akran zorbalığına uğramış veya uğramamış oluşuna göre;

- OSA sosyal beceri puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,005). Akran zorbalığına uğramayanların puan ortancası 5 iken uğrayanların puan ortancası 6 olarak elde edilmiştir.

- OSA dikkati kaydırabilme puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,002). Akran zorbalığına uğramayanların puan ortancası 4,5 iken uğrayanların puan ortancası 6 olarak elde edilmiştir
- OSA iletişim puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,007). Akran zorbalığına uğramayanların puan ortancası 3 iken uğrayanların puan ortancası 4 olarak elde edilmiştir.
- OSA toplam puanı ortalamaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,002). Akran zorbalığına uğramayanların puan ortalaması 22,3 iken uğrayanların puan ortalaması 26,39 olarak elde edilmiştir.
- OSA ayrıntıya dikkat etme ve hayal gücü alt ölçek puanları ortancaları/ortalamaları anlamlı fark göstermemektedir.

Öznel tedavi yararı ile;

- OSA sosyal beceri alt ölçeği arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=-0,268; p=0,004).
- OSA dikkat kaydırabilme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=-0,237; p=0,012).
-OSA İletişim alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=-0,372; p<0,001).
- OSA toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=-0,311; p=0,001).

İlk psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkma yaşı ile;

- OSA dikkat kaydırabilme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=-0,235; p=0,008).

Psikotik atak sayısı ile;

- OSA sosyal beceri alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,25; p=0,027).
- OSA dikkat kaydırabilme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,32; p=0,004).
- OSA iletişim alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,313; p=0,005).

- OSA hayal gücü alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,226; p=0,046).
- OSA toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,396; p<0,001).

Aile eleştirelliği ile;

- OSA dikkat kaydırabilme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,26; p=0,003).

Tablo 4. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile OSA Alt Ölçek ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması

	OSA-SB		OSA-DK		OSA-ADE		OSA-İ		OSA- HG		OSA- T	
Hastanın Tanısı	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)
Şizofreni	5,45 ± 2,03ab	5 (0 - 9)	4,82 ± 1,66	5 (1 - 8)b	3,95 ± 1,99	4 (0 - 8)a	4,02 ± 1,94	4 (0 - 10)b	5,22 ± 2,23	6 (1 - 9)b	23,45 ± 6,33ab	24 (5 - 37)
Şizoaffektif Bozukluk	5,69 ± 2,32ab	7 (1 - 9)	4,85 ± 1,72	5 (1 - 7)ab	5,08 ± 2,18	6 (1 - 9)ab	4,31 ± 1,89	4 (2 - 8)ab	6,31 ± 1,75	6 (2 - 9)b	26,23 ± 5,89b	27 (15 - 34)
OSB	6,33 ± 2,39b	7 (1 - 10)	6,38 ± 1,91	7 (3 - 9)a	6 ± 2,57	6 (0 - 10)b	5,71 ± 2,67	6 (2 - 10)b	5,81 ± 2,11	6 (2 - 10)b	30,24 ± 8,74c	32 (14 - 42)
Bipolar Bozukluk	4,45 ± 2,11a	4 (0 - 9)	4,66 ± 1,95	5 (1 - 9)b	5,07 ± 2,07	5 (1 - 9)ab	2,62 ± 2,03	2 (0 - 7)a	3,41 ± 1,92	4 (0 - 7)a	20,21 ± 6,17a	20 (5 - 35)
Test istatistiği	3,309		12,178		12,812		19,528		21,052		9,639	
p	**0,023***		**0,007*****		**0,005*****		**<0,001*****		**<0,001*****		**<0,001***	
Cinsiyet												
Kadın	5,54 ± 1,7	5 (2 - 9)	5,06 ± 1,59	5 (2 - 9)	5,06 ± 2	4 (1 - 9)	3,6 ± 1,91	4 (0 - 7)	4,2 ± 2	4 (0 - 8)	23,46 ± 5,94	24 (11 - 35)
Erkek	5,26 ± 2,36	5 (0 - 10)	4,97 ± 1,99	5 (1 - 9)	4,62 ± 2,32	5 (0 - 10)	4,09 ± 2,37	3 (0 - 10)	5,23 ± 2,31	5,5 (0 - 10)	24,17 ± 7,79	24 (5 - 42)
Test istatistiği	1467,500		1548,500		1447,500		1460,500		1162,000		-0,486	
p	0,551****		0,883****		0,479****		0,524****		**0,022******		0,628**	
Medeni Durum												
Bekar	5,36 ± 2,2	5 (0 - 10)	5,11 ± 1,97	5 (1 - 9)	4,75 ± 2,29	5 (0 - 10)	3,99 ± 2,25	4 (0 - 10)	4,94 ± 2,33	5 (0 - 10)	24,15 ± 7,45	24 (5 - 42)
Evli	5,25 ± 2,19	5 (1 - 9)	4,57 ± 1,48	4 (2 - 7)	4,71 ± 2,07	5 (0 - 9)	3,82 ± 2,31	3 (0 - 10)	4,96 ± 2,08	5 (0 - 9)	23,32 ± 6,86	23,5 (5 - 35)
Test istatistiği	1332,500		1131,500		1333,500		1316,000		1357,000		1333,500	
p****	0,879		0,174		0,883		0,801		0,995		0,884	
Çocuk Durumu												
Hayır	5,43 ± 2,22	5,5 (0 - 10)	5,14 ± 1,99	5 (1 - 9)	4,77 ± 2,35	5 (0 - 10)	4,13 ± 2,24	4 (0 - 10)	4,99 ± 2,32	5 (0 - 10)	24,45 ± 7,52	24 (5 - 42)
Evet	5,06 ± 2,13	5 (1 - 9)	4,55 ± 1,41	4 (2 - 7)	4,68 ± 1,87	5 (0 - 8)	3,42 ± 2,25	3 (0 - 10)	4,81 ± 2,12	5 (0 - 9)	22,52 ± 6,5	23 (5 - 35)
Test istatistiği	1326,500		1181,500		1431,500		1181,500		1379,500		1283,000	
p****	0,451		0,110		0,883		0,111		0,655		0,319	
Nörolojik veya tıbbi ek hastalık												
Yok	5,22 ± 2,14	5 (0 - 10)	4,91 ± 1,91	5 (1 - 9)	4,54 ± 2,04	4,5 (0 - 9)	3,88 ± 2,13	3,5 (0 - 10)	4,81 ± 2,16	5 (0 - 10)a	23,36 ± 6,88	22,5 (5 - 41)
Bir tane ek hastalık	5,8 ± 2,71	7 (0 - 9)	4,68 ± 2,04	5 (1 - 9)	4,8 ± 2,9	4 (0 - 10)	4,24 ± 2,5	4 (0 - 9)	5,92 ± 2,08	6 (1 - 9)b	25,44 ± 8,66	26 (5 - 42)
Birden fazla ek hastalık	5,23 ± 1,69	5 (2 - 9)	5,64 ± 1,47	6 (3 - 9)	5,41 ± 1,99	5,5 (2 - 9)	3,86 ± 2,49	3 (0 - 9)	4,32 ± 2,57	5 (0 - 8)ab	24,45 ± 7,16	24 (11 - 40)
Test istatistiği	2,706		3,365		2,570		0,364		7,389		2,267	
p***	0,259		0,186		0,277		0,834		**0,025**		0,322	
Ek Psikiyatrik Tanı												
Yok	5,04 ± 2,17	5 (1 - 9)	4,76 ± 1,86	5 (1 - 9)	4,61 ± 2,15	4 (0 - 10)	3,45 ± 1,86	3 (0 - 9)	4,85 ± 2,26	5 (0 - 10)	22,72 ± 6,78	22 (5 - 42)
Var	5,78 ± 2,18	5,5 (0 - 10)	5,34 ± 1,87	5 (1 - 9)	4,94 ± 2,36	5 (0 - 10)	4,7 ± 2,59	4,5 (0 - 10)	5,08 ± 2,29	5 (1 - 9)	25,84 ± 7,72	25 (5 - 41)
Test istatistiği	1475,000		1577,000		1658,500		1355,500		1769,000		-2,384	
p	**0,042******		0,128****		0,270****		**0,008******		0,590****		**0,019****	
Sigara kullanımı												
Hayır	5,42 ± 2,05	5 (1 - 9)	5,09 ± 1,82	5 (1 - 9)	4,7 ± 2,29	4 (0 - 10)	4,4 ± 2,27	4 (0 - 9)	4,98 ± 2,26	6 (0 - 9)	24,58 ± 7,35	24 (11 - 40)
Evet	5,26 ± 2,27	5 (0 - 10)	4,89 ± 1,87	5 (1 - 9)	4,75 ± 2,22	5 (0 - 9)	3,64 ± 2,13	3 (0 - 10)	4,89 ± 2,27	5 (0 - 10)	23,43 ± 7,09	24 (5 - 42)
Test istatistiği	1686,000		1612,000		1673,000		1356,000		1656,000		0,849	
p	0,769****		0,490****		0,716****		**0,040******		0,651****		0,398**	
Alkol kullanımı												
Hayır	5,45 ± 2,21	5 (0 - 10)	5 ± 1,79	5 (1 - 9)	4,78 ± 2,26	5 (0 - 10)	4,05 ± 2,34	4 (0 - 10)	5,08 ± 2,27	5 (0 - 10)	24,36 ± 7,26	24 (5 - 42)
Evet	4,83 ± 2,1	5 (0 - 9)	4,96 ± 2,27	5 (1 - 9)	4,57 ± 2,13	4 (0 - 9)	3,52 ± 1,83	3 (1 - 7)	4,35 ± 2,21	4 (1 - 9)	22,22 ± 7,4	21 (5 - 35)
Test istatistiği	986,000		1171,000		1090,000		1012,000		930,000		1,276	
p	0,229****		0,990****		0,593****		0,299****		0,118****		0,204**	

Tablo 4. Sosyodemografik ve Klinik Özellikler ile OSA Alt Ölçek ve Toplam Puanlarının Karşılaştırılması (devam)

	OSA-SB		OSA-DK		OSA-ADE		OSA-İ		OSA- HG		OSA- T	
Hastanın Tanısı	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)	Ortalama ± s.sapma	Ortanca (min-mak)
Madde kullanımı												
Hiç kullanmamış	5,33 ± 2,24	5 (0 - 10)	4,96 ± 1,84	5 (1 - 9)	4,77 ± 2,19	5 (0 - 10)	3,97 ± 2,33	4 (0 - 10)	5,01 ± 2,26	5 (0 - 10)	24,04 ± 7,35	23 (5 - 41)
Geçmişte kullanmış	5,36 ± 2,01	5,5 (2 - 9)	5,14 ± 2,08	5 (1 - 9)	4,64 ± 2,48	5 (0 - 8)	3,86 ± 1,91	3 (1 - 9)	4,64 ± 2,32	4,5 (2 - 9)	23,64 ± 7,22	24 (12 - 42)
Test istatistiği	1133,000		1106,000		1111,000		1127,500		998,500		1117,000	
p****	1,000		0,859		0,885		0,971		0,379		0,917	
Çocukluk Döneminde Yaşadığı Olumsuz Olay												
Hayır	5,09 ± 2,24	5 (0 - 9)	4,73 ± 1,84	5 (1 - 9)	4,59 ± 2,1	5 (0 - 10)	3,65 ± 2,14	3 (0 - 9)	5 ± 2,21	5 (0 - 9)	23,07 ± 7,26	22 (5 - 42)
Evet	5,7 ± 2,08	6 (1 - 10)	5,38 ± 1,88	5,5 (1 - 9)	4,98 ± 2,42	5 (0 - 10)	4,4 ± 2,37	4 (0 - 10)	4,86 ± 2,36	5 (1 - 10)	25,32 ± 7,23	24,5 (12 - 41)
Test istatistiği	1588,000		1486,000		1741,500		1514,000		1805,500		-1,703	
p	0,144****		**0,047****		0,496****		0,065****		0,724****		0,091**	
Kullanmakta Olduğu Antipsikotik												
Klozapin/klozapine ek ap	5,58 ± 2,36	6 (0 - 9)	4,97 ± 2,08	5 (1 - 9)	4,92 ± 2,1	5 (0 - 10)	4,14 ± 2,45	3 (0 - 9)	5,25 ± 2,38	6 (1 - 10)	24,86 ± 8,08	24 (5 - 40)
Diğerleri	5,3 ± 2,12	5 (0 - 10)	5,02 ± 1,8	5 (1 - 9)	4,66 ± 2,26	4 (0 - 10)	3,9 ± 2,15	4 (0 - 10)	4,87 ± 2,19	5 (0 - 9)	23,76 ± 6,74	24 (11 - 42)
Test istatistiği	1400,500		1516,500		1483,500		1487,000		1379,000		0,778	
p	0,403****		0,858****		0,714****		0,729****		0,339****		0,438**	
Psikiyatrik belirtilerle ilişkili adli olay												
Hayır	5,4 ± 2,01	5 (0 - 10)	4,88 ± 1,98	5 (1 - 9)	4,64 ± 2,13	5 (0 - 9)	3,95 ± 2,25	3 (0 - 10)	5,05 ± 2,13	5 (0 - 10)	23,92 ± 7,09	23 (5 - 41)
Evet	5,24 ± 2,45	5 (0 - 9)	5,16 ± 1,72	5 (1 - 9)	4,9 ± 2,38	4,5 (0 - 10)	3,96 ± 2,29	3,5 (0 - 9)	4,78 ± 2,47	5 (0 - 9)	24,04 ± 7,68	24 (5 - 42)
Test istatistiği	1816,500		1735,000		1781,500		1873,500		1761,000		-0,090	
p	0,766****		0,474****		0,634****		0,994****		0,562****		0,929**	
Ailede Psikiyatrik Hastalık												
Yok	5,13 ± 2,18	5 (0 - 9)	4,38 ± 1,81	4 (1 - 8)	4,47 ± 2,07	4,5 (0 - 9)	3,53 ± 2,05	3 (0 - 9)	5,25 ± 2,21	5 (0 - 10)	22,77 ± 6,73	22 (5 - 39)
Var	5,52 ± 2,2	6 (0 - 10)	5,55 ± 1,77	5 (2 - 9)	5 ± 2,36	5 (0 - 10)	4,34 ± 2,39	4 (0 - 10)	4,66 ± 2,29	5 (0 - 9)	25,08 ± 7,68	25 (11 - 42)
Test istatistiği	1746,000		1303,000		1726,500		1528,500		1679,500		-1,783	
p	0,309****		**0,001****		0,264****		**0,035****		0,178****		0,077**	
Akran Zorbalığı												
Hayır	4,91 ± 2,08	5 (1 - 9)	4,58 ± 1,84	4,5 (1 - 9)	4,62 ± 2,08	4 (0 - 10)	3,47 ± 1,99	3 (0 - 10)	4,72 ± 2,24	5 (0 - 9)	22,3 ± 6,36	22,5 (5 - 37)
Evet	5,96 ± 2,22	6 (0 - 10)	5,59 ± 1,78	6 (1 - 9)	4,92 ± 2,45	5 (0 - 10)	4,65 ± 2,45	4 (0 - 10)	5,27 ± 2,29	6 (1 - 10)	26,39 ± 7,93	27 (5 - 42)
Test istatistiği	1334,000		1284,500		1728,000		1359,500		1627,000		-3,194	
p	**0,005****		**0,002****		0,419****		**0,007****		0,188****		**0,002****	

*Tek yönlü varyans analizi, **Bağımsız iki örnek t testi, ***Kruskal Wallis testi, ****Mann-Whitney U testi, a-c: Aynı harfe sahip gruplar arasında bir fark yoktur.
OSA, Otizm Spektrum Anketi; SB, Sosyal Beceri Alt Ölçeği; DK, Dikkat Kaydırabilme Alt Ölçeği; ADE, Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Ölçeği; İ, İletişim Alt Ölçeği; HG, Hayal Gücü Alt Ölçeği; T, Toplam

Tablo 5. Klinik Nicel Özellikler ile OSA Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının İlişkisinin İncelenmesi

	OSA- SB		OSA- DK		OSA- ADE		OSA- İ		OSA- HG		OSA- T	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
Öznel tedavi yararı	-0,268	**0,004**	-0,237	**0,012**	-0,108	0,258	-0,372	**<0,001**	-0,152	0,109	-0,311	**0,001**
İlk psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkma yaşı	-0,014	0,878	-0,235	**0,008**	-0,127	0,159	-0,071	0,430	0,022	0,806	-0,107	0,236
İlk psikiyatri başvurusu yaşı	0,036	0,690	-0,160	0,075	-0,089	0,322	-0,058	0,520	0,087	0,332	-0,050	0,579
İlk psikotik belirtiler ile antipsikotik başlanması arasında geçen süre	0,126	0,162	0,153	0,089	0,080	0,377	0,121	0,179	0,143	0,112	0,162	0,071
Psikiyatri servisi yatış sayısı	0,153	0,089	0,072	0,426	-0,101	0,265	0,024	0,792	0,043	0,637	0,098	0,278
İlk psikiyatri yatışındaki yaş	-0,054	0,590	-0,006	0,952	0,039	0,696	0,030	0,767	0,030	0,762	-0,008	0,939
Toplam yatış süresi	0,115	0,202	0,004	0,963	-0,083	0,356	0,028	0,757	0,005	0,951	0,043	0,637
Psikotik atak sayısı	0,250	**0,027**	0,320	**0,004**	0,025	0,826	0,313	**0,005**	0,226	**0,046**	0,396	**<0,001**
Aile eleştirellik puanı	-0,045	0,619	0,260	**0,003**	0,155	0,084	0,068	0,453	0,006	0,946	0,150	0,096

r: Spearman’s rho korelasyon katsayısı

OSA, Otizm Spektrum Anketi; SB, Sosyal Beceri Alt Ölçeği; DK, Dikkat Kaydırabilme Alt Ölçeği; ADE, Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Ölçeği; İ, İletişim Alt Ölçeği; HG, Hayal Gücü Alt Ölçeği; T, Toplam

6.4. Otistik Özellikler ile Aleksitimi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

TAÖ (Toronto Aleksitimi Ölçeği) puanı ile;OSA Sosyal beceri alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,281; p=0,002). OSA Dikkat kaydırabilme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,249; p=0,007). OSA Ayrıntıya dikkat etme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,295; p=0,001). OSA iletişim alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,306; p=0,001). OSA Hayal gücü alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,221; p=0,016). OSA toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır (r=0,411; p<0,001). Katılımcıların aleksitimi düzeyleri ile otistik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen Spearman korelasyon analizi sonuçları Tablo 6'da verilmiştir.

Tablo 6. Aleksitimi düzeyi ile OSA toplam puanı ve alt ölçek puanlarının ilişkisinin incelenmesi

	TAÖ	
	r	p
OSA- SB	0,281	**0,002**
OSA- DK	0,249	**0,007**
OSA- ADE	0,295	**0,001**
OSA- İ	0,306	**0,001**
OSA- HG	0,221	**0,016**
OSA- T	0,411	**<0,001**

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı
OSA, Otizm Spektrum Anketi; SB, Sosyal Beceri Alt Ölçeği; DK, Dikkat Kaydırabilme Alt Ölçeği; ADE, Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Ölçeği; İ, İletişim Alt Ölçeği; HG, Hayal Gücü Alt Ölçeği; T, Toplam; TAÖ. Toronto Aleksitimi Ölçeği.

6.5. Otistik Özellikler ile İşlevsellik Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Katılımcıların işlevsellik düzeyleri ile otistik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen Spearman korelasyon analizi sonuçları Tablo 7.'de verilmiştir.

PSP (Bireysel ve Sosyal Performans) ölçeği ile; OSA Sosyal beceri alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=-0,348; p<0,001). OSA Dikkat kaydırabilme alt boyut puanıarasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır (r=-0,413; p<0,001). OSA Ayrıntıya dikkat etme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,935). OSA İletişim alt boyut puanı

arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır (r=-0,451; p<0,001). OSA Hayal gücü alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=-0,202; p=0,024). OSA toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır (r=-0,415; p<0,001). İGD (İşlevselliğin genel değerlendirilmesi) ölçeği ile; OSA Sosyal beceri alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=-0,328; p<0,001). OSA Dikkat kaydırabilme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=-0,37; p<0,001). OSA ayrıntıya dikkat etme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur (p=0,935). OSA İletişim alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır (r=-0,463; p<0,001). OSA Hayal gücü alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=-0,231; p=0,01). OSA toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır (r=-0,424; p<0,001).

Tablo 7. İşlevsellik düzeyi ile OSA toplam puanı ve alt ölçek puanlarının ilişkisinin incelenmesi

	PSP		İGD	
	r	p	r	p
OSA- SB	-0,348	**<0,001**	-0,328	**<0,001**
OSA- DK	-0,413	**<0,001**	-0,370	**<0,001**
OSA- ADE	0,007	0,935	-0,013	0,890
OSA- İ	-0,451	**<0,001**	-0,463	**<0,001**
OSA- HG	-0,202	**0,024**	-0,231	**0,010**
OSA- T	-0,415	**<0,001**	-0,424	**<0,001**

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı
OSA, Otizm Spektrum Anketi; SB, Sosyal Beceri Alt Ölçeği; DK, Dikkat Kaydırabilme Alt Ölçeği; ADE, Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Ölçeği; İ, İletişim Alt Ölçeği; HG, Hayal Gücü Alt Ölçeği; T, Toplam; PSP, Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği; İGD, İşlevselliğin Genel Değerlendirilmesi Ölçeği

6.5. Otistik Özellikler ile Hastalık Şiddeti Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Klinik global izlenim ölçeğine göre OSA sosyal beceri puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p=0,002). Ağır hastalar ile hastalık sınırında olanlar ve hafif düzeyde hasta olanlar farklılık göstermektedir. Klinik global izlenim ölçeğine göre dikkat kaydırabilme puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,001). Hafif düzeyde hastalar ile orta düzeyde, belirgin ve ağır hastalar farklılık göstermektedir. Klinik global izlenim ölçeğine göre ayrıntıya dikkat etme puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır (p=0,655). Klinik global izlenim ölçeğine göre iletişim puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,001). Hastalık sınırında olanlar ve hafif düzeyde hasta olanlar ile

belirgin düzeyde ve ağır hastalar farklılık göstermektedir. Klinik global izlenim ölçeğine göre hayal gücü puan ortancaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p=0,246$). Klinik global izlenim ölçeğine göre OSA toplam puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Belirgin düzeyde hastalar ve ağır hastalar ile hastalık orta düzeyde hastalar farklılık göstermektedir. OSA Sosyal beceri alt boyut puanı ile klinik global izlenim ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,35$; $p<0,001$). OSA Dikkat kaydırabilme alt boyut puanı ile klinik global izlenim ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır ($r=0,464$; $p<0,001$). OSA İletişim alt boyut puanı ile klinik global izlenim ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,388$; $p<0,001$). OSA toplam puan ile klinik global izlenim ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır ($r=0,397$; $p<0,001$). Diğer alt boyut puanları ile klinik global izlenim ölçek puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki yoktur ($p>0,050$). Hastalık şiddeti ile otistik özellikler arasındaki ilişkiyi özetleyen istatistiksel analiz sonuçları Tablo 8.' de verilmiştir.

Tablo 8. Hastalık Şiddeti ile OSA Toplam ve Alt Ölçek Puanlarının İlişkisinin İncelenmesi

	CGI					Test istatistiği	p	r/p
	Hastalık sınırında	Hafif düzeyde hasta	Orta düzeyde hasta	Belirgin düzeyde hasta	Ağır hasta			
OSA- SB	3,2 ± 2,39 3 (0 - 6)[b]	4,86 ± 1,96 5 (0 - 10)[b]	5,41 ± 2,19 5 (1 - 9)[ab]	6,4 ± 2,41 7 (1 - 9)[ab]	6,92 ± 1,51 7 (3 - 9)[a]	17,22	**0,002****	0,350/<**0,001**
OSA- DK	4 ± 1,58 4 (2 - 6)[ab]	4,21 ± 1,77 4 (1 - 9)[b]	5,27 ± 1,59 6 (1 - 8)[a]	6,33 ± 1,4 6 (4 - 9)[a]	6,5 ± 1,93 7 (3 - 9)[a]	27,554	<**0,001****	0,464/<**0,001**
OSA- ADE	3,6 ± 3,58 4 (0 - 8)	4,86 ± 2,16 5 (0 - 9)	4,76 ± 2,13 5 (0 - 9)	5,13 ± 2 5 (3 - 10)	4,17 ± 2,66 3 (0 - 10)	2,444	0,655**	-0,043/0,631
OSA- İ	2,4 ± 1,14 2 (1 - 4)[b]	3,3 ± 1,93 3 (0 - 10)[b]	3,95 ± 2,21 4 (0 - 9)[ab]	5,27 ± 2,19 5 (1 - 10)[a]	6 ± 2,49 6 (2 - 9)[a]	20,707	<**0,001****	0,388/<**0,001**
OSA- HG	4,8 ± 2,17 4 (2 - 7)	4,66 ± 1,94 5 (0 - 9)	4,95 ± 2,57 5 (0 - 9)	4,93 ± 2,46 6 (1 - 8)	6,33 ± 2,35 7 (2 - 10)	5,428	0,246**	0,161/0,073
OSA- T	18 ± 4[c] 16 (14 - 24)	21,89 ± 6,67[bc] 21 (5 - 40)	24,32 ± 7,39[ab] 24 (11 - 39)	28,07 ± 5,43[a] 28 (20 - 41)	29,92 ± 7,51[a] 27 (21 - 42)	5,991	<**0,001***	0,397/<**0,001**

*Tek Yönlü Varyans Analizi; **Kruskal Wallis H testi; r: Spearman's rho korelasyon katsayısı; [a-c]: Aynı harfe sahip gruplar arasında fark yoktur.
OSA, Otizm Spektrum Anketi; SB, Sosyal Beceri Alt Ölçeği; DK, Dikkat Kaydırabilme Alt Ölçeği; ADE, Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Ölçeği; İ, İletişim Alt Ölçeği; HG, Hayal Gücü Alt Ölçeği; T, Toplam; CGI, Klinik Global İzlenim Ölçeği.

6.6. Otistik Özellikler İle İntihar Davranışı Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Katılımcıların intihar davranışı göstergeleri ile otistik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen Spearman korelasyon analizi sonuçları Tablo 7.'de verilmiştir.

Ömür boyu intihar düşüncesi ile; OSA Sosyal beceri alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,211; p=0,018). OSA Dikkat kaydırabilme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,252; p=0,005).OSA İletişim alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,267; p=0,003).OSA Hayal gücü alt boyut puanı ile intihar düşüncesi ömür boyu arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır (r=0,185; p=0,039).OSA toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,292; p=0,001). Ömür boyu intihar düşünce yoğunluğu ile; OSA Sosyal beceri alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır (r=0,194; p=0,03).OSA Dikkat kaydırabilme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,275; p=0,002).OSA İletişim alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,238; p=0,008). OSA toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,272; p=0,002). Güncel intihar düşüncesi ile; OSA Sosyal beceri alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,254; p=0,004). OSA Dikkat kaydırabilme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,29; p=0,001).OSA İletişim alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,227; p=0,011).Otizm spektrum ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,27; p=0,002). Güncel intihar düşünce yoğunluğu ile;OSA Sosyal beceri alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,241; p=0,007). OSA Dikkat kaydırabilme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,327; p<0,001).OSA İletişim alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,239; p=0,007).OSA Otizm spektrum ölçeği toplam puan arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,322; p<0,001). Ömür boyu intihar davranışı ile;OSA İletişim alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,216; p=0,016). OSA toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır (r=0,187; p=0,037). Gerçekleşmiş girişimlerin ciddiyeti ile;OSA Sosyal beceri alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır (r=0,177; p=0,048). OSA İletişim alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak

anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,209; p=0,02). OSA toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır (r=0,195; p=0,029).

Tablo 9. OSA toplam puanı ve alt ölçek puanları ile C-İŞDÖ alt parametrelerin ilişkisinin incelenmesi

	OSA- SB		OSA- DK		OSA- ADE		OSA- İ		OSA- HG		OSA- T	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
C-İŞDÖ İDü-Ö	0,211	**0,018**	0,252	**0,005**	-0,001	0,989	0,267	**0,003**	0,185	**0,039**	0,292	**0,001**
C-İŞDÖ İDü-G	0,254	**0,004**	0,290	**0,001**	0,040	0,660	0,227	**0,011**	0,088	0,328	0,270	**0,002**
C-İŞDÖ İDY-Ö	0,194	**0,030**	0,275	**0,002**	-0,051	0,576	0,238	**0,008**	0,175	0,051	0,272	**0,002**
C-İŞDÖ İDY-G	0,241	**0,007**	0,327	**<0,001**	0,049	0,588	0,239	**0,007**	0,171	0,057	0,322	**<0,001**
C-İŞDÖ İDa-Ö	0,133	0,141	0,161	0,072	-0,094	0,295	0,216	**0,016**	0,112	0,212	0,187	**0,037**
C-İŞDÖ İDa-G	0,053	0,559	<0,001	1,000	-0,147	0,101	0,039	0,662	-0,083	0,359	-0,037	0,680
C-İŞDÖ GGC	0,177	**0,048**	0,130	0,149	-0,109	0,226	0,209	**0,020**	0,149	0,098	0,195	**0,029**

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı

OSA, Otizm Spektrum Anketi; SB, Sosyal Beceri Alt Ölçeği; DK, Dikkat Kaydırabilme Alt Ölçeği; ADE, Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Ölçeği; İ, İletişim Alt Ölçeği; HG, Hayal Gücü Alt Ölçeği; T, Toplam; CGI, Klinik Global İzlenim Ölçeği; C-İŞDÖ, Columbia İntihar Şiddetini Derecelendirme Ölçeği; İDü, İntihar Düşüncesi; İDa, İntihar Davranışı; İDY, İntihar Düşünce Yoğunluğu; Ö, Ömür Boyu; G, Güncel; GGC, Gerçekleşmiş Girişim Ciddiyeti

6.7. Otistik Özellikler ile Anksiyete Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Katılımcıların anksiyete düzeyleri ile otistik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen Spearman korelasyon analizi sonuçları Tablo 10.'da verilmiştir. OSA Sosyal beceri alt boyut puanı ile hamilton anksiyete ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,205; p=0,022). OSA Dikkat kaydırabilme alt boyut puanı ile hamilton anksiyete ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır (r=0,402; p<0,001). OSA İletişim alt boyut puanı ile hamilton anksiyete ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,247; p=0,005). Otizm spektrum ölçeği toplam puan ile hamilton anksiyete ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,264; p=0,003). Hamilton anksiyete ölçeği toplam puanı ile diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p>0,050).

Tablo 10. HAM-A Toplam Puanı ile OSA Toplam ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	HAM-A	
	r	p
OSA- SB	0,205	**0,022**
OSA- DK	0,402	**<0,001**
OSA- ADE	0,089	0,321
OSA- İ	0,247	**0,005**
OSA- HG	0,023	0,796
OSA- T	0,264	**0,003**

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı
OSA, Otizm Spektrum Anketi; SB, Sosyal Beceri Alt Ölçeği; DK, Dikkat Kaydırabilme Alt Ölçeği; ADE, Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Ölçeği; İ, İletişim Alt Ölçeği; HG, Hayal Gücü Alt Ölçeği; T, Toplam; HAM-A, Hamilton Anksiyete Ölçeği.

6.8. Otistik Özellikler ile Depresyon Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Katılımcıların depresyon düzeyleri ile otistik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen Spearman korelasyon analizi sonuçları Tablo 11.'de verilmiştir. OSA Sosyal beceri alt boyut puanı ile hamilton depresyon ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,293; p=0,001). OSA Dikkat kaydırabilme alt boyut puanı ile hamilton depresyon ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,357; p<0,001). OSA İletişim alt boyut puanı ile hamilton depresyon ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,295; p=0,001). Otizm spektrum ölçeği toplam puan ile hamilton depresyon ölçeği toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,252; p=0,005). Hamilton depresyon ölçeği toplam puanı ile diğer alt boyut puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık yoktur (p>0,050).

Tablo 11. HAM-D Toplam Puanı ile OSA Toplam ve Alt Ölçek Puanları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	HAM-D	
	r	p
OSA- SB	0,293	**0,001**
OSA- DK	0,357	**<0,001**
OSA- ADE	-0,100	0,265
OSA- İ	0,295	**0,001**
OSA- HG	0,019	0,831
OSA- T	0,252	**0,005**

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı
OSA, Otizm Spektrum Anketi; SB, Sosyal Beceri Alt Ölçeği; DK, Dikkat Kaydırabilme Alt Ölçeği; ADE, Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Ölçeği; İ, İletişim Alt Ölçeği; HG, Hayal Gücü Alt Ölçeği; T, Toplam; HAM-A, Hamilton Depresyon Ölçeği.

6.9. Otistik Özellikler ile Pozitif ve Negatif Belirti Şiddetleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Katılımcıların pozitif ve negatif belirti şiddetleri ile otistik özellikleri arasındaki ilişkiyi inceleyen Spearman korelasyon analizi sonuçları Tablo 12.'de verilmiştir. OSA Sosyal beceri alt boyut puanı ile PANSS- P arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,231; p=0,01). OSA Sosyal beceri alt boyut puanı ile PANSS- N arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,235; p=0,009). OSA Dikkati kaydırabilme alt boyut puanı ile PANSS- P arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü çok zayıf bir ilişki vardır (r=0,185; p=0,039). Dikkat kaydırabilme alt boyut puanı ile PANSS- N arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,239; p=0,007). OSA İletişim alt boyut puanı ile PANSS- P arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,332; p<0,001). İletişim alt boyut puanı ile PANSS- N belirtiler arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır (r=0,436; p<0,001). OSA Hayal gücü alt boyut puanı ile PANSS- N arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,271; p=0,002). Otizm spektrum ölçeği toplam puan ile PANSS- P arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,319; p<0,001). Otizm spektrum ölçeği toplam puan ile PANSS- N arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=0,342; p<0,001).

Tablo 12. Pozitif ve Negatif Belirti Şiddetleri ile Otistik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	OSA- SB		OSA- DK		OSA- ADE		OSA- İ		OSA- HG		OSA- T	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
PANSS-P	0,231	0,010	0,185	0,039	0,144	0,109	0,332	<0,001	0,149	0,096	0,319	<0,001
PANSS-N	0,235	0,009	0,239	0,007	-0,021	0,817	0,436	<0,001	0,271	0,002	0,342	<0,001

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı
OSA, Otizm Spektrum Anketi; SB, Sosyal Beceri Alt Ölçeği; DK, Dikkat Kaydırabilme Alt Ölçeği; ADE, Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Ölçeği; İ, İletişim Alt Ölçeği; HG, Hayal Gücü Alt Ölçeği; T, Toplam; PANSS, Pozitif ve Negatif Sendrom Ölçeği; P, Pozitif Belirti Şiddeti; N, Negatif Belirti Şiddeti

6.10. Otistik Özellikler ile İlaç Uyumu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

İlaç Uyumu Modifiye Morisky İlaç Uyumu Ölçeği (MMS) ile motivasyon ve bilgi düzeyleri yönlerinden değerlendirilmiştir. Motivasyon düzeyi düşük ve yüksek ile bilgi düzeyi düşük ve yüksek olarak 2 gruba ayrılmıştır. İlaç uyumu motivasyon ve bilgi düzeylerine göre otistik özelliklerin değerlendirilmesi Tablo 13. ve 14.'de özetlenmiştir.

Motivasyon gruplarına göre OSA Sosyal beceri puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,043). İlaç kullanmaya düşük motivasyon düzeyine sahip olanların puan ortancası 5 iken İlaç kullanmaya yüksek motivasyon düzeyine sahip olanların puan ortancası 6 olarak elde edilmiştir.

Motivasyon gruplarına göre OSA Dikkat kaydırabilme puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,029). İlaç kullanmaya düşük motivasyon düzeyine sahip olanların puan ortancası 4 iken İlaç kullanmaya yüksek motivasyon düzeyine sahip olanların puan ortancası 5 olarak elde edilmiştir. İlaç kullanmaya düşük motivasyon düzeyine sahip olanların puan ortancası 4 iken İlaç kullanmaya yüksek motivasyon düzeyine sahip olanların puan ortancası 5 olarak elde edilmiş olup Motivasyon gruplarına göre OSA Ayrıntıya dikkat etme puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,354). Motivasyon gruplarına göre OSA İletişim puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,009). İlaç kullanmaya düşük motivasyon düzeyine sahip olanların puan ortancası 3 iken İlaç kullanmaya yüksek motivasyon düzeyine sahip olanların puan ortancası 4 olarak elde edilmiştir. İlaç kullanmaya düşük motivasyon düzeyine sahip olanların puan ortancası 5 iken İlaç kullanmaya yüksek motivasyon düzeyine sahip olanların puan ortancası 5 olarak elde edilmiş olup motivasyon gruplarına göre OSA Hayal gücü puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,095). Motivasyon gruplarına göre OSA toplam puanı ortalamaları anlamlı farklılık göstermektedir (p=0,002). İlaç kullanmaya düşük motivasyon düzeyine sahip olanların puan ortalaması 21,33 iken İlaç kullanmaya yüksek motivasyon düzeyine sahip olanların puan ortalaması 25,16 olarak elde edilmiştir.

İlaç kullanımı konusunda düşük bilgi düzeyine sahip olanların puan ortancası 5 iken İlaç kullanımı konusunda yüksek bilgi düzeyine sahip olanların puan ortancası 5 olarak elde edilmiş olup bilgi düzey gruplarına göre OSA Sosyal beceri puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,9). İlaç kullanımı konusunda düşük bilgi düzeyine sahip olanların puan ortancası 5 iken İlaç kullanımı konusunda yüksek bilgi düzeyine sahip olanların puan ortancası 5 olarak elde edilmiş olup Bilgi düzey gruplarına göre OSA Dikkat kaydırabilme puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,142). İlaç kullanımı konusunda düşük bilgi düzeyine sahip olanların puan ortalaması 4,28 iken İlaç kullanımı konusunda yüksek bilgi düzeyine sahip olanların puan ortalaması 4,9 olarak elde edilmiş olup Bilgi düzey gruplarına göre OSA Ayrıntıya dikkat etme puanı ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,175). İlaç kullanımı konusunda düşük bilgi düzeyine sahip olanların puan ortancası 3 iken İlaç kullanımı konusunda yüksek bilgi düzeyine sahip olanların puan ortancası 4 olarak elde

edilmiş olup Bilgi düzey gruplarına göre OSA İletişim puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,586). İlaç kullanımı konusunda düşük bilgi düzeyine sahip olanların puan ortancası 6 iken İlaç kullanımı konusunda yüksek bilgi düzeyine sahip olanların puan ortancası 5 olarak elde edilmiş olup Bilgi düzey gruplarına göre OSA Hayal gücü puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,887). İlaç kullanımı konusunda düşük bilgi düzeyine sahip olanların puan ortalaması 22,72 iken İlaç kullanımı konusunda yüksek bilgi düzeyine sahip olanların puan ortalaması 24,4 olarak elde edilmiş olup Bilgi düzey gruplarına göre OSA toplam puanı ortalamaları anlamlı farklılık göstermemektedir (p=0,264).

Tablo 13. MMS Motivasyon Gruplarına Göre OSA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		MMS Motivasyon Grupları		Test istatistiği	p
		DMD	YMD		
OSA- SB	Ortalama ± S.Sapma	4,74 ± 1,96	5,6 ± 2,25	1300,5	**0,043****
	Ortanca (Min-Mak)	5 (0 - 8)	6 (0 - 10)		
OSA- DK	Ortalama ± S.Sapma	4,49 ± 1,54	5,22 ± 1,98	1274	**0,029****
	Ortanca (Min-Mak)	4 (1 - 8)	5 (1 - 9)		
OSA- ADE	Ortalama ± S.Sapma	4,49 ± 1,85	4,86 ± 2,39	1505	0,354**
	Ortanca (Min-Mak)	4 (0 - 8)	5 (0 - 10)		
OSA- İ	Ortalama ± S.Sapma	3,18 ± 1,73	4,3 ± 2,39	1193	**0,009****
	Ortanca (Min-Mak)	3 (0 - 8)	4 (0 - 10)		
OSA- HG	Ortalama ± S.Sapma	4,44 ± 1,98	5,17 ± 2,36	1366,5	0,095**
	Ortanca (Min-Mak)	5 (0 - 8)	5 (0 - 10)		
OSA- T	Ortalama ± S.Sapma	21,33 ± 5,43	25,16 ± 7,74	-3,176	**0,002***
	Ortanca (Min-Mak)	21 (5 - 32)	24,5 (5 - 42)		

*Bağımsız İki Örnek t testi; **Mann Whitney U testi
OSA, Otizm Spektrum Anketi; SB, Sosyal Beceri Alt Ölçeği; DK, Dikkat Kaydırabilme Alt Ölçeği; ADE, Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Ölçeği; İ, İletişim Alt Ölçeği; HG, Hayal Gücü Alt Ölçeği; T, Toplam; MMS, Modifiye Morisky İlaç Uyumu Ölçeği; DMD, Düşük motivasyon düzeyi; YMD, Yüksek motivasyon düzeyi

Tablo 14. MMS Bilgi Düzeyi Gruplarına Göre OSA Toplam ve Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

		MMS Bilgi Düzeyi Gruları		Test istatistiği	p
		DBD	YBD		
OSA- SB	Ortalama ± S.Sapma	5,28 ± 2,04	5,35 ± 2,25	1466	0,900**
	Ortanca (Min-Mak)	5 (1 - 9)	5 (0 - 10)		
OSA- DK	Ortalama ± S.Sapma	4,56 ± 1,61	5,14 ± 1,95	1232	0,142**
	Ortanca (Min-Mak)	5 (1 - 8)	5 (1 - 9)		
OSA- ADE	Ortalama ± S.Sapma	4,28 ± 1,89	4,9 ± 2,33	-1,364	0,175*
	Ortanca (Min-Mak)	4 (0 - 8)	5 (0 - 10)		
OSA- İ	Ortalama ± S.Sapma	3,66 ± 1,81	4,05 ± 2,39	1393	0,586**
	Ortanca (Min-Mak)	3 (0 - 8)	4 (0 - 10)		
OSA- HG	Ortalama ± S.Sapma	4,94 ± 2,06	4,95 ± 2,34	1463	0,887**
	Ortanca (Min-Mak)	6 (0 - 8)	5 (0 - 10)		
OSA- T	Ortalama ± S.Sapma	22,72 ± 6	24,4 ± 7,68	-1,123	0,264*
	Ortanca (Min-Mak)	23,5 (5 - 32)	24 (5 - 42)		

*Bağımsız İki Örnek t testi; **Mann Whitney U testi
OSA, Otizm Spektrum Anketi; SB, Sosyal Beceri Alt Ölçeği; DK, Dikkat Kaydırabilme Alt Ölçeği; ADE, Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Ölçeği; İ, İletişim Alt Ölçeği; HG, Hayal Gücü Alt Ölçeği; T, Toplam; MMS, Modifiye Morisky İlaç Uyumu Ölçeği; DBD, Düşük bilgi düzeyi; YBD, Yüksek bilgi düzeyi.

6.11. Otistik Özellikler ile Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Otistik özellikler ile Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme-Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ile değerlendirilen yaşam kalitesi düzeyleri arasındaki ilişkiyi gösteren Spearman korelasyon analizi sonuçları Tablo 15.'de özetlenmiştir. OSA Sosyal beceri alt boyut puanı ile WHOQOL-BREF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır (r=-0,584; p<0,001). OSA Dikkat kaydırabilme alt boyut puanı ile WHOQOL-BREF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır (r=-0,42; p<0,001). OSA İletişim alt boyut puanı ile WHOQOL-BREF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır (r=-0,538; p<0,001). OSA Hayal gücü alt boyut puanı ile WHOQOL-BREF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki vardır (r=-0,382; p<0,001). OSA toplam puan ile WHOQOL-BREF toplam puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki vardır (r=-0,583; p<0,001).

Tablo 15. Yaşam Kalitesi Düzeyi ile Otistik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	OSA- SB		OSA- DK		OSA- ADE		OSA- İ		OSA- HG		OSA- T	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
WHOQOL-BREF	-0,584	**<0,001**	-0,420	**<0,001**	-0,012	0,892	-0,538	**<0,001**	-0,382	**<0,001**	-0,583	**<0,001**

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı
OSA, Otizm Spektrum Anketi; SB, Sosyal Beceri Alt Ölçeği; DK, Dikkat Kaydırabilme Alt Ölçeği; ADE, Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Ölçeği; İ, İletişim Alt Ölçeği; HG, Hayal Gücü Alt Ölçeği; T, Toplam; WHOQOL-BREF, Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Değerlendirme-Kısa Formu Toplam Puanı

6.12.Otistik Özellikler ile İçgörü Düzeyi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Otistik özellikler ile İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği (İÜBÖ) ile değerlendirilen içgörü düzeyler arasındaki ilişkiyi gösteren Spearman korelasyon analizi sonuçları Tablo 16.'da özetlenmiştir. OSA alt ölçek ve toplam puanları ile içgörü düzeyi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki gösterilememiştir.

Tablo 16. İçgörü Düzeyi ile Otistik Özellikler Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	OSA- SB		OSA- DK		OSA- ADE		OSA- İ		OSA- HG		OSA- T	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
İÜBÖ	-0,024	0,791	0,016	0,855	-0,099	0,271	-0,146	0,105	-0,059	0,512	-0,086	0,338

r: Spearman's rho korelasyon katsayısı
OSA, Otizm Spektrum Anketi; SB, Sosyal Beceri Alt Ölçeği; DK, Dikkat Kaydırabilme Alt Ölçeği; ADE, Ayrıntıya Dikkat Etme Alt Ölçeği; İ, İletişim Alt Ölçeği; HG, Hayal Gücü Alt Ölçeği; T, Toplam; İÜBÖ, İçgörünün Üç Bileşeni Ölçeği

7. TARTIŞMA

Otistik özelliklerin popülasyondaki sürekli dağılımı ve OSB tanısı alan bireylerde birlikte ortaya çıkan psikososyal ve psikiyatrik zorlukların daha yüksek prevalansı göz önüne alındığında, resmi tanı ölçütlerine göre OSB tanısı konmamış olsa da daha fazla otizm özelliği sergileyen bireyler, daha ciddi psikiyatrik ve psikososyal sorunlara sahip olabilirler. Çalışmamız psikoz ve otizm kavramlarını boyutsal bakış açısıyla ele almış olup psikotik hasta grubunda otistik özelliklerin klinik açıdan önemini araştırmıştır. Otizm tanısı koymak gibi bir gayemiz olmadığı için otistik özellikler ile klinik özellikler arasındaki ilişkiyi incelerken otizm açısından herhangi bir kesme noktası belirleyip var ya da yok demekten ziyade bu özelliklerin şiddetini bir spektrum olarak ele aldık.

Ana hipotezimiz otistik özelliklerin belki de en önemli klinik sonuç olan işlevselliği olumsuz yönde etkileyeceği idi. İşlevselliği görüşmecinin değerlendirdiği PSP ve İGD ölçekleri ile değerlendirdik. Her iki ölçek ile değerlendirilen işlevsellik düzeyi ile otistik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf-orta düzeyde ilişki olduğu görüldü. Bir diğer önemli klinik sonuç olan yaşam kalitesi ile de otistik özellikler arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü orta şiddette bir ilişki olduğu görüldü. Bizim çalışmamız farklı tanılarla takip edilen fakat psikoz öyküsü açısından ortak paydaya sahip örneklemi ve otistik özellikleri yüksek/düşük veya var/yok olarak kategorize etmemesi açısından literatürdeki diğer çalışmalardan ayrılmaktadır.

Literatürde erişkin psikotik hasta grubunda otistik özellikleri inceleyen nispeten az sayıda araştırma mevcuttur. İlk atak psikozla gelen 99 hasta ile yapılan bir çalışmada otizm özelliklerinin (tanı eşiğinin altında olsa dahi) daha yüksek seviyelerinin, daha düşük yaşam kalitesi ve daha düşük işlevsellik ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu gösterilmiş (90). Chisholm ve arkadaşları tarafından gerçekleştirilen bir çalışmada ilk atak psikozu olan 99 hastada yüksek düzeyde otistik özellikler ile düşük işlevsellik ve yaşam kalitesi arasında ilişki gösterilmiştir (90). Vaskinn ve Abu-Akel şizofreni ve şizoaffektif bozukluk tanılı hastalardan oluşan bir grup psikotik hastada psikotik özellikler ve otistik özelliklerin eş zamanlı daha fazla oluşunun ilginç bir şekilde daha iyi işlevsellik düzeyi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir. Yazarlar bu durumu çapsal model ile açıklamıştır. Bu modele göre OSB ve psikoz spektrum bozuklukları etiyolojik ve fenotipik olarak tek boyutlu bir biliş ve davranış sürekliliğinin uç noktalarını temsil etmektedirler; OSB az gelişmiş sosyal biliş ve aşırı gelişmiş mekanik biliş ile ilişkiliyken

paranoid şizofreni aşırı ama anormal gelişmiş sosyal biliş ve az gelişmiş mekanik biliş ile ilişkilidir (130). Çapsal modeli destekleyen bazı veriler olsa da otizm ve psikozun oldukça sık birlikte görülmesi ve bazı etiyolojik faktörlerin her iki bozukluk için risk oluşturduğuna dair kanıtlar daha fazladır. Çapsal modeli çalışan başka bir araştırmada psikozlu bir popülasyonda, daha yüksek düzeydeki otizm özelliklerinin, semptomlar ve işlevsellik üzerinde iyileştirici bir etkiyle ilişkili olmadığı gösterilmiş (90, 131, 132). İlk atak psikoz hastalarında otistik özellikler ile bilişsel bozukluklar, işlevsellik ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilerin araştırılmasını amaçlayan bir çalışmada (133) 60 ilk atak psikoz hastası değerlendirilmiş ve otistik belirti şiddeti ile yürütücü işlevler ve işlevsellik arasında ters ilişki bulunurken, bizimkinden farklı olarak yaşam kalitesi ile anlamlı bir ilişki bulunmamış. Ziermans ve arkadaşları psikotik hastalarda otistik özelliklerin önemli ölçüde yüksek olduğunu ve sosyal işlevsellik ile olumsuz bir ilişkiye sahip olduğunu bildirmiştir (134). 361 şizofreni hastası ile yapılan bir çalışmada otistik özellikleri olmayanların daha iyi sosyal ve bilişsel işlevselliğe sahip olduğu gösterilmiştir(135). Klinik olmayan popülasyonda yapılan bir çalışmada otizm özellikleri, daha az başarılı başa çıkma tarzlarının aracılık ettiği daha düşük yaşam kalitesiyle ilişkilendirilmiştir (136).

Çalışmamızda otistik özellikler ile hastalık şiddetini yansıtan CGI puanı arasında pozitif yönlü anlamlı zayıf bir ilişki; pozitif belirti şiddeti ile otistik özellikler arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki ve negatif belirti şiddeti ile otistik özellikler arasında pozitif yönlü zayıf-orta şiddette bir ilişki olduğu gösterildi. 75 hasta ile yürütülen Barlati ve arkadaşlarının çalışmasında yüksek düzeyde otistik özelliklere sahip olanlar negatif belirtiler ve genel psikopatoloji açısından daha fazla psikopatoloji sergilerken pozitif belirtiler ve psikososyal işlevsellik açısından diğerlerinden farklı değildi (84). Negatif ve pozitif belirtilerin ortak fenotipleri nedeniyle otistik özelliklerden ayırt edilmesi zor olabilir. RDoC çerçevesinde değerlendirildiğinde otizmle klinik görünümleri örtüşen negatif ve pozitif semptomlar pekala benzer biyolojik mekanizmalardan kaynaklanabilir (137). Bir çalışmada, otizm veya şizofreni tanılı katılımcıların karmaşık sosyal bilişsel görevleri yerine getirirken kontrollere kıyasla sağ amigdala, fusiform yüz bölgesi ve ventrolateral prefrontal kortekste nöral aktivasyonlarının azaldığı gösterilmiş (138). Benzer klinik görünüm pekala ortak nöronal kökenlerden kaynaklı olabilir (139). Paralel şekilde psikotik atak sayısı ile otistik özellikler arasında pozitif yönlü zayıf bir ilişki bulduk. Otizm ile psikoz arasındaki ilişkiyi düşündüğümüzde bu bulgu şaşırtıcı değildir. Birçok çalışma psikotik deneyimler ile otistik özellikler arasındaki ilişkiyi vurgulamıştır; otizm spektrum bozukluğunda psikotik deneyim prevalansının %24 kadar yüksek olabileceği bildirilmektedir (140) . Otistik özelliklerin varlığının psikotik deneyimlerin

önemli bir belirleyicisi olabileceğini bildiren çeşitli çalışmalar vardır. OSB'li kişiler psikoz gelişimine karşı daha fazla hassasiyete sahip olabilir. Ayrıca yanlış pozitiflik olasılığı da vardır yani otizmli kişilerin küçük sesleri fark etme gibi bazı yönleri yanlışlıkla psikoz olarak etiketlenebilir. Gelecekteki çalışmaların bu benzer klinik görünümler arasındaki ilişkileri daha fazla incelemesi gerekmektedir. Şizofreni için en son tanı kriterleri, OSB tanısı varlığında şizofreninin dikkatli bir şekilde teşhis edilmesini önermektedir; bu bağlamda şizofreni tanısı ancak belirgin sanrılar veya halüsinasyonlar mevcutsa konmalıdır. Ancak otizmde yalnızca sanrıların varlığına dayanarak ek bir şizofreni tanısı koymak yine de gereksiz ve yanlış pozitif bir şizofreni tanısına yol açabilmektedir. Bizim bulgularımıza göre hastalık şiddeti, pozitif ve negatif belirti şiddeti otistik özellikler ile ilişkilidir. Psikoz ve otizmin örtüşen görünümleri gereği bu hasta grubunda farklı değerlendirme araçlarının araştırılması faydalı olabilir.

Çalışmamıza halihazırda kliniğimizde psikoz öyküsü ile takipli hastaları dahil ettik. Tanı grupları çalışmamızın tasarımı gereği merkezi önemde olmasa da otistik özellikler bazı tanı grupları arasında farklılık göstermekteydi. OSA toplam puanı ortalamalarına göre tanı grupları azalan sırayla OSB, şizoaffektif bozukluk, şizofreni, bipolar bozukluk şeklinde sıralandı. En az otistik özellik bipolar bozukluk grubunda; en fazla otistik özellik OSB grubunda olup şizoaffektif bozukluk ve şizofreni grupları ortada yer almaktaydı; şizofreni ve şizoaffektif bozukluk grupları arasında otistik özellikler açısından anlamlı fark yoktu. Literatürde genellikle aynı tanı grubundan hastalarla veya ilk atak psikoz hastalarıyla çalışılmış olup psikotik hasta grubunda farklı tanı gruplarıyla yapılan çalışma sayısı sınırlıdır. Bir çalışma (141) ilk atak psikozu olan Singapurlu hastalarda otistik özellikler ve bunların 1 yıllık takip sonuçları ile ilişkisini incelemiştir. Bu çalışmaya göre daha otistik özelliklere sahip olanların başlangıçta şizofreni ve sanrılı bozukluk tanılarına kıyasla psikotik özellikli duygudurum bozukluğu, kısa süreli psikotik bozukluk veya belirtilmemiş psikotik bozukluk tanılarına sahip olma olasılığı daha yüksekti. Ayrıca daha fazla otistik özelliğe sahip olanlar semptom şiddeti (GAF) ve genel psikopatoloji ölçeği (PANSS) puanları açısından 1 yıllık takipte daha az iyileşme gösterdiler. Bizim çalışmamızın boyutsal bakış açısı çerçevesinde gerek otizm gerekse diğer bozukluklar açısından tanı koyma veya önceden takipli tanıların değiştirilmesi gibi bir çabamız olmadı. Bu belki bir sınırlılık olarak ele alınabilir fakat hastaları belli bir tanı grubuna sokma çabalarının yapay ve gereksiz olduğu kanaatindeyiz. Ayrıca çalışmamızda komorbid psikiyatrik tanısı olanlar ile olmayanların OSA toplam puanı ortalamaları farklılık göstermiştir. Bizim örneklemimizde ek psikiyatrik tanısı olanların otistik özellikleri daha fazlaydı. Bu bulgu da otistik özelliklerin klinik tabloyu karmaşık hale getirerek ek tanı koyma eğiliminin artması olarak yorumlanabilir.

Diğer bir önemli klinik sonuç olan öznel tedavi yararı ve ilaç uyumu bulgularımıza bakacak olursak, otistik özellikler ile öznel tedavi yararı arasında negatif yönlü anlamlı zayıf bir ilişki bulduk. Yani bizim örneklemimizde otistik özellikler arttıkça tedaviden görülen fayda azalmakta gibi görünmektedir. Otizm tanılı hastaların antipsikotik tedaviden sınırlı yarar gördüğü bilinmektedir (142, 143), çalışmamızda otizm tanısı koyma çabamız olmasa da bulgularımız literatürle uyumlu olarak yorumlanabilir. Çalışmamızın başında otistik özellikler arttıkça öznel tedavi yararı azalacağından ilaç uyumunun da daha bozuk olacağını tahmin etmiştik. Fakat bulgularımızın bizi şaşırttığını itiraf etmeliyiz. İlaç uyumunu motivasyon ve bilgi düzeyi olarak ayrı ayrı değerlendirdik. İlaç kullanma motivasyonu daha yüksek olan grupta, düşük olana kıyasla daha fazla otistik özellik olduğunu ancak bilgi düzeyi yüksek ve düşük gruplar arasında otistik özellikler açısından fark olmadığını gördük. Bunu otistik özellikleri daha fazla olanların söylenilenleri harfiyen yerine getirme ve mükemmeliyetçilik eğilimlerinin fazla oluşunun bir sonucu olarak yorumladık. Bulgularımız baştaki hipotezimizi doğrulamasa da otizmin doğasını düşündüğümüzde kulağa mantıklı gelmektedir. Bildiğimiz kadarıyla psikotik hasta grubunda otistik özellikler ile ilaç uyumu ilişkisini araştıran başka bir çalışma bulunmamaktadır. Tedavi uyumsuzluğu psikotik bozukluklarda nüksün önemli bir nedenidir. Tedavi programlarına uymayan psikotik hastaların oranlarını değerlendiren çalışmalar, %24 ile %90 arasında değişen tahminlerle heterojen sonuçlar bildirmektedir (144). Bazı yazarlar tedaviye verilen erken öznel olumlu yanıtların, genel tedavi yanıtının ve uyumunun önemli bir belirleyicisi olduğu söylemektedir (145, 146). Fakat bizim bulgularımız literatürle bu yönden çelişiyor gibi görünmektedir. Bizim örneklemimizde ilaç kullanma motivasyonu yüksek olan grupta daha fazla otistik özellik olsa da otistik özellikler arttıkça subjektif tedavi yararı azalmaktadır. Öznel tedavi yararı ve ilaç uyumuyla alakalı genel geçer bazı bilgilerimiz bu hasta grubuna genellenemeyebilir.

Çalışmamızda otistik özellikler ile HAM-D toplam puanı arasında pozitif yönlü anlamlı zayıf düzeyde bir ilişki ile HAM-A toplam puanı arasında pozitif yönlü zayıf-orta şiddette bir ilişki olduğu gösterildi. Depresyon ve anksiyete hem otizm spektrum bozukluğunda hem de psikoz spektrum bozukluklarında yaygındır. Otizm spektrum bozukluğu olan gençlerin %14-20'sinin 18 yaşına kadar önemli bir depresif dönem yaşadığı bildirilmiştir (147). Benzer şekilde, şizofreni hastalarının %80 kadarı ciddi depresyon yaşayabilir ve bunun intihar da dahil olmak üzere uzun vadeli önemli sonuçları vardır (148).Klinik olmayan yetişkin popülasyonunda yapılan çalışmalar da otistik özellikler ile depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik durumlar arasındaki ilişkiye dair kanıtlar sağlamıştır (149, 150). Bir metaanalize göre OSB'li yetişkinler için mevcut ve yaşam boyu yaygınlığın toplu tahmini, herhangi bir anksiyete bozukluğu için

%27 ve %42 iken depresif bozukluk için %23 ve %37dir (151). Pine ve ark. tarafından yakın zamanda yapılan bir çalışmada gençlerde duygudurum ve anksiyete bozuklukları ile OSB semptomlarının birlikte görülme durumu değerlendirildi. Çeşitli duygudurum ve anksiyete bozuklukları olan 352 gencin ebeveynlerinden çocukları hakkında bilgi alındı. Duygudurum bozuklukları (örneğin majör depresif bozukluk, bipolar bozukluk ve şiddetli sinirlilik) olan gençlerin OSB semptom listelerinde anlamlı derecede daha yüksek puanları vardı (152). Birleşik Krallık'taki yetişkin nüfusun bir örneğinden elde edilen kesitsel verilere göre otistik ve psikotik özellikler, birbirinden bağımsız olarak, depresyonun, kendine zarar vermenin ve intihar eğiliminin önemli belirleyicileriydi (153). Bir dizi çalışma, yüksek düzeyde otistik özelliklere sahip bireylerin artan şiddette depresif belirtiler bildirdiğini göstermiştir (149, 154-156). İngiltere'de 381 üniversite öğrencisini kapsayan bir araştırma, otistik ve psikotik özelliklerin birlikte ortaya çıkmasının depresyon düzeylerinde anlamlı artışla ilişkili olduğunu öne sürmüştür (157). Bir çalışmada otistik özelliklerin intihar davranışını önemli ölçüde öngördüğü bildirilmiştir (158). Şizofrenide tamamlanmış intiharın yaşam boyu yaygınlığı %7 ile %10 arasında değişirken (159, 160); otizm spektrum bozukluğunda intihar davranışının yaygınlığı %11 ile %50 arasında değişmektedir (161). Bizim çalışmamızda intihar düşüncesi, bu düşüncelerin ciddiyeti, intihar davranışı ve gerçekleşmiş girişimlerin ciddiyeti görüşmeci tarafından ayrı ayrı değerlendirildi. Otistik özellikler ile güncel intihar davranışı hariç tüm intihar davranışı alt boyutları pozitif yönlü anlamlı zayıf bir ilişki gösteriyordu. Bulgularımız intihar davranışı ile otistik özellikler arasındaki ilişkiyi inceleyen önceki çalışmalarla nispeten uyumludur. İngiltere'de intihar sonucu ölenlerde otizm tanısı ve yüksek otistik özellikleri araştırmak amaçlı en yakın akrabalarıyla görüşmeler yapmış olan bir çalışmada intihar ile ölenlerde otizm tanısının (%10,8), genel nüfusta beklenen %1,1 yaygınlık oranından önemli ölçüde daha yüksek olduğunu bildirmiştir (162). Çalışmamızda güncel intihar davranışı ile otistik özellikler arasında anlamlı bir ilişki bulunmaması hali hazırda hayatta olanlarla görüşme yaptığımızdan kaynaklı olabilir, bu konuda daha fazla boylamsal takip çalışmasına ihtiyaç vardır.

Literatürde otizmin olumsuz yaşam olaylarına maruz kalma da dahil olmak üzere psikopatolojiye yönelik artan risk faktörleriyle ilişkisi olduğu gösterilmiştir (163). Bir çalışmada otizm özellikleri daha fazla olan bireyler daha yüksek oranda olumsuz yaşam olayı bildirmiştir (150). Bizim çalışmamızda hastanın çocukluk döneminde olumsuz bir olay yaşayıp yaşamamasına göre; OSA dikkati kaydırabilme puanı ortancaları farklılık göstermiştir (p=0,047). Çocukluk döneminde yaşadığı olumsuz bir olayı olmayanların puan ortancası 5 iken olanların puan ortancası 5,5 olarak elde edilmiştir. Bu bulgu hem klinik hem de klinik olmayan

örneklemlerde daha yüksek otistik özelliklere sahip olanların psikotik dekompansasyon veya diğer duygusal zorluklara onları yatkın hale getirebilecek daha yüksek düzeyde strese yatkınlık ve sosyal kırılganlıkları ile açıklanabilir (149, 157, 164). Bir çalışmada OSB tanılı 45 yetişkin ile 42 sağlıklı kontrol karşılaştırılmıştır. Otizmli grup çocuklukta mülkiyet suçu, kötü muamele, alay, duygusal zorbalık, akranlar tarafından cinsel saldırıya maruz kalma ve yetişkinlikte de daha fazla alay, duygusal zorbalık yaşadıklarını ve cinsel taciz mağduriyetlerinin daha fazla olduğunu bildirmiştir. Suç işleme açısından gruplar arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (165). Çalışmalar ayrıca otizmli çocukların yüksek oranlarda akran zorbalığına maruz kaldığını bildirmiştir (166, 167). Bizim çalışmamızda hastanın psikiyatrik belirtileri ile ilişkili adli olay yaşayıp yaşamamasına göre otistik özellikleri farklılık göstermezken; akran zorbalığına uğrayanlar daha fazla otistik özelliğe sahip gibi görünmektedir. OSBli kişilerin kişilerarası şiddete ilişkin deneyimlerini inceleyen literatür yetersizdir ancak mevcut bizlgilerimizle çocuklukta kötü muamele, zorbalık ve cinsel mağduriyet riskinin arttığı söylenebilir (167-169). Artan sosyal kırılganlıkları otizmli bireyleri akran zorbalığı, istismar gibi tehlikelere yatkın hale getirmektedir, tedavi programlarının bu sorunlara yardımcı olacak şekilde düzenlenmesi hasta için büyük faydalar sağlayabilir.

Bazı yazarlar otistik popülasyondaki duygusal zorlukların aslında otizmin bir özelliğinden ziyade, sıklıkla otizmle birlikte ortaya çıkan bir durum olan aleksitimi ile ilişkilendirilebileceğini savunmaktadır (170). Aleksitimi, duyguları tanımlama ve iletmedeki zorluğu tanımlar. Aleksitiminin görülme sıklığı özellikle otistik popülasyonda yüksektir; %40 ile 65 arasında oranlar bildiren çalışmalar vardır (171, 172). Aleksitimi, bir dizi nöropsikiyatrik bozuklukta tanısal yaygınlık kazanan ve özellikle OSB ile yüksek düzeyde örtüşen, değişen duygusal farkındalıkla karakterize edilen bir kişilik yapısıdır. Aleksitiminin otistik davranışların hem nedeni hem de sonucu olduğuna dair görüşler vardır (173). Bildiğimiz kadarı ile psikotik hasta grubunda otistik özellikler ile aleksitimi arasındaki ilişki daha önce araştırılmamıştır. Bizim çalışmamızda otistik özellikler ile aleksitimi arasında pozitif yönlü zayıf-orta şiddette anlamlı bir ilişki vardı. Yüksek otizm özelliklerine sahip bireylerde, daha yüksek aleksitimi seviyeleri erken yardım aramayı engelleyebilir, bu da psikopatolojinin eksik tanınmasına, tedavi edilmeyen hastalık süresinin uzamasına ve daha ciddi klinik sonuçlara yol açabilir(90). Aleksitimi OSB'li bireylerin akrabalarında da yaygındır ve geniş otizm fenotipinin bir unsurunu oluşturuyor olabilir(174).

İfade edilen duygu, ailenin duygusal iklimini ölçer ve çeşitli tıbbi ve psikiyatrik durumlarda gidişin öngörüsünü sağlayabilir. Bir çalışma; 18 aylık bir süre boyunca otizmli

ergen veya yetişkin çocuğuyla birlikte yaşayan 149 anneden oluşan bir örneklemde duyguların yüksek düzeyde ifade edilmesinin çocuklarda uyumsuz davranış düzeylerinin artmasıyla ve zamanla daha şiddetli otizmin belirtileriyle ilişkili olduğunu göstermiştir. Otizm karmaşık bir bozukluk olsa da davranışsal fenotipin şekillenmesinde aile ortamının etkisi göz ardı edilmemelidir (175). Bir derleme ailede yüksek düzeyde duygusal tepki ve/veya eleştirinin, otizmli ergenlerde ağırlıklı olarak davranışsal veya dışsallaştırma sorunlarıyla ilişkili olduğunu bildirmiştir (176). Bizim çalışmamızda aile eleştirelliği ile; OSA dikkat kaydırabilme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı pozitif yönlü zayıf bir ilişki gösterilmiştir ancak bu konuda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda hastalarla yaptığımız detaylı anamnez görüşmeleri sonucunda elde ettiğimiz veriler ile otistik özelliklerin ilişkisine baktığımızda psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkma yaşı ile OSA dikkat kaydırabilme alt boyut puanı arasında istatistiksel olarak anlamlı negatif yönlü zayıf bir ilişki olduğu gösterildi ancak ilk psikiyatri başvuru yaşı, ilk psikotik belirtiler ile antipsikotik ilaç başlanması arasında geçen süre, psikiyatri servisi yatış sayısı ve süresi, cinsiyet, medeni durum, çocuk sahibi olma veya olmama, alkol madde kullanımı, mevcut antipsikotik ilaç ve içgörü düzeyi ile otistik özellikler arasında anlamlı bir ilişki gösteremedik. Otistik özellikler ile bu demografik ve klinik özelliklere ilişkin çalışma bulguları oldukça sınırlıdır. Psikotik semptomların tanınması ve erken müdahalesi, psikozun tedavisinde çok önemli olduğundan, son yıllarda ilk psikotik belirtiler ile antipsikotik ilaç başlanması arasında geçen süreye (DUP) özel bir ilgi duyulmuştur. Yakın zamanda ilk atak psikoz hastalarıyla yürütülen bir çalışmada psikotik belirtiler ile antipsikotik ilaç başlanması arasında geçen süre ile otistik özellikler arasında bir ilişki gösterilememiştir(133). Bu konuda daha geniş örnekleme sahip çalışmalar yol gösterici olacaktır.

Çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık olup olmamasına göre OSA dikkati kaydırabilme ve iletişim alt ölçek puan ortancaları farklılık göstermekteydi. Otizmli bireylerin aile üyeleri arasında yüksek sıklıkta psikiyatrik bozukluklar ve farklı kişilik özellikleri bildiren, otizmli çocukların ebeveynlerinin ruhsal bir bozukluk nedeniyle hastaneye yatırılma olasılığının daha fazla olduğunu bildiren başka çalışmalar (177-179) düşünüldüğünde bu bulgu literatürle uyumludur.

Sigara kullanımına göre OSA iletişim alt ölçek puanı ortancaları anlamlı farklılık göstermiş olup kullanmayanların puan ortancası 4 iken kullananların puan ortancası 3 olarak elde edilmiştir. Yani sigara kullananlar OSA iletişim alt ölçek puanına göre daha az otistik

özellik bildirmiştir. Psikiyatri hastalarında sigara içme yaygınlığı üzerine yapılan çalışmalarda özellikle şizofreni hastalarında yüksek oranlar bildirilmiştir (180, 181). Şizofreni hastalarının tersine OSB tanılı hastalarda sigara içme prevalansının son derece düşük olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (182). Bildiğimiz kadarıyla literatürde psikotik hastalarda sigara içme durumunun otistik özellikler ile ilişkisini inceleyen başka bir çalışma bulunmamaktadır. Bu konuda daha fazla çalışma yapılması bu hasta grubundaki büyük problemlerden biri olan sigara bağımlılığı konusunda atılacak adımlar açısından kıymetli olacaktır.

Çalışmamızın güçlü yönleri; otistik özelliklerin bir spektrum olarak ele alınması ve farklı boyutlarıyla değerlendirilmesi, ölçeklerin önemli bir kısmının araştırmacı tarafından doldurulması, belli özelliklere odaklanmaktan ziyade hastayla detaylı bir şekilde görüşülüp anamnez alınması şeklinde sıralanabilir. Bu çalışma psikotik hasta grubunda otistik özellikleri farklı boyutlarıyla ele alan ve bunun klinik önemini inceleyen az sayıdaki çalışmadan biridir. Bunlarla birlikte bazı kısıtlılıklar da bulunmaktadır. Öncelikle örtüşen klinik görünümler nedeniyle kullanılan ölçüm araçları belki bu hasta grubu için uygun olmayabilir fakat halihazırda bu konuda ideal bir ölçüm aracı geliştirilememiştir, bu konuda daha fazla çalışma yapılmalıdır. Kullanılan ölçüm araçlarından bazılarının özbildirim ölçeği olması çalışmanın diğer bir sınırlılığı olarak sayılabilir. Son olarak çalışma kesitsel bir çalışmadır, sonuçlar üzerinden bir nedensellik ilişkisi kurmak mümkün değildir. Bu konuda uzunlamasına çalışmalar yapılmalıdır.

8. SONUÇ VE ÖNERİLER

Otizm kavramı psikiyatri literatürüne şizofreni ile birlikte girmesine ve pek çok yönden örtüşmelerine rağmen uzun yıllardır bu iki kavramı birbirinden ayırt etme çabaları sürmektedir. Hastalığa bir isim verme çabası çoğu kez hasta açısından önem arz etmemektedir. Otizm ve psikoz spektrumunu birbirinden ayırt etmeye çalışmaktan ziyade örtüşen yönlerini ve bunların hasta açısından ne anlama geldiğini anlayabilmenin kıymetli olduğunu savunuyoruz.

Çalışmamız belli bir tanı grubuna bağlı kalmaktan ziyade psikoz spektrumundaki hasta grubunda otistik özelliklerin (OSB tanısı koyma çabası olmaksızın) işlevsellik, yaşam kalitesi, intihar davranışı, ilaç uyumu gibi kritik öneme sahip klinik sonuçlar üzerindeki etkisini kapsamlı bir şekilde incelemiştir. Hem bulgularımıza hem de artan literatüre dayanarak otizmin tanı düzeyinde olmasa dahi bu hasta grubunda daha sık olduğunu ve zaten heterojen olan görünümü daha da karmaşık hale getirdiğini söyleyebiliriz. Otistik bir boyut zihinsel bozuklukların temelinde olabilir veya psikopatolojik yatkınlığa katkıda bulunabilir.

Psikotik hasta grubunda otistik özellikleri tanımak, takip ve tedavi sürecinin bu bireyler için uyarlanmış müdahaleleri içerecek şekilde düzenlenmesini sağlayabilir. Mevcut durumda önemli ihtiyaçlardan biri de bu hasta grubuna yönelik geliştirilecek otistik özellikleri tanıma araçlarıdır. Konuya son dönemde nispeten artan bir ilgi olsa da gerek hastalar gerekse aileleri açısından karşılanmamış ihtiyaçlar düşünüldüğünde hala hak ettiği değeri görmemektedir. Bu konuda geniş örneklemleri kapsayan uzunlamasına çalışmalara ihtiyaç vardır.

9. KAYNAKLAR

1. Guloksuz S, van Os J. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. Psychological medicine. 2018;48(2):229-44.

2. Billeci L, Calderoni S, Conti E, Gesi C, Carmassi C, Dell'Osso L, et al. The broad autism (endo) phenotype: neurostructural and neurofunctional correlates in parents of individuals with autism spectrum disorders. Frontiers in neuroscience. 2016;10:346.

3. Chisholm K, Lin A, Abu-Akel A, Wood SJ. The association between autism and schizophrenia spectrum disorders: A review of eight alternate models of co-occurrence. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2015;55:173-83.

4. Ivleva E, Taminga C. Psychosis as a defining dimension in schizophrenia in: Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P, editors. Kaplan and Sadock's Com-prehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Wolters Kluwer. Lippincott Williams & Wilkins; 2009.

5. Arciniegas DB. Psychosis. Continuum: Lifelong Learning in Neurology. 2015;21(3 Behavioral Neurology and Neuropsychiatry):715.

6. Dikeos DG, Wickham H, McDonald C, Walshe M, Sigmundsson T, Bramon E, et al. Distribution of symptom dimensions across Kraepelinian divisions. The British Journal of Psychiatry. 2006;189(4):346-53.

7. Healy D, Harris M, Farquhar F, Tschinkel S, Le Noury J. Historical overview: Kraepelin’s impact on psychiatry. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2008;258:18-24.

8. Jablensky A, Hugler H, Von Cranach M, Kalinov K. Kraepelin revisited: a reassessment and statistical analysis of dementia praecox and manic-depressive insanity in 1908. Psychological Medicine. 1993;23(4):843-58.

9. Kraepelin E. Dementia praecox and paraphrenia. (No Title). 1971.

10. Bleuler E. Dementia praecox or the group of schizophrenias. 1950.

11. Jablensky A. The diagnostic concept of schizophrenia: its history, evolution, and future prospects. Dialogues in clinical neuroscience. 2010.

12. Schneider K. Clinical psychopathology: Grune & Stratton; 1959.

13. Wing JK, Cooper JE, Sartorius N. Measurement and classification of psychiatric symptoms: An instruction manual for the PSE and CATEGO program: Cambridge University Press; 2012.

14. Craddock N, Owen MJ. Rethinking psychosis: the disadvantages of a dichotomous classification now outweigh the advantages. World Psychiatry. 2007;6(2):84.

15. Keshavan MS, Nasrallah HA, Tandon R. Schizophrenia,"Just the Facts" 6. Moving ahead with the schizophrenia concept: from the elephant to the mouse. Schizophrenia research. 2011;127(1-3):3-13.

16. Tandon R. The nosology of schizophrenia: toward DSM-5 and ICD-11. Psychiatric Clinics. 2012;35(3):557-69.

17. Fusar-Poli P, Cappucciati M, Rutigliano G, Heslin M, Stahl D, Brittenden Z, et al. Diagnostic stability of ICD/DSM first episode psychosis diagnoses: meta-analysis. Schizophrenia Bulletin. 2016;42(6):1395-406.

18. Frances AJ, Widiger T. Psychiatric diagnosis: Lessons from the DSM-IV past and cautions for the DSM-5 future. Annual review of clinical psychology. 2012;8:109-30.

19. van Os J, Kapur S. Schizophrenia Lancet, 374 (9690)(2009). View PDF View article View in Scopus.635-45.

20. Bentall RP, Fernyhough C. Social predictors of psychotic experiences: specificity and psychological mechanisms. Schizophrenia bulletin. 2008;34(6):1012-20.

21. Crow T. The continuum of psychosis and its genetic origins. The British Journal of Psychiatry. 1990;156(6):788-97.

22. Teichmann G. The influence of Karl Kleist on the nosology of Karl Leonhard. Psychopathology. 1990;23(4-6):267-76.

23. Crow TJ. The two-syndrome concept: origins and current status. Schizophrenia bulletin. 1985;11(3):471-88.

24. Andreasen NC, Olsen S. Negative v positive schizophrenia: Definition and validation. Archives of general psychiatry. 1982;39(7):789-94.

25. Carpenter Jr WT, Heinrichs DW, Wagman AM. Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. The American journal of psychiatry. 1988;145(5):578-83.

26. van Os J, Guloksuz S, Vijn TW, Hafkenscheid A, Delespaul P. The evidence-based group-level symptom-reduction model as the organizing principle for mental health care: time for change? World Psychiatry. 2019;18(1):88-96.

27. Mancuso SG, Morgan VA, Mitchell PB, Berk M, Young A, Castle DJ. A comparison of schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder: Results from the Second Australian national psychosis survey. Journal of affective disorders. 2015;172:30-7.

28. Lichtenstein P, Yip BH, Björk C, Pawitan Y, Cannon TD, Sullivan PF, Hultman CM. Common genetic determinants of schizophrenia and bipolar disorder in Swedish families: a population-based study. The Lancet. 2009;373(9659):234-9.

29. Guloksuz S, van Os J, Rutten BP. The exposome paradigm and the complexities of environmental research in psychiatry. JAMA psychiatry. 2018;75(10):985-6.

30. Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness–persistence–impairment model of psychotic disorder. Psychological medicine. 2009;39(2):179-95.

31. Van Os J, Reininghaus U. Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. World Psychiatry. 2016;15(2):118-24.

32. Schizophrenia ENoNNsG-EIi. Identifying gene-environment interactions in schizophrenia: contemporary challenges for integrated, large-scale investigations. Schizophrenia bulletin. 2014;40(4):729-36.

33. Guloksuz S, Pries LK, Delespaul P, Kenis G, Luykx JJ, Lin BD, et al. Examining the independent and joint effects of molecular genetic liability and environmental exposures in schizophrenia: results from the EUGEI study. World Psychiatry. 2019;18(2):173-82.

34. Van Os J, Pries L-K, Delespaul P, Kenis G, Luykx JJ, Lin BD, et al. Replicated evidence that endophenotypic expression of schizophrenia polygenic risk is greater in healthy siblings of patients compared to controls, suggesting gene–environment interaction. The EUGEI study. Psychological medicine. 2020;50(11):1884-97.

35. Kelleher I, Connor D, Clarke MC, Devlin N, Harley M, Cannon M. Prevalence of psychotic symptoms in childhood and adolescence: a systematic review and meta-analysis of population-based studies. Psychological medicine. 2012;42(9):1857-63.

36. Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM, O'Hare A, Spellman M, Walsh D. The Roscommon Family Study: III. Schizophrenia-related personality disorders in relatives. Archives of general psychiatry. 1993;50(10):781-8.

37. Cuthbert BN, Insel TR. Toward the future of psychiatric diagnosis: the seven pillars of RDoC. BMC medicine. 2013;11(1):1-8.

38. Silbersweig D, Loscalzo J. Precision psychiatry meets network medicine: network psychiatry. JAMA psychiatry. 2017;74(7):665-6.

39. Clementz BA, Sweeney JA, Hamm JP, Ivleva EI, Ethridge LE, Pearlson GD, et al. Identification of distinct psychosis biotypes using brain-based biomarkers. American Journal of Psychiatry. 2016;173(4):373-84.

40. Narayanan B, Soh P, Calhoun V, Ruaño G, Kocherla M, Windemuth A, et al. Multivariate genetic determinants of EEG oscillations in schizophrenia and psychotic bipolar disorder from the BSNIP study. Translational psychiatry. 2015;5(6):e588-e.

41. Kotov R, Krueger RF, Watson D, Cicero DC, Conway CC, DeYoung CG, et al. The Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP): A quantitative nosology based on consensus of evidence. Annual review of clinical psychology. 2021;17:83-108.

42. Ruggero CJ, Kotov R, Hopwood CJ, First M, Clark LA, Skodol AE, et al. Integrating the Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) into clinical practice. Journal of consulting and clinical psychology. 2019;87(12):1069.

43. Mościcki EK, Clarke DE, Kuramoto SJ, Kraemer HC, Narrow WE, Kupfer DJ, Regier DA. Testing DSM-5 in routine clinical practice settings: feasibility and clinical utility. Psychiatric Services. 2013;64(10):952-60.

44. Baron-Cohen S. Autism «Autos»: Literally. The Lost Self: Pathologies of the Brain and Identity: Pathologies of the Brain and Identity. 2005:166-80.

45. Dell'Osso L, Dalle Luche R, Gesi C, Moroni I, Carmassi C, Maj M. From Asperger's autistischen psychopathen to DSM-5 autism spectrum disorder and beyond: a

subthreshold autism spectrum model. Clinical practice and epidemiology in mental health: CP & EMH. 2016;12:120.

46. Bleuler E. Autistic thinking. Organization and pathology of thought: Selected sources: Columbia University Press; 1951. p. 399-437.

47. Volkmar FR, Reichow B. Autism in DSM-5: progress and challenges. Molecular autism. 2013;4:1-6.

48. Atbaşoğlu EC. Otizm spektrum bozukluğunun yetişkinlikteki teşhisi. Noro-Psikyatri Arsivi. 2020;57(1):1-2.

49. Baron-Cohen S. Autism and Asperger syndrome: OUP Oxford; 2008.

50. Kanner L. Autistic disturbances of affective contact. Nervous child. 1943;2(3):217-50.

51. Chown N, Hughes L. History and first descriptions of autism: Asperger versus Kanner revisited. Journal of autism and developmental disorders. 2016;46:2270-2.

52. Yates K, Le Couteur A. Diagnosing autism/autism spectrum disorders. Paediatrics and Child Health. 2016;26(12):513-8.

53. Atbaşoğlu EC. Autism spectrum disorder as an initial diagnosis in adults. Archives of Neuropsychiatry. 2020;57(1):1.

54. Ghaziuddin M. Autism in mental retardation. Current opinion in psychiatry. 2000;13(5):481-4.

55. Howlin P, Moss P. Adults with autism spectrum disorders. The Canadian Journal of Psychiatry. 2012;57(5):275-83.

56. Corrigan NM, Shaw DW, Estes AM, Richards TL, Munson J, Friedman SD, et al. Atypical developmental patterns of brain chemistry in children with autism spectrum disorder. JAMA psychiatry. 2013;70(9):964-74.

57. Takara K, Kondo T. Autism spectrum disorder among first-visit depressed adult patients: diagnostic clues from backgrounds and past history. General Hospital Psychiatry. 2014;36(6):737-42.

58. Odent M. Autism and anorexia nervosa: Two facets of the same disease? Medical Hypotheses. 2010;75(1):79-81.

59. Hirvikoski T, Boman M, Chen Q, D'Onofrio B, Mittendorfer-Rutz E, Lichtenstein P, et al. Individual risk and familial liability for suicide attempt and suicide in autism: a population-based study. Psychological medicine. 2020;50(9):1463-74.

60. Hedley D, Uljarević M. Systematic review of suicide in autism spectrum disorder: current trends and implications. Current Developmental Disorders Reports. 2018;5:65-76.

61. Kato K, Mikami K, Akama F, Yamada K, Maehara M, Kimoto K, et al. Clinical features of suicide attempts in adults with autism spectrum disorders. General hospital psychiatry. 2013;35(1):50-3.

62. Zeidan J, Fombonne E, Scorah J, Ibrahim A, Durkin MS, Saxena S, et al. Global prevalence of autism: A systematic review update. Autism research. 2022;15(5):778-90.

63. Fombonne E. The rising prevalence of autism. Wiley Online Library; 2018. p. 717-20.

64. Dell'Osso L, Dalle Luche R, Maj M. Adult autism spectrum as a transnosographic dimension. CNS spectrums. 2016;21(2):131-3.

65. Sucksmith E, Roth I, Hoekstra RA. Autistic traits below the clinical threshold: re-examining the broader autism phenotype in the 21st century. Neuropsychology review. 2011;21:360-89.

66. De Groot K, Van Strien JW. Evidence for a broad autism phenotype. Advances in Neurodevelopmental Disorders. 2017;1:129-40.

67. Carpita B, Carmassi C, Calderoni S, Muti D, Muscarella A, Massimetti G, et al. The broad autism phenotype in real-life: clinical and functional correlates of autism spectrum symptoms and rumination among parents of patients with autism spectrum disorder. CNS spectrums. 2020;25(6):765-73.

68. Rapoport J, Chavez A, Greenstein D, Addington A, Gogtay N. Autism spectrum disorders and childhood-onset schizophrenia: clinical and biological contributions to a relation revisited. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2009;48(1):10-8.

69. Asperger H, Frith UT. 'Autistic psychopathy'in childhood. 1991.

70. Rutter M. Childhood schizophrenia reconsidered. Journal of Autism & Childhood Schizophrenia. 1972.

71. Kolvin I. Studies in the childhood psychoses I. Diagnostic criteria and classification. The British Journal of Psychiatry. 1971;118(545):381-4.

72. Lugo Marin J, Alviani Rodriguez-Franco M, Mahtani Chugani V, Magan Maganto M, Diez Villoria E, Canal Bedia R. Prevalence of schizophrenia spectrum disorders in average-IQ adults with autism spectrum disorders: a meta-analysis. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2018;48:239-50.

73. Lugo-Marin J, Magan-Maganto M, Rivero-Santana A, Cuellar-Pompa L, Alviani M, Jenaro-Rio C, et al. Prevalence of psychiatric disorders in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. Research in Autism Spectrum Disorders. 2019;59:22-33.

74. Zheng Z, Zheng P, Zou X. Association between schizophrenia and autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. Autism Research. 2018;11(8):1110-9.

75. Lai M-C, Kassee C, Besney R, Bonato S, Hull L, Mandy W, et al. Prevalence of co-occurring mental health diagnoses in the autism population: a systematic review and meta-analysis. The Lancet Psychiatry. 2019;6(10):819-29.

76. Varcin KJ, Herniman SE, Lin A, Chen Y, Perry Y, Pugh C, et al. Occurrence of psychosis and bipolar disorder in adults with autism: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience & Biobehavioral Reviews. 2022;134:104543.

77. van der Linden K, Simons C, van Amelsvoort T, Marcelis M. Lifetime and momentary psychotic experiences in adult males and females with an autism spectrum disorder. Frontiers in Psychiatry. 2020;11:766.

78. Kyriakopoulos M, Stringaris A, Manolesou S, Radobuljac MD, Jacobs B, Reichenberg A, et al. Determination of psychosis-related clinical profiles in children with autism spectrum disorders using latent class analysis. European child & adolescent psychiatry. 2015;24:301-7.

79. Larson FV, Wagner AP, Chisholm K, Reniers RL, Wood SJ. Adding a dimension to the dichotomy: affective processes are implicated in the relationship between autistic and schizotypal traits. Frontiers in Psychiatry. 2020;11:712.

80. Dardani C, Schalbroeck R, Madley-Dowd P, Jones HJ, Strelchuk D, Hammerton G, et al. Childhood Trauma As a Mediator of the Association Between Autistic Traits and Psychotic Experiences: Evidence From the Avon Longitudinal Study of Parents and Children Cohort. Schizophrenia Bulletin. 2023;49(2):364-74.

81. Karakoç Demirkaya S, Tutkunkardaş MD, Mukaddes NM. Assessment of suicidality in children and adolescents with diagnosis of high functioning autism spectrum disorder in a Turkish clinical sample. Neuropsychiatric disease and treatment. 2016:2921-6.

82. Kõlves K, Fitzgerald C, Nordentoft M, Wood SJ, Erlangsen A. Assessment of suicidal behaviors among individuals with autism spectrum disorder in Denmark. JAMA Network Open. 2021;4(1):e2033565-e.

83. Kincaid DL, Doris M, Shannon C, Mulholland C. What is the prevalence of autism spectrum disorder and ASD traits in psychosis? A systematic review. Psychiatry research. 2017;250:99-105.

84. Barlati S, Deste G, Gregorelli M, Vita A. Autistic traits in a sample of adult patients with schizophrenia: prevalence and correlates. Psychological Medicine. 2019;49(1):140-8.

85. Treise C, Simmons C, Marshall N, Painter M, Perez J. Autism spectrum disorder in early intervention in psychosis services: implementation and findings of a 3-step screening and diagnostic protocol. Journal of Psychiatric Practice®. 2021;27(1):23-32.

86. De Crescenzo F, Postorino V, Siracusano M, Riccioni A, Armando M, Curatolo P, Mazzone L. Autistic symptoms in schizophrenia spectrum disorders: a systematic review and meta-analysis. Frontiers in psychiatry. 2019;10:78.

87. Schalbroeck R, Foss-Feig JH, Jutla A, Ziermans TB. Integrating neuropsychological research on autism and psychosis to improve clinical outcomes. Nature Reviews Psychology. 2023:1-17.

88. Ziermans T, Schirmbeck F, Oosterwijk F, Geurts H, de Haan L. Genetic Risk and Outcome of Psychosis (GROUP) Investigators. Autistic traits in psychotic disorders: prevalence, familial risk, and impact on social functioning. Psychol Med. 2020:1-10.

89. Isvoranu A-M, Ziermans T, Schirmbeck F, Borsboom D, Geurts HM, de Haan L, Jim GIvATB-VAASCJvO. Autistic symptoms and social functioning in psychosis: a network approach. Schizophrenia Bulletin. 2022;48(1):273-82.

90. Chisholm K, Pelton M, Duncan N, Kidd K, Wardenaar KJ, Upthegrove R, et al. A cross-sectional examination of the clinical significance of autistic traits in individuals experiencing a first episode of psychosis. Psychiatry research. 2019;282:112623.

91. American Psychiatric Association A, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV: American psychiatric association Washington, DC; 1994.

92. Mouridsen S, Rich B, Isager T. Psychiatric disorders in adults diagnosed as children with atypical autism. A case control study. Journal of neural transmission. 2008;115:135-8.

93. Solomon M, Olsen E, Niendam T, Ragland JD, Yoon J, Minzenberg M, Carter CS. From lumping to splitting and back again: atypical social and language development in individuals with clinical-high-risk for psychosis, first episode schizophrenia, and autism spectrum disorders. Schizophrenia research. 2011;131(1-3):146-51.

94. Read J. Reliability and validity. Models of madness: Psychological, social and biological approaches to psychosis. 2013;47.

95. Singh JP, Serper M, Reinharth J, Fazel S. Structured assessment of violence risk in schizophrenia and other psychiatric disorders: a systematic review of the validity, reliability, and item content of 10 available instruments. Schizophrenia bulletin. 2011;37(5):899-912.

96. Fromer M, Roussos P, Sieberts SK, Johnson JS, Kavanagh DH, Perumal TM, et al. Gene expression elucidates functional impact of polygenic risk for schizophrenia. Nature neuroscience. 2016;19(11):1442-53.

97. St Pourcain B, Robinson EB, Anttila V, Sullivan BB, Maller J, Golding J, et al. ASD and schizophrenia show distinct developmental profiles in common genetic overlap with population-based social communication difficulties. Molecular psychiatry. 2018;23(2):263-70.

98. Kushima I, Aleksic B, Nakatochi M, Shimamura T, Okada T, Uno Y, et al. Comparative analyses of copy-number variation in autism spectrum disorder and schizophrenia reveal etiological overlap and biological insights. Cell reports. 2018;24(11):2838-56.

99. Zarrei M, Burton CL, Engchuan W, Young EJ, Higginbotham EJ, MacDonald JR, et al. A large data resource of genomic copy number variation across neurodevelopmental disorders. NPJ genomic medicine. 2019;4(1):26.

100. Davidson C, Greenwood N, Stansfield A, Wright S. Prevalence of A sperger syndrome among patients of an E arly I ntervention in P sychosis team. Early Intervention in Psychiatry. 2014;8(2):138-46.

101. Barneveld PS, Pieterse J, de Sonneville L, van Rijn S, Lahuis B, van Engeland H, Swaab H. Overlap of autistic and schizotypal traits in adolescents with autism spectrum disorders. Schizophrenia research. 2011;126(1-3):231-6.

102. Esterberg ML, Trotman HD, Brasfield JL, Compton MT, Walker EF. Childhood and current autistic features in adolescents with schizotypal personality disorder. Schizophrenia research. 2008;104(1-3):265-73.

103. Martinez G, Alexandre C, Mam-Lam-Fook C, Bendjemaa N, Gaillard R, Garel P, et al. Phenotypic continuum between autism and schizophrenia: Evidence from the Movie for the Assessment of Social Cognition (MASC). Schizophrenia research. 2017;185:161-6.

104. Sasson NJ, Pinkham AE, Weittenhiller LP, Faso DJ, Simpson C. Context effects on facial affect recognition in schizophrenia and autism: behavioral and eye-tracking evidence. Schizophrenia bulletin. 2016;42(3):675-83.

105. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, Martin J, Clubley E. The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from asperger syndrome/high-functioning autism, malesand females, scientists and mathematicians. Journal of autism and developmental disorders. 2001;31:5-17.

106. Köse S, Bora E, Erermis S, Aydin C. Otizm-Spektrum Anketi Türkçe formunun psikometrik özellikleri*/Psychometric features of Turkish version of Autism-Spectrum Quotient. Anadolu Psikiyatri Dergisi. 2010;11(3):253.

107. Koelkebeck K, Pedersen A, Suslow T, Kueppers KA, Arolt V, Ohrmann P. Theory of Mind in first-episode schizophrenia patients: correlations with cognition and personality traits. Schizophrenia research. 2010;119(1-3):115-23.

108. Lugnegård T, Hallerbäck MU, Gillberg C. Asperger syndrome and schizophrenia: Overlap of self-reported autistic traits using the Autism-spectrum Quotient (AQ). Nordic journal of psychiatry. 2015;69(4):268-74.

109. Wouters SG, Spek AA. The use of the Autism-spectrum Quotient in differentiating high-functioning adults with autism, adults with schizophrenia and a neurotypical adult control group. Research in Autism Spectrum Disorders. 2011;5(3):1169-75.

110. Morosini P, Magliano L, Brambilla La, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM-IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social funtioning. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2000;101(4):323-9.

111. Aydemir Ö, Üçok A, Esen-Danaci A, Canpolat T, Karadayı G, Emiroğlu B, Sariöz F. Bireysel ve Sosyal Performans Ölçeği'nin Türkçe Sürümünün Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni. 2009;19(2).

112. Patterson DA, Lee M-S. Field trial of the Global Assessment of Functioning Scale—Modified. The American journal of psychiatry. 1995.

113. Guy W. ECDEU assessment manual for psychopharmacology: US Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service …; 1976.

114. Kay SR, Fiszbein A, Opler LA. The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophrenia bulletin. 1987;13(2):261-76.

115. Kostakoglu A, Batur S, Tiryaki A, Gogus A. Reliability and validity of the Turkish version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). Turk Psikoloji Dergisi. 1999;14(44).

116. Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. British journal of medical psychology. 1959.

117. Ölçeği D. değerlendiriciler arası güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi. 1998;9:114-7.

118. Hamilton M. The Hamilton Depression Scale—accelerator or break on antidepressant drug discovery. Psychiatry. 1960;23(1):56-62.

119. Zimmerman M, Martinez JH, Young D, Chelminski I, Dalrymple K. Severity classification on the Hamilton depression rating scale. Journal of affective disorders. 2013;150(2):384-8.

120. Gunes A, Kilincaslan A, Eskin M. Psychometric properties of the Turkish version of Columbia-Suicide Severity Rating Scale among 12-18 year-old adolescents in Turkey. Age. 2015;15:1.33.

121. Posner K, Brent D, Lucas C, Gould M, Stanley B, Brown G, et al. Columbia-suicide severity rating scale. Columbia University Medical Center. 2008.

122. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical care. 1986:67-74.

123. Wang Y, Lee J, Toh M, Tang W, Ko Y. Validity and reliability of a self-reported measure of medication adherence in patients with type 2 diabetes mellitus in Singapore. Diabetic Medicine. 2012;29(9):e338-e44.

124. Vural B, Acar ÖT, Topsever P, Filiz TM. Modifiye Morisky ölçeğinin türkçe geçerlilik güvenilirlik çalışması. The Journal of Turkish Family Physician. 2012;3(4):17-20.

125. ASLAN S, Karakılıç H, Işıklı S, COŞAR B, Işık E. İçgörünün üç bileşenini değerlendirme ölçeği: güvenirlik ve geçerlik çalışması. Türki'xxde Psikiyatri. 2001;3(1).

126. David A, Buchanan A, Reed A, Almeida O. The assessment of insight in psychosis. The British Journal of Psychiatry. 1992;161(5):599-602.

127. Fidaner H, Elbi H, Fidaner C, Eser S, Eser E, Göker E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi. Whoqol-100 ve Whoqol-Bref 3p Dergisi. 1999;7(Suppl 2):5-13.

128. Bagby M, Taylor GJ, Ryan D. Toronto Alexithymia Scale: Relationship with personality and psychopathology measures. Psychotherapy and Psychosomatics. 1986;45(4):207-15.

129. Güleç H, Köse S, Güleç MY, Çitak S, Evren C, Borckardt J, Sayar K. Reliability and factorial validity of the Turkish version of the 20-item Toronto alexithymia scale (TAS-20). Psychiatry and Clinical Psychopharmacology. 2009;19(3):214.

130. Vaskinn A, Abu-Akel A. The interactive effect of autism and psychosis severity on theory of mind and functioning in schizophrenia. Neuropsychology. 2019;33(2):195.

131. Abu-Akel AM, Apperly IA, Wood SJ, Hansen PC. Autism and psychosis expressions diametrically modulate the right temporoparietal junction. Social neuroscience. 2017;12(5):506-18.

132. Ciaramidaro A, Bölte S, Schlitt S, Hainz D, Poustka F, Weber B, et al. Schizophrenia and autism as contrasting minds: neural evidence for the hypo-hyper-intentionality hypothesis. Schizophrenia bulletin. 2015;41(1):171-9.

133. Davut G, Onur D, Hüseyin G. Autistic features and executive functions in first episode psychosis: Associations with functionality and quality of life. Early Intervention in Psychiatry. 2023.

134. Ziermans TB, Schirmbeck F, Oosterwijk F, Geurts HM, de Haan L, Risk G, Investigators OoP. Autistic traits in psychotic disorders: prevalence, familial risk, and impact on social functioning. Psychological Medicine. 2021;51(10):1704-13.

135. Deste G, Vita A, Nibbio G, Barlati S, Penn DL, Pinkham AE, Harvey PD. Autistic symptoms in people with schizophrenia: neurocognitive, socio-cognitive, clinical and real-world functional characteristics of individuals without autistic features. Schizophrenia research. 2021;236:12-8.

136. Pisula E, Danielewicz D, Kawa R, Pisula W. Autism spectrum quotient, coping with stress and quality of life in a non-clinical sample–an exploratory report. Health and quality of life outcomes. 2015;13(1):1-9.

137. Trevisan DA, Foss-Feig JH, Naples AJ, Srihari V, Anticevic A, McPartland JC. Autism spectrum disorder and schizophrenia are better differentiated by positive symptoms than negative symptoms. Frontiers in psychiatry. 2020;11:548.

138. Pinkham AE, Hopfinger JB, Pelphrey KA, Piven J, Penn DL. Neural bases for impaired social cognition in schizophrenia and autism spectrum disorders. Schizophrenia research. 2008;99(1-3):164-75.

139. Couture S, Penn D, Losh M, Adolphs R, Hurley R, Piven J. Comparison of social cognitive functioning in schizophrenia and high functioning autism: more convergence than divergence. Psychological medicine. 2010;40(4):569-79.

140. Kiyono T, Morita M, Morishima R, Fujikawa S, Yamasaki S, Nishida A, et al. The prevalence of psychotic experiences in autism spectrum disorder and autistic traits: a systematic review and meta-analysis. Schizophrenia Bulletin Open. 2020;1(1):sgaa046.

141. Zheng S, Chua YC, Tang C, Tan GMY, Abdin E, Lim VWQ, et al. Autistic traits in first-episode psychosis: Rates and association with 1-year recovery outcomes. Early Intervention in Psychiatry. 2021;15(4):849-55.

142. Downs JM, Lechler S, Dean H, Sears N, Patel R, Shetty H, et al. The association between comorbid autism spectrum disorders and antipsychotic treatment failure in early-onset psychosis: a historical cohort study using electronic health records. The Journal of clinical psychiatry. 2017;78(9):1411.

143. Nakata Y, Kanahara N, Kimura A, Niitsu T, Komatsu H, Oda Y, et al. Autistic traits and cognitive profiles of treatment-resistant schizophrenia. Schizophrenia Research: Cognition. 2020;22:100186.

144. Nosé M, Barbui C, Tansella M. How often do patients with psychosis fail to adhere to treatment programmes? A systematic review. Psychological medicine. 2003;33(7):1149-60.

145. Hogan T, Awad A. Subjective response to neuroleptics and outcome in schizophrenia: a re-examination comparing two measures. Psychological medicine. 1992;22(2):347-52.

146. Gaebel W, Pletzcker A, Ulrich G, Schley J, Müller-Oerlinghausen B. Predictors of neuroleptic treatment response in acute schizophrenia: results of a treatment study with perazine. Pharmacopsychiatry. 1988;21(06):384-6.

147. Gotham K, Brunwasser SM, Lord C. Depressive and anxiety symptom trajectories from school age through young adulthood in samples with autism spectrum disorder and developmental delay. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2015;54(5):369-76. e3.

148. Upthegrove R, Birchwood M, Ross K, Brunett K, McCollum R, Jones L. The evolution of depression and suicidality in first episode psychosis. Acta Psychiatrica Scandinavica. 2010;122(3):211-8.

149. Kanne SM, Christ SE, Reiersen AM. Psychiatric symptoms and psychosocial difficulties in young adults with autistic traits. Journal of autism and developmental disorders. 2009;39:827-33.

150. Kunihira Y, Senju A, Dairoku H, Wakabayashi A, Hasegawa T. 'Autistic'traits in non-autistic Japanese populations: relationships with personality traits and cognitive ability. Journal of autism and developmental disorders. 2006;36:553-66.

151. Hollocks MJ, Lerh JW, Magiati I, Meiser-Stedman R, Brugha TS. Anxiety and depression in adults with autism spectrum disorder: A systematic review and meta-analysis. Psychological medicine. 2019;49(4):559-72.

152. Pine DS, Guyer AE, Goldwin M, Towbin KA, Leibenluft E. Autism spectrum disorder scale scores in pediatric mood and anxiety disorders. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2008;47(6):652-61.

153. Sampson KN, Upthegrove R, Abu-Akel A, Haque S, Wood SJ, Reniers R. Co-occurrence of autistic and psychotic traits: implications for depression, self-harm and suicidality. Psychological medicine. 2021;51(8):1364-72.

154. Liew SM, Thevaraja N, Hong RY, Magiati I. The relationship between autistic traits and social anxiety, worry, obsessive–compulsive, and depressive symptoms: specific and non-specific mediators in a student sample. Journal of autism and developmental disorders. 2015;45:858-72.

155. Lundström S, Chang Z, Kerekes N, Gumpert CH, Råstam M, Gillberg Ca, et al. Autistic-like traits and their association with mental health problems in two nationwide twin cohorts of children and adults. Psychological medicine. 2011;41(11):2423-33.

156. Rosbrook A, Whittingham K. Autistic traits in the general population: What mediates the link with depressive and anxious symptomatology? Research in Autism Spectrum Disorders. 2010;4(3):415-24.

157. Upthegrove R, Abu-Akel A, Chisholm K, Lin A, Zahid S, Pelton M, et al. Autism and psychosis: Clinical implications for depression and suicide. Schizophrenia Research. 2018;195:80-5.

158. Pelton MK, Cassidy S. Are autistic traits associated with suicidality? A test of the interpersonal-psychological theory of suicide in a non-clinical young adult sample. Autism research. 2017;10(11):1891-904.

159. Dutta R, Murray RM, Allardyce J, Jones PB, Boydell J. Early risk factors for suicide in an epidemiological first episode psychosis cohort. Schizophrenia research. 2011;126(1-3):11-9.

160. Häfner H, Maurer K, Trendler G, an der Heiden W, Schmidt M. The early course of schizophrenia and depression. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2005;255:167-73.

161. Zahid S, Upthegrove R. Suicidality in autistic spectrum disorders. Crisis. 2017.

162. Cassidy S, Au-Yeung S, Robertson A, Cogger-Ward H, Richards G, Allison C, et al. Autism and autistic traits in those who died by suicide in England. The British Journal of Psychiatry. 2022;221(5):683-91.

163. Maiano C, Normand CL, Salvas MC, Moullec G, Aime A. Prevalence of school bullying among youth with autism spectrum disorders: A systematic review and meta-analysis. Autism research. 2016;9(6):601-15.

164. Matsuo J, Kamio Y, Takahashi H, Ota M, Teraishi T, Hori H, et al. Autistic-like traits in adult patients with mood disorders and schizophrenia. PLoS One. 2015;10(4):e0122711.

165. Weiss JA, Fardella MA. Victimization and perpetration experiences of adults with autism. Frontiers in psychiatry. 2018;9:203.

166. Carter S. Bullying of students with Asperger syndrome. Issues in comprehensive pediatric nursing. 2009;32(3):145-54.

167. Cappadocia MC, Weiss JA, Pepler D. Bullying experiences among children and youth with autism spectrum disorders. Journal of autism and developmental disorders. 2012;42:266-77.

168. Brown-Lavoie SM, Viecili MA, Weiss J. Sexual knowledge and victimization in adults with autism spectrum disorders. Journal of autism and developmental disorders. 2014;44:2185-96.

169. Mandell DS, Walrath CM, Manteuffel B, Sgro G, Pinto-Martin JA. The prevalence and correlates of abuse among children with autism served in comprehensive community-based mental health settings. Child abuse & neglect. 2005;29(12):1359-72.

170. Bird G, Cook R. Mixed emotions: the contribution of alexithymia to the emotional symptoms of autism. Translational psychiatry. 2013;3(7):e285-e.

171. Berthoz S, Hill EL. The validity of using self-reports to assess emotion regulation abilities in adults with autism spectrum disorder. European psychiatry. 2005;20(3):291-8.

172. Hill E, Berthoz S, Frith U. Brief report: Cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. Journal of autism and developmental disorders. 2004;34:229-35.

173. Poquérusse J, Pastore L, Dellantonio S, Esposito G. Alexithymia and autism spectrum disorder: a complex relationship. Front Psychol. 2018;9:1196.

174. Szatmari P, Georgiades S, Duku E, Zwaigenbaum L, Goldberg J, Bennett T. Alexithymia in parents of children with autism spectrum disorder. Journal of autism and developmental disorders. 2008;38:1859-65.

175. Greenberg JS, Seltzer MM, Hong J, Orsmond GI. Bidirectional effects of expressed emotion and behavior problems and symptoms in adolescents and adults with autism. American Journal on Mental Retardation. 2006;111(4):229-49.

176. Romero-Gonzalez M, Chandler S, Simonoff E. The relationship of parental expressed emotion to co-occurring psychopathology in individuals with autism spectrum disorder: A systematic review. Research in developmental disabilities. 2018;72:152-65.

177. Daniels JL, Forssen U, Hultman CM, Cnattingius S, Savitz DA, Feychting M, Sparen P. Parental psychiatric disorders associated with autism spectrum disorders in the offspring. Pediatrics. 2008;121(5):e1357-e62.

178. Piven J, Palmer P. Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. American Journal of Psychiatry. 1999;156(4):557-63.

179. Bolton P, Pickles A, Murphy M, Rutter M. Autism, affective and other psychiatric disorders: patterns of familial aggregation. Psychological medicine. 1998;28(2):385-95.

180. Goff DC, Henderson DC, Amico E. Cigarette smoking in schizophrenia: relationship to psychopathology and medication side effects. The American journal of psychiatry. 1992;149(9):1189-94.

181. Poirier M-F, Canceil O, Baylé F, Millet B, Bourdel M-C, Moatti C, et al. Prevalence of smoking in psychiatric patients. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry. 2002;26(3):529-37.

182. Bejerot S, Nylander L. Low prevalence of smoking in patients with autism spectrum disorders. Psychiatry research. 2003;119(1-2):177-82.

10. EKLER

EK 1. AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

-Araştırma Açık Adı: Psikotik Hasta Grubunda Otistik Özelliklerin Hastalık Sonuçları Açısından İncelenmesi

-Araştırmanın Anlaşılır Adı: Psikotik Hasta Grubunda Otistik Özelliklerin Kliniğe yansıyan Hastalık Sonuçları Açısından İncelenmesi

-Sorumlu araştırmacı: Prof. Dr. Meram Can SAKA

-Araştırmanın yapılacağı yer: Ankara Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Meram Can SAKA'nın danışmanlığında yürütülen araştırmaya davet edilmektesiniz. Bu çalışmanın temel hedefi psikotik hasta grubunda bazı iletişim ve davranış özelliklerinin düzeyi ile klinik özellikler arasında bir ilişki olup olmadığının incelenmesidir. Çalışma çeşitli psikiyatrik yakınmalarla kliniğimize başvuran daha önce en az bir kez psikotik atak geçirmiş olan 18- 50 yaş aralığındaki hastaları kapsamaktadır.

Çalışma Ankara Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda yapılacak olup, herhangi bir risk içermemektedir. Çalışmada sizinle bir psikiyatrist görüşme yapacak ve daha sonra çeşitli anketleri doldurmanız istenecektir. Görüşme ve özbildirim ölçeklerini doldurmak yaklaşık olarak 150 dakika sürecektir. Görüşme kliniğimizdeki görüşme odalarında yapılacak olup, görüşme belgeleri çalışmacı hekimler dışında başka herhangi biri tarafından alınamayacak ve kilit altında güvenli biçimde kliniğimizde saklanmaları sağlanacaktır.

Bu çalışmada hakkınızda edinilen tüm bilgiler gizli tutulacak ve sadece araştırmacıların bilgisine sunulacaktır. Bu çalışmadan herhangi bir rapor veya yayın yapılması halinde okuyucuların sizleri tanımasına yol açacak hiçbir kişisel bilgi bulunmayacaktır. Çalışma, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek unsurlar içermemektedir. Ancak, uygulama sırasında sıkılabilirsiniz. Çalışma sırasında herhangi bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz çalışmayı yarıda bırakabilirsiniz. Araştırmaya katılımınız tamamıyla gönüllülük çerçevesinde olup, istediğiniz zaman, hiçbir yaptırım veya cezaya maruz kalmadan, hiçbir hak kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebilir veya araştırmadan çekilebilirsiniz. Çalışmaya katılmamayı da seçebilirsiniz. Bu durum sizin tedavi sürecinizi etkilemeyecektir. Ayrıca bu değerlendirmeler ya da çalışmaya katılıyor olmanız bağlı bulunduğunuz sosyal güvenlik kurumuna herhangi maddi bir yük getirmeyecektir.

Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için veya herhangi bir sorunuz olduğunda, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı öğretim üyesi Prof. Dr. Meram Can SAKA ile (E-posta: mcsaka@ankara.edu.tr) iletişim kurabilirsiniz.

GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Ben_____.

Bu sayfayı imzalamakla gönüllü olarak "Psikotik Hasta Grubunda Otistik Özelliklerin Hastalık Sonuçları Açısından İncelenmesi " başlıklı çalışmaya katılmayı kabul etmiş olacağım konusunda bilgilendirildim.

Yukarıdaki bilgileri okudum. Aynı zamanda bana sözlü açıklama da yapıldı. Bu koşullar altında, kendi rızam ile bu çalışmaya katılmayı kabul ediyorum. Çalışmaya katılmam konusunda bana bir etkide bulunulmadı veya buna zorlanmadım. Bana/yakınıma ait tıbbi kayıtların sağlık otoritelerince incelenebileceğini ve ileride yapılabilecek olası çalışmalarda kullanılabileceğini anladım ve bu kişilere izin veriyorum.

Hastanın;	Araştırmacının;
Adı- Soyadı:	Adı- Soyadı:
Tarih:	Tarih:
İmza:	İmza:

EK 2. SOSYODEMOGRAFİK VERİ VE ANAMNEZ FORMU

Tarih: …. / …. / ……..

Dosya Protokol No:

Ad- Soyad:

Doğum Tarihi - yaş:

Cinsiyet:

Medeni Durum:

() Bekar () Evli

() Ayrı Yaşıyor () Boşanmış

() Eşini kaybetmiş

Çocuğu var mı:

Hayır ()

Evet () Kaç tane?..... Yaşları nedir?.....

Eğitim Durumu: …… yıl

() Okur-yazar () İlkokul

() Ortaokul () Lise

() Üniversite

Mesleği:

() Öğrenci () Ev hanımı

() İşçi () Memur

() Emekli () İşsiz

() Diğer, belirtiniz……..

Yaşadığı yer:

() Köy () Şehir merkezi

() İlçe () Yurt dışı

Kimlerle Yaşıyor?

() Yurt ve kurum () Tek başına

() Ebeveyn ile () Eş ve çocuklar ile

() Geniş aile

Bilinen nörolojik ve tıbbi bir hastalığı var mı?

Hayır ()

Evet ()

Hangi hastalıklar?

Bu hastalıklar için kullanmakta olduğu ilaçlar :

VA: Boy: VKİ:

Sigara kullanıyor mu?

() Hayır

() Evet, ne kadar?..... paket/günToplam paket-yıl:

Alkol kullanıyor mu?

() Hayır

() Evet, ne sıklıkta ve ne kadar tüketirsiniz?.....

Madde kullanıyor mu?

() Hayır

() Evet, ne sıklıkta ve ne kadar tüketirsiniz?.....

Çocukluk döneminde yaşadığı olumsuz bir yaşam olayı var mı?

( ) Hayır

( ) Evet, açıklayınız

Son dönemde yaşadığı stresli bir yaşam olayı var mı?

( ) Hayır

( ) Evet, açıklayınız

Şimdiki psikiyatrik yakınmaları:

Şimdiki yakınmaları ne zaman başlamış:

Halen kullanmakta olduğu psikiyatrik ilaçlar:

Bu ilaçları ne kadar zamandır kullanıyor?:

Ne kadar yararlı olmuş:

İlk psikiyatrik belirtilerin ortaya çıkma yaşı:

İlk psikiyatri başvurusu ne zaman olmuş?

İlk psikiyatri başvurusundan bu yana geçen süre:

İlk psikotik belirtilerin ortaya çıkması ile antipsikotik ilaç başlanması arasında geçen süre:

Psikiyatri yatışı sayısı:

İlk psikiyatri yatışı sırasında kaç yaşındaymış:

Psikiyatri servislerindeki toplam yatış süresi:

Psikotik atak sayısı:

Relaps sayısı:

En uzun remisyon süresi:

Toplam remisyon süresi

Bipolar bozukluk hastası ise manik/depresif epizod sayısı

Şu ana kadar aldığı antipsikotik ilaçlar, dozları:

Toplam antipsikotik ilaç yükü:

Şu anki başvuru sırasında aldığı tedavi:

Psikiyatrik belirtileriyle ilişkili sayılabilecek bir adli olay yaşamış mı:

Hayır ()
Evet ()

Doğum sırasında ebeveyn yaşı:

-anne:

-baba:

Ailede psikiyatrik hastalığı olan var mı?

( ) Hayır

( ) Evet, …….

Ailenizin sizin için ne kadar eleştirel olduğunu düşünüyorsunuz?

(1-10 arası puanlanır, 1: en düşük, 10: en yüksek)

……

Ailenizi tarif ederken size karşı yakınlığını/sıcaklığını nasıl tanımlarsınız?

() Hiç sıcak/yakın değildir

() Biraz sıcaktır/yakındır

() Oldukça sıcaktır/yakındır

Akran zorbalığına uğramış mı?

Hayır ()

Evet ()

Genel sağlığınızı 10 üzerinden kaç olarak değerlendirirsiniz? (1-2:çok kötü/ 3-4:kötü/ 5:orta/ 6-7:oldukça iyi/ 8-9:iyi/ 10:çok iyi-mükemmel)

Pandemi döneminde genel sağlığınız ne şekilde etkilendi?

() Çok kötüleşti

() Kötüleşti

() Değişmedi

() İyileşti

() Çok iyileşti

Geçen ay uyku kalitenizi bütünü ile nasıl değerlendirirsiniz?

() Çok iyi

() Oldukça iyi

() Oldukça kötü

() Çok kötü

EK 3. KULLANILAN ÖLÇEKLER

OA

TÜM BİLGİLER KESİNLİKLE GİZLİ TUTULACAKTIR

İsim: ..... Cinsiyet: .....

Doğum Tarihi: ..... Bugünün Tarihi: .....

Anketi Nasıl Dolduracaksınız ?

Aşağıda bazı ifadelerin listesi bulunmaktadır. Lütfen her ifadeyi çok dikkatli okuyunuz ve hangi şiddetle kabul veya red ettiğinizi, cevabınızı daire içine alarak oranlayınız.

LÜTFEN AŞAĞIDAKİ HİÇBİR İFADEYİ BOŞ BIRAKMAYINIZ

Örnekler :

Ö.1 : Risk almaya istekliyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	**Bazen katılıyorum**	Kesinlikle katılmıyorum
Ö.2 : Tavla, okey gibi oyunları oynamayı severim.	Kesinlikle katılıyorum	**Sıklıkla katılıyorum**	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
Ö.3 : Müzik aleti çalmayı öğrenmenin kolay olduğunu düşünürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	**Kesinlikle katılmıyorum**
Ö.4 : Diğer kültürleri etkileyici bulurum.	**Kesinlikle katılıyorum**	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

1 . İşleri tek başıma yapmaktansa başkaları ile birlikte yapmayı tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
2 . İşleri tekrar tekrar aynı şekilde yapmayı tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
3 . Hayal ederek zihnimde bir resim yaratmak benim için kolaydır.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
4 . Sıklıkla bir işe diğer işleri gözden kaçıracak kadar kendimi kaptırırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
5 . Sıklıkla diğerlerinin dikkat etmedikleri durumlarda, ben küçük gürültülere dikkat ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
6 . Genellikle araba plakalarına veya benzer sıralı bilgilere dikkat ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
7 . Ben nazik olduğumu düşünsem de, diğer insanlar sıklıkla söylediklerimin kaba olduğunu belirtiyorlar.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
8 . Bir hikaye okurken, karakterlerin neye benzediklerini kolaylıkla hayal edebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
9 . Olayların tarihlerini bilmekten çok hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
10 . Sosyal bir ortamda, farklı insanların konuşmalarını kolaylıkla takip edebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
11 . Sosyal ortamlarda rahat ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
12 . Diğerlerinin dikkat etmediği ayrıntılara dikkat etme eğilimindeyim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
13 . Kütüphaneye gitmeyi bir partiye tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

14. Hikaye uydurmak bana kolay gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
15. Cansız şeylerden çok insanlar ilgimi çeker.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
16. Derin ilgi alanlarım vardır ancak ya sürdüremezsem diye üzülürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
17. Sosyal muhabbetten (lak-lak) hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
18. Ben konuşurken, başkalarının söze girmek istedilerini hiç fark etmiyorum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
19. Rakamlarla ilgilenirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
20. Bir hikaye okurken karakterlerin niyetlerini çıkarsamak bana zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
21. Kurgu okumaktan özellikle hoşlanmam (yazar tarafından hayal edilerek yazılmış hikaye, roman gibi eserler).	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
22. Yeni arkadaşlar edinmeyi zor bulurum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
23. Her zaman işlerdeki kalıplara dikkat ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
24. Tiyatroya gitmeyi, müzeye gitmeye tercih ederim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
25. Günlük rutinim (alıştığım günlük düzenimin) bozulması beni üzmez.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
26. Sık sık sohbetin akışını nasıl sürdüreceğimi bilmediğimi düşünürüm.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

27. Birisi benimle konuşuyorken "satır aralarını okumayı" kolay bulurum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
28. Resmin bütününe, genellikle küçük ayrıntılardan daha çok konsantre olurum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
29. Telefon numaralarını hatırlamada çok iyi değilimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
30. Bir durum veya bir insanın görünüşündeki küçük değişikliklere sıklıkla dikkat etmem.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
31. Beni dinleyen biri sıkılmaya başladıysa bunu hissedebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
32. Bir defada birden çok şey yapmak bana kolay gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
33. Telefonda konuşurken, konuşma sırasının ne zaman bende olduğundan emin olamam.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
34. İşleri spontan (içimden geldiği gibi) olarak yapmaktan hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
35. Şakanın püf (can alıcı) noktasını en son anlayan sıklıkla benimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
36. Kişinin sadece yüzüne bakarak, ne düşündüğünü veya hissettiğini çıkarsamayı kolay bulurum.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
37. Eğer birisi yapmakta olduğum işi bölerse o işe çok çabuk geri dönebilirim.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
38. Sosyal muhabbette iyiyimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
39. İnsanlar sıklıkla sürekli aynı şey üzerinde uğraştığımı söylerler.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

40. Küçükken, diğer çocuklar ile rol yapmayı da içeren oyunlar oynamaktan hoşlanırdım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
41. Bazı şeylerin kategorileri (sınıfları) hakkında bilgi toplamayı severim (örn; araba tipleri, kuş tipleri, tren tipleri, bitki tipleri vs..).	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
42. Başka biri gibi olmanın neye benzeyebileceğini hayal etmek bana zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
43. Katıldığım etkinlikleri özenle planlamaktan hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
44. Önemli günlerden (doğum günü partisi, düğün,...) hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
45. İnsanların niyetlerini anlamak bana zor gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
46. Yeni durumlar beni kaygılandırır.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
47. Yeni insanlarla tanışmaktan hoşlanırım.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
48. İyi bir diplomatımdır (insan ilişkilerinde her iki tarafı da idare edip çıkarlarımı korumayı bilirim).	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
49. İnsanların doğum günlerini hatırlamakta iyi değilimdir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum
50. Çocuklarla rol yapmayı da içeren oyunlar oynamak bana çok kolay gelir.	Kesinlikle katılıyorum	Sıklıkla katılıyorum	Bazen katılıyorum	Kesinlikle katılmıyorum

Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP)

Lütfen kişiyi geçen ay boyunca gösterdiği fonksiyon düzeyine göre değerlendiriniz.
Bu ölçekte ele alınan dört ana fonksiyon alanı bulunmaktadır:

	Yok	Hafif	Görünür düzeyde	Belirgin	Şiddetli	Çok şiddetli
a) sosyal açıdan yararlı aktiviteler; çalışma ve öğrenim görmek dahil	❑	❑	❑	❑	❑	❑
b) kişisel ve sosyal ilişkiler	❑	❑	❑	❑	❑	❑
c) öz-bakım	❑	❑	❑	❑	❑	❑
d) rahatsız edici ve agresif davranışlar	❑	❑	❑	❑	❑	❑

Zorlukların derecesine karar vermek için iki farklı operasyonel ölçüt seti bulunmaktadır: bir tanesi a-c alanları için ve bir tanesi de d alanına özgüdür.

a-c alanlarının şiddet derecesi

(I) yok

(II) hafif, yalnız kişiye çok yakın biri tarafından bilinen

(III) görünür düzeyde, herkes tarafından açıkça fark edilebilen ancak kişinin sosyo-kültürel koşulları, yaşı, cinsiyeti ve eğitim düzeyi tarafından belirlenen bu alandaki rolünü gerçekleştirmesini belirgin bir şekilde etkilemeyen güçlükler

(IV) belirgin, bu alandaki rol gerçekleştirmelerini ciddi bir şekilde etkileyen güçlükler; ancak kişi, her ne kadar yetersiz ve/veya nadiren de olsa, profesyonel veya sosyal yardım almadan hala bazı şeyleri yapabilme kapasitesine sahip; eğer biri tarafından yardım edilirse daha önceki işlevsellik düzeyine ulaşabilir

(V) şiddetli, eğer profesyonel olarak yardım edilmezse kişiyi bu alanda bir rol gerçekleştiremez hale getiren veya kişiyi yıkıcı bir role doğru yönelten zorluklar, ancak yaşamsal riskler yoktur

(VI) çok şiddetli: kişinin yaşamını tehlikeye düşürecek kadar yoğun bozukluklar ve güçlükler

d alanında şiddetin derecesi

(I) yok

(II) hafif, hafif kabalık, asosyallik veya sürekli yakınmaya karşılık geliyor

(III) görünür düzeyde, çok yüksek sesle konuşmak veya başkalarıyla çok samimi bir tarzda konuşmak veya sosyal açıdan kabul edilemeyecek bir tarzda yemek yemek gibi

(IV) belirgin, toplum içerisinde başkalarına hakaret etmek, eşyaları kırmak ya da tahrip etmek, sıklıkla sosyal açıdan uygunsuz ancak tehlikeli olmayan bir tarzda hareket etmek (örneğin, toplum içerisinde soyunmak veya idrarını yapmak)

(V) şiddetli, sık olarak sözel tehditler savurmak veya sık olarak ağır yaralama niyeti ya da olasılığının bulunmadığı fiziksel saldırılarda bulunmak

(VI) çok şiddetli, sık agresif davranışlar olarak tanımlanan, ciddi yaralanmalara neden olması amaçlanmış veya neden olma olasılığı bulunan

PSP toplam skoru için kılavuzlar
71-100: Bu dereceler yalnız hafif güçlükleri yansıtır
31-70: Bu dereceler değişen düzeylerdeki yetersizliği yansıtır
0-30: Bu dereceler kişinin yoğun destek veya gözetim gerektirdiği çok kötü işlevselliği yansıtır

Kişisel ve Sosyal Performans Ölçeği (PSP), devamı

100-91: Dört alanın hepsinde mükemmel işlevsellik. İyi nitelikleri nedeniyle kendisine saygı gösterilir, yaşama ilişkin güçlüklerle yeterince başa çıkar, çok çeşitli ilgi alanları ve aktiviteler ile meşgul olur

90-81: Dört alanın hepsinde iyi işlevsellik, yalnız sıradan problemler ve güçlüklerin bulunması

80-71: a-c alanlarından birinde veya daha fazlasında hafif güçlükler

70-61: a-c alanlarından birinde veya daha fazlasında görünür düzeyde ancak belirgin olmayan güçlükler ya da d alanında hafif güçlükler

60-51: a-c alanlarından birinde belirgin güçlükler ya da d alanında görünür düzeyde güçlükler

50-41: a-c alanlarından ikisinde veya daha fazlasında belirgin güçlükler ya da bir alanında şiddetli güçlükler, d alanında görünür düzeyde güçlüklerle birlikte olabilir veya olmayabilir

40-31: a-c alanlarından birinde şiddetli ve en azından bir alanda da belirgin güçlükler, ya da d alanında belirgin güçlükler

30-21: a-c alanlarından ikisinde şiddetli güçlükler, ya da a-c alanlarında bozukluk olsun ya da olmasın d alanında şiddetli güçlükler

20-11: a-d alanlarının hepsinde şiddetli güçlükler veya a-c genel alanlarında bir bozukluk olsun veya olmasın d alanında çok şiddetli güçlükler. Eğer kişi dışsal yönlendirmelere tepki veriyorsa önerilen skorlar 20-16 arasındadır; eğer tepki vermiyorsa önerilen skorlar 15-11 arasındadır

10-1: Aşırı davranışlarla birlikte temel fonksiyonlarda otonomi yokluğu ancak yaşamsal risk olmaksızın (derece 6-10) veya beslenme bozukluğu, dehidratasyon, enfeksiyonlar, belirgin tehlike içeren durumları kavrayamamaya bağlı ölüm riski gibi yaşamsal risk ile birlikte (derece 5-1)

Skor ☐☐☐

Copyright© Blackwell Publishing. İzin alınarak çoğaltılmıştır. Morosini PL. ve arkadaşları. Yönlendirici sosyal işlevselliği değerlendirmek için yeni bir DSM-IV Sosyal ve Mesleki İşlevsellik Değerlendirme Ölçeğinin (SOFAS) geliştirilmesi, güvenilirliği ve kabul edilebilirliği. Acta Psychiatr Scan 2000; 101:323-329.

KLİNİK GLOBAL İZLENİM ÖLÇEĞİ (CGI)

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

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

İNTİHAR DÜŞÜNCESİ		
1 ve 2. soruları sorun. Eğer her ikisi de olumsuz ise, "İntihar Davranışı" bölümüne geçin. 2. soruya verilen yanıt "evet" ise, 3, 4 ve 5. soruları sorun. Eğer 1. ve/veya 2. soruya verilen yanıt "evet" ise, aşağıda yer alan "Düşüncelerin Yoğunluğu" bölümünü doldurun.	Ömür Boyu – İntihara Eğilimli Olduğunu En Fazla Hissettiği Zaman	**GeçenAy**
1. Ölme İsteği Kişi ölmüş ya da artık yaşamıyor olmak veya uykuya dalıp bir daha uyanmamak biçiminde istekleri olduğunu bildiriyor. ***Hiç ölmüş olmayı ya da uykuya dalıp bir daha uyanmamayı istediniz mi?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
2. Spesifik Olmayan Aktif İntihar Düşünceleri Belirli bir yöntem, niyet veya plan olmaksızın kişinin yaşamını sonlandırma/intihar etme (örneğin= "Kendimi öldürmeyi düşündüm") düşünceleri ***Gerçekten hiç kendinizi öldürmeyi düşündünüz mü?*** Eğer yanıt evetse, tanımlayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
3. Eyleme Dökme Niyeti Olmayan Herhangi Bir Yöntem İçeren (Planız) Aktif İntihar Düşünceleri Kişi intihar düşüncelerini kabul eder ve değerlendirme süresinde en az bir yöntem düşünmüştür. Bu düşünce, zaman, yer ya da ayrıntıları düşünülmüş belirli bir plandan farklıdır (örneğin, hangi yöntemle kendini öldüreceğini düşünmüştür, ancak plan yapmamıştır). Kişi *"Yüksek dozda ilaç almayı düşündüm ancak bunu ne zaman, nerede ya da gerçekte nasıl yapacağıma ilişkin belirli bir plan yapmadım... ve bunu asla uygulamazdım"* gibi ifadeler kullanabilir. ***Bunu nasıl yapabileceğiniz üzerinde düşünüyor muydunuz?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
4. Belirli Plan Olmaksızın bir Miktar Eyleme Dökme Niyeti İçeren Aktif İntihar Düşünceleri Kişi "intihar düşüncelerim var fakat kesinlikle bunlarla ilgili hiçbir şey yapmayacağım" sözünün aksine biraz eyleme dökme niyeti içeren kendini öldürme düşünceleri bildirir. ***Kendinizi öldürme düşünceleriniz oldu mu ve bu düşüncelerinizi gerçekleştirmeye hiç niyetlendiniz mi?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
5. Belirli Bir Plan ve Niyet İçeren İntihar Düşünceleri		

Kişinin tam olarak ya da kısmen ayrıntıları üzerinde düşünülmüş bir plan içeren kendini öldürme düşünceleri ve bu planı gerçekleştirmeyle ilgili belli bir düzeyde niyeti vardır. ***Kendinizi nasıl öldüreceğinizle ilgili ayrıntılar üzerinde düşünmeye başladınız mı ya da bir plan yaptınız mı? Bu planınızı gerçekleştirme niyetiniz var mı?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
DÜŞÜNCELERİN YOĞUNLUĞU		
Aşağıdaki özellikler en şiddetli düşünce biçimine göre değerlendirilmelidir (yani, yukarıdaki ifadeler için 1-5 arası, 1 en az şiddetli ve 5 en çok şiddetli olacak şekilde). Kendisini intihar etmeye en yakın hissettiği zamanı sorun. <u>Ömür Boyu</u> - ***En Şiddetli Düşünce=*** _____ _____ *Tip No (1-5)* *Da* <u>Geçen Ay</u> - ***En Şiddetli Düşünce=*** _____ _____ *Tip No (1-5)* *Da*	En Şiddetli	En Şiddetli
Sıklığı ***Bu düşünceler kaç defa aklınıza gelmişti?*** (1) Haftada bir defadan az (2) Haftada bir (3) Haftada 2-5 defa (4) Her gün ya da hemen hemen her gün (5) Her gün birçok defa	___	___
Süresi ***Bu tip düşünceler aklınıza geldiğinde, ne kadar süre aklınızda kalıyor?*** (1) Çok az – birkaç saniye ya da dakika (2) 1 saatten az / bazen (3) 1-4 saat / çoğu zaman (4) 4-8 saat / günün büyük bir kısmında (5) 8 saatten fazla / kalıcı bir şekilde veya sürekli	___	___
Kontrol Edilebilirlik ***Kendinizi öldürmek ya da ölmeyi istemekle ilgili düşüncelerinizi istediğinizde durdurabilir misiniz / durdurabildiniz mi?*** (1) Düşünceleri kolayca kontrol edebilir (2) Düşünceleri az zorlanarak kontrol edebilir (3) Düşünceleri biraz zorlanarak kontrol edebilir (4) Düşünceleri çok zorlanarak kontrol edebilir (5) Düşünceleri kontrol edemez (0) Düşünceleri kontrol etmeye kalkışmaz	___	___
Caydırıcılar ***Ölmeyi istemenizi durduran ya da intihar etme düşüncelerinizi gerçekleştirmenize engel olan şeyler – herhangi birisi ya da herhangi bir şey (örneğin aile, din, ölüm acısı) – var mı?*** (1) Bunlar intihar girişiminizi kesinlikle engelledi (2) Bunlar muhtemelen sizi engelledi (4) Bunlar büyük bir olasılıkla sizi engellemedi	___	___

(3) Bunların sizi engelleyip engellemediği belli değil (5) Bunlar sizi kesinlikle engellemedi (0) Geçerli değil		
Düşüncelerin Nedenleri ***Ölmeyi istemeyi ya da kendinizi öldürmeyi düşünmeniz için ne gibi nedenleriniz vardı? Çektiğiniz acıyı bitirmek ya da bu şekilde hissetmeye bir son vermek (başka bir deyişle, bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğiniz) miydi yoksa başkalarının dikkatini çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için miydi? Ya da her ikisi miydi?*** (1) Tamamen dikkat çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için (2) Çoğunlukla dikkat çekmek, başkalarından intikam ya da tepki almak için (3) Dikkat çekmek/başkalarından intikam ya da tepki almak ve acıya son vermek/acıyı durdurmak eşit ölçüde etkili (4) Çoğunlukla acıya son vermek ya da acıyı durdurmak için (bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için) (5) Tamamen acıya son vermek ya da acıyı durdurmak için (bu acıyla ya da hissettiğiniz durumda yaşamaya devam edemeyeceğin için) (0) Geçerli değil	—	—
İNTİHAR DAVRANIŞI *(Aşağıdakiler ayrı durumlar olduğu sürece tüm biçimleri zorarak uygun biçimde işaretleyin)*	**Ömür Boyu**	**Son 3 ay**
Gerçek Girişim= Bir miktar ölme isteği olan ve sonucunda kendine zarar verme ihtimali bulunan davranışta bulunma. Davranış kısmen de olsa kendini öldürme yöntemi olarak düşünülmüştür. Niyet %100 olmak zorunda değildir. Eğer eylemle ilgili ***herhangi*** bir ölme niyeti /arzusu varsa, bu gerçek bir intihar girişimi olduğu düşünülür. ***Burada herhangi bir yaralanma ya da zarar olması gerekmez***, sadece yaralanma ya da zarar görme olasılığı bulunması yeterlidir. Eğer kişi tabanca şakağındayken tetiği çekerse fakat tabanca bozuk olduğundan yaralanma olmasa da bu bir intihar girişimi olarak değerlendirilir.	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
Niyeti tahmin etme= Kişi ölme niyetini/isteğini inkâr etse bile, davranışlarından ya da koşullardan intihar niyeti klinik olarak anlaşılabilir. Örneğin, kaza olmadığı açıkça belli olan, oldukça yüksek derecede ölümcül bir eylem söz konusu olduğunda intihar dışında bir niyetin olmadığı anlaşılabilir (kafaya ateş etmek, yüksek bir katın penceresinden atlamak gibi). Ayrıca, kişi ölme niyetini inkâr etse bile yaptığı şeyin öldürücü olabileceğini düşünüyorsa bu intihar/ölme niyeti olarak değerlendirilir.	Girişimlerin toplam sayısı _____	Girişimlerin toplam sayısı _____
İntihar girişiminde bulundunuz mu? ***Kendinize zarar verecek herhangi bir şey yaptınız mı?*** ***Sizi öldürebilecek kadar tehlikeli herhangi bir şey yaptınız mı?*** ***Ne yaptınız?*** ***_____ davranışını hayatınızı sonlandırmanın bir yolu olarak mı yaptınız?*** ***_____ davranışını gerçekleştirirken (az da olsa) ölmek istediniz mi?*** ***_____ davranışını yaparken hayatınızı sonlandırmaya mı çalışıyordunuz?*** ***Veya _____ davranışı nedeniyle ölebileceğinizi düşündünüz mü?***	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐

Ya da kendinizi öldürmekle ilgili HERHANGİ bir niyetiniz olmadan, tamamen başka nedenlerden (stresi hafifletmek, daha iyi hissetmek, diğerlerinin ilgisini çekmek ya da başka bir şeyin olmasını sağlamak için) mi yaparsınız?(İntihar niyeti olmadan kendini yaralama eylemi.) Eğer yanıt evetse, açıklayın= **Kişi İntihar Niyeti Olmadan Kendini Yaralama Eyleminde Bulunmuş mudur?**		
Engellenen Girişim= Kişinin kendine zarar verme ihtimali bulunan bir eyleme başlamadan önce bir dış koşul tarafından engellenmesi *(o koşul olmasa,gerçek intihar girişimi meydana gelecekti)*. Aşırı doz alımı= Kişinin elinde haplar vardır fakat yutmaktan alıkonulmuştur. Haplardan herhangi birini içtiğinde, bu yarıda kesilmiş bir eylemden ziyade gerçek bir eyleme dönüşür. Vurma (silahla)= Kişinin kendine doğrulttuğu bir tabancası vardır, tabanca birisi tarafından elinden alınır ya da bir şekilde tetiği çekmesi önlenir. Bir kez tetiği çekerse, tabanca ateş almasa bile, bu bir intihar girişimidir. Atlama= Kişi yüksekten atlamak üzere hazırlanmıştır, fakat durularak aşağı indirilir. Asma= Kişi ilmeği boynunun etrafına geçirir fakat henüz kendini asmaya başlamamıştır – eylemi yapması engellenir. ***Hayatınıza son vermek için bir şey yapmaya başladığınız ancak birisinin ya da bir şeyin siz bir şey yapmadan önce sizi durdurduğu bir zaman oldu mu?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐ Yarıda kesilen girişimlerin toplam sayısı ____	**Evet Hayır** ☐ ☐ Yarıda kesilen girişimlerin toplam sayısı ____
Durdurulan Girişim= Kişinin intihar etme girişimine yönelik adımlar atmaya başlayıp gerçekten kendine zarar verecek herhangi davranışta bulunmadan kendini durdurması. Örnekler engellenen girişimdekine benzer ancak eylem başka şey/kişiler tarafından değil kişinin kendisi tarafından durdurulur. ***Hayatınıza son vermeyi denemek için bir şey yapmaya başladığınız ancak gerçekten herhangi bir şey yapmadan önce kendinizi durdurduğunuz bir zaman oldu mu?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐ Durdurulan girişimlerin toplam sayısı ____	**Evet Hayır** ☐ ☐ Durdurulan girişimlerin toplam sayısı ____
Hazırlayıcı Eylemler veya Davranışlar= Bir intihar girişimini gerçekleştirmek için yapılan eylemler ya da hazırlık. Bu bir düşünce ya da söylemin ötesinde belirli bir yöntem için gerekenleri toplamak (örneğin haplar satın almak, bir tabanca satın almak) ya da intihar sonucu kendi ölümü için hazırlanmak (örneğin eşyalarını dağıtmak, bir intihar notu yazmak) gibi herhangi bir şeyi kapsayabilir. ***Bir intihar girişiminde bulunmak ya da kendinizi öldürmek için hazırlanmaya yönelik herhangi bir adım attınız mı (hap biriktirmek, tabanca edinmek, değerli eşyaları dağıtmak ya da bir intihar notu yazmak gibi)?*** Eğer yanıt evetse, açıklayın=	**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐

İntihar davranışı= Değerlendirme süresi boyunca intihar davranışı mevcut muydu?		**Evet Hayır** ☐ ☐	**Evet Hayır** ☐ ☐
Sadece Gerçek Girişimler İçin Yanıtlayın	En Son Girişim Tarihi=	En Ölümcül Girişim Tarihi=	İlk / Birinci Girişim Tarihi=
Gerçek Ölümcüllük / Tıbbi Hasar 0. Fiziksel hasar yok ya da çok küçük fiziksel hasar (örneğin, yüzeysel hafif çizikler). 1. Küçük fiziksel hasar (örneğin, letarjik konuşma, birinci derece yanıklar, hafif kanama, burkulmalar). 2. Tıbbi bakım gerektiren orta derecede fiziksel hasar (örneğin bilinç kaybı olmadan uykululuk hali, uyarana kısmen yanıt vardır; ikinci derece yanıklar; ana damarın kanaması). 3. Orta derecede şiddetli fiziksel hasar; *tıbbi* nedenlerle hastaneye yatırılma ve muhtemelen yoğun bakım gerekli (örneğin reflekslerin korunduğu koma hali, vücudun %20'sinden azında üçüncü derece yanık, düzeltilebilen aşırı kan kaybı, büyük kırıklar). 4. Şiddetli fiziksel hasar; yoğun bakım gerektiren *tıbbi* hastaneye yatırılma gerekli (örneğin reflekslerin olmadığı koma hali, vücudun %20'sinden fazlasında üçüncü derece yanık, stabil olmayan yaşamsal bulgular ile birlikte aşırı kan kaybı, hayati bir bölgede büyük hasar). 5. Ölüm	*Kod Girin* _____	*Kod Girin* _____	*Kod Girin* _____
Potansiyel Ölümcüllük=Yalnızca Gerçek Ölümcüllük = 0 ise Yanıtlayın Eğer tıbbi hasar yoksa gerçek girişimin ölümcül olma olasılığı (aşağıdaki örnekler gerçek tıbbi hasar yokken, çok şiddetli ölümcüllük potansiyeli içerir= tabancayı ağzına soktu ve tetiği çekti fakat tabanca ateş almadı ve tıbbi hasar oluşmadı; tren yaklaşırken tren raylarına uzandı fakat tren üzerinden geçmeden geri çekildi). 0 = Davranışın yaralanma ile sonuçlanma olasılığı yoktur 1 = Davranış yaralanmayla sonuçlanabilir ancak ölüme neden olma olasılığı yoktur 2 = Davranışın mevcut tıbbi bakıma rağmen ölümle sonuçlanma olasılığı vardır	*Kod Girin* _____	*Kod Girin* _____	*Kod Girin* _____

HAMİLTON ANKSİYETE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

0. Yok
1. Hafif (düzensiz ve kısa sürelerle ortaya çıkar)
2. Orta (daha sürekli ve daha uzun süreli olarak ortaya çıkar, hastanın bunlarla başa çıkması önemli çabaları gerektirir)
3. Şiddetli (sürekli, hastanın yaşamına egemen)
4. Çok şiddetli (kişini inkapasite durumuna getirici)

		BİRİNİ İŞARETLEYİN				
1.	ANKSİYETELİ MİZAÇ:Endişeler, kötü bir şey olacağı beklentisi, korkulu bekleyiş, irritabilite.	0	1	2	3	4
2.	GERİLİM: Gerilim duyguları, bitkinlik, irkilme tepkileri, kolayca ağlamaya başlama, ürperme, yerinde duramama, gevşeyememe.	0	1	2	3	4
3.	KORKULAR: Karanlıktan, yabancılardan, yalnız bırakılmaktan, hayvanlardan, trafik ve kalabalıktan.	0	1	2	3	4
4.	UYKUSUZLUK: Uykuya dalmakta güçlük, bölünmüş uyku, doyurucu olmayan uyku, uyandığında bitkinlik, düşler, karabasanlar, gece korkuları	0	1	2	3	4
5.	ENTELEKTÜEL (kognitif): Konsantrasyon güçlüğü, bellek zayıflaması	0	1	2	3	4
6.	DEPRESİF MİZAÇ: İlgi yitimi, hobilerden zevk alamama, depresyon, erken uyanma, gün içinde dalgalanmalar.	0	1	2	3	4
7.	SOMATİK (Musküler): Ağrılar, seyirmeler, kas gerginliği, miyoklonik sıçralamar, diş gıcırdatma, titrek konuşma, artmış kas tonusu. (Duyusal): Kulak çınlaması, görme bulanıklığı, sıcak ve soğuk basmaları, güçsüzlük duyguları, karıncalanma duyumu	0	1	2	3	4
8.	KARDİYOVASKÜLER SEMPTOMLAR: Taşikardi, çarpıntı, göğüste ağrılar, damarların titreşmesi, baygınlık duygusu, ekstrasistoller.	0	1	2	3	4
9.	SOLUNUM SEMPTOMLARI: Göğüste baskı veya sıkışma, boğulma duygusu, iç çekme, dispne.	0	1	2	3	4
10.	GASTROİNTESTİNAL SEMPTOMLAR: Yutma güçlüğü, bağırsaklarda gaz, karın ağrısı, yanma duyumları, karında dolgunluk, bulantı, kusma, gurultu, ishal, kilo kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
11.	GENİTOÜRİNER SEMPTOMLAR: Sık işeme, amenore, menoraji, firijidite gelişimi, erken boşalma, libido kaybı, empotans.	0	1	2	3	4
12.	OTONOMİK SEMPTOMLAR: Ağız kuruluğu, yüz kızarması, solgunluk, terleme eğilimi, baş dönmesi, gerilim baş ağrısı, saçların diken diken olması.	0	1	2	3	4
13.	GÖRÜŞME SIRASINDAKE DAVRANIŞ: Yerinde duramama, huzursuzluk veya gezinme, ellerde titremeler, alında kırışma, gergin yüz, iç çekme veya hızlı soluma, yüz solgunluğu, yutkunma, geğirme, canlı tendon sıçramaları, dilate pupiller, egzoftalmus.	0	1	2	3	4

TOPLAM: PSİŞİK: (1,2,3,5,6) SOMATİK (4,7,8,9,10,11,12,13)

11- İÇGÖRÜNÜN ÜÇ BİLEŞENİ ÖLÇEĞİ (İÜÖ)

İÜÖ MADDELERİ

1a. Hasta tedaviyi (Hastaneye başvurma ve/veya ilaç tedavisi ve/veya diğer fiziksel ya da psikolojik tedaviler) kabul ediyor mu? (Edilgin biçimde kabullenmeyi içerir)

- Sıklıkla =2 (Tedaviye gereksinimi olduğunu nadiren sorgular)
- Bazen =1 (Arada bir neden tedaviye gereksinim duyduğunu sorgular)
- Hiçbirzaman =0

Eğer 1a, 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

1b. Hasta tedaviyi teşvik edilmeden istiyor mu?

- Sıklıkla =2 (Uygun olmayan medikasyon istekleri dışlanmalıdır)

- Bazen =1 (Unutkanlık/dezorganizasyon nedeniyle ilaç almayı ihmal eden hastalar buraya dahil edilebilir.)
- Hiçbir zaman =0 (Tedaviyi herzaman uyarıdan sonra kabul ediyorsa.)

2a. Hastaya sorunuz: "Bir hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz ?" ya da "Bazı sorunlarınız olduğunu düşünüyor musunuz ?"(mental,fiziksel, belirlenmemiş)

- Sıklıkla =2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- Bazen =1 (Hastalığı olduğunu arasıra düşünmüş)
- Hiç bir zaman =0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

Eğer 2a 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

2b. Hastaya "bir ruhsal/psikiyatrik hastalığınız olduğunu düşünüyor musunuz ?" şeklinde sorunuz. (2a. nın maddeleri geçerlidir).

- Sıklıkla =2 (Hastalığı olduğunu bir çok günler, günün çoğunda düşünmüş)
- Bazen =1 (Hastalığı olduğunu arasıra düşünmüş)
- Hiç bir zaman =0 (Neden doktorların/diğerlerinin kendisinin bir hastalığı olduğunu düşündüklerini soruyorsa)

2c (2b. eğer1 ya da 2 ise) "Hastalığınızı nasıl açıklarsınız ?" diye sorunuz.

- Hastanın sosyal, kültürel ve eğitim düzeyine uygun akılcı yanıtlar: ör: aşırı stres, kimyasal dengesizlik, ailesel kalıtım biçimindeki açıklamalar =2
- Karışık, tam anlamadığı kulaktan duyma açıklamalar ya da " Bilmiyorum" şeklinde yanıtlar =1
- Delüzyonel açıklamalar =0

3a. "……(özgül hezeyanı) konusundaki inancınızın gerçekte doğru olmadığını düşünüyor musunuz?" diye sorunuz. Ya da "……(özgül halüsinasyonu) gerçekte olmadığını düşünüyor musunuz"

- o Sıklıkla =2 (bir çok gün, günün çoğunda düşünmüş)
- o Bazen =1 (bazı günler en azından günde bir kez aklına gelmiş)
- o Hiçbir zaman =0

Eğer 3a. 1 ya da 2 ise aşağıdaki soruyu sorunuz:

3b. Bu olayları/ yaşantılarınızı nasıl açıklarsınız? (…….konusundaki inancınız / sesler işitmeniz, görüntüler görmeniz.)

- o "Hastalığımın bir parçası" =2
- o "Yorgunluk ve stres" gibi dış olaylara bağlıyorsa =1
- o Dış güçlere bağlıyorsa (delüzyonel olabilir) =0

Ek soru: ……durumlarında insanlar size inanmadıklarında kendinizi nasıl hissediyorsunuz? (hasta çevreye hezeyan ya da halüsinasyonundan bahsederken)

0= "Yalan söylüyorlar."

1= "Ne söylerlerse söylesinler hala kendimi emin hissederim."

2= "Kafam karışır ve ne düşüneceğimi bilemem."

3= "Bende bir hata olduğunu düşünürüm."

4= "İşte öyle hallerde hasta olduğumu biliyorum."

İŞLEVSELLİĞİN GENEL DEĞERLENDİRİLMESİ ÖLÇEĞİ (İGD)

Orjinal kaynak: American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

Mental sağlık-hastalık durumunun varsayımsal sürekliliği üzerinde psikolojik, toplumsal ve mesleki işlevselliği dikkate alınız. Fizikel / çevresel kısıtlamalara bağlı işlevsellik bozulmalarını değerlendirme dışında tutunuz.(Uygun düştüğünde ara kodları da kullanınınız, örn: 45, 68, 72)	
100 ı 91	Çok çeşitli etkinlik alanlarında üst düzeyde işlevseldir, yaşam sorunları hiçbir zaman denetim dışı kalmıyor gibi görünmektedir, birçok olumlu niteliği olduğu için başkalarınca aranan biridir. Herhangi bir semptomu yoktur.
90 ı 81	Semtomsuzdur, ya da çok hafif semptomları vardır (örn:sınav öncesi hafif anksiyete vb.). Tüm alanlarda işlevselliği iyidir. Çeşitli etkinliklere ilgi duyar, katılır. Toplumsal yönden etkindir. Yaşamı doyumludur. Günlük sorunların ya da kaygıların ötesinde (örn: aile içi tartışmalar) sorun ve kaygıları yoktur.
80 ı 71	Semptomlar gelip geçici tarzda ve psikososyal stressörlere verilen beklenir tepkiler şeklindedir (örn: aile içi bir tartışmayı takiben konsantrasyon güçlüğü çekme). Toplumsal mesleki ya da akademik işlevsellikte hafif bozulmanın ötesinde bir durum yoktur (örn: geçici süre okuldan geri kalma).
70 ı 61	Bir takım hafif semptomlar (örn: depresif duygudurum ve hafif insomnia), YA DA toplumsal, mesleki veya akademik işlevsellikte bir takım zorlukların olması (örn: ara sıra okuldan kaçmalar ya da evde hırsızlık), ancak genelde oldukça iyi biçimde işlevselliğini sürdürür, anlamlı kişilerarası ilişkileri vardır.
60 ı 51	Orta derecede semptomlar (örn: donuk duygulanım ve çevresel konuşma ara sıra gelen panik atakları) YA DA toplumsal mesleki veya akademik işlevsellikte orta derecede bir zorluğu vardır (Örn:arkadaşı azdır, aralarında çatışmalar vardır).
50 ı 41	Ağır semtomlar vardır (Örn:intihar düşünceleri, ağır obsesif, törensel davranışlar, mağzalarda hırsızlık) YA DA toplumsal mesleki veya akademik işlevsellikte ciddi derecede bir zorluğu vardır (Örn: hiç arkadaşı yoktur, hiçbir işte sebat edemez).
40 ı 31	Gerçeği değerlendirmede ya da iletişimde bazı bozukluklar vardır (Örn: konuşması kimi zaman mantık dışı, çapraşık veya konuşulan konu ile ilgisizdir) YA DA iş, okul, aile ilişkileri yargılama, düşünme, ya da duygudurum gibi birçok alanda temel birtakım bozukluklar vardır (Örn:arkadaşlarından kaçar, ailesini ihmal eder, çalışamaz, kendinden küçükleri döver, büyüklerine asidir, okulda başarısızdır).
30 ı 21	Davranışları hezeyan ve halusinasyonlarından oldukça etkilenir YA DA iletişim veya yargıda ciddi bir bozukluk vardır (Örn:bazen enkoherandır, ileri derecede uygunsuz davranır, intihar düşünceleri ile uğraşır durur) YA DA hemen tüm alanlarda işlevselliği bozuktur (Örn:bütün gün yataktan çıkmaz, işi, evi ya da arkadaşları yoktur).
20 ı 11	Kendisi ya da başkalarına zararlı olma tehlikesi zaman zaman vardır (Örn:açıkça ölüm beklentisi olmadan intihar girişimi, şiddete başvurma, manik eksitasyon) YA DA arasıra kişisel bakımın en temel gereklerini bile yerine getiremez (Örn: dışkı sürme) YA DA iletişimde ileri derece bir bozukluk vardır (Örn: ileri derecede enkoherans ya da mutizm).
10 ı 1	Kendisi ya da başkalarına zararlı olma tehlikesi süreklidir (Örn:yineleyen şiddet davranışı) YA DA kişisel bakımın en temel gereklerini sürekli olarak yerine getiremez YA DA açıkça ölüm beklentisi içinde ciddi intihar eylemi.
0	Bilgi yetersiz.

Türkçe Modifiye Morisky İlaç Uyumu Ölçeği Soruları

(Aşağıdaki soruları son 1 ayı göz önüne alarak cevaplayınız)

1. İlacınızı/ilaçlarınızı almayı unuttuğunuz olur mu?

( ) Evet

( ) Hayır

2. İlacınızı/ilaçlarınızı zamanında almaya dikkat eder misiniz?

( ) Evet

( ) Hayır

3. Kendinizi iyi hissettiğinizde ilaçlarınızı almayı bıraktığınız oldu mu?

( ) Evet

( ) Hayır

4. Bazen kendinizi kötü hissettiğinizde bunun ilaca bağlı olduğunu düşünüp ilacı almayı kestiğiniz oldu mu?

( ) Evet

( ) Hayır

5. İlaç almanızın uzun dönem yararlarını biliyor musunuz?

( ) Evet

( ) Hayır

6. Bazen zamanı geldiği halde ilaçlarınızı yazdırmayı unuttuğunuz oluyor mu?

( ) Evet

( ) Hayır

HAMİLTON DEPRESYON ÖLÇEĞİ

İsim:_____**Tarih:**_____

1) **Depresif ruh hali (Keder, ümitsizlik, çaresizlik, değersizlik)**
   - 0- Yok
   - 1- Yalnızca soruları cevaplarken anlaşılıyor.
   - 2- Hasta bu durumları kendiliğinden söylüyor.
   - 3- Hastada bunların bulunduğu yüz ifadesinden, postüründen, sesinden ve ağlamasından anlaşılıyor.
   - 4- Hasta bu durumlardan birinin kendisinde bulunduğunu konuşma sırasında sözlü ve sözsüz olarak belirtiyor.

2) **Suçluluk duyguları**
   - 0- Yok
   - 1- Kendi kendini kınıyor, insanları üzdüğünü sanıyor.
   - 2- Eski yaptıklarından dolayı suçluluk hissediyor.
   - 3- Şimdiki hastalığı bir cezalandırmadır. Suçluluk hezeyanları.
   - 4- Kendisini suçlayan ya da itham eden sesler işitiyor ve/ veya kendisini tehdit eden görsel hallüsinasyonlar görüyor.

3) **İntihar**
   - 0- Yok
   - 1- Hayatı yaşamaya değer bulmuyor.
   - 2- Keşke ölmüş olsaydım diye düşünüyor veya benzeri düşünceler besliyor.
   - 3- İntiharı düşünüyor ya da bu düşüncesini belli eden davranışlar sergiliyor.
   - 4- İntihar girişiminde bulunmuş. (Herhangi bir ciddi girişim 4 puanla değerlendirilir.)

4) **Uykuya dalamamak**
   - 0- Bu konuda zorluk çekmiyor.
   - 1- Bazen yattığında yarım saat kadar uyuyamadığından yakınıyor.
   - 2- Her gece uyuma güçlüğü çekiyor, gece boyunca gözünü bile kırpmadığından şikayet ediyor.

5) **Geceyarısı uyanmak**
   - 0- Herhangi bir sorunu yok.
   - 1- Gece boyunca huzursuz ve rahatsız olduğundan şikayetçi.
   - 2- Gece yarısı uyanıyor. (Herhangi bir neden olmaksızın yataktan kalkmak 2 punla değerlendirilir.)

6) **Sabah erken uyanmak**
   - 0- Herhangi bir sorunu yok.
   - 1- Sabah erkenden uyanıyor ama sonra tekrar uykuya dalıyor.
   - 2- Sabah erkenden uyanıp tekrar uyuyamıyor ve yataktan kalkıyor.

7) **Çalışma ve aktiviteler**
   - 0- Herhangi bir sorunu yok.
   - 1- Aktiviteleriyle, işiyle ya da boş zamanlarındaki meşguliyetleriyle ilgili olarak kendini yetersiz hissediyor.
   - 2- Aktivitelerine, işine ya da boş zamanlarındaki meşguliyetlerine karşı olan ilgisini kaybetmiş; bu durum ya hastanın bizzat kendisi tarafından bildiriliyor ya da başkaları onun kayıtsız, kararsız, müştereddit olduğunu belirtiyor. (İşinden ve aktivitelerinden çekilmesi gerektiğini düşünüyor.)
   - 3- Aktivitelerinde harcadığı süre veya üretim azalıyor. (Hastanede yatarken her gün en az 3 saat, servisteki işlerinin dışında aktivite göstermeyenlere 3 puan verilir.)
   - 4- Hastalığından dolayı çalışmayı tamamen bırakmış. (Yatan hastalarda servisteki işlerin dışında hiçbir aktivite göstermeyenlere ya da servis işlerini bile yardımsız yapamayanlara 4 puan verilir.)

8) **Reterdasyon (Düşünce ve konuşmalarda yavaşlama, konsantrasyon yeteneğinde bozulma, motor aktivitede azalma)**
   - 0- Düşünceleri ve konuşması normal.
   - 1- Görüşme sırasında hafif reterdasyon hissediliyor.
   - 2- Görüşme sırasında açıkça reterdasyon hissediliyor.
   - 3- Görüşmeyi yapabilmek çok zor.
   - 4- Tam stuporda.

9) Ajitasyon

0- Yok
1- Elleriyle oynuyor, saçlarını çekiştiriyor.
2- Elini ovuşturuyor, tırnak yiyor, dudaklarını ısırıyor.

10) Psişik anksiyete

0- Herhangi bir sorunu yok.
1- Subjektif gerilim ve irritabilite.
2- Küçük şeylerden kaygı duyuyor.
3- Yüzünden veya konuşmasından endişeli olduğu anlaşılıyor.
4- Korkularını daha sorulmadan anlatıyor.

11) Somatik anksiyete

0- Yok
1- Hafif
2- Ilımlı
3- Şiddetli
4- Çok şiddetli

Anksiyeteye eşlik eden fiziksel belirtiler:
Gastrointestinal: Ağız kuruluğu, gaz, sindirim bozukluğu, kramp, geğirme
Kardiyovasküler: Palpitasyon, baş ağrısı
Solunumla ilgili: Hiperventilasyon, iç çekme, sık idrara çıkma, terleme.

12) Somatik semptomlar- Gastrointestinal

0- Yok
1- İştahsız, ancak personelin ısrarıyla yiyor. Karnının şiş olduğunu söylüyor.
2- Personel zorlamasa yemek yemiyor. Barsakları ya da gastrointestinal semptomları için ilaç istiyor ya da ilaca ihtiyaç duyuyor.

13) Somatik semptomlar- Genel

0- Yok
1- Ekstremitelerde, sırtında ya da başında ağırlık hissi. Sırt ağrıları, baş ağrısı, kaslarda sızlama. Enerji kaybı, kolayca yorulma.
2- Herhangi bir kesin şikayet 2 punla değerlendirilir.

14) Genital semptomlar (Libido kaybı, menstrüel bozukluklar vb.)

0- Yok
1- Hafif
2- Şiddetli

15) Hipokondriaklık

0- Yok
1- Kuruntulu.
2- Aklını sağlık konularına takmış durumda.
3- Sık sık şikayet ediyor, yardım istiyor.
4- Hipokondriak delüzyonlar.

16) Zayıflama (A ya da B'yi işaretleyiniz)

A- Tedavi öncesinde (anamnez bulguları)

0- Kilo kaybı yok.
1- Önceki hastalığına bağlı olarak kilo kaybı.
2- Kesin (hastaya göre) kilo kaybı.

B- Psikiyatrist tarafından haftada bir yapılan hastanın tartıldığı kontrollerde

0- Haftada 0.5 kg'dan daha az zayıflama.
1- Haftada 0.5 kg'dan daha fazla zayıflama.

17) Durumu hakkında görüşü

0- Hasta ve depresyonda olduğunun bilincinde.
1- Hastalığını biliyor ama bunu iklime, kötü yiyeceklere, virüslere, aşırı çalışmaya, istirahate ihtiyacı olduğuna bağlıyor.
2- Hasta olduğunu kabul etmiyor.

Toplam HAM-D skoru:

POZİTİF VE NEGATİF SENDROM ÖLÇEĞİ (PANSS):

POZİTİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (P):

P1. SANRILAR:

Temeli olmayan, gerçekdışı, alışılmamış ve garip inançlardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede hastanın kendisinin ifade ettiği düşüncelerin içeriği ve bu düşüncelerin tedavi ekibi veya ailenin aktardığı üzere, sosyal ilişkiler ve davranış üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili bir özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Billurlaşmamış, müphem ve kuvvetle bağlanılmamış bir veya iki sanrı vardır. Sanrılar düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranışı etkilemez.

4 ORTA: Zayıf yapılanmış, sabit olmayan, çok sayıda ve biçim değiştiren sanrılar vardır **veya** birkaç tane tam oluşmuş ve düşünmeyi, sosyal ilişkiler veya davranışı arasıra etkileyen sanrılar vardır.

5 ORTA/AĞIR: Kuvvetle bağlanılmış, çok sayıda sanrı vardır ve arasıra düşünmeyi, sosyal ilişkileri veya davranışı etkilemektedir.

6 AĞIR: Billurlaşmış, muhtemelen iyi düzenlenmiş, kuvvetle inanılmış ve düşünmeyi, sosyal ilişkileri ve davranışı açıkça etkileyen sanrılar kümesi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Çok iyi düzenlenmiş **veya** çok sayıda olan ve hastanın yaşamını önemli derecede etkileyen sanrılar kümesi vardır. Bu durum, hasta veya yakınlarının güvenliğini de etkileyebilecek düzeyde, sorumsuz ve uygunsuz davranışlara sıklıkla neden olabilmektedir.

P2. DÜŞÜNCE DAĞINIKLIĞI:

Hedefe yönelik işleyişin bozulduğu dağınık düşünce süreci ile karakterizedir; ör:çevresellik, teğetsellik, çağrışımlarda kopukluk, sonuca bağlanamama, belirgin anlamsızlık veya düşünce blokları. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Düşünce çevresel, teğetsel veya mantık dışıdır. Düşünceleri hedefe yönlendirmede bir miktar güçlük vardır ve baskı altında çağrışımlarda kopukluk gözlenebilir.

4 ORTA: Konuşmalar kısa ve iyi yapılanmış olduğunda düşünceler toparlanabilmektedir, ancak daha karmaşık konuşmalar olduğunda veya hafif baskı altında çağrışımlarda gevşeme, konudan uzaklaşma olabilmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Baskı altında olunmadığında bile sıklıkla konu dışı konuşma, konular arasındaki ilişkileri kuramama veya çağrışımlarda kopukluk ile kendini gösteren biçimde düşünce toparlamada güçlük vardır.

6 AĞIR: Düşünmede, sürekli olarak belirgin derecede konu dışına çıkma ve düşünce sürecinde bozulmaya yol açacak şekilde, ciddi ölçüde sapma ve tutarsızlık vardır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünceler hastanın anlaşılmaz olmasına yol açacak düzeyde bozulmuştur. Çağrışımlardaki belirgin kopukluk hiçbir şekilde iletişim kurulamamasına neden olmaktadır (ör:kelime salatası veya mutizm).

P3. VARSANILAR:

Dış uyaranlarla oluşturulmayan algıların varlığının sözel olarak bildirilmesi veya davranışlarla ortaya konmasıdır. Bu algılar işitme, görme, koku varsanıları veya bedensel varsanılar olabilir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibinin veya ailenin bildirdiği davranışların yanısıra görüşme sırasında hastanın bu algıları sözel olarak ifade etmesi ve bu algılara göre davrandığının gözlenmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Bir veya iki tane açık ancak sık olmayan varsanı vardır **veya** düşünce veya davranışta bozulmaya neden olmayan birkaç tane müphem, anormal algı sözkonusudur.

4 ORTA: Varsanılar sürekli olmamakla beraber sıklıkla vardır, ancak hastanın düşünme ve davranışları çok hafif düzeyde etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Varsanılar sıktır ve değişik varsanılar (işitme, görme, koku vb.) birarada olabilir. Bu varsanılar düşünceyi bozmakta ve/veya davranışı etkilemektedir. Hasta bu yaşantıları sanrılarla yorumlayabilir, bunlara duygusal ve bazen de sözel olarak yanıt verebilir.

6 AĞIR: Varsanılar hemen hemen süreklidir, düşünce ve davranışta belirgin bozulma yapacak düzeydedir. Hasta bunları gerçek algılar olarak değerlendirmektedir ve bu algılara verdiği duygusal ve sözel yanıtların sık olmasıhastanın işlevselliğini bozmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın zihni tamamen düşünce ve davranışlara hakim olan varsanılarla meşguldür. Varsanılara değiştirilemeyen sanrılı yorumlar eşlik etmekte ve varsanılara boyun eğerek uyma şeklinde sözel ve davranışsal tepkiler görülebilmektedir.

P4. TAŞKINLIK:

Hareketler ve davranışlarda hızlanma, çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artma (aşırı uyarılmışlık) ve duygudurumda hızlı değişmeler (oynaklık) ile kendini gösteren aşırı hareketlilik durumudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Görüşme boyunca hafif ajitasyon, artmış uyanıklılık veya hafif düzeyde çevresel uyaranlara karşı olan tepkilerde artış göstermeye meyillidir, ancak belirgin taşkınlık nöbetleri veya duygudurum oynaklığı yoktur. Konuşma hafif basınçlı olabilir.

4 ORTA: Görüşme boyunca ajitasyon veya aşırı uyarılmışlık belirgindir ve konuşmayı, genel hareket halini etkilemektedir **veya** seyrek olarak ani taşkınlık patlamaları oluşmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Hastada heran birkaç dakikadan fazla yerinde oturmasına engel olacak düzeyde belirgin aşırı hareketlilik **veya** sıkça olan hareketlilik patlamaları vardır.

6 AĞIR: Görüşmede dikkati bozan ve yeme, uyuma gibi kişisel işlevleri belli bir derecede etkileyen belirgin düzeyde taşkınlık gözlenmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin düzeyde taşkınlık, yeme ve uyumayı ciddi ölçüde etkilemekte ve kişiler arası ilişki kurmayı imkansız hale getirmektedir. Konuşmada ve beden hareketlerindeki hızlanma hastanın anlaşılmaz olmasına ve bitkin hale düşmesine neden olmaktadır.

P5. BÜYÜKLÜK DUYGULARI:

Olağanüstü yeteneklere, servete, bilgiye, üne, güce ve ahlaki değerlere sahip olma gibi abartılmış şekilde kendini algılama ve gerçekdışı üstünlük duygusudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında ifade edilen düşünceler ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Belirgin büyüklük sanrıları olmamakla birlikte hafif kabarma veya kendini övme vardır.

4 ORTA: Gerçek dışı ve kesin bir biçimde kendini diğer insanlardan üstün hissetmektedir. Özel bir konuma veya özel yeteneklere sahip olma biçiminde tam oluşmamış sanrılar olsa da bunlar doğrultusunda davranılmamaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Özel yeteneklere, konuma veya güce sahip olmayla ilgili belirgin sanrılar belirtilmekte ve tutumu etkilemektedir, ancak davranışı etkilememektedir.

6 AĞIR: Bir özellikten daha fazlasını kapsayan (servet, bilgi, ün vb.) alanlarla ilgili belirgin üstünlük sanrıları belirtilmekte ve ilişkileri etkilemekte, bunlar doğrultusunda davranılabilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Acayip özellikler gösterebilen, üstün yetenek, bilgi, ün, güç ve/veya ahlaki değerlerle ilgili çok sayıda sanrılar düşünmeye, ilişkilere ve davranışa hakim durumdadır.

P6. ŞÜPHECİLİK/KÖTÜLÜK GÖRME:

Savunuculuk, güvensiz tutum, kuşkular nedeniyle tetikte olma veya birilerinin kendisine zarar vermeye çalıştığına dair bariz sanrılardan anlaşıldığı üzere gerçekdışı veya abartılmış kötülük görme düşünceleri vardır.

Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede ifade edilen düşünce içeriği ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere bu düşüncelerin davranışlar üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Savunucu veya açıkça güvensiz bir tutum içindedir, ancak düşünceleri, ilişkileri ve davranışları çok az etkilenmektedir.

4 ORTA: Güvensizlik belirgindir ve görüşmeyi ve/veya davranışı etkilemektedir, ancak kötülük görme sanrıları yoktur, **veya** tam oluşmamış kötülük görme sanrıları bulunabilir, ancak bunlar hastanın tavrını veya kişilerarası ilişkilerini etkilememektedir.

5 ORTA /AĞIR: Hasta kişilerarası ilişkilerini ciddi ölçüde bozacak düzeyde belirgin güvensizlik göstermektedir **veya** kişilerarası ilişkiler ve davranışı sınırlı ölçüde etkileyen belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

6 AĞIR: Iyi düzenlenmiş sayılabilen ve kişilerarası ilişkileri ciddi düzeyde etkileyebilen belirgin kötülük görme sanrıları vardır.

7 ÇOK AĞIR: Bir seri iyi düzenlenmiş kötülük görme sanrıları örgüsü hastanın düşünmesine, sosyal ilişkilerine ve davranışına hakimdir.

P7. DÜŞMANCA TUTUM:

Iğneleyici konuşma, pasif agresif davranış, sözel saldırı veya saldırganlık gibi sözel veya sözel olmayan öfke ve küskünlük ifadeleridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlarıdır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Iğneleyici konuşma, saygısızlık gösterme, düşmanca ifadeler ve arasıra olan sinirlilik gibi öfke ifadeleri doğrudan değildir **veya** sınırlıdır.

4 ORTA: Sık sinirlenme ve doğrudan öfke veya küskünlük ifadeleri gösteren, açık bir düşmanca tutum içindedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta oldukça kolay kızar ve zaman zaman tehdit edici veya küfürlü konuşmaları olmaktadır.

6 AĞIR: Işbirliği kuramaması ve küfürlü konuşması **veya** sözel tehditleri görüşmeyi ve toplum ilişkilerini ciddi ölçüde etkilemektedir. Hasta hırçın veya tahrip edici olabilir ancak diğer insanlara karşı fiziksel güç kullanmaz.

7 ÇOK AĞIR: Şiddetli öfke nedeniyle işbirliği kuramamakta ve dolayısıyla ilişkileri engellenmekte **veya** diğer insanlara fiziksel güç kullanarak saldırması söz konusu olmaktadır.

NEGATİF BELİRTİLER ÖLÇEĞİ (N):

N1. DUYGULANIMDA KÜNTLEŞME:

Duygusal yanıttaki azalma yüz ifadesinde, duyguların ayarlanmasında ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinde azalma ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında duygulanım ve duygusal yanıtın fiziksel ifade biçimlerinin gözlemidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Yüz ifadesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerindeki değişiklikler tutuktur, zorlamalıdır, yapmadır veya iyi ayarlanamaz.

4 ORTA: Yüz ifadesindeki ve az sayıdaki el kol hareketindeki azalma donuk bir görünüme neden olmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Nadiren yüz ifadesinin değişmesi ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketlerinin azalması ile duygulanım genelde "künttür".

6 AĞIR: Çoğu zaman belirgin küntlük ve duygularda azalma görülmektedir. Taşkınlık, öfke ve uygunsuz, kontrol edilemeyen gülme şeklinde ayarsız, aşırı duygulanım ifadeleri olabilir.

7 ÇOK AĞIR: Yüz ifadesinde değişim ve iletişim kurmada kullanılan el kol hareketleri hiç yoktur. Hasta sürekli boş veya "heykel gibi" bir ifade içindedir.

N2. DUYGUSAL İÇEÇEKİLME:

Gündelik olaylara karşı ilgi eksikliğinin olması ve duygusal katılmanın olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin hastanın işlevselliğiyle ilgili görüşleri ve hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Genelde bir işe kalkışmaya hevesi yoktur ve arasıra çevredeki olaylara karşı ilgi azlığı gösterebilir.

4 ORTA: Hasta genelde çevresinden ve bu çevrenin getirdiği güçlüklerden duygusal olarak uzaklaşmıştır, ancak yüreklendirilirse ilişki kurar.

5 ORTA/AĞIR: Hasta katılımını sağlamak için harcanan tüm çabalara rağmen çevresindeki kişiler ve olaylardan duygusal olarak uzaklaşmıştır. Hasta mesafeli, uysal ve amaçsız gözükmektedir, ancak kısa süre için de olsa iletişim kurabilmekte ve bazen yardım gerekse de kişisel ihtiyaçlarını karşılayabilmektedir.

6 AĞIR: Belirgin ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama hastanın diğer insanlarla konuşmasını sınırlamaktadır ve aynı zamanda ancak gözetim altında yapabildiği kişisel işlevlerini sıkça ihmal etmesine neden olmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Ağır ilgi eksikliği ve duygusal katılım sağlayamama nedeniyle hasta hemen hemen tamamıyla içe kapanmıştır, ilişki kuramamaktadır ve kişisel ihtiyaçlarını ihmal etmektedir.

N3. İLİŞKİ KURMADA GÜÇLÜK:

Hastanın başkalarına empati yapamaması, görüşme sırasında açık olamaması, görüşmeciyle yakınlık kuramaması ve bu kişiye ilgisiz kalmasıdır. Bu durum hastanın mesafeli durması, sözel ve sözel olmayan iletişiminin az olması şeklinde gözlenebilir. Değerlendirmede temel alınacak veri hastanın görüşme sırasında gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki tutumudur.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşma tutuk, zorlamalı ve yapay bir tondadır. Duygusal derinliği olmayabilir **veya** kişisel olmayan, entellektüel bir tarzda sürmeye meyilli olabilir.

4 ORTA: Hasta tipik olarak kişiler arası ilişkilerde belirgin mesafelidir. Sorulara mekanik olarak cevap verip sıkılmış gibi veya ilgisiz davranabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın ilgisizliği belirgindir ve bu durum görüşmenin verimliliğini açıkça bozmaktadır. Hasta göz göze gelmekten kaçınabilir.

6 AĞIR: Hastanın kayıtsız, mesafeli tavrı oldukça belirgindir. Yanıtları baştan savmadır ve ilgisine dair sözel olmayan göstergeler çok azdır. Göz göze gelmekten sıklıkla kaçınır.

7 ÇOK AĞIR: Hasta görüşmeciye karşı tamamen ilgisizdir. Tamamen kayıtsızdır ve görüşme boyunca sözel ve sözel olmayan etkileşimlerden sürekli kaçınır.

N4. PASİF/KAYITSIZ BİÇİMDE KENDİNİ TOPLUMDAN ÇEKME:

Pasiflik ve kayıtsızlık, enerji azalması ve irade kullanamama nedeniyle toplumsal etkileşimlerde ilgi ve girişimlerin azalmasıdır. Bu durum kişiler arası ilişkilerde azalmaya ve günlük aktivitelerde ihmale neden olmaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sosyal aktivitelere arasıra ilgi göstermekle beraber girişimi azdır. Genellikle ilk adımı başkaları attığında ilişki kurmaktadır.

4 ORTA: Çoğu sosyal aktiviteye pasif olarak katılmaktadır, ancak ilgisiz ve mekanik bir tavır sözkonusudur. Arka planda kalmaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Hiçbir ilgi ve girişim göstermeden aktivitelerin çok azına pasif olarak katılmaktadır.

6 AĞIR: Sosyal aktivitelere nadiren katılır, arasıra kişisel ihtiyaçlarını ihmal eder, kayıtsız olmaya ve kendibaşına kalmaya meyillidir. Kendiliğinden gelişen sosyal ilişkileri çok azdır.

7 ÇOK AĞIR: Tamamen kayıtsızdır, yalnızdır ve kendini ihmal etmektedir.

N5. SOYUT DÜŞÜNME GÜÇLÜĞÜ:

Soyut ve simgesel düşünmedeki bozulmadır; sınıflandırma, genellemeler yapma ve ve problem çözmeye yönelik işlerde benmerkezcil ve somut düşüncenin ötesine geçebilmede güçlüktür. Değerlendirmede temel alınacak veriler, benzerlikler ve atasözleriyle ilgili sorulara verilen yanıtlar ve görüşme boyunca somuta karşı soyut düşüncenin kullanımının değerlendirilmesidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Daha zor atasözlerine harfiharfine veya kişisel açıklamalar getirmeye meyillidir ve açıkça soyut veya birbirleriyle uzaktan ilişkili kavramları anlamakta güçlük çekmektedir.

4 ORTA: Genellikle somut düşünce tarzını kullanmaktadır. Çoğu atasözleri ve bazı kategorileri anlamada güçlüğü vardır. Düşünce bahsi geçen nesnelerin işlevsel yönlerine ve en göze çarpan özelliklerine kaymaya meyillidir.

5 ORTA/AĞIR: Çoğu atasözlerinde ve kategorilerde zorlanmasına yol açacak şekilde somut tarzda düşünmektedir.

6 AĞIR: Hiçbir atasözünün veya mecazi ifadenin soyut anlamını kavrayamamaktadır ve bahsi geçen nesneleri en basit benzerliklere göre sınıflandırmaktadır. Düşünce ya anlamsızdır ya da bahsi geçen nesnelerin işlevsel yönlerine, en göze çarpan özelliklerine ve bunlarla ilgili alışılmamış yorumlamalara takılıp kalmıştır.

7 ÇOK AĞIR: Sadece somut tarzda düşünebilmektedir. Hiçbir atasözünü, mecaz veya teşbihi ve basit kategorileri kavrayamamaktadır. En göze çarpan ve işlevsel özellikleri bile sınıflandıramamaktadır. Bu derecelendirme belirgin bilişsel bozukluk nedeniyle muayene yapan kişiyle hiçbir ilişkiye giremeyen hastalar için de yapılabilir.

N6. KONUŞMANIN KENDİLİĞİNDEN VE AKICI OLMASININ KAYBI:

Kayıtsızlık, irade kullanamama, savunuculuk veya bilişsel yetilerdeki bozukluktan dolayı konuşmanın akışındaki yavaşlamadır. Sözel etkileşim sürecinde akıcılıkta ve üretkenlikteki azalmayla seyreder. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında izlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşmaya çok az isteği vardır. Hastanın yanıtları doğrudan ve soruya yanıt tarzında, kısa ve sade olmaya meyillidir.

4 ORTA: Konuşmada serbest akış yoktur ve konuşma düzgün değildir veya duraksamalıdır. Yeterli yanıtların alınabilmesi ve konuşmanın devam edebilmesi için sıkça yönlendirici sorular gerekmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Görüşmecinin sorularına bir veya iki kısa cümle ile yanıt verir. Kendiliğinden ve açık bir biçimde konuşmada belirgin eksiklik vardır.

6 AĞIR: Konuşmayı kısaltmak veya konuşmaktan kaçınmak isteğiyle hastanın yanıtları birkaç kelime veya cümle ile sınırlanmaktadır (ör: "bilmiyorum", "söylemeye izinli değilim"). Bu nedenle karşılıklı konuşma ciddi biçimde bozulmaktadır ve görüşme ilerlemez.

7 ÇOK AĞIR: Sözel iletişim tektük kelimelerle sınırlıdır ve karşılıklı konuşma imkansızlaşmaktadır.

N7. STEREOTİPİK DÜŞÜNME:

Düşünmenin akıcılığı, kendiliğinden oluşu ve esnekliği azalmıştır ve değişmez, tekrarlayıcı veya sığ düşünce içeriği ile kendini gösterir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede gözlenen bilişsel-sözel süreçtir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Tavırlar veya inançlarda bir miktar değişmezlik gözlenir. Hasta diğer durumları gözönüne almayı reddedebilir veya bir düşünceden diğerine geçmede zorlanabilir.

4 ORTA: Konuşma, yeni bir konuya geçişi güçleştirecek biçimde tekrarlayan bir konu etrafında dönmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Görüşmecinin çabalarına rağmen, düşünme o kadar değişmez ve tekrarlayıcıdır ki konuşma iki veya üç konuyla sınırlı kalmaktadır.

6 AĞIR: Taleplerin, ifadelerin, düşüncelerin veya soruların kontrol edilemeyen tekrarları konuşmayı ciddi ölçüde bozmaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünme, davranış ve konuşmaya, sabit, tekrarlayan düşünceler veya sınırlı cümleler hakimdir. Bu durum konuşmada uygunsuzluğa, değişmezliğe ve sınırlılığa neden olur.

GENEL PSİKOPATOLOJİ ÖLÇEĞİ (G):

G1. BEDENSEL KAYGI:

Bedensel yakınmalar veya bedensel bir hastalık veya işlev bozukluğu olduğuna dair inançlar vardır. Bu durum, müphem bir hastalık algısından ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrılara kadar değişen belirtileri kapsamaktadır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hasta olmadığına ilişkin teminat verilmesi isteğiyle sorduğu sorulardan anlaşıldığı üzere, sağlık veya bedenle ilgili konularda belirgin kaygısı vardır.

4 ORTA: Sağlığın kötüleşmesi veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili yakınmalar vardır, ancak bunlar sanrı düzeyinde değildir ve teminat ile aşırı kaygı yatıştırılabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hastanın fiziksel bir hastalık veya beden işlevlerinde bozulmayla ilgili olarak sık ve çok sayıda yakınması vardır **veya** hasta bu konularda zihnini sürekli meşgul etmeyen bir veya iki açık sanrı sergilemektedir.

6 AĞIR: Hastanın zihni bedensel bir hastalık veya organlarda işlev bozukluğuyla ilgili belirgin bir veya birkaç sanrıyla meşguldür, ancak duygulanımı tamamen bu konulara gömülmemiştir ve biraz çabayla görüşmeci hastanın düşüncelerini farklı yöne yönlendirebilir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın duygulanımına ve düşüncelerine tamamen hakim olan çok sayıda ve sık somatik sanrılar **veya** birkaç tane ölümcül bir bedensel hastalığın varlığıyla ilgili sanrı vardır.

G2. ANKSİYETE:

Şimdiki durum veya gelecekle ilgili aşırı kaygıdan panik duygusuna kadar değişen derecelerde sinirlilik, endişe, kaygıyla bekleme veya huzursuzluk gibi öznel bir yaşantıdır. Değerlendirmede temel alıncak veriler, görüşme sırasında bu duyguların sözel olarak ifade edilmesi ve bunlarla ilgili olarak gözlenen fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Bir miktar endişe, aşırı kaygı veya öznel huzursuzluk ifade edebilir, ancak bu duruma bağlı beden ve davranış değişiklikleri bildirilmez veya görülmez.

4 ORTA: Hasta, ellerde ince tremor ve aşırı terleme gibi hafif bedensel belirtilerin eşlik ettiği belirgin sinirlilik belirtileri bildirmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta, belirgin gerginlik, konsantrasyon bozukluğu, çarpıntı veya uyku bozukluğu gibi önemli fiziksel ve davranışsal belirtilere yol açan ciddi anksiyete belirtileri bildirmektedir.

6 AĞIR: Fobiler, belirgin huzursuzluk veya çok sayıda bedensel belirtilerle ilişkili olan, hemen hemen süregen ve öznel bir korku hissi vardır.

7 ÇOK AĞIR: Bazen panik düzeyine ulaşan ve hemen hemen sürekli olan **veya** gerçek panik atakları şeklinde görülen anksiyete durumu hastanın hayatını ciddi şekilde etkilemektedir.

G3. SUÇLULUK DUYGULARI:

Geçmişteki gerçek veya hayali hatalardan dolayı vicdan azabı veya kendini suçlama hissidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede suçluluk duygusunun ifade edilmesi ve bunun tavırlar ve düşünceler üzerindeki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sorgulama ile önemsiz bir olayla ilgili müphem bir suçluluk veya kendini suçlama hissi ortaya çıkmaktadır, ancak hasta açık olarak fazla endişeli değildir.

4 ORTA: Hasta, hayatındaki gerçek bir olaydan dolayı kendisini sorumlu tuttuğunu ifade etmektedir, ancak zihni sürekli bununla meşgul değildir ve tavır ve davranışları bundan etkilenmemektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta, kendini küçük görme veya cezalandırılmayı hakketme düşüncelerinin eşlik ettiği güçlü bir suçluluk duygusu ifade etmektedir. Suçluluk duyguları sanrı niteliğinde olabilir, nedeni olmaksızın ortaya çıkabilir, zihin meşguliyeti ve/veya çökkün duygudurumun kaynağı olabilir ve görüşmeci tarafından yatıştırılamaz.

6 AĞIR: Güçlü suçluluk düşünceleri sanrı özelliğine bürünür ve ümitsizlik veya değersizlik hislerine yol açar. Hasta yaptığı hatalar için sert bir şekilde cezalandırılması gerektiğine inanmaktadır ve hatta o anda içinde bulunduğu şartları bir ceza olarak görebilir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın yaşamı değişmesi mümkün olmayan suçluluk sanrılarının etkisi altındadır ve bu nedenle hasta hapse atılma, işkence veya ölüm gibi ağır cezalar hakettiğini düşünmektedir. Ek olarak intihar düşünceleri veya başkalarının sorunlarını kendisinin geçmiş hatalarına bağladığı görülebilir.

G4. GERGİNLİK:

Vücudun sertleşmesi, tremor, belirgin terleme ve huzursuzlukla kendini gösteren korku, anksiyete ve ajitasyonun açık fiziksel belirtileridir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede anksiyetenin sözel olarak ifadesi ve görüşme sırasında gerginliğe bağlı olarak ortaya çıkan fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Kaygıyla bekleyişin göstergeleri olarak hafif rijidite, arasıra olan yerinde duramama hali, pozisyon değiştirme veya ellerde ince tremor gibi vücut duruşu ve hareketleri görülmektedir.

4 ORTA: Kıpır kıpır olma, ellerde belirgin titreme, aşırı terleme veya heyecanlı tavırlar gibi çeşitli belirtilerle sinirli bir görünüm ortaya çıkmaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Heyecan nedeniyle titreme, belirgin terleme ve huzursuzluk gibi çok sayıda belirtiler belirgin gerginliğe işaret etmektedir, ancak görüşmedeki davranışlar önemli ölçüde etkilenmemiştir.

6 AĞIR: Kişiler arası ilişkileri bozacak düzeyde belirgin gerginlik vardır. Hasta uzun süre bir yerde oturamayacak derecede huzursuz olabilir veya hızla soluk alıp verebilir.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin gerginliğin göstergesi olarak hızla ve huzursuzca ileri geri yürüme ve bir dakikadan fazla yerinde oturamama gibi panik belirtileri veya hareketlerde hızlanma gözlenir ve bu nedenle konuşma sürdürülemez.

G5. MANYERİZM VE VÜCUT DURUŞU:

Garip, tutuk, uyumsuz veya acayip görünümlü doğal olmayan hareketler veya vücut duruşudur. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme boyunca gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği fiziksel belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hareketlerde hafif derecede bir gariplik **veya** vücut duruşunda hafif bir rijidite vardır.

4 ORTA: Hareketler belirgin olarak gariptir veya düzensizdir **veya** kısa süreli doğal olmayan bir vücut duruşu vardır.

5 ORTA/AĞIR: Arasıra acayip törensel hareketler veya çarpık bir vücut duruşu gözlenmektedir **veya** uzunca bir süre korunan anormal bir vücut duruşu vardır.

6 AĞIR: Acayip törensel hareketlerin, manyerizmin veya stereotipik hareketlerin sıkça tekrarı **veya** uzunca bir süre korunan çarpık bir vücut duruşu vardır.

7 ÇOK AĞIR: Sürekli olan törensel, manyeristik veya stereotipik hareketler **veya** doğal olmayan sabit bir postürün uzun süre korunması nedeniyle işlevsellik ciddi ölçüde bozulmaktadır.

G6. DEPRESYON:

Üzüntü, kendine güvenememe, çaresizlik ve kötümserlik duygularıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında çökkün duygudurumun gözlenmesi ve bunun tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği üzere tavır ve davranışlardaki etkisidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Sadece sorulduğunda bir miktar çaresizlik ve üzüntü dile getirir, ancak genel tavrında veya davranışlarında depresyonla ilgili özellikler yoktur.

4 ORTA: Açığa vurulabilen belirgin üzüntü veya çaresizlik duyguları vardır, ancak çökkün duygudurumun davranış ve sosyal işlevler üzerine etkisi yoktur. Hasta genelde neşelendirilebilir.

5 ORTA/AĞIR: Belirgin üzüntü, kötümserlik, sosyal ilgi kaybı, psikomotor yavaşlama ve bir miktar uyku ve iştah sorunlarıyla giden bariz çökkün duygudurum vardır. Hasta kolaylıkla neşelendirilemez.

6. AĞIR: Sürekli ağır elem, arasıra ağlama, çaresizlik ve değersizlik duyguları ile giden belirgin çökkün duygudurum vardır. Ek olarak, önemli düzeyde iştah ve/veya uyku bozukluğu, kendine bakmamayla ilgili belirtilerin de görülebileceği motor ve sosyal davranışlarda bozukluk vardır.

7. ÇOK AĞIR: Çökkün duygudurum bir çok önemli işlevi ciddi ölçüde etkilemektedir. Sık ağlama, belirgin bedensel belirtiler, dikkat bozukluğu, psikomotor yavaşlama, sosyal ilgisizlik, kendine bakmama, muhtemel depresif veya nihilistik sanrılar ve/veya muhtemel intihar düşünceleri veya girişimi gibi belirtiler vardır.

G7. MOTOR YAVAŞLAMA:

Hareketlerin ve konuşmanın yavaşlaması ve azalması, uyaranlara verilen yanıtta azalma ve beden kuvvetindeki azalmadan anlaşılabileceği üzere motor aktivitede azalma vardır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi ve ailenin bildirdiği belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hareketlerin ve konuşmanın hızında hafif ancak gözlenebilir bir azalma vardır. Hastanın konuşması ve iletişimde kullandığı el kol hareketlerinde bir miktar azalma olabilir.

4 ORTA: Hastanın hareketleri açıkça yavaşlamıştır ve sorulara uzun sürede yanıt verilmesi, konuşmada uzamış duraklamalar olması veya konuşmanın hızının yavaşlaması ile konuşmanın verimliliği azalmıştır.

5 ORTA/AĞIR: Motor aktivitedeki belirgin azalma iletişimi verimsiz kılmaktadır **veya** toplumsal ve mesleki işlevselliği sınırlamaktadır. Hasta genellikle ya yatar ya oturur durumda bulunmaktadır.

6 AĞIR: Hareketlerdeki aşırı yavaşlama aktivite ve konuşmanın en aza indirgenmesine neden olmaktadır. Genel olarak hasta gününü yatarak veya uzanarak geçirmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Hasta tamamen hareketsizdir ve dış uyaranlara yanıt vermemektedir.

G8. İŞBİRLİĞİ KURAMAMA:

Görüşmeci, hastane çalışanları veya hastanın ailesinin de dahil olduğu önemli kişilerle güvensizlik, savunuculuk, inatçılık, karşı gelme eğilimliliği, otoriteyi reddetme, düşmanca tutum veya kavgacılık gibi nedenlerden ötürü uyum sağlamayı aktif olarak reddetmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşmede gözlenen ve tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Gücenen, tahammülsüz veya iğneleyici bir tutumla cevap verir. Görüşmedeki hassas sorgulamaya alınganlık göstermeden itiraz edebilir.

4 ORTA: Kendi yatağını yapma, önceden planlanan programlara katılma gibi normal sosyal gerekliliklere arasıra ani olarak karşı koyar. Düşmanca, savunucu veya karşı gelme eğilimi olan bir tutum gösterebilir, ancak bu tutumu genellikle ele alınabilir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta sıklıkla çevresinin taleplerine uyum göstermez ve başkaları tarafından "toplum dışı" veya "ciddi bir davranış sorunu olan kimse" şeklinde tanımlanır. Görüşmeciye karşı belirgin savunuculuk ve alınganlık göstermesi ve muhtemelen birçok soruyu yanıtlamak istememesi işbirliği kurulamadığının göstergeleridir.

6 AĞIR: Hasta işbirliği kurmayan, karşı gelme eğilimli ve kavgacı bir tutum içindedir. Sosyal gerekliliklerin çoğuna uymayı reddeder. Görüşmeye başlamayı veya görüşmeyi sonuna kadar sürdürmeyi reddedebilir

7 ÇOK AĞIR: Tüm önemli işlev alanlarını ciddi ölçüde etkileyecek düzeyde aktif bir karşı koyma tutumu vardır. Hasta herhangi bir sosyal aktiviteye katılmayı, kişisel temizliğiyle ilgilenmeyi, ailesi veya sağlık personeliyle konuşmayı ve görüşmeye kısa süre için bile olsa katılmayı reddeder.

G9. OLAĞANDIŞI DÜŞÜNCE İÇERİĞİ:

Yabancı veya alışılmadık olan düşüncelerden çarpıtılmış, mantıkdışı ve saçma düşüncelere kadar değişen bir dağılım gösteren, garip, hayali veya acayip düşüncelerin olmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Düşünce içeriği bir miktar garip veya alışılmamıştır **veya** herkesin aklından geçebilecek düşünceler garip bir bağlam içinde düşünülmektedir.

4 ORTA: Düşünceler sıklıkla çarpıtılabilir ve zaman zaman oldukça acayiptir.

5 ORTA /AĞIR: Hasta birçok garip ve hayali (ör: bir kralın daha sonra evlat edinilen oğlu olduğu, ölüm listesinde olup daha sonra kurtulduğu) **veya** tamamen anlamsız bazı (ör: yüzlerce çocuğa sahip olduğu, diş dolgusu aracılığıyla uzaydan radyo mesajları aldığı) düşünceler aktarır.

6 AĞIR: Hasta birçok mantıksız veya anlamsız düşünceler **veya** belirgin acayip niteliği olan bazı düşünceler (ör: üç tane kafası olduğu, başka bir gezegenden gelen bir ziyaretçi olduğu) aktarır.

7 ÇOK AĞIR: Düşünce içeriği tamamen saçma ve acayip düşüncelerden oluşmaktadır.

G 10. YÖNELİM BOZUKLUĞU:

Kişinin kişi, zaman ve yer yöneliminin bozulması, çevresiyle olan ilişkisinin konfüzyon veya bir kesilme durumuna bağlı olarak farkında olmamasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme sırasında yönelimle ilgili sorulara verilen yanıtlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Genel olarak yönelim korunmuştur, ancak bazı ayrıntılarla ilgili zorluk yaşanmaktadır. Örneğin, hasta bulunduğu yeri bilse de sokak adresini bilmemektedir; hastane personelinin isimlerini bilse de görevlerini bilmemektedir; hangi ayda olunduğunu bilse de günü bir sonraki günle karıştırmaktadır; veya tarihi iki günden fazla olmak üzere karıştırmaktadır. Ilgi alanında, sağlık personeli gibi yakın çevreyi tanıyabilme, ancak devlet ve siyaset adamları gibi daha uzak olan çevreyi tanıyamama şeklinde bir daralma söz konusu olabilir.

4 ORTA: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada kısmi başarı vardır. Örneğin hasta hastanede bulunduğunu bilmekte ancak hastanenin adını bilmemektedir; bulunduğu şehri bilmekte ancak mahalle adını bilmemektedir; kendi terapistinin adını bilmekte ancak diğer birçok sağlık personelinin adını bilmemektedir; yıl ve mevsimi bilmekte ancak aydan emin olamamaktadır.

5 ORTA/AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada önemli ölçüde bozukluk vardır. Hasta nerede olduğuna dair müphem bir fikre sahiptir veya çevresindeki çoğu insanı tanıyamamaktadır. Yılı doğru veya doğruya yakın olarak bilse de içinde bulunulan ayı, haftanın gününü veya mevsimi bilmemektedir.

6 AĞIR: Kişileri, yeri ve zamanı tanımada belirgin bozukluk vardır. Örneğin hastanın nerede olduğuna dair hiçbir fikri yoktur; tarihi bir yıldan fazla olmak üzere karıştırmaktadır; şu andaki yaşamında sadece bir veya iki kişinin ismini bilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Hastanın kişilere, yere ve zamana ait yönelimi tamamen bozulmuştur. Bulunduğu yer, içinde bulunduğu yıl ve hatta ebeveynleri, eşi, arkadaşları ve kendi terapisti gibi en çok tanıdığı insanları bile bariz olarak karıştırmakta veya bilememektedir.

G 11. DİKKAT AZALMASI:

Dikkatin odaklanmasında bir azalma vardır ve bu durum kendini dikkati toplamada zayıflama, dikkatte iç ve dış uyaranlar nedeniyle dağılma ve dikkati bir durum üzerinde tutma, koruma veya yeni bir uyaran üzerinde toplamada güçlük ile belli eder. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme sırasında gözlenen belirtilerdir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Arasıra dikkatte dağılmaya meyil veya görüşmenin sonuna doğru dikkatin dağılması şeklinde görülebilen dikkati toplama sorunu vardır.

4 ORTA: Dikkatte kolayca dağılma, dikkati bir konu üzerinde uzun süre tutamama veya dikkati yeni konulara çevirmede zorluk nedeniyle konuşma etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Dikkati toplayamama, dikkatte kolayca dağılma ve dikkati yeni konulara odaklama zorluğu nedeniyle konuşma ciddi olarak engellenmektedir.

6 AĞIR: Iç ve dış uyaranların dikkati dağıtması nedeniyle hastanın dikkati çok kısa süre için veya çok büyük çabayla toparlanabilmektedir.

7 ÇOK AĞIR: Dikkat o kadar bozulmuştur ki hastanın kısa bir süre konuşması bile mümkün değildir.

G 12. YARGILAMA VE İÇGÖRÜ EKSİKLİĞİ:

Kişinin kendi psikiyatrik rahatsızlığının ve içinde bulunduğu durumun farkında olması veya bunları anlamasındaki eksikliktir. Bu durum, geçmişteki veya şu andaki psikiyatrik hastalığı veya belirtileri kabul etmeme, hastaneye yatma veya tedavi görme ihtiyacını reddetme, sonuçlarının ne olacağını çok kestiremediği kararlar verme ve gerçekçi olmayan kısa ve uzun vadeli planlar yapma şeklinde gözlenir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşmede aktarılan düşünce içeriğidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Psikiyatrik bir bozukluğu olduğunu kabul eder, ancak ciddiyetini, tedavinin gerekçelerini **veya** hastalığın tekrarlamaması için önlem alması gerektiğini hafife almaktadır. Geleceğe yönelik tasarlamada bozukluk vardır.

4 ORTA: Hasta hastalığını tamamen değil, yüzeysel olarak kabul etmektedir. Hastalığın farkında olma durumu değişebilmektedir **veya** varolan sanrılar, düşünce dağınıklığı, şüphecilik ve kendini toplumdan çekme gibi belirtilerin çok az farkında olmaktadır. Hasta tedaviye olan ihtiyacının anksiyete, gerginlik, uyku bozukluğu gibi daha geri plandaki belirtiler için olduğunu düşünmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Psikiyatrik rahatsızlığının geçmişte olduğunu, ancak şu anda hasta olmadığını düşünmektedir. Üstüne gidilirse, yanlış yorumlamalar veya sanrısal düşünce ile açıklamaya meyilli olduğu ilgisiz veya önemsiz bazı belirtilerin varlığını kabul edebilir. Psikiyatrik tedaviye ihtiyacı olduğununun farkında değildir.

6 AĞIR: Hasta geçmişte bir psikiyatrik rahatsızlığı olduğunu kabul etmez. Geçmişte veya şu anda herhangi bir psikiyatrik belirtinin varolduğunu kabul etmez; uyum göstermesine rağmen tedavi ve hastaneye yatma ihtiyacını olduğunu da yadsır.

7 ÇOK AĞIR: Geçmişte veya şu andaki psikiyatrik hastalık varlığını yadsır. Hastaneye yatışını ve tedavisini sanrılı biçimde yorumlar (ör: geçmişteki kötülüklerin cezası, işkencecilerin zulmü gibi) ve bu nedenle terapistlere, ilaç tedavisine ve tedavinin diğer yönlerine uymayı reddeder.

G 13. İRADE BOZUKLUĞU:

Kişinin düşüncelerinin, davranışının, hareketlerinin ve konuşmasının iradi olarak başlatılması, sürdürülmesi ve kontrol edilmesindeki bozukluktur. Değerlendirmede temel alınacak veriler görüşme boyunca gözlenen düşünce içeriği ve davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Konuşma ve düşünmedeki hafif derecedeki kararsızlık sözel ve bilişsel süreçleri biraz engelleyebilir.

4 ORTA: Hasta genellikle ikilemdedir ve karar vermede belirgin güçlük çekmektedir. Düşüncedeki gelgitler nedeniyle konuşma etkilenmektedir ve sonuç olarak sözel ve bilişsel işlevsellik açıkça bozulmuştur.

5 ORTA/AĞIR: Irade güçlüğü hem düşünce hem davranışı etkilemektedir. Hasta toplumsal ve hareketle ilgili aktivitelerin başlatılması ve sürdürülmesini bozacak ve konuşmada duraklamaya da neden olabilecek düzeyde belirgin kararsızlık gösterir.

6 AĞIR: Irade güçlüğü giyim kuşam gibi basit, otomatik işlevlerin bile yapılmasına engel olmaktadır ve konuşmayı belirgin olarak etkilemektedir.

7 ÇOK AĞIR: Iradedeki tama yakın yetersizlik nedeniyle hareketler ve konuşma belirgin olarak engellenir ve bu durum tam hareketsizlik ve/veya mutizme yol açar.

G 14. DÜRTÜ KONTROLSÜZLÜĞÜ:

Davranışların düzenlenmesinin ve kontrolünün dürtülere bağlı olarak bozulması sonucunda gerilimin ve duyguların ani, ayarlanmamış, rastgele veya yanlış yönlendirilmiş bir biçimde, sonuçlar düşünülmeden ortaya

çıkmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veriler, görüşme sırasında gözlenen ve tedavi ekibi ve aile tarafından bildirilen davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Hasta zorlanmayla yüzyüze kaldığında veya doyumu engellendiğinde kolay öfkelenmeye ve hayal kırıklığına uğramaya meyillidir, ancak dürtü doğrultusunda hareket etmez.

4 ORTA: Çok hafif kışkırtmayla bile hasta öfkelenmekte ve küfredebilmektedir. Arasıra tehditkar, tahripkar olabilir **veya** dövüşle karşıkarşıya kaldığı veya hafif ağız dalaşı yaptığı görülebilir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta tekrarlayıcı biçimde dürtüsel olarak küfürlü konuşabilir, eşyalara zarar verebilir veya fiziksel tehdit savurabilir. Hastanın tecrid edilmesini, bağlanmasını veya gerektikçe ilaçla sakinleştirilmesini gerektiren, saldırganlaştığı bir veya iki olay olmuş olabilir.

6 AĞIR: Hasta sonuçlarını hiç düşünmeden sıkça dürtüsel bir biçimde saldırgan, tehditkar, talepkar ve tahripkardır. Saldırgan davranış sergiler ve cinsel saldırganlık da gösterebilir. Muhtemelen varsanı niteliğindeki işittiği seslere uymaktadır.

7 ÇOK AĞIR: Hasta cinayet girişimleri, cinsel saldırılar, tekrarlayan kabakuvvet kullanma veya kendine zarar verme davranışları göstermektedir. Tehlikeli dürtülerini kontrol edememesi nedeniyle sürekli gözetim altında tutulması veya tesbit edilmesi gerekir.

G 15. ZİHİNSEL AŞIRI UĞRAŞI:

Gerçeklerle olan bağlantının ve uyum sağlayıcı davranışların otistik yaşantılar ve içten gelen duygu ve düşüncelere kendini kaptırma nedeniyle olumsuz yönde etkilenmesidir. Değerlendirmede temel alınacak veri görüşme boyunca gözlenen kişilerarası ilişkilerdeki davranışlardır.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Kişisel ihtiyaçlar veya sorunlarla aşırı uğraşma nedeniyle konuşmanın benmerkezcil konulara yönlendiği ve diğer insanlara gösterilen ilginin azaldığı gözlenir.

4 ORTA: Hastada gündüz hayal kurma veya iç yaşantılarla uğraşma tarzında bir kendisiyle meşgul olma hali vardır ve bu nedenle iletişim az da olsa etkilenmektedir.

5 ORTA/AĞIR: Hasta otistik yaşantılarla içiçedir. Boş bakışlar, kendikendine mırıldanma veya konuşma veya stereotipik hareketler şeklinde gözlenen bu tür davranışlar toplumsal işlevleri ve iletişimi olumsuz etkilemektedir.

6 AĞIR: Otistik yaşantılarla olan aşırı zihinsel uğraşı dikkati toplamayı, konuşmayı ve çevreye yönelimi ciddi ölçüde sınırlamaktadır. Hasta sıklıkla kendikendine gülerken, mırıldanırken, konuşurken veya bağırırken gözlenebilir.

7 ÇOK AĞIR: Davranışını her yönde etkileyecek biçimde otistik yaşantılarla içiçedir. Hastanın sürekli sözel olarak veya davranışlarıyla varsanılara yanıt vermesi söz konusu olabilir. Hasta diğer insanların veya çevresinin pek farkında değildir.

G 16. AKTİF BİÇİMDE SOSYAL KAÇINMA:

Temelsiz korku, düşmanlık duygusu veya güvensizlik nedeniyle sosyal ilişkilerin azalmasıdır. Değerlendirmede temel alınacak veri tedavi ekibi veya ailenin bildirdiği sosyal işlevsellik düzeyidir.

1 YOK: Tanımla ilgili özellik yoktur.

2 ÇOK HAFİF: Bozukluğun varlığı şüphelidir; normal sınırları zorlayabilir.

3 HAFİF: Gerektiğinde sosyal aktivitelere katılmakla birlikte hasta diğer insanların yanında kendisini rahatsız hissetmekte ve zamanını kendibaşına geçirmeyi tercih etmektedir.

4 ORTA: Hasta isteksizce toplumsal aktivitelerin tamamına veya çoğuna katılmaktadır, ancak ikna edilmesi gerekebilir **veya** anksiyete, şüphecilik veya düşmanca duygular nedeniyle bu aktivitelerden erken ayrılabilir.

5 ORTA/AĞIR: Başkalarının çabalarına rağmen hasta korkuyla veya öfkeyle birçok sosyal aktiviteden uzak durmaktadır. Serbest saatlerini kendikendine geçirmeye meyillidir.

6 AĞIR: Hasta korku, düşmanca duygular veya güvensizlik nedeniyle çok az sosyal aktiviteye katılmaktadır. Yaklaşıldığı zaman hasta ilişkileri koparmaya kuvvetli bir şekilde meyil gösterir ve genelde kendisini diğer insanlardan soyutlar.

7 ÇOK AĞIR: Belirgin korkular, düşmanlık duyguları veya kötülük görme sanrıları nedeniyle hastanın hiçbir sosyal aktiviteye katılımı sağlanamaz. Tüm etkileşimlerden mümkün olabildiğince uzak durur ve kendisini diğer insanlardan soyutlar.

WHOQOL-BREF

(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/_____

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir? ❑ Erkek ❑ Kadın Doğum tarihiniz nedir?

Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?

❑ Hiç Eğitim Almadım ❑ İlkokul-Ortaokul ❑ Lise Veya Eşdeğeri ❑ Üniversite

Medeni durumunuz nedir?

❑ Hiç Evlenmemiş ❑ Evli Gibi Yaşıyor ❑ Evli ❑ Boşanmış ❑ Ayrılmış ❑ Eşi Yaşamıyor

Şu anda bir hastalığınız var mı? ❑ Evet ❑ Hayır Eğer şu anda sağlığınızla ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;

Sizce bu nedir? _____ (hastalık/sorun)

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınız ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü ❑1	Biraz kötü ❑2	Ne iyi, ne kötü ❑3	Oldukça iyi ❑4	Çok iyi ❑5
2 G4	Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ❑1	Çok az hoşnut ❑2	Ne hoşnut, ne de değil ❑3	Epeyce hoşnut ❑4	Çok hoşnut ❑5
3 F1.4	Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç ❑5	Çok az ❑4	Orta derecede ❑3	Çokça ❑2	Aşırı derecede ❑1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	❑5	❑4	❑3	❑2	❑1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç ❑1	Çok az ❑2	Orta derecede ❑3	Çokça ❑4	Son derecede ❑5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç ❑1	Çok az ❑2	Orta derecede ❑3	Çokça ❑4	Tamamen ❑5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
13 F20.1	Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5

WHOQOL-BREF Sayfa-2

15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü ❑1	Biraz kötü ❑2	Ne iyi, ne kötü ❑3	Oldukça iyi ❑4	Çok iyi ❑5

		Hiç hoşnut değil	Çok az hoşnut	Ne hoşnut, ne de değil	Epeyce hoşnut	Çok hoşnut
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	❑1	❑2	❑3	❑4	❑5

26 F8.1	Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman ❑5	Nadiren ❑4	Ara sıra ❑3	Çoğunlukla ❑2	Her zaman ❑1
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç ❑1	Çok az ❑2	Orta derecede ❑3	Çokça ❑4	Aşırı derecede ❑5

Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu? ❑ Evet ❑ Hayır | Bu formun doldurulması ne kadar sürdü? _____

THE WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment (1998) Psychological Medicine, 1998, 28, 551±558

TAÖ-20
Toronto Aleksitimi Ölçeği

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.
Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5) olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

	Hiçbir zaman	Nadiren	Bazen	Sık sık	Her zaman
1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem.....	1	2	3	4	5
2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak benim için zordur.....	1	2	3	4	5
3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor.....	1	2	3	4	5
4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim.....	1	2	3	4	5
5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem.....	1	2	3	4	5
7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır.....	1	2	3	4	5
8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim	1	2	3	4	5
9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var.....	1	2	3	4	5
10- İnsanların duygularını tanıması gerekir.....	1	2	3	4	5
11- İnsanlar hakkında ne hissettiği tarif etmek bana zor geliyor.	1	2	3	4	5
12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler.	1	2	3	4	5
13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum.....	1	2	3	4	5
14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem.....	1	2	3	4	5
15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim.....	1	2	3	4	5
16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir.....	1	2	3	4	5
18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim.....	1	2	3	4	5
19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum.....	1	2	3	4	5
20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır.....	1	2	3	4	5

Copyright © 1994 Bagby, Parker, & Taylor
Türkçe TAS-20 © 2001 Kemal Sayar & Samet Köse