

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ASPERGER SENDROMUNDA
PSİKIYATRİK EŞ TANILAR**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Canan TANIDIR

Tez Danışmanı :

Prof. Dr. Nahit MOTAVALLI MUKADDES

**İSTANBUL
2008**

**T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

**ASPERGER SENDROMUNDA
PSİKIYATRİK EŞ TANILAR**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Canan TANIDIR

Tez Danışmanı :

Prof. Dr. Nahit MOTAVALLI MUKADDES

**İSTANBUL
2008**

ÖNSÖZ

Uzmanlık eğitimim boyunca her türlü kolaylığı ve anlayışı gösteren, eğitimimiz ve çalışma koşullarımız konusunda fikirlerimize değer veren Anabilim Dalı Başkanımız Sayın Prof. Dr. Ülkü Göktürk'e;

Hem uzmanlık eğitimim boyunca hem de tez çalışmam sırasında, bilgisinden ve deneyiminden çok fazla yararlandığım hocam ve tez danışmanım Sayın Prof. Dr. Nahit Motavallı Mukaddes'e;

Eğitimim boyunca teorik ve pratik anlamda, bir çocuk psikiyatristi olarak yetişmemi sağlayan, kliniğimizin daha önce çalışmış ve şu an çalışmakta olan bütün değerli öğretim üyelerine ve uzmanlarına;

Beş yıl boyunca birçok anıyı paylaştığım ve beraber çalışmaktan hem büyük keyif aldığım hem de çok şey öğrendiğim tüm asistan arkadaşlarıma,

Yoğun poliklinik şartlarında iş birliği içinde çalıştığımız bütün psikolog, pedagog, sosyal hizmet uzmanları, hemşireler ve personelimize;

Rotasyonum sırasında bilgi ve deneyimlerinden yararlanma fırsatı bulduğum Psikiyatri ABD. Öğretim Üyelerine ve beraber çalıştığım psikiyatri asistanı ve hemşirelerine;

Çalışmama katılan tüm çocuklara ve ailelerine;

Eğitimim boyunca mesleğimde yetişmeme katkıda bulunan birçok çocuk ve ailesine;

Hem manevi hem teknik açıdan tezimin her aşamasında bana destek olan eşim Dr. Cansaran Tanıdır'a;

Son olarak, iyi akademisyenliği ile bana örnek olan babam başta olmak üzere bugünlere gelmemi sağlayan tüm aileme;

İçten teşekkür, sevgi ve saygılarımla...

Dr. Canan Tanıdır

2008

İÇİNDEKİLER

ÖZET	V
SUMMARY	VI
I. GİRİŞ	1
II. GENEL BİLGİLER	2
A. YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR	2
B. ASPERGER SENDROMU	6
1. Tanımlama ve Tarihçe	6
2. Epidemiyoloji	13
3. Etiyoloji	15
4. Diğer Tıbbi Durumlarla Birliktelik	19
5. Klinik Özellikler	20
C. ASPERGER SENDROMU ve PSİKİYATRİK EŞ TANILAR	24
1. Asperger Sendromunda Eş Psikiyatrik Sorunların Belirlenmesinin Önemi	24
2. Asperger Sendromunda Eş Psikiyatrik Sorunların Belirlenmesindeki Zorluklar	25
3. Asperger Sendromu İle Birlikte Görülen Psikiyatrik Bozukluklar	26
III. YÖNTEM ve GEREÇ	37
A. YÖNTEM	37
B. GEREÇLER	38
C. İSTATİSTİKSEL YÖNTEMLER	40
D. ETİK	40
IV. BULGULAR	41
V. TARTIŞMA	51
VI. KAYNAKLAR	66
VII. EKLER	73
EK:1 VERİ FORMU	73
EK:2 ETİK KURUL ONAYI	74
EK:3 GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU	75
EK:4 ONAM FORMU	76
VIII. ÖZGEÇMİŞ	77

TABLO VE ŞEKİL LİSTESİ

Tablo 1: Yaygın Gelişimsel Bozukluklarda Tanısal Özellikler

Tablo 2: Gillberg ve Gillberg Tanı Ölçütleri (1991)

Tablo 3: Szatmari ve Arkadaşları Tanı Ölçütleri (1989)

Tablo 4: ICD–10 Asperger Sendromu Tanı Ölçütleri (1993)

Tablo 5: DSM-IV (1994) Asperger Bozukluğu Tanı Ölçütleri

Tablo 6: Asperger Sendromunda Dört Farklı Tanı Sisteminin Karşılaştırılması

Tablo 7: Farklı Çalışmalarda Saptanan Asperger Sendromu Prevalansı

Tablo 8: Otizm Spektrum Bozukluklarında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Tablo 9: Otizm Spektrum Bozukluklarında Depresyon

Tablo 10: Otizm Spektrum Bozukluklarında Bipolar Bozukluk Sıklığı

Tablo 11: Tikler ve Stereotipiler Arasındaki Farklar (Jankovic, 1997)

Tablo 12: Otizm Spektrum Bozukluklarında Tik Bozuklukları

Tablo 13: Otizm Spektrum Bozukluklarında Anksiyete Bozukluğu

Tablo 14: Olguların Dil-Motor Gelişimi ve Zekâ Düzeyleri

Tablo 15: Olguların İlk Başvuru Yaşları ve İlk Başvuru Şikâyetleri

Tablo 16: Ebeveynlerin Yaş ve Eğitim Durumları

Tablo 17: Olguların DSM-IV Asperger Bozukluğu Tanı Ölçütlerini Karşılama Oranları

Tablo 18: Olguların ÇDŞG-ŞY' e Göre Aldıkları Tanılar

Tablo 19: Olguların ÇDŞG-ŞY ' e Göre Aldıkları Tanıların Dağılımı

Tablo 20: Olguların Aldıkları Tanıların Yaş Dilimine Göre Dağılımı

Tablo 21: OSB Olguları ile Yapılmış Çalışmalarda Saptanan Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı ve Dağılımı

Şekil 1: Olguların Aldıkları Toplam Psikiyatrik Tanı Sayısının Dağılımı

Şekil 2: İçer Vurum ve Dışa Vurum Bozukluklarının Dağılımı

KISALTMALAR

ABD	Anabilim Dalı
AS	Asperger Sendromu
BT	Bileşik Tip
BTA – YGB	Başka Türölü Adlandırılmayan – Yaygın Gelişimsel Bozukluk
ÇDB	Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu
DB	Davranım Bozukluğu
DEHB	Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu
DET	Dikkat Eksikliğinin Ön Planda Olduğu Tip
DSM – IV	Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Dördüncü Basım
HDT	Hiperaktivite-Dürtüsellüğün Ön Planda Olduğu Tip
KOKGB	Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu
MDB	Major Depresif Bozukluk
OB	Otistik Bozukluk
N	Olgü Sayısı
OKB	Obsesif Kompulsif Bozukluk
OSB	Otizm Spektrum Bozuklukları
ÖF	Özgöl Fobi
PB	Panik Bozukluğu
RS	Rett Sendromu
SAB	Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu
SD	Serbestlik Derecesi
SF	Sosyal Fobi
SS	Standart Sapma
TB	Tourette Bozukluğu
YAB	Yaygın Anksiyete Bozukluğu
YFO	Yüksek Fonksiyonlu Otizm
YGB	Yaygın Gelişimsel Bozukluk

ÖZET

Giriş ve Amaç: Asperger Sendromuna (AS) sıklıkla başka bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği bilinmektedir. Ancak bu konuyu sistematik biçimde inceleyen çok az çalışma vardır. Bu çalışma bir çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniğinde takip edilen Asperger Sendromu tanımlı çocuk ve ergenlerdeki psikiyatrik bozuklukların sıklığını ve dağılımını araştırmayı amaçlamaktadır.

Yöntem: Çalışmaya İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Otizm Birimi'nde takip edilen, DSM-IV Tanı Ölçütlerine göre Asperger Sendromu tanısı almış, herhangi bir zekâ testinden 70 ve üstü almış, 8–17 yaşları arasındaki 30 çocuk ve ergen alınmıştır. Psikiyatrik değerlendirme, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) ile yapılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan olguların tümü en az bir psikiyatrik tanı almıştır. %90'ı (n=27) en az iki, %50'si (n=15) en az dört psikiyatrik tanı almıştır. Olguların % 76,7'si (n=23) en az bir Anksiyete Bozukluğu, % 76,7'si (n=23) en az bir Yıkıcı Davranım Bozukluğu ölçütlerini karşılamaktaydı. En sık konan Eksen I tanıları ise sırasıyla DEHB (%63,3), ÖF (%43,3), OKB (%40) ve MDB (% 40) olmuştur. Yıkıcı Davranım Bozuklukları sıklığının çocuklarda anlamlı derecede daha yüksek olduğu ve Duygudurum Bozuklukları sıklığının ise ergen grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür.

Sonuç: Bu çalışmada AS tanısı alan çocuk ve ergenlerde yüksek oranda eş psikiyatrik tanı varlığı saptanmıştır. Dolayısıyla AS olan olguların klinik değerlendirmesi diğer psikiyatrik bozuklukların da değerlendirilmesini içermelidir. Ayrıca özellikle DEHB, Anksiyete Bozuklukları ve Duygudurum Bozuklukları olan hastalarda, sosyal-duygusal alan değerlendirilmelidir. AS'de eşlik eden yüksek oranda DEHB, Özgül Fobi, OKB ve MDB olması, altta yatan ortak bir patofizyolojiyi gösteriyor olabilir.

SUMMARY

Background and Aim: The presence of comorbid psychiatric disorders in subjects with diagnosis of Asperger Syndrome (AS) is well known. However a few studies assessed the topic systematically. The present study aims to evaluate psychiatric comorbidity rates and patterns in a sample of clinically referred children and adolescents diagnosed with AS.

Method: All cases were taken from children and adolescents who consecutively referred to İstanbul Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatry, Autism Unit. Participants were 30 children and adolescents aged 8–17 year-old, who met DSM-IV criteria for Asperger Syndrome and had a total IQ over 70 on any intelligence test. Psychiatric comorbidity was assessed using the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children- Present and Lifetime Version (K-SADS-PL).

Results: All of the children participated in this study had at least one comorbid psychiatric disorder. % 90 (n=27) had two or more, % 50 (n=15) had four or more comorbid psychiatric disorders. %76,7 of the participants met the criteria for at least one anxiety disorder and %76,7 of the participants met the criteria for at least one disruptive disorder. The most common Axis I diagnosis were; ADHD (%63,3), Specific Phobia (%43,3), OCD(%40) and MDD(% 40). Disruptive disorders were more common in the children group whereas depressive disorders were more common in the adolescent group.

Conclusion: High rate of psychiatric disorders in children and adolescents with AS was found in the present study. Therefore clinical assessment in those children should include assessment of other psychiatric disorders. In addition, assessment of social—emotional area should be taken into account in sufferers of other disorders especially ADHD, Anxiety disorders and mood disorders.

The high rate of comorbidity with ADHD, Specific Phobia, OCD and MDD may indicate a common underlying pathophysiology.

I. GİRİŞ

Asperger Sendromu (AS), sosyal alanda ve iletişimde belirgin zorluklar, kısıtlı ilgi alanı ve tekrarlayıcı hareketlerle karakterize olan yaygın gelişimsel bozukluklardan biridir. Yaygın gelişimsel bozuklukların ilk örneği olan klasik otizmden farkı, ilk 3 yılda dil gelişimi, bilişsel gelişim ve öz bakım becerileri açısından önemli bir gecikmenin olmamasıdır ¹.

Otizmin klinik olarak heterojen bir bozukluk olması ve klinik olarak daha homojen alt grupların tanımlanmasının davranışsal ve biyolojik araştırmalara yardımcı olabileceği düşüncesiyle Asperger Sendromu, 1993'te ICD-10'da, 1994'te DSM-IV'te ayrı bir tanı olarak yer almaya başlamıştır. Eşlik eden psikiyatrik tanılar açısından klasik otizm ile Asperger Sendromu arasındaki farkları ortaya koymak klinik uygulamada önemlidir ².

Asperger Sendromu birçok psikiyatrik durumla ilişkilendirilmiştir; şizofreni, Tourette Bozukluğu, dikkat eksikliği, duygudurum bozukluğu ve anksiyete bozuklukları gibi ³. Ancak çalışmaların çoğunda yüksek fonksiyonlu otizm (IQ>70 olan otistik bireyler) ve Asperger Sendromu tanısı alan bireyler beraber değerlendirilmiştir. Sadece AS olan olgularla yapılan çalışmalar az sayıdadır ². Bu nedenle kliniğimizde Asperger Sendromu tanısı konmuş çocuk ve ergenler, diğer tüm çocukluk çağı psikiyatrik bozukluklarını tarayan, yarı yapılandırılmış bir görüşme formu ile eşlik eden psikiyatrik bozukluklar açısından değerlendirilmiştir.

Bu tez çalışmasının amacı Asperger Sendromu olan çocuk ve ergenlerde ek psikiyatrik bozukluk sıklığını, bu bozuklukların dağılımını ve bu çocukların hangi belirtilerle kliniğe başvurduklarını belirlemektir.

Eşlik eden diğer zorlukların belirlenmesi, tedavinin planlanması ve psikofarmakolojik yaklaşım açısından da oldukça önemlidir ^{3, 4}. Yaygın gelişimsel bozukluklarla ilişkili yetersizliklerin uzun vadeli olduğu ve bu bozukluktaki temel zorluklar için özel farmakolojik tedavilerin eksikliği düşünüldüğünde, bu çocuklarda eşlik eden psikiyatrik durumların belirlenmesi ve tedavi edilmesi, çocuğun işlevselliğini, yaşam kalitesini ve eğitsel tedavilerin etkinliğini arttıracaktır. Ayrıca bu ve benzeri çalışmalar uzun vadede Asperger Sendromu'nun nöropatolojisini aydınlatmak açısından faydalı olacaktır.

II. GENEL BİLGİLER

Asperger Sendromu, Yaygın Gelişimsel Bozuklukların bir alt tipidir.

A. YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUKLAR

Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB), sosyal, iletişim ve bilişsel gelişimde gecikme ve normalden sapmalarla karakterize bir grup nöropsikiyatrik bozukluktur. Tipik olarak hayatın ilk yıllarında başlangıç gösterir. Sıklıkla zekâ geriliği ile ilişkili olsalar da, davranışsal özellikler açısından zekâ geriliğinden ayrılırlar ve basit bir gelişim gecikmesini yansıtmazlar. Önceki epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde tüm YGB için ortalama prevalans 36,6/10 000 olarak bulunmuştur. YGB başlığı altında tanımlanan bozukluklar şunlardır:

- Otistik Bozukluk (OB)
- Asperger Sendromu
- Başka Türü Adlandırılmayan-Yaygın Gelişimsel Bozukluk (BTA-YGB)
- Rett Sendromu (RS)
- Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu (ÇDB)

Otistik Bozukluk (OB), Asperger Sendromu (AS) ve Başka Türü Adlandırılmayan-Yaygın Gelişimsel Bozukluk (BTA-YGB)'un üçü, yazında 'Otizm Spektrum Bozuklukları (OSB)' olarak geçmektedir ⁵.

Otistik Bozukluk

OB, sosyal etkileşimde ve iletişimde yetersizlikle beraber tekrarlayıcı davranışlar ve kısıtlı ilgi alanları ile karakterize, hayat boyu süren gelişimsel bir bozukluktur. Nörolojik bir temele dayalıdır ve genetik, önemli bir rol oynamaktadır. Klinik görünüm, hastalığın şiddetine göre farklılık göstermektedir ve yetenekler, mizaç ve eğitimle değişebilmektedir ⁶.

34 epidemiyolojik çalışmanın verileri gözden geçirildiğinde OB için ortalama prevalans 13/10 000, erkek/kız (E/K) oranı 4/1 olarak bulunmuştur ⁷. Çocukların %30'unda normal zekâ düzeyi, %30'unda hafif-orta derecede zekâ geriliği, %40'ında ise ağır-ileri derecede zekâ geriliği saptanmıştır ⁸.

Herhangi bir tanı sınıflamasında yer almamasına rağmen OB, ‘yüksek fonksiyonlu’ ve ‘düşük fonksiyonlu’ olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. ‘Yüksek Fonksiyonlu Otizm (YFO)’ terimi, OB tanı ölçütlerini karşılayan ancak zekâ geriliği olmayan olgular için kullanılmaktadır. Bu grup OB olgularının yaklaşık % 30’unu oluşturmaktadır⁹.

YFO ile AS arasında klinik olarak önemli derecede benzerlikler bulunmaktadır. Bugüne kadar olan kanıtlara dayanarak, AS’nin YFO’dan farklı ayrı bir sendrom olduğu henüz ne doğrulanmıştır, ne de çürütülmüştür. Bu iki durum arasında çok hafif niteliksel farklılıklar bulunmaktadır. Çoğu belirti, ilişkili özellikler ve biyolojik göstergeler bir dereceye kadar paylaşılmaktadır veya örtüşmektedir. Tanımlanan farklılıklar hayatın ilk yıllarında, orta çocukluk dönemine ve sonraki yıllara göre daha fazla bildirilmiştir. Şimdiye kadar herhangi bir gerçek niteliksel farkın tanımlanmaması, AS’nin OB’nin bir devamı olduğunu düşündürmektedir. Bu konuyla ilgili çalışmalardaki yöntemsel sorun, DSM/ICD ölçütlerinin değiştirilerek kullanılmasıdır ve bu da çalışmalar arasında bir karşılaştırma yapabilmeyi engellemektedir. DSM-IV ve ICD-10 tanı sistemlerine göre OB, AS ‘den dil gelişimi temeline dayalı olarak ayrılır. OB tanısı için dil işlevlerinde anormallik ve/veya gecikme olması gerekirken, AS tanısı için bir ölçüt ‘dil gelişiminde klinik olarak önemli bir gecikme olmaması’dır. Ancak OB’si olan çocukların büyük bir kısmında dil gelişiminde ciddi derecede bir gecikme olsa da bu, bozukluğun evrensel bir özelliği değildir¹⁰. YFO veya AS’nin tüm ölçütlerini karşılamayan birçok birey BTA-YGB grubuna girmektedir.

Asperger Sendromu

Bu sendrom 6–23 sayfaları arasında detaylı olarak anlatılmıştır.

Başka Türlü Adlandırılmayan-Yaygın Gelişimsel Bozukluk (BTA-YGB)

Bu tanı kategorisinin kendine özel tanı ölçütleri yoktur ve sıklıkla diğer YGB’den biri için tanı ölçütlerini doldurmayan çocuklar için geniş kapsamlı bir tanı olarak düşünülmektedir. Bazı araştırmacılar bu tanıyı, YGB’lerin en yaygın tipi olarak bulmuştur çünkü geniş bir otizm fenotipini içine almaktadır ve bazı otistik belirtiler taşıyan fakat diğer çocukluk çağı bozukluklarının (örn. dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu veya öğrenme güçlükleri) ölçütlerini de karşılayan çocukları içermektedir¹¹.

Belirtilerin eşik altı seyrettiği (6 ölçütten daha azının varlığı), iki belirti grubundan (iletişimde bozukluk ve basmakalıp davranış ve sınırlı ilgi alanı) birinin bulunmadığı veya

belirtilerin 3 yaştan önce başlamadığı durumlarda, olgular BTA-YGB tanısı alır. ICD-10 ‘da ‘Atipik Otizm’ olarak adlandırılmıştır ⁴.

BTA-YGB’si olan çocuklar özellikle tekrarlayıcı ve stereotipik aktivite alanında, OB’si ve AS’si olan çocuklara göre daha az otistik belirti gösterirler. Uyum becerileri, dil gelişimi ve zekâ düzeyi açısından OB grubu ve AS grubunun ortasında bir yerdedir. OB ‘si olan çocuklara göre daha yüksek fonksiyonludurlar, AS’si olan çocuklara göre dil gelişimleri daha fazla gecikmiştir ve her iki gruba göre de daha az tekrarlayıcı davranışları vardır. BTA-YGB grubunu ‘atipik’ yapan başlıca özellikler bunlardır ¹¹.

Rett Sendromu

İlk 6 ay gibi çok kısa süren normal bir gelişim döneminden sonra, başın büyüme hızının azalması, amaca yönelik el hareketlerinin kaybolması, tipik el yıkama stereotipilerinin ve ciddi psikomotor geriliğin ortaya çıkması ile karakterize nörojenetik bir bozukluktur. X kromozomu üzerindeki MECP2 (metil-CpG-bağlayıcı protein-2) genindeki çeşitli mutasyonlardan kaynaklanmaktadır ⁵.

Olguların büyük bir çoğunluğu kız olmakla birlikte, yazında erkek olgular da bildirilmiştir. Otistik belirtilerin ön plana çıktığı bir dönem görülür ⁴.

Çocukluk Çağı Dezintegratif Bozukluğu

İlk iki yaşta görülen normal bir gelişim döneminin ardından, toplumsal uyum ve dil becerilerinde ve motor becerilerde gerileme olur, davranış değişiklikleri ve mesane-barsak kontrolünde kayıp ortaya çıkar. Stereotipiler ve sosyal çekilme gibi otistik belirtiler gelişir. Sıklıkla altta yatan bir neden bulunamaz ^{4,5}.

Tablo 1’de yaygın gelişimsel bozuklukların tanısal özellikleri gösterilmiştir.

Tablo 1: Yaygın Gelişimsel Bozukluklarda Tanısal Özellikler ⁵

Özellik	OB	AS	RS	ÇDB	BTA-YGB
Tanınma yaşı (ay)	0–36	Çoğunlukla > 36	5–30	> 24	Değişken
Cinsiyet oranı	E > K	E > K	K (E?)	E > K	E > K
Becerilerde kayıp	Değişken	Çoğunlukla yok	Belirgin	Belirgin	Çoğunlukla yok
Sosyal beceriler	Çok zayıf	Zayıf	Yaşla değişir	Çok zayıf	Değişken
İletişim becerileri	Çoğunlukla zayıf	Orta	Çok zayıf	Çok zayıf	Orta-İyi
İlgi alanı	Değişken (mekanik)	Belirgin (gerçekler)	UD	UD	Değişken
Aile öyküsünde benzer sorunlar	Bazen	Sıklıkla	Çoğunlukla yok	Yok	Bazen
Epileptik nöbet	Sık	Sık değil	Sık sık	Sık	Sık değil
Baş çevresinde azalma	Yok	Yok	Var	Yok	Yok
Zekâ Düzeyi	Ağır ZG-Normal	Normal	Ağır ZG	Ağır ZG	Ağır ZG-Normal
Seyir	Kötü-İyi	Orta-İyi	Çok kötü	Çok kötü	Kötü-İyi

E: Erkek K: Kız ZG: Zekâ Gerilgi UD: Uygulanabilir Değil

B. ASPERGER SENDROMU

1. TANIMLAMA ve TARİHÇE

Asperger Sendromu, Yaygın Gelişimsel Bozukluğun bir alt tipidir. Bu sendrom, karşılıklı sosyal ilişkilerde bozukluk, hafif derecede iletişim bozukluğu ve izole özel ilgi alanlarıyla karakterizedir. Diğer yaygın gelişimsel bozukluklar için DSM-IV tanı ölçütleri karşılanmamaktadır ³.

1944'te, Hans Asperger, Avusturyalı bir pediatri uzmanı, sosyal olarak yaşıtlarına kaynaşmakta zorluk çeken dört çocuk tanımlamıştır. Kendisinden bir sene önce yayımlanan Kanner'ın "erken bebeklik otizmi" tanımlamasından habersiz olarak, kendi tanımladığı bu duruma "otistik psikopati" adını vermiştir. Hans Asperger bu çocukların, korunmuş entellektüel becerilere rağmen jest, ses tonu gibi sözel olmayan iletişimde belirgin olarak yetersiz olduğunu, empati yeteneklerinin zayıf olduğunu, duyguları entellektualize etme eğilimlerinin olduğunu ve konuşmalarının büyük bir kısmını, alışılmadık konulardaki ilgi alanlarının oluşturduğunu belirtmiştir.

Asperger'in tanımladığı bu durum, otizm alanında bir uzman olan Lorna Wing'in, benzer belirtileri olan bir grup çocukla ilgili 1981'de yayımladığı İngilizce makale ile dünyaya yayılmıştır. Lorna Wing bu durumu "Asperger Sendromu" olarak adlandırmıştır ². Bu durum ilk olarak 'Asperger Sendromu' olarak adlandırılrsa da, DSM-IV'te 'Asperger Bozukluğu' olarak geçmektedir. Bu yazıda 'Asperger Sendromu' olarak geçecektir.

Asperger'den yirmi yıl önce, Rusyalı bir nöroloji asistanı, Ewa Ssucharewa, çocuklarda "şizoid psikopati" konulu bir yazı yazmıştır. Asperger'in "otistik psikopati" olarak adlandırdığı durumla, aynı durumu tarif ettiği düşünülmüştür ¹².

Hans Asperger tarafından bu bozukluğun tanı ölçütleri oluşturulmamıştır ve otistik bozuklukla ayrıldığı sınırlar tam olarak belirlenmemiştir. Klinisyenler o yıllarda Asperger'in (1944/1991) ve Wing'in (1981) tariflerine göre AS tanısı koymaktaymışlar. 1989'da Gillberg ve Gillberg tarafından AS için işlevsel ölçütler oluşturulmuştur ve 1991'de ayrıntılandırılmıştır (Tablo 2). Yine 1989'da Szatmari ve arkadaşları AS için bazı tanı ölçütleri önermiştir (Tablo 3). Bu sınıflandırma farklılıklarını azaltmak ve çalışmalarda AS'nin geçerliliğini araştırabilmek için 1993'te ICD-10'da, 1994'te DSM-IV'te tanı ölçütleri belirlenmiştir (Tablo 4, Tablo 5) ¹³.

Tablo 2: Gillberg ve Gillberg Tanı Ölçütleri (1991)

-
1. Karşılıklı sosyal etkileşimde bozukluk (Aşağıdakilerden en az ikisinin olması.)
 - Yaşıtlarla etkileşimde yetersizlik
 - Yaşıtlarla ilişkiye istekli olmama
 - Sosyal verileri değerlendirememesi
 - Sosyal ve duygusal yönden uygunsuz davranma
 1. Kısıtlı ilgi dağarcığı (Aşağıdakilerden en az birinin olması)
 - Diğer etkinlikleri dışlama
 - Yineleyici saplantılar
 - Anlamdan çok ezbere dayalı
 - Alışılmış hareketler
 2. Rutinlerde ısrar etme (Aşağıdakilerden en az birinin olması)
 - Kendisi için
 - Başkaları için
 3. Konuşma ve dil sorunları (Aşağıdakilerden en az üçünün olması)
 - Gelişimsel gecikme
 - İfade edici (ekspresif) dilde yüzeysel olarak mükemmellik
 - Resmi, ayrıntıcı bilgiçlik taslayan konuşma biçimi
 - Tek düze ses vurgusu, tuhaf ses özellikleri (vurgu, tonlama, perde)
 - Kavramada yetersizlik (mecazi ve kastedilen anlamları yanlış yorumlama)
 4. Sözel olmayan iletişim sorunları (Aşağıdakilerden en az birinin olması)
 - Jest ve mimiklerin sınırlı kullanımı
 - Hantal/sakar beden dili
 - Yüz ifadesinde sınırlılık
 - Uygunsuz ifade
 - Acayip, dik bakışlar
 6. Motor becerilerde sakarlık, beceriksizlik
-

Tablo 3: Szatmari ve Arkadaşları Tanı Ölçütleri (1989)

-
1. Yalnızlık/ Tek başınlık (aşağıdakilerden iki tane)
 - Yakın arkadaşın olmaması
 - Diğerlerinden kaçınma
 - Arkadaşlık kurmaya ilgili olmama
 - Yalnızlığı sevmeme
 2. Sosyal etkileşimde bozukluk (aşağıdakilerden bir tane)
 - Diğerlerine sadece kendi ihtiyaçlarının karşılanması için yaklaşma
 - Beceriksizce bir sosyal yaklaşım tarzı
 - Yaşıtlara tek yönlü cevap
 - Diğerlerinin duygularını sezinlemede zorluk
 - Diğerlerinin duygularının farkında olmama
 3. Sözel olmayan iletişimde bozukluk (aşağıdakilerden bir tane)
 - Kısıtlı yüz ifadesi
 - Çocuğun yüz ifadesinden duygusunun okunamaması
 - Gözlerle mesaj iletememe
 - Diğerlerine bakmama
 - Kendini ifade için elleri kullanmama
 - Jestler geniş ve beceriksizce
 - Diğerlerinin çok fazla yakınına gelme
 4. Tuhaf konuşma (aşağıdakilerden iki tane)
 - Sesin yükselip alçalmasında (tonlama) anormallikler
 - Çok fazla konuşma
 - Çok az konuşma
 - Konuşmanın bütünlüğünde eksiklik
 - Kelimelerin kendine özgü kullanımı
 - Yineleyici konuşma şekli
 5. Otistik Bozukluk için DSM-III-R ölçütlerini karşılamamaktadır.
-

Tablo 4: ICD–10 Asperger Sendromu Tanı Ölçütleri (1993)

A. Dil ve bilişsel gelişimde klinik olarak önemli gecikme olmaması. Tanı için 2 yaşa geldiğinde tek tek sözcükler, 3 yaşa geldiğinde iletişim kurmaya yönelik cümlelerin olmasına ihtiyaç vardır. İlk üç yılda bilişsel gelişiminde ya da yaşına uygun kendi kendine yetme becerilerinin gelişiminde, uyumsal davranışta ve çevreye olan ilgide klinik açıdan belirgin bir bozukluk olmaması gerekmektedir. Buna karşın motor gelişim basamaklarında gecikme ve motor becerilerde yetersizlik beklenir. Olağan dışı aşırı uğraşlar ve özel yetenekler sıkça görülmekle birlikte tanı için şart değildir.

B. Karşılıklı sosyal etkileşimde niteliksel bozulma: Tanı için aşağıda belirtilen beş alandan en az üçünde anormallik göstermesi gerekmektedir.

1. Yeterli göz ilişkisinin olmaması. Toplumsal etkileşim sağlamak için gerekli olan göz göze gelme, alınan vücut konumu, takınılan yüz ifadesi ve jestlerin kullanımında belirgin bir bozulmanın olması,
2. İlgi alanları, etkinlikler ve duyguları karşılıklı paylaşmayı gerektiren yaşıt ilişkisinde gelişimsel düzeyine uygun ilişkiler geliştirememesi,
3. Stresli ve üzgün olduklarında diğer insanlar tarafından teselli edilme ve sevgi gösterilmesine nadiren ihtiyaç duyma ve/ya da diğerleri üzüntülü ve mutsuzken nadiren teselli etme ya da sevgi gösterme,
4. Diğer insanların mutluluklarını paylaşmama ya da ilgi alanlarını başkalarıyla kendiliğinden paylaşma arayışı içinde olmama,
5. Diğer insanların duygularına uygun tepkiler verememe, sosyal duruma uygun davranışları ayarlama ve/ya da konuşmada yetersizlik, duygu ve davranışları bütünlemeyi içeren toplumsal ve duygusal karşılıklığı verememe.

C. Davranış, ilgi ve etkinliklerde kısıtlayıcı, yineleyici, stereotipik örüntülerin olması. Tanı için aşağıda belirtilen altı alandan en az ikisinde anormallik göstermesi gerekmektedir.

2. Aşırı uğraşlar ve ilgi alanlarında sınırlılık ve basmakalıp örüntünün olması
3. Nesnelere alışılmışın dışında bağlanma
4. İşlevselliği olmayan, alışlageldiği üzere yapılan gündelik işlere ve törensel davranış biçimlerine hiç esneklik göstermeksizin sıkı sıkıya uyma
5. Parmak şıklatma, el çırpma ya da burma ya da karmaşık vücut hareketlerini içeren basmakalıp ve yineleyici motor hareketler
6. Eşyalarla ya da eşyaların bir parçasıyla işlevsel olmayan şekilde sürekli uğraşıp durma. Eşyaları işlevine uygun kullanmama (koklama, dokunma ya da ses çıkarma gibi)
7. Çevreyle ilgili ayrıntılarda değişikliklere aşırı tepki verme.

Tablo 5: DSM-IV (1994) Asperger Bozukluğu Tanı Ölçütleri ¹

-
- A. Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile kendini gösteren toplumsal etkileşimde nitel bozulma:
1. Toplumsal etkileşimi sağlamak için yapılan el-kol hareketleri, alınan vücut konumu, takınılan yüz ifadesi, göz göze gelme gibi sözel olmayan birçok davranışta belirgin bir bozulmanın olması
 2. Yaşıtlarıyla gelişimsel düzeyine uygun ilişkiler geliştirememe
 3. Diğer insanlarla eğlenme, ilgilerini ya da başarılarını kendiliğinden paylaşma arayışı içinde olmama (örn: ilgilendiği nesneleri göstermeme, getirmeme ya da belirtmeme)
 4. Toplumsal ya da duygusal karşılıklar vermeme
- B. Aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması:
1. İlgiilenme düzeyi ya da üzerinde odaklanma açısından olağandışı, bir ya da birden fazla basmakalıp ve sınırlı ilgi örüntüsü çerçevesinde kapanıp kalma
 2. Özgül, işlevsel olmayan, alışlageldiği üzere yapılan gündelik işlere ya da törensel davranış biçimlerine hiç esneklik göstermeksizin sıkı sıkıya uyma
 3. Basmakalıp ve yineleyici motor mannerizmler (örn: parmak şıklatma, el çırpma ya da burma ya da karmaşık tüm vücut hareketleri)
 4. Eşyaların parçalarıyla sürekli uğraşıp durma
- C. Bu bozukluk, toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik olarak belirgin bir sıkıntıya neden olur.
- D. Dil gelişiminde klinik açıdan önemli genel bir gecikme yoktur (örn. 2 yaşına gelindiğinde tek tek sözcükler, 3 yaşına gelindiğinde iletişim kurmaya yönelik cümleler kullanılmaktadır.)
- E. Bilişsel gelişmede ya da yaşına uygun kendi kendine yetme becerilerinin gelişiminde, uyum davranışlarında (toplumsal etkileşim dışında) ve çocuklukta çevreyle ilgilenme konusunda klinik açıdan belirgin bir gecikme yoktur.
- F. Başka özgül bir Yaygın Gelişimsel Bozukluk ya da Şizofreni için tanı ölçütleri karşılanmamaktadır.
-

Hem DSM-III (1980) hem de DSM-III-R (1987) “AS’nin otizmin hafif bir varyantı” olduğu tarzındaki görüşü benimsemiştir. AS, ICD-10’da ve DSM-IV’te Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB) başlığı altında ayrı bir tanı olarak sınıflandırılmıştır.

Bu tanı sistemleri arasında farklılıklar bulunmaktadır. DSM-IV ve ICD-10’nun tersine Szatmari ve arkadaşlarının ölçüt listesinde normal dil ve bilişsel gelişim gerekliliğinden bahsedilmemiştir ve Gillberg ve Gillberg ölçütlerine göre konuşma gecikmesine izin verilmiştir. DSM-IV ve ICD-10’a göre Otistik Bozukluk tanısının, AS tanısına göre bir önceliği vardır ve ikili tanı mümkün değildir. Erken dönem gelişiminde gecikme olan bir çocuk, tipik olarak AS özellikleri gösterse de tanı önceliği nedeniyle Otistik Bozukluk tanısı almaktadır. Bu iki tanı sistemindeki normal dil ve bilişsel gelişim gerekliliği birçok araştırmacı tarafından tartışmalı bir konu olarak değerlendirilmiştir (Gillberg ve Gillberg 1989; Miller ve Ozonoff 1997; Leekam ve ark. 2000; Szatmari 2000; Wing 2000). Szatmari (2000)’ye göre bir kişinin tanısı zamanla OB’dan, AS’ye dönüşebilir. Benzer şekilde Wing (2000) de aynı bireyde hem OB için hem de AS için tipik olan belirtilerin bir karışımı olabileceğini ve zamanla belirtilerde değişiklik olabileceğini öne sürmüştür ¹⁴.

Miller ve Ozonoff (1997), Asperger’in ilk makalesinde tarif edilen Otistik Psikopati tanılı dört olguyu incelediğinde, bu olguların hepsinin şimdiki DSM-IV ve ICD-10 ölçütlerine göre AS’den ziyade OB tanısı aldıklarını bulmuştur.

Geriye dönük olarak Asperger’in ‘otistik psikopati’ tanısı koyduğu 44 çocuğun kayıtları incelendiğinde bunların sadece %68’nin şimdiki ICD-10 ölçütlerine göre AS tanısı aldığı görülmüştür ¹⁴. Diğer eleştiriler de Asperger tarafından tarif edilen motor beceriksizlik ve özel yetenekler gibi ek özellikleri içermemesiyle ilgilidir ¹³.

Dilin pragmatik kullanımı ve ses özellikleriyle ilgili sorunların yüksek fonksiyonlu YGB’si olan bireylerin önemli özellikleri olduğu düşünülmesine rağmen, iletişim problemlerine DSM-IV ve ICD-10’da yer verilmemiştir. Yine AS’de zekâ geriliği tartışmalıdır. Wing (1981), AS olan bireylerde zekâ geriliği olabileceği görüşünü benimserken, Hans Asperger’in kendisi (1944, 1979) bunu kabul etmemiştir ¹⁵.

İlk defa Wing (1989) tarafından AS’nin üç değişik tipi tanımlanmıştır: ‘içe dönük-soğuk (*withdrawn-alloof*)’, ‘aktif-tuhaf (*active-odd*)’ ve ‘pasif-arkadaşça (*passive-friendly*)’. Bu tanımlamalar kabaca olmakla beraber ana fikri içermektedir ¹².

Dört tanı sistemi arasındaki karşılaştırma Tablo 6’da gösterilmiştir.

Tablo 6: Asperger Sendromunda Dört Farklı Tanı Sisteminin Karşılaştırılması ¹⁵

	DSM-IV	ICD-10	Gillberg ve Gillberg	Szatmari ve ark. 1989
Belirtiler				
Konuşmada gecikme	yok	yok	olabilir	tanımlanmamış
Bilişsel gelişimde gecikme	yok	yok	tanımlanmamış	tanımlanmamış
Öz-bakım becerilerinde, uyum davranışında ve çevreye merakta gecikme	yok	yok	tanımlanmamış	tanımlanmamış
Sosyal Bozukluklar	var* <i>(en az iki tane gerekli)</i>	var* <i>(en az iki tane gerekli)</i>	var	var
Sözel olmayan iletişimde bozukluk	olabilir	olabilir	var	var
Yetersiz arkadaşlıklar	olabilir	olabilir	olabilir	var
Empati eksikliği	olabilir	olabilir	olabilir	olabilir
Paylaşım eksikliği	olabilir	olabilir	olabilir	olabilir
Tuhaf konuşma ve dil	tanımlanmamış	tanımlanmamış	var	var
Resmi, bilgiçlik taslayan dil	tanımlanmamış	tanımlanmamış	var	var
Tek düze ses vurgusu	tanımlanmamış	tanımlanmamış	olabilir	olabilir
Mecaz ve kastedilen anlamları yanlış yorumlama	tanımlanmamış	tanımlanmamış	olabilir	tanımlanmamış
Yineleyici konuşma şekli	tanımlanmamış	tanımlanmamış	tanımlanmamış	olabilir
Kelimelerin kendine özgü kullanımı	tanımlanmamış	tanımlanmamış	tanımlanmamış	olabilir
Stereotipik, yineleyici davranış	var* <i>(en az bir tane gerekli)</i>	var* <i>(en az bir tane gerekli)</i>	var	tanımlanmamış
Sürükleyici ilgi alanı	olabilir	olabilir	var	tanımlanmamış
Rutinler veya alışlageldik davranışlar	olabilir	olabilir	var	tanımlanmamış
Yineleyici motor mannerizmler	olabilir	olabilir	tanımlanmamış	tanımlanmamış
Nesnelerin parçalarıyla aşırı uğraş	olabilir	olabilir	tanımlanmamış	tanımlanmamış
Motor beceriksizlik	tanımlanmamış	olabilir	var	tanımlanmamış
Özel yetenekler	tanımlanmamış	yaygın	tanımlanmamış	tanımlanmamış
İşlevsellikte klinik olarak önemli bozulma	var	tanımlanmamış	tanımlanmamış	tanımlanmamış
Otistik Bozukluğun dışlanması	var	var	yok	var

2. EPİDEMİYOLOJİ

Epidemiyolojik çalışmalarda AS prevalansı 0,03/1000 ile 6,0/1000 arasında değişmektedir. Daha büyük yaştaki çocuklarla ve öğretmenlerle işbirliği içinde yapılan çalışmalarda prevalans daha yüksektir. Fombonne ve Chakrabarti kendi yaptıkları epidemiyolojik çalışmalarda okul öncesi dönemdeki çocukları dâhil ettiklerinden, bazı AS olgularını gözden kaçırmış olabileceklerini ve aslında buldukları prevalans oranının gerçek rakamın altında olabileceğini öne sürmüşlerdir. Daha geçerli prevalans oranları için daha büyük yaş grubunun (8–12 yaş) taranmasının önemini vurgulamışlardır ¹⁵. Fombonne, YGB prevalansı ile ilgili 34 çalışmayı incelediğinde AS için ortalama 2,6 / 10 000 gibi bir prevalans oranı bulmuştur ⁷.

Çoğu çalışma erkek/ kız oranının 3/1 ile 6/1 arasında değiştiğini göstermektedir ¹². Gillberg ve Gillberg ölçütlerine göre yapılan bazı çalışmalarda 1.6/1–4/1 gibi bir oran saptanmıştır. Mattila ve arkadaşlarının yaptığı çok yakın zamandaki bir epidemiyolojik çalışmada DSM-IV ölçütleri temel alındığında erkek/ kız oranı, 0.8/1; Gillberg ve Gillberg ölçütleri temel alındığında 2/1 gibi bir oran bulunmuştur.

Wing (1981), AS'si olan kızların erkeklere göre yüzeysel olarak daha sosyal olabildiklerini fakat yakın gözlemde ikili sosyal etkileşimde aynı problemleri gösterdiklerini belirtmiştir ¹⁵. AS olan kızlar, AS olan erkeklere göre sosyal konulara daha fazla ilgilidirler ve yakın arkadaşlık ilişkisi geliştirme ihtimalleri daha fazladır. Ayrıca bu kızların motor koordinasyon problemleri bir oyun sırasında göze çarpmayabilir ve bir kliniğe başvuru gerektirecek davranım problemlerinin olma ihtimali daha azdır. Bu yüzden kızlarda AS tanısı ebeveynlerin, öğretmenlerin hatta klinisyenlerin gözünden kaçabilmektedir ¹⁶.

Yapılan değişik epidemiyolojik çalışmalardaki prevalans oranları Tablo 7'de gösterilmiştir.

Tablo 7: Farklı Çalışmalarda Saptanan Asperger Sendromu Prevalansı ¹⁵

Araştırma	Sayı	Taranan yaş grubu	DSM-IV/ICD-10	Prevalans/ 1,000		
				Gillberg&Gillberg	Szatmari	Öğretmenlerle İşbirliği
Ehlers ve Gillberg, 1993	1,519	7–16	2,9	3,6	5.0	+
Sponheim ve Skjeldal, 1998	65,688	3–14	0.03	-	-	-
Kadesjo ve ark., 1999	826	6.7-7.7	-	4.8	-	+
Baird ve ark., 2000	16,235	1.5, 3.5, 5.5	0.3	-	-	-
Lesinskiene, 2000	6,018	7–16	4.3–6.0	4.3–6.0	4.3–6.0	+
Chakrabarti ve Fombonne, 2001	15,500	2.5-6.5	0.8	-	-	-
Chakrabarti ve Fombonne, 2005	10,903	4.0-6.0	1.3	-	-	-
Mattila ve ark., 2007	4,422	8	2.5-2.9	2.7	1.6	+

3. ETİYOLOJİ

AS'nin kesin etiyolojisi henüz bilinmemektedir. Birçok vakada genetik kalıtımın önemli olduğu düşünülmektedir ¹² . AS'nin otizmle ilişkili YGB'den biri olduğu kabul edilirse, etiyolojisinde aynı etkenlerin rol oynadığı varsayılabilir. Ancak bu konuyu doğrudan incelemiş olan çok az sayıda çalışma vardır. Bu da daha çok, tanı ölçütleri ve YFO'dan ayrımı ile ilgili kafa karışıklığından kaynaklanmaktadır ⁴ .

a. Genetik Etkenler

Otistik bireylerle yapılan aile çalışmaları, otizm ile AS arasında genetik bir ilişki olduğu görüşünü desteklemektedir. Bir çalışmada 137 otistik bireyin kardeşleri incelendiğinde bir olgunun kardeşinde AS saptanmıştır ¹⁷ . Başka bir çalışmada 100 AS olan erkek olgu ve ailesi incelendiğinde, 4 ailede OB tanısı almış bir akrabanın olduğu görülmüştür. Bu 100 olgudan ikisinin erkek kardeşlerinde de AS saptanmıştır ¹⁸ .

Asperger'in kendisi de, tanımladığı birçok olgunun ailesinde benzer şekilde etkilenen bireylerin bulunduğu bahsetmiştir. On yıl boyunca gördüğü yaklaşık 200 olgunun hemen hepsinin, benzer kişilik özellikleri gösteren bir ebeveyne sahip olduğunu ve babalarının sıklıkla yüksek zekâ düzeyinde olduğunu belirtmiştir.

AS'nin etiyolojisini anlamak için yapılan genetik çalışmaların sonucunda, farklı kromozomlarda birçok farklı gen lokalizasyonunda artmış duyarlılık olması, çok-etmenli, çok-genli bir geçiş gösterdiğini düşündürmüştür. AS'ye özgü klinik tablonun oluşabilmesi için çok-genli geçiş, yani aynı anda birkaç genin duyarlılığı ve ailesel geçişi daha olasıdır ¹⁹ .

Cederlund ve Gillberg'in 100 AS olan erkek olguyla yaptığı çalışmada, 53 olguya karyotip analizi yapılmıştır ve bunların beşinde bir çeşit anormallik saptanmıştır. Bu beş olgunun üçünde translokasyonlar saptanmıştır ((1;15), (13;17), (5;11) translokasyonları) ¹⁸ .

b. Doğum Öncesindeki, Sırasındaki ve Sonrasındaki Etkenler

Asperger'in kendisi, otistik psikopatinin gelişmesinde, gelişen sinir sisteminin hasarının önemli bir rolü olabileceğine inanmaktaydı. Birkaç sistemik çalışma, AS'de, fetal hayatta, doğum sırasında veya hayatın ilk yıllarında beyne zarar veren muhtemel etkenlerin fazla olduğunu göstermiştir. Yazında AS üzerinde sıklıkla vurgulanan risk faktörleri; zor doğum, doğum esnasında forceps, vakum gibi yardımcı aletlerin kullanılması, prematürite,

postmatürite, düşük doğum ağırlığı, erken membran rüptürü, gebelik toksemisi ve gebelik sırasında annenin alkol kötüye kullanımıdır ^{12, 20}.

100 AS olan erkek olgunun geriye dönük tıbbi kayıtları incelendiğinde hastaların %31’inde gebelik komplikasyonları (ciddi enfeksiyonlar, ikinci trimester kanaması, preeklamps gibi), %60’ında perinatal komplikasyonlar saptanmıştır ¹⁸.

c. Nöroanatomik Etkenler

Önemli sayıdaki nöropsikolojik ve nörofizyolojik çalışma, AS’deki birçok temel yetersizliğin, frontal loblardaki veya frontal ve temporal lobların komşuluğundaki bölgelerdeki anormal işleyişe bağlı olabileceğini göstermektedir. Beynin bu bölgelerindeki yetersiz kapasite beynin yürütücü işlevlerinde (*executive functions*) (planlama, organizasyon, dikkati sürdürme, uygunsuz erken cevapları engelleyebilme gibi işlevler) ve karşısındaki duygu ve niyetini anlayabilme (*mentalising abilities*) becerilerinde bir bozulmaya yol açmaktadır ¹².

Fonksiyonel görüntüleme çalışmaları, prefrontal bölge işleyişinde ve sinir yapısında anormallikler olduğunu göstermiştir ²¹.

Diğer insanların duygu ve zihinlerini okumayı içeren görevler verildiğinde, kontrol gruba göre AS olan bireylerin, beyinlerinin farklı bölgelerini aktive ettikleri gözlenmiştir. Sol medial prefrontal korteks (Broadmann’ın 8/9 alanı) yerine, medial prefrontal korteksin bitişiğindeki bölgelerde (Broadmann’ın 9/10 alanı) aktivasyon gözlenmiştir ²².

Bir fonksiyonel görüntüleme çalışmasında, duygusal yüz ifadelerini değerlendirirken, YFO olan ve AS olan bireyler, sol amigdala bölgesinde ve serebellar bölgelerde kontrol gruba göre daha az aktivasyon göstermişlerdir ²³.

Kortikal migrasyonda anormallikler tanımlanmıştır ⁴.

Epilepsi cerrahisi için değerlendirilen çocuklarla yapılan bir çalışmada AS’nin sağ frontal lob lezyonlarıyla bağlantılı olabileceği belirtilmiştir ²⁴.

Yine sözel olmayan öğrenme güçlüğü (SOÖG) olan bireylerle yapılan nöropsikolojik çalışmalarda, bu tarz bir işleyiş bozukluğu ile AS arasında bir örtüşme olduğu gösterilmiştir. SOÖG’nin sağ serebral hemisfer nöral devrelerindeki bir hasar veya işleyiş bozukluğu sonucu olduğu düşünülmektedir ¹².

d. Psikososyal Etkenler

AS'nin psikolojik veya sosyal etkenlerden kaynaklanabileceğine dair bir kanıt yoktur. AS'li çocukların büyük bir kısmı, normal işlevsellik gösteren çocukların yetiştiği koşullardan daha farklı koşullar altında yetişmemiştir.

Sosyal ve psikolojik faktörler, herhangi bir kronik hastalıkta olduğu gibi, çocuğun büyük engeller ve sorunlar olmadan hayatına devam edebilme becerisinde önemli bir rol oynamaktadır. Hem bireyin kendisi hem de ailesi için, erken tanınım, bilgilendirmenin, psikolojik destek ve eğitsel müdahalelerin uzun vadede, hastalığın yarattığı engelleri ve sorunları azalttığına dair kanıtlar vardır.

AS olan bireyler hafif stres durumlarında dahi ciddi psikiyatrik kırılmalar gösterebilirler. Böyle durumlarda ikincil psikolojik problemlerin ortaya çıkma ihtimali yüksektir. Bireyin beraber yaşadığı veya çalıştığı insanların tutumlarındaki değişikliklerle bu olası problemler önlenabilir.

Yine benzer bozukluğu olan veya belirtileri olan bir ebeveyne ya da kardeşe sahip olmak da psikososyal problemlere yol açabilmektedir. Hans Asperger'in kendisinin, bu durumun bazı olgularda daha olumlu sonuçlara yol açabileceğine dair söylemleri vardır ¹².

e. Nöropsikoloji

Otizm spektrum bozukluklarında bilişsel/nöropsikolojik fonksiyonların en az dört alanında bir bozulma veya anormallik vardır. Bunlar; 1) Diğer insanların duygu ve niyetlerini anlayabilme/ empati becerileri (*mentalising/ theory of mind/ empathy*), 2) Yürütücü işlevler (*executive functions*), 3) Merkezi birleştirme (*central coherence*), 4) Prosedürel öğrenme (*procedural learning*).

Henüz kesin olmamakla birlikte, yüksek olasılıkla, AS olan bireylerin hayatlarının erken dönemlerinde bu alanlarda bir bozukluk söz konusudur, ancak ilerleyen zamanlarda bazı alanlardaki yetersizlikler düzelebilmektedir ¹².

1) *Diğer insanların duygu ve niyetlerini anlayabilme/ empati becerileri (mentalising/ theory of mind(ToM)/empathy)*: Diğer insanların duygularını, düşüncelerini, niyetlerini hayal edebilme becerisidir. Dünyada olup bitenleri somut olarak değil, somut olanın arkasındaki soyut olanları yorumlayabilme becerisidir. AS olan bireyler, çocukken yaşatlarının sahip olduğu bu becerilere sahip değildirlir ve sosyal etkileşimde zorlanırlar. Bunun sonucu olarak

AS olan çocukların etkileşim ve iletişim şekilleri tuhaftır ve diğerleri tarafından ‘ yapmacık’, ‘katı’, ‘resmi’ olarak algılanır. . İlerleyen yaşlarda AS olan bireylerde bu beceri nihayet gelişebilse de, yavaştır. Sezgisel olarak değil daha çok bilişsel olarak yapılır. ¹².

2) *Yürütücü işlevler (executive functions)*: Yürütücü işlevlerin elemanları; bir hedefe ulaşabilmek için plan yapabilme, bu amaç için bir strateji oluşturabilme, hedefi, stratejiyi ve olaylar dizisini çalışan bellekte tutabilme, anlık haz ihtiyacını erteleyebilme becerileridir. Yine ‘neden-sonuç’ ilişkisi kurabilme ve zaman algısı da yürütücü işlevlerle ilgilidir. Ayrıca bazı araştırmacılar, çalışan belleği, dikkat becerilerini ve dürtü kontrol kapasitesini de yürütücü işlevler arasında sayar.

AS olan bireylerin çalışan bellek, dikkat ve dürtü kontrolü gibi yürütücü işlevlerinde belirgin zorlukları vardır. Bazı AS olan bireylerde zaman algısındaki sorun ve yavaşlık, hayatını en çok etkileyen problemlerden biridir.

AS’de yürütücü işlevlerdeki bozukluk, eğitim ve psikososyal uyum alanında kötü seyri öngörmektedir ¹².

3) *Merkezi Birleştirme (central coherence)*: Detayların ardındaki ‘bütün resmi’ görebilmeyle ilgili yapılan çalışmaların bazıları, AS olan bireylerde bu alanda ciddi sorunlar olduğunu belirtirken, diğerleri çok hafif sorunlar olduğunu veya normal sınırlar içinde olduğunu belirtmektedir. Klinik deneyim, AS olan bireylerin bazı gerçek yaşam olaylarında detaylara aşırı derecede takılıp, olayın bütünü görmeye başarısız olduğunu göstermektedir ¹².

4) *Prosedürel öğrenme (procedural learning)*: AS olan bireyler, aynı anda birden fazla şeyi yapabilmekte zorlanırlar. Yakın ilişkili olan otomatizasyon becerileri zayıftır. Öğrenilen bir hareket belli bir eğitim döneminden sonra az ya da çok otomatik bir hale gelir ve gerektiği zaman otomatik bir şekilde tekrar geri çağrılabilir. AS’de, pratik öğrenme konularında bazen ciddi derecede yetersizlik olabilir ¹².

4. DİĞER TIBBİ DURUMLAR İLE BİRLİKTELİK

Yazında AS ile birliktelik gösterdiği belirtilen tıbbi durumlar şunlardır ⁹:

- Steinert's myotonic dystrophy (Blondis 1996, Paul 1997)
- Epilepsi (Bonus,1997, Gillberg, 1998)
- Ligament laksitesi (Tantam ve ark.1990)
- Serebral palsy (Gillberg 1989)
- Hipotiroidi
- Metabolik hastalıklar, aminoasiduri (Miles ve Capelle, 1987)
- Acrosiyanoz (Carpenter ve Morris, 1990)
- X-linked Mental Retardasyon (Searcy ve ark, 2000)
- Fahr Hastalığı (Stip ve ark. 2000)
- Serebellar astrositom (Hernandez ve ark, 1999)
- Fragile X Sendromu
- XYY Send, translokasyon sendromları
- XXY Klinefelter Send.,
- CATCH-22 Send,

5. KLİNİK ÖZELLİKLER

Tanı genellikle çocuk 5 yaşına ulaştıktan sonra konabilir hatta erken okul yıllarına kadar AS tanısı neredeyse hiç konulmaz. Karakteristik belirtiler genelde 8–10 yaş civarı ortaya çıkar^{4 12}.

Howlin ve Ashgarian (1999), 614 OB olan ve 156 AS olan çocuğun ebeveynleriyle yazıştıklarında, tanının doğrulandığı yaşı OB için 5,5 yaş, AS için 11 yaş olarak bulmuşlardır. Diğer otistik bozukluk tiplerinde olduğu gibi AS’de de temel zorluk sosyal öğrenme ve sosyal farkındalıktaki yetersizliktir²⁵.

a. Erken Çocuklukta Belirtiler

AS olan bireylerin bir kısmı ilk yılda çok rahat, yalnızken mutlu olan bebekler olarak tanımlanırken, diğerleri huzursuz, çok fazla ağlayan, yatıştırılması zor, uyku problemleri olan, hiperaktif bebekler olarak tanımlanır.

Yürümenin gecikmesi oldukça sıktır. Kaba motor hareketler beceriksizcedir.

Bu çocuklar yaşından daha olgun ve akıllı görünebilir.

Ses, koku, dokunma gibi duysal uyaranlara anormal tepkiler olabilir.

3 yaşına kadar çok az konuşma varken birden uzun cümlelerle konuşma başlar. İletişime yönelik kendiliğinden konuşma kısıtlı olabilir.

Normal gelişen çocuklarda 2 yaşında paralel oyun, 3 yaşında ise karşılıklı oyun başlar. AS olan çocukların yaşıtlarına ilgisi çok azdır veya hiç yoktur. Diğer çocukları itme, eşyalarını alma, onları ve nesneleri koklama, yalama, ısırma gibi davranışlar gösterebilirler.

Bir kısmı bu yaşta bile yetenekler (bilgisayar, coğrafya, matematik, spor skorları gibi) geliştirir. Bir kısmı bu yaşta okumaya başlar¹².

b. Erken Okul Yıllarında Belirtiler

Tanı daha çok bu yıllarda konur. Çocukların okula gitmesiyle sendroma ilişkin zorluklar daha belirgin hale gelir çünkü bu yaşlarda sosyal beklentiler artar.

Sosyal zorluklar

Szatmari (1989) ve Gillberg (1989) tanı ölçütlerine göre diğer insanlarla arkadaşlık kurma veya etkileşme isteği olmayan soğuk (*aloof*) bir birey AS tanısı alabilse de diğer

çalışmalar, AS olan bireylerin sıklıkla soğuk ve içe dönük olmadığını göstermektedir. Ghaziuddin'nin davranışsal fenotipe yönelik yaptığı bir çalışmada 58 AS olan bireyin %79'u 'aktif ama garip (*active but odd*)' olarak tanımlanmıştır ²⁶. Aslında bu bireyler diğerleriyle etkileşimde bulunmak isterler ve bunun için atılımlar yaparlar ancak yaklaşım tarzları uygunsuz ve gariptir. Alışılmadık dar bir başlıkla ilgili tek yönlü, uzun soluklu, bilgiçlik taslar şekilde sohbete girerler. Diğer insanlar tarafından, bu beceriksiz sosyal yaklaşımlarından dolayı ve diğer insanların duygu, niyet ve ima edilen iletişimlerine duyarsız olduklarından dolayı dışlanırlar ².

Aşırı egosentrizm gösterirler. Bu da diğer insanların düşüncelerini ve ihtiyaçlarını göz ardı etmeyle sonuçlanır. Bu egosentrizm, bencil insanların yaptığına tersine, kasten yapılan bir davranış değildir. Ancak AS olan bireylerin iyi, uzun süreli insanlar arası ilişki kurmasını engelleyen büyük bir problemdir. AS olan bireylerin aile fertleri, karşılıklı duygusal paylaşım olmamasından yakınırırlar. Olaylara karşıdaki insanın bakış açısından bakamazlar, karşıdaki insanla empati kuramazlar. Dolayısıyla uygun duygusal karşılıklar veremezler. Bu da karşıdaki insan tarafından soğukluk ve duygusuzluk olarak değerlendirilir ²⁵.

Çoğu vakada patolojik olarak her zaman doğruyu söyleme ihtiyacı vardır. 'Beyaz yalanlar' söylemeyi beceremezler. Sosyal kuralları anlamakta zorlanırlar, bazı ortamlarda bazı şeylerin söylenmeyeceğini bilmezler. Rol yapamazlar.

Erişkinlerle veya kendilerinden küçüklerle daha iyi iletişim kurarlar. Bir kısmı erişkinlerin taleplerine uymayı sıklıkla reddeder ve tartışır. Bazıları saldırgan ve karşıt olsa da genellikle kötü niyetli ve kaba değildirler ⁴.

Sağduyudan yoksundurlar.

Zamanla çoğu farklı, garip, alışılmadık olduğunu fark eder ¹².

Dar kısıtlı ilgi paternleri

Zamanlarının büyük bir kısmını alan bir özel ilgi alanları vardır. İlgi alanının içeriğinden çok çocuğun bu ilgi alanına çok fazla enerji ve zaman ayırması sorun oluşturur. O kadar çok zaman ve enerji harcanır ki diğer bütün şeylere çok az zaman kalır ¹². Çocuğun çok fazla zamanını ve motivasyonunu aldığından, genel öğrenmeyi ve diğer insanlarla daha karşılıklı bir sohbete girmesini engeller. Sosyal alışverişlerinin çoğu da bu ilgi alanıyla ilişkilidir. AS olan çocuklar sınırlı bir başlık hakkında çok fazla miktarda ve ayrıntıda bilgi edinirler ². Hatta Hans Asperger, bu çocukları 'küçük profesörler' olarak da adlandırmıştır. Aynı anda iki ya da üç ilgi alanı olabilir. Zaman içinde ilgi alanları değişebilir. Tarihi olaylar,

başkentler, meteoroloji, dinazorlar, arkeoloji, opera sanatçıları, asal ayılar, Fransız devrimi, matematik, tren saatleri, bilgisayarlar, kurbağalar, ilgi alanlarının bazı örnekleridir.

Bu belirti çocukluk çağında fark edilmeyebilir çünkü dinazorlar, çizgi film karakterleri gibi bazı ilgi alanlarına bütün çocuklarda sık rastlanır.

Kızların ilgi alanları daha sosyal görünebilir ama incelendiğinde anlamından ziyade kuru ezber olduğu anlaşılabilir. AS olan kız olguların bazılarının hiçbir özel ilgi alanı olmayabilir. Genel olarak negativisttirler ve herşeye “hayır” derler.

Sıklıkla ceplerinden “en yüksek 50 dağ”, “en iyi 30 fıkra” gibi “top listeleri” çıkabilir ¹².

Konuşma ve dil alanındaki anormallikler

Dili ortamına göre, vurgusuna tonlamasına göre anlamada veya metoforik dili anlamada zorlukları vardır ¹².

Konuşma sırasındaki vurgu ve tonlamaları otistik bireylerinki kadar monoton olmasa da kısıtlıdır. Konuşmanın hızı farklı olabilir. Konuşma ya çok hızlıdır ya da akıcı değil, kesintilidir.

Sesin volümünü ayarlama bir zorluk yaşarlar. (örn: konuşulan kişi fiziksel olarak yakın olsa bile yüksek sesle konuşmak gibi) ^{2, 12}.

Pragmatik zorluklar belirgindir. Karşılıklı bir diyalogu sürdürmede zorlanırlar. Açık uçlu sorulara cevap veremeyebilirler. Konuşma sıklıkla teğetseldir ve gereksiz ayrıntılarla doludur. Çağrışımların gevşemiş olduğu ve enkoheran bir konuşma olduğu hissini uyandırabilir ².

Bazıları diyaloglardaki soru-cevapları, sohbetin bir parçası olarak değil bir oyun olarak görüp, cevabını bilmelerine rağmen “doğru cevabı alabilecek miyim” diye aynı soruları tekrar tekrar sorabilirler ¹².

Konuşmaları sıklıkla laf kalabalığı ile karakterizedir. Karşıdaki kişinin konuyla ilgilenip ilgilenmediğine, yorum ekleme isteğine, konuyu değiştirme çabasına bakmaksızın aralıksız bir şekilde ilgilendikleri başlıktan bahsederler. Bu kadar uzun monologlara rağmen konuşma bir sonuca bağlanamayabilir ².

Sözel olmayan iletişim zorlukları

Göz kontağı kısıtlı olabilir. Ya da bakışlar uzun süreli, sert, delip geçen, boş, şaşırılmış şekillerde olabilir.

Konuşma sırasında jest ve mimiklerin kullanımı azdır veya uygunsuzdur. Konuşma sırasında mimikler çok kısıtlıyken uygunsuz bir yerde kocaman bir gülümseme hatta kahkaha gelebilir.

Diğer insanlarla uygun fiziksel mesafeyi ayarlamakta zorlanabilirler. Çok yakın bir mesafede durabilirler. Konuşmanın ortasında kalkıp yürüyebilir, konuştukları kişinin arkasında konumlanabilirler ^{4, 12}.

Motor kontrol problemleri

Yürüyüşleri hipotonik, hantal ve katıdır ve sıklıkla kollar sallanmaz. Bazıları zıplayarak yürür. Vücut duruşları tuhaftır ².

İnce motor hareketlerde beceriksizlik olabilir. Ancak çoğunluğu için asıl olarak kaba motor performans oldukça problemlidir.

Bisiklet sürmede, yüzmede, topu yakalamada ve doğru yöne atmada zorlanabilirler.

Stereotipleri olabilir ama bu yaşlarda sıklıkla kaybolur veya garip olduğunu anladıklarından aktif olarak diğer insanlardan saklarlar.

Okul çağında sıklıkla tik gelişir.

Ergenlik öncesi dönemde “katatoni” gelişebilir ¹².

c. Ergenlikte belirtiler

Çocukluk çağındaki bazı belirtiler bu dönemde öğrenme ve bilişsel yollarla azalabilir. Bir çoğunda kişisel hijyen kötüdür. Saç ve tırnak kesme problem olabilir. Bazıları aynı elbiseyi aylarca giyebilir. Yıkanmasından rahatsız olabilir, bazıları da günde birkaç kez kıyafet değiştirebilir.

Küçüklüklerinde aktif ama garip olanlar ergenlikte sosyal fobi geliştirebilir. Bu dönemde normal gelişen çocuklardan farklı olduklarını daha iyi anlarlar ve bu nedenle sosyal yetersizlik duyguları artabilir ve içe kapanma olabilir. Yine depresyon ve huzursuzluk sıktır. Madde kullanımı ve nadiren antisosyal aktiviteler olabilir.

Katatoni özellikler gelişebilir.

Kızlarda, nadiren de erkeklerde Anoreksiya Nervosa gelişebilir. (uygun yiyeceklerle ilgili sabit fikirler, çeşitli ritüeller nedeniyle) ^{12 27}.

C. ASPERGER SENDROMU ve PSİKİYATRİK EŞ TANILAR

Eş tanı (comorbidity), aynı bireyde iki ya da daha fazla psikopatolojinin eşzamanlı bulunması olarak tanımlanmaktadır ⁴. Belli bir durumla birliktelik gösteren sorun veya bozukluklar üç ayrı şekilde ortaya çıkabilir; 1) Rastlantısal (coincidental), 2) Nedensel olarak doğrudan ilişkili (yani bir durum diğerrinin ortaya çıkmasına neden olmaktadır.) 3) Nedensel olarak dolaylı ilişkili (altta yatan temel sorun hem birincil duruma hem de ek soruna neden olmaktadır) . Bazı yazarlar ‘eş zamanlı tanı (coexistence)’ ya da ‘binişiklik (overlapping)’ ifadelerini kullanmaktadır ²⁸. Bu yazıda ‘eş tanı’ ifadesi kullanılmıştır.

Bu bireylerde eklenen psikiyatrik bozukluklar; işlevsellik kaybında ve hastalık ve ölüm oranlarında artmaya, tedaviye uyumda azalmaya, çoklu ilaç kullanımına bağlı ilaç etkileşim riskinde artmaya, tıbbi komplikasyon olasılığının ve sağlık giderlerinin artmasına neden olabilmektedir ⁴.

Psikiyatrik eş tanılarının incelenmesi iki açıdan çok önemlidir. Birincisi, eş zamanlı durumların tanınması ve tedavisi hastanın uzun dönemdeki seyrini etkilemektedir. İkincisi, eş tanılarının altta yatan etkenlerinin incelenmesi, her bir bozukluğun etiyolojisini anlamada yardımcı olabilir.

Sendromu, dikkat eksikliği, hareketlilik, duygudurum dalgalanmaları, düşünce bozuklukları ve anksiyete belirtileri gibi birçok durumla ilişkilendirilmiştir. Ancak bunların, AS’nin temel belirtilerinin bir parçası olarak mı yoksa AS’den ayrı, üzerine eklenmiş bir bozukluk olarak mı değerlendirilmesi gerektiği tartışmalıdır ^{4 28 12, 29}. Ancak bazen bu belirtiler klinik başvurunun asıl nedeni olacak şiddetlidir ve tedavideki temel hedefleri belirler.

1. Asperger Sendromunda Eş Psikiyatrik Sorunların Belirlenmesinin Önemi

AS’de psikiyatrik eş tanılarının ortaya çıkması bir istisna değil neredeyse bir kuraldır ²⁸. Ek psikiyatrik durumlar hem çocuk hem aile için belirgin sıkıntı yaratabilir ve yaşam kalitesini daha da bozabilir. Örneğin AS olan bir bireyde depresif belirtilerin başlaması, agresyon ve kendini yaralayıcı davranışlar gibi uyuma yönelik olmayan davranışları başlatabilir veya arttırabilir ³⁰.

AS ile ilişkili yetersizliklerin uzun vadeli olduğu ve bu bozukluktaki temel zorluklar için özel farmakolojik tedavilerin eksikliği düşünüldüğünde, bu çocuklarda eşlik eden psikiyatrik durumların belirlenmesi ve tedavi edilmesi, çocuğun işlevselliğini, yaşam kalitesini ve eğitsel tedavilerin etkinliğini arttıracaktır. Bazı çalışmalar, bu eş psikiyatrik durumların ilaçla ve bilişsel-davranışçı tedavilerle etkin bir biçimde tedavi edildiğini göstermektedir^{31 32}.

AS olan olguları psikiyatrik eş tanılarına göre alt gruplara ayırma, sorumlu beyin işlevlerini ve sorumlu genleri belirlemede yardımcı olabilir. Aynı zamanda psikofarmakolojik tedavilerin etkinliğini, yan etki profilini ve hastaların uzun dönemde seyrini belirlemede bu alt gruplar önemli görünmektedir.

Bu ve benzeri çalışmalar uzun vadede AS'nin nöropatolojisini aydınlatmaya yardımcı olacaktır.

Yapılan bazı çalışmalarda şiddet içerikli suç işleyen AS olan bireylerde, yüksek oranda psikiyatrik eş tanı saptanmıştır ve bunların erken dönemde tanınıp tedavi edilmesinin önemi vurgulanmıştır³³. Bu alandaki araştırmalar, koruyucu ruh sağlığı hizmetleri açısından da önemli olacaktır.

2. Asperger Sendromunda Eş Psikiyatrik Sorunların Belirlenmesindeki Zorluklar

AS'de görülen psikiyatrik eş tanıların sıklığının tam olarak bilinmemesinin, klinik ortamda gözden kaçırılmasının ve tanınamamasının birçok nedeni bulunmaktadır. Öncelikle hâlâ tanı ölçütleriyle ilgili bir karmaşa vardır. Yapılan çalışmalarda veya olgu bildirimlerinde AS tanısı için farklı tanı ölçütleri kullanılmıştır ve olguların, yüksek fonksiyonlu otizmi (YFO) olan bireylerden ayrımı net değildir. Birçok çalışmada AS ve YFO olan bireyler karışık olarak çalışmaya alınmıştır².

İkinci bir neden, eş psikiyatrik sorunları değerlendirmek için bu bireylere özel tanı araçları oluşturulmamıştır.

Üçüncüsü, şu an geçerli olan tanı sistemleri (DSM-IV ve ICD-10), bazı eş tanıların konmasına izin vermemektedir. Örneğin, DEHB tanısı, bir yaygın gelişimsel bozukluğun varlığında konamaz. Oysa klinik deneyim, YGB'de hareketliliğin ve dikkat eksikliğinin, tedavinin odağı olabilecek kadar şiddetli olabileceğini göstermektedir⁴.

Dördüncüsü, AS olan bireylerin, OB olan bireylere göre sözel ifadeleri daha iyi olsa da, normal gelişim gösteren yaşlıtlarına göre yine de sözel ifadeleri yetersizdir. AS olan bireylerin empati becerilerinin kısıtlı olması gibi, kendi duygularını tanıma ve ifade etme

becerileri de zayıftır (aleksitimi) ³⁴. Bu zorluklar, AS olan bireylerin kendi ruhsal durumlarını ve günlük hayatta zorlandıkları durumları tanımlamalarını ve tarif etmelerini zorlaştırmaktadır. Bu nedenle bu olgularla çalışan ruh sağlığı görevlileri, bu bireylerde görülebilen duygusal ve davranışsal tepkilerin, normal gelişen yaşlılarıninkinden farklı olabileceğini göz önünde bulundurmalarıdır.

Ayrıca bu alanda deneyimli profesyonel sayısı azdır ve bu olguların bir kısmı şizofreni, kişilik bozukluğu gibi farklı tanımlar başlığı altında takip edilmektedir ¹².

Son olarak, eş psikiyatrik tanı sıklığının tam olarak belirlenebilmesi için çok sayıda bireyi içeren toplum çalışmalarına ihtiyaç vardır.

3. Asperger Sendromu İle Birlikte Görülen Psikiyatrik Bozukluklar

AS ve otizmi olan bireylerde bütün psikiyatrik bozukluk tipleri görülebilir. En sık olanları DEHB gibi yıkıcı davranım bozuklukları ve depresyon gibi duygudurum bozukluklarıdır. Ergenlik öncesi dönemde en sık DEHB iken, ergenlik döneminde depresyon daha sıktır. Ayrıca fobiler ve OKB gibi anksiyete bozuklukları da bu populasyonda sık görülmektedir. Psikotik bozukluklar sık değildir. Bu grupta psikozun en sık sebebi şizofreni değil, depresyondur ^{4 3}. Bunların dışında cinsel kimlik bozukluğu ^{35, 36}, tik bozuklukları ³⁷, yeme bozuklukları ²⁷, TSSB ⁴, selektif mutizm ^{38, 39} ve katatoni ⁴⁰ de AS ile birlikteliği bildirilen diğer psikiyatrik bozukluklardır.

Hans Asperger'in, geriye dönük olarak, dosyaları ayrıntılı tutulmuş 46 'Otistik Psikopati' tanısı almış hastasının dosyası incelendiğinde, iyi zekâ düzeylerine rağmen yaklaşık üçte ikisinin şiddetli öğrenme güçlükleri ve dikkat eksiklikleri olduğu görülmüştür. Bu çocukların yarısında disiplin sorunları ve davranım sorunları olduğu belirtilmiştir ¹⁴.

Aşağıda, AS ile birlikte sık görülen psikiyatrik bozukluklar tanımlanacaktır.

a. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)

DSM sistemi, DEHB tanısı için yaygın gelişimsel bozuklukları dışlayıcı bir ölçüt olarak kabul etse de birçok çalışma ve klinik deneyim, AS olan bireylerde, özellikle ergenlik öncesi dönemde DEHB'nin sık görüldüğünü göstermektedir ^{3 29 41 42}.

DSM sistemindeki bu dışlama ölçütü klinik uygulamada desteklenmemektedir. Bunun birinci nedeni, DEHB belirtileri klinik müdahalenin odağı olabilir ve AS'nin kendi belirtilerinden daha önemli olabilir. Sosyalizasyon ve iletişimle ilgili problemlerden ziyade hareketlilik ve dürtüsellik, başvurunun asıl sebebi olup işlevselliği daha fazla etkiliyor olabilir. Burada DEHB tanısını dışlamak klinik açıdan bir yarar sağlamaz ve iki tanının birlikteliği farklı tedavi yöntemlerini gerektirir ⁴². İkincisi, AS hayat boyu sürer ve hastalığın seyri içinde DEHB tanısının konmaması doğru değildir. Üçüncüsü, DEHB belirtileri AS'nin bir parçasını oluşturmaz. AS olan çocukların bir kısmı ne hareketlidir ne de dikkat ve konsantrasyon sorunları yaşamaktadır. Bu hastaların sadece bir alt kümesi ek olarak DEHB belirtilerini göstermektedir. Dolayısıyla AS ve DEHB bir arada olduğunda ayrı tanımlar olarak tanımlanmalıdır ^{43 4}.

Bazı çalışmalar hem otizmin hem DEHB'nin etiyolojisinde rol oynayan bazı ortak genler (5p13, 16p13, 17p11) olduğunu göstermektedir ⁴⁴.

Bazen AS olan bireyler yanlışlıkla DEHB olarak takip edilmektedir. AS belirtileri yaşla daha belirgin hale gelebilir. Ayrıca AS olan bireyler 'pasif-soğuk'tan ziyade sıklıkla 'aktif ama garip' grubundadır ve sosyal ve motor beceriksizlikleriyle birlikte DEHB izlenimi verebilir ^{45 4}.

Ghaziuddin (1998), 8–51 yaşlarında AS tanısı olan 35 hastada (20 hasta 6–12 yaş; 15 hasta > 13 yaş) ek psikiyatrik sorunları incelemiş ve 10 hastanın DEHB tanı ölçütlerini karşıladığını belirtmiştir ³. AS'de yüksek oranda DEHB tanısının varlığı farklı çalışmalarda da gösterilmiştir (Tablo 8).

Tablo 8: Otizm Spektrum Bozukluklarında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu

Çalışmalar	Tanı	Sayı	Sıklık
Ghaziuddin ve ark. (1998)	AS	35	% 29
Yoshida ve Uchiyama (2004)	AS/BTA-YGB	20	% 85
Klin ve ark. (2005)	AS	16	% 58
Lee ve Ousley (2006)	AS	12	% 58
Leyfer ve ark. (2006)	OB	109	% 30,6
De Bruin ve ark. (2007)	BTA-YGB	94	% 44,7
Mukaddes (2008)	AS	37	% 45

AS; Asperger Sendromu, OB: Otistik Bozukluk, BTA-YGB; Başka Türlü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk

Genel toplumda DEHB alt tiplerinin dağılımı ile ilgili yapılan çalışmalarda en sık Bileşik Tip (BT), sonra Dikkat Eksikliğinin Ön Planda Olduğu Tip (DET), en az ise Hiperaktivite-Dürtüselliğin Ön Planda Olduğu Tip (HDT) olduğu bildirilmektedir ⁴⁶. Otizm spektrum bozuklukları (OSB) ile yapılan çalışmalardaki DEHB alt tip dağılımı da genel toplumla benzerlik göstermektedir. Örneğin, Lee ve Ousley'in çalışmasında (2006), en sık Bileşik Tip (% 63), sonra Dikkat Eksikliğinin Ön Planda Olduğu Tip (% 29), en az ise Hiperaktivite-Dürtüselliğin Ön Planda Olduğu Tip (% 8) görülmüştür. Ancak aynı çalışmada AS olan olgularda en sık Dikkat Eksikliğinin Ön Planda Olduğu Tip (% 42) görülmüştür ⁴⁷. Yazında DEHB'nin hiperaktivite/dürtüsellik belirtilerinin yaşla azaldığı, dikkat eksikliği belirtilerinin ise devam ettiği, HDT'nin küçük yaşlarda, DET'in ise büyük yaşlarda daha sık görüldüğü belirtilmektedir ⁴⁸. Aynı durum DEHB ek tanısı alan OSB olgularında da bildirilmiştir ^{47 42}.

DEHB'nin OSB alt gruplarındaki sıklığı ile ilgili yapılan çalışmalar farklı sonuçlar göstermektedir. Klin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2005), DEHB'nin en sık AS grubunda (% 58), sonra BTA-YGB grubunda (%50), en az ise otizm grubunda (% 17) olduğu görülmüştür ⁴¹. Yoshida ve Uchiyama (2004) da yaptıkları çalışmada buna benzer bir sonuç bulmuşlardır ⁴². Ancak Lee ve Ousley'in çalışmasında (2006) , DEHB ölçütlerini karşılayan bireylerin yüzdesi OSB alt grupları arasında istatistiksel açıdan önemli fark göstermemiştir. Bu farklı sonuçların, çalışmaya alınan olguların zekâ düzeyleriyle ilişkili olabileceği öne sürülmüştür ⁴⁷.

AS ve otizmi olan bireylerde DEHB'nin seyri tam olarak bilinmese de, genel kanı, tedavi edilmemiş hiperaktivite ve dürtüselliğin, bu çocukların okul hayatını ve topluma uyumunu kötü yönde etkilediği şeklindedir ⁴.

b. Duygudurum Bozuklukları

1. Depresif Bozukluklar: Henüz AS'de depresyonun tam insidans ve prevalansını gösteren geniş toplum çalışmaları yoktur. Şimdiye kadar yapılan çalışmalar, tanı ölçütleri, olgu yaşları ve örneklem metotları açısından farklılıklar göstermektedir ve bu nedenle verileri genellemek zordur.

Tablo 9'da OSB olan olgularla yapılan bazı çalışmalardaki depresyon sıklığı gösterilmiştir.

Tablo 9: Otizm Spektrum Bozukluklarında Depresyon

Çalışma	Tanı	Yaş Aralığı	Sıklık
Wing (1981)	18 AS	> 16	% 22
Tantam (1991)	85 AS	16–65	% 11
Larsen ve Mouridsen (1997)	9 AS+ 9 OB	32–44	% 11
Ghaziuddin ve ark. (1998)	35 AS	8–51	% 34
Leyfer ve ark. (2006)	109 OB	5–17	% 12,9
De Bruin ve ark. (2007)	94 BTA-YGB	6–12	% 12,7
Mukaddes (2008)	37 AS	6–20	% 29

AS: Asperger Sendromu, OB: Otistik Bozukluk, BTA-YGB: Başka Türlü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk

Ergenlik dönemi yaşıt ilişkisinin çok önemli bir hale geldiği, sosyal ve duygusal beklentilerin arttığı bir dönemdir. AS olan bireyler için, karmaşık sosyal becerilerin bekleniyor olması aşırı sıkıntı yaratabilir ve sosyal dünyadan çekilmelerine neden olabilir ⁴⁹. Özellikle bu dönemde yaşıtlarından farklı olduklarına dair farkındalıkları daha fazla artar. Ayrıca AS olan ergen büyük ihtimalle daha fazla olumsuz sosyal deneyimler yaşayacaktır ve bu da AS olan ergeni daha kırılgan, özgüveni daha düşük yapacaktır ve depresyon riskini arttıracaktır ¹⁶. AS olan bireyler, sosyalleşmek ve arkadaşlıklar kurmak isteseler de, sosyal beceri eksikliklerinden dolayı sıklıkla reddedilirler ve dışlanırlar ^{16 25}. Atwood’a göre, başarmak için becerileri olmadan ‘diğerleri gibi olma’ arzusu, AS olan bireylerde depresyonun en sık sebebi olabilir ¹⁶.

Butzer ve Konstantareas (2003), yüksek düzeyde depresif belirtilerle, çocukların yetersizlikleriyle ilgili farkındalıkları hakkındaki ebeveyn bildirimlerini ilişkili bulmuşlardır ⁵⁰. Bir çalışmada sosyal kıyaslama süreçlerinin, AS olan bireylerde depresif belirtilerle ilişkili olduğu gösterilmiştir ⁵¹.

Otizmi ve AS olan bireyler çevrelerindeki en ufak değişiklikler sonucu bile sıkıntı ve anksiyete yaşayabilirler. Değişikliklerle ilgili korkular anksiyeteyi tetikleyebilir. Bu grupta anksiyete ve depresyonu ayırt etmek önemlidir. Anksiyete ve depresyon yüksek oranda ilişkilidir ve yüksek anksiyete düzeylerinin depresyona zemin hazırladığı gösterilmiştir ³⁰.

2. Bipolar Bozukluklar: Depresyon, OSB’de görülen en sık eş tanı olsa da, OSB’de bipolar bozukluk bildirilen vakalar ve çalışmalar da mevcuttur^{52 53 54}. Tablo 10’da bu çalışmalardan bazıları gösterilmiştir.

Tablo 10: Otizm Spektrum Bozukluklarında Bipolar Bozukluk Sıklığı

Çalışma	Tanı	Toplam Olgu Sayısı	Sıklık
Wozniak ve ark. (1997)	OSB	66 (57 olgu yüksek işlevli)	% 21,2
Ghaziuddin ve ark. (1998)	AS	35	% 2,8
De Bruin ve ark. (2007)	BTA-YGB	94	% 5,3
Munesue ve ark. (2008)	YFO/AS/BTA-YGB	44	% 27,3
Mukaddes (2008)	AS	37	% 8

OSB: Otizm Spektrum Bozuklukları, AS: Asperger Sendromu, YFO: Yüksek İşlevli Otizm, BTA-YGB: Başka Türü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk

Munesue ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2008), yüksek işlevli OSB olan ardışık 44 hasta incelendiğinde, 16 hastanın (12’si AS, 4’ü BTA-YGB) duygudurum bozukluğu tanısı aldığı saptanmıştır (%36,4). 4 hasta major depresif bozukluk, 2 hasta bipolar I bozukluk, 6 hasta bipolar II bozukluk ve 4 hasta BTA bipolar bozukluk tanısı almıştır. Munesue ve arkadaşları, yüksek işlevli OSB grubunda temel duygudurum bozukluğunun depresyon değil, bipolar bozukluk olduğunu ve otizm ile bipolar bozukluğun ortak bazı genleri paylaşabileceğini belirtmişlerdir⁵⁵.

Wozniak ve arkadaşları (1997), bir psikofarmakoloji merkezine başvuran çocuk ve ergenlerin %9’nun OSB tanısı aldığını ve bu olguların %21’inin mani ölçütlerini karşıladığını bildirmişlerdir. Aynı merkeze başvuran tüm olgulardaki mani sıklığının %18 olduğu göze alındığında, OSB’nin mani belirtilerinin ortaya çıkmasında bir risk faktörü olmadığı düşünülmüştür⁵⁶. Ancak bazı araştırmacılar, bildirilen bu oranın çok yüksek olduğunu, otizmin gelişimsel özelliklerinin mani belirtileri ile karıştırılabileceğini öne sürmüşlerdir. OSB olan bireylerin kendi özel ilgi alanları ile ilgili coşkulu ve uzun soluklu konuşmalarının ve zihinsel uğraşlarının hipomani belirtileri ile karışabileceğini belirtmişlerdir^{57 4}.

c. Tik Bozuklukları

Tik, birden ortaya çıkan, hızlı, ritmik olmayan, istem dışı, yineleyici hareket (motor tik) ya da ses çıkarma (vokal tik) olarak tanımlanmaktadır. Genelde dalgalı bir seyir gösterir, dönem dönem azalıp artabilir. DSM-IV'te; 1- Tourette Bozukluğu (TB), 2- Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu, 3- Gelip Geçici Tik Bozukluğu ve 4- Başka Türü Adlandırılmayan Tik Bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır ¹.

Tikleri, OSB'deki stereotipilerden ayırt etmek çok kolay değildir. Bu ikisi arasındaki farklar Tablo 11'de gösterilmiştir.

Tablo 11: Tikler ve Stereotipiler Arasındaki Farklar (Jankovic, 1997)

Tikler	Stereotipiler
Kısa, ani ve aralıklı	Ritmik ve daha yavaş
Yüz, boyun, omuzlar, kompleks olursa tüm beden	Tüm beden, eller, parmaklar
Amaçlı değil	Amaçlı olabilir
Şiddeti azalıp artar	Zaman içinde daha istikrarlı
Öncül duyum vardır	Öncül duyum yoktur

Burd ve arkadaşları (1987), OSB olan hastaların %20'sinde eş zamanlı TB olduğunu ve bunun olumlu bir prognoz göstergesi olduğunu belirtmişlerdir. Ancak Canitano ve Vivanti (2007), tik şiddeti ile zekâ geriliğinin düzeyi arasında doğrudan bir ilişki bulmuştur.⁵⁸

Tik bozuklukları ile OSB'nin birlikte olması rastlantı olamayacak kadar sıktır ve bu ilişki muhtemelen altta yatan ortak etiyolojik faktörlere bağlıdır. Yazında önce tek tek olgu bildirimleri olarak daha sonra olgu serileri olarak iki bozukluğun birlikteliği bildirilmiştir ⁵⁸.

Tablo 12'de OSB olan olgularla yapılan bazı çalışmalarda tik ve TB sıklıkları gösterilmiştir.

Tablo 12: Otizm Spektrum Bozukluklarında Tik Bozuklukları

Çalışma	Tanı	Sayı	Sıklık
Kerbeshian ve Burd (1986)	AS	6	% 50 TB
Kano ve ark. (1987, 1988)	AS	76	% 2,6 TB
Ehlers ve Gillberg (1993)	AS	5	% 80 Tik
Ghaziuddin ve ark. (1998)	AS	35	% 5,6 TB + Tik
Baron-Cohen ve ark.(1999)	OSB	447	%34 Tik Boz., % 6,5 TB
Ringman ve Jankovic (2000)	AS	12	% 50 TB
Mukaddes (2008)	AS	37	% 18 Tik Boz.

AS: Asperger Sendromu, TB: Tourette Bozukluğu, OSB: Otizm Spektrum Bozuklukları

Comings ve Comings yaptıkları çalışmada TB olan 1400 çocuk ve yetişkini incelediğinde, 16 olguda (%1,1) OSB saptamışlardır. Bu olguların ailelerini incelediklerinde akrabalarında yüksek oranda OKB saptamışlardır ⁵⁹.

Yazında otizm ve TB'nin birlikte bulunduğu bazı olgularda kromozom anomalilerini gösteren bildiriler mevcuttur ^{60 61}. Ayrıca ailevi genetik çalışmalar bu iki durum arasında altta yatan ortak mekanizmalar olduğunu önermektedir. Sverd (1991), YGB ve TB birlikteliği olan on hastanın ailesini incelemiştir. TB'nin, otizmin etiyolojik heterojenitesinden sorumlu olabileceğini ve bazı otizm olgularının, TB geni için homozigot olmanın bir sonucu olabileceğini öne sürmüştür. Ayrıca bazı ailelerde ek olarak affektif bozukluklar saptamıştır ve bu da TB'nin, eş zamanlı otistik ve affektif bozukluk gösteren ailelerin bir alt grubundan sorumlu olabileceği hipotezini desteklemiştir⁶².

d. Anksiyete Bozuklukları

Anksiyete, Kanner'ın ilk makalelerinde bahsedilen bir konudur. “Zararsız nesnelere aşırı korkuyla tepki verme”, otistik bozuklukla ilişkili özellikler olarak DSM-IV'e dâhil edilmiştir ¹. OSB olan bireyler sıklıkla anksiyete belirtileri tariflerler. Sıklıkla çevredeki değişiklikler ve yeni insan ve yeni ortamlara uyum zorlukları sonucu anksiyete belirtileri ortaya çıkar. Bu belirtiler otistik sendromun bir parçası olarak kabul edilseler de bazen işlevselliği etkileyecek kadar yoğun şiddette olabilir. OSB ve AS olan bireyler genel anksiyete belirtilerine ek olarak ayrıca anksiyete bozuklukları geliştirebilirler ⁴. Ancak DSM-

IV, Sosyal Fobi, Yaygın Anksiyete Bozukluğu ve Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu tanılarının YGB varlığında konmasına izin vermemektedir ¹.

Yapılan çalışmalar, OSB olan olgularda yüksek oranda anksiyete bozukluklarının eşlik ettiğini belirtmektedir ^{63 64 65}. Kim ve arkadaşları (2000), yüksek fonksiyonlu otizmi ve AS olan 9–14 yaş arası 59 çocuğu, toplum kontrolleriyle karşılaştırdığında, YGB olan çocukların ebeveynlerinin, kontrol gruba göre, çocuklarıyla ilgili daha fazla anksiyete belirtileri bildirdiklerini belirtmiştir ⁶⁶.

Bir çalışmada AS tanısı alan 10–13 yaş arası 65 çocuk, klinik olarak anksiyöz bir grupla ve sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmıştır. Çocukların bildirimlerine göre, AS olan çocukların anksiyete düzeyleri, anksiyete tanısı alanlarla benzer, sağlıklı kontrollere göre yüksek bulunmuştur. Ebeveynlerin bildirimlerine göre, AS olan çocukların, anksiyöz çocuklara göre daha fazla obsesif-kompulsif belirtiler sergiledikleri ve daha fazla fiziksel yaralanma korkuları yaşadıkları belirtilmiştir ⁶⁷.

Tablo 13'te OSB olan olgularla yapılan bazı çalışmalardaki anksiyete bozukluğu sıklığı gösterilmiştir.

Tablo 13: Otizm Spektrum Bozukluklarında Anksiyete Bozukluğu

Çalışma	Tanı	Sayı	Sıklık
Muris ve ark. (1998)	YGB	44	% 84,1
De Bruin ve ark. (2007)	BTA-YGB	94	% 55,3
Mukaddes (2008)	AS	37	% 54,5
AS; Asperger Sendromu, BTA-YGB; Başka Türlü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk			

De Bruin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2007), 6–12 yaş arası BTA-YGB tanısı olan 94 çocuğun %55,3'ünde en az bir tane anksiyete bozukluğu olduğu, anksiyete bozukluklarının, yıkıcı davranım bozukluklarından sonra ikinci en sık görülen eş tanı grubu olduğu belirtilmiştir. Anksiyete bozukluklarından, en sık özgül fobi (% 38,3), sonra sosyal fobi, sonra seperasyon anksiyetesi bozukluğu, sonra agorofobi ve obsesif kompulsif bozukluk, sonra yaygın anksiyete bozukluğu ve en az olarak da panik bozukluk saptanmıştır. Olguların hiçbirinde travma sonrası stres bozukluğu saptanmamıştır. Özgül fobilerin sıklıkla karanlık korkusu, böcek korkusu, iğne ve enjeksiyon korkusu şeklinde olduğu belirtilmiştir ⁶⁴.

Leyfer ve arkadaşları (2006), 5–17 yaş arası otizm tanısı alan 109 çocukta kendilerinin modifiye ettiği Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG-ŞY) görüşme ölçeği ile eş psikiyatrik tanıları incelemişlerdir. Bu çocuklarda yaşam boyu en sık eş tanı olarak özgül fobi bulunmuştur (% 44). Bunların çoğunda da birden fazla nesne ya da durumla ilgili korku tespit edilmiştir. Genel toplumdaki çocukların korku tipleri bu grupta seyrek bulunurken, iğne ve kalabalıktan korkma en sık korku tipi olarak saptanmıştır. Bu olgu grubundaki ikinci en sık DSM-IV tanısı obsesif kompulsif bozukluk olarak bulunmuştur (%37). Yaygın anksiyete bozukluğu çok az görülürken, panik bozukluğa rastlanmamıştır ⁶³.

Obsesyonel/tekrarlayıcı davranışlar OSB'nin çekirdek özelliklerindendir. YGB'de obsesif kompulsif bozukluk (OKB) eş tanısı koymak için belirtilerin yeni olarak ortaya çıkması veya şiddetinde artma olmuş olması gerekir.

McDougle ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1995), 50 otistik bozukluk (OB) tanısı alan yetişkin, 50 OKB tanısı alan yetişkinle karşılaştırılmıştır. OB grubunda kompulsiyonlar olmadan tek başına obsesyonların olması nadir olarak bulunmuştur. OKB olan insanlarda genelde görülen agresyon, dini, cinsel içerikli obsesyon temalarına, OB olgu grubunda az rastlanmıştır. OB grubunda düzen, sıralama, biriktirme ve dokunma davranışları daha fazla görülürken, temizlik, sayma ve kontrol etme davranışları daha az görülmüştür.

Anksiyete, bu olgu grubunun sosyal uyum becerilerini bozabilir ve yıkıcı davranışlarını arttırabilir ^{68 66}. Daha katı bir düşünme tarzına yol açabilir. Bu çocuklar anksiyete yaratan ortamlarda daha karşıt davranışlar gösterip, öfke nöbetleri yaşayabilir. Ya da daha fazla yalnızlığa ve özel ilgi alanına sığınabilir. Anksiyete çok şiddetli düzeyde ve uzun süreli olursa, gerçeklik algısında kırılmalar olabilir ve duygudurumla uyumlu hezeyanlar gelişebilir. Obsesyonlar hezeyana dönüşebilir ve iç görü azalabilir. Hem çocuğun hem ailenin yaşam kalitesi ve işlevselliği oldukça etkilenebilir ¹⁶. Eğer anksiyete belirtileri hem OSB olan çocuk hem de aile için büyük sıkıntı oluştuyorsa, eş tanı koymak ve tedavi etmek faydalı olacaktır.

e. Psikotik Bozukluklar

Otizm, önceleri şizofreninin erken başlangıçlı bir alt tipi olarak düşünülmüş ve ‘çocukluk çağı şizofrenisi’ olarak adlandırılmıştır. Bu iki durum da nörogelişimsel bir bozukluk olsa da otistik belirtiler hayatın ilk üç yılında ortaya çıkarken, şizofreninin pozitif bulguları ergenlik dönemine kadar belirgin hale gelmemektedir. Ayrıca otizmi olan bireylerde şizofreninin negatif belirtilerine benzer belirtiler (sosyal geri çekilme, iletişim becerilerinde yetersizlik gibi) gözlenirse de, sanrı ve varsanı gibi pozitif bulgular genellikle görülmez^{9 4}.

Dyken ve arkadaşları (1991), bir grup yüksek işlevli otizmi olan bireyde normal kontrollere göre daha fazla düşünce bozukluğu saptamışlardır. Gerçeği değerlendirme testinde anormallikler ve algısal çarpıtmalar gözlemlemişlerdir⁶⁹. Ghaziuddin ve arkadaşları (1995), bu bulguları AS olan bireyler üzerinde genişletmişlerdir. AS olan bireylerin, yüksek fonksiyonlu otizmi olan bireylere göre daha fazla dezorganize düşünmeye meyilli olduklarını ve kendi iç dünyalarına ve fantezilerine daha fazla odaklandıklarını bulmuşlardır⁷⁰.

AS olan bazı olguların birinci derece akrabalarında artmış şizofreni aile öyküsü olduğuna dair kanıtlar vardır. Yakın zamanda AS’nin bir moleküler genetik çalışmasında, şizofreniyle bağlantılı bazı kromozomlar üzerinde AS alanlarının binişiklik gösterdiği bulunmuştur⁷¹.

Bir çalışmada psikotik belirtilerle başvuran YGB olgularının kaçına şizofreni tanısı konduğu araştırılmıştır. 18 ay boyunca ardışık 43 YGB olgusu incelenmiştir. Psikotik belirtilerle başvuran 8 hastadan 4’ü major depresyon tanısı almış, bir hastada şizofreni tansından şüphelenilmiş ancak tanı doğrulanmamıştır. Otizmi olan çocuklar psikotik belirtilerle başvurduğunda, tanının büyük ihtimalle şizofreni değil depresyon olduğu belirtilmiştir⁷⁰.

Volkmar ve Cohen (1991), otizmi olan ergenlerde şizofreninin varlığını araştırmıştır. 163 olgudan 41’inde şizofreniyi düşündürebilecek belirtiler gözlenmiş, ancak sadece bir hasta şizofreni ölçütlerini karşılamıştır. Bunun üzerine araştırmacılar, otizmi olan bireylerde şizofreninin daha fazla görülmediğini vurgulamışlardır⁷².

Hans Asperger, on yıl boyunca takip ettiği yaklaşık 200 AS olan hastasından sadece birinde şizofreni geliştiğini bildirmiştir.

6–12 yaş BTA-YGB tanısı olan 94 çocukla yapılan bir çalışmada, ek tanı olarak hiçbir çocukta şizofreniye rastlanmamıştır. Araştırmacılar bu sonucun yaş grubunun küçük olmasıyla ilgili olabileceğini belirtmişlerdir ⁶⁴.

Ancak yazında AS ile şizofreni birlikteliğini gösteren olgu bildirimleri ve çalışmalar vardır ⁷³. Erişkinlerle yapılan bir çalışmada, 129 OSB olgusunun (13 OB, 49 AS, 67 BTA-YGB), % 7,8'inin herhangi bir psikotik bozukluk veya şizofreni için tanı ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur ⁷⁴.

Yazında, AS olgularındaki delüzyonel inançlarla ilgili bildiriler ve bu delüzyonların nedenleriyle ilgili farklı hipotezler ve görüşler vardır. 46 tane yüksek işlevli OSB olgusu (44'ü AS, 2'si YFO) ile yapılan bir çalışmada, AS olan bireylerin, kontrol gruba göre daha fazla, psikoz tanısı olan gruba göre daha az delüzyonel inanç bildirdikleri ve bu delüzyonel inançların daha baskın olarak paranoid ve grandiyöz tipte delüzyonlardan oluştuğu bulunmuştur ⁷⁵.

f. Yeme Bozuklukları

OSB olan birçok birey değişik ve anormal yeme paternleri gösterebilir. Belli çeşit yiyecekleri yemede direktme, yemek zamanlarında bazı ritueller, pika, polidipsi bunlardan bazılarıdır.

Özellikle depresyon yaşayan OSB olan bireylerde fazla yeme görülebilir. Tıkınırcasına yeme nadir değildir ^{4, 12}.

Yazında anoreksiya nervosa (AN) ile otizm birlikteliğini gösteren çalışmalar vardır. Bazı anoreksiya nervosa olgularının OSB tanısını doğrulayacak özellikleri olduğu görülmüştür. Bir çalışmada, AN olan olguların bilişsel profillerinin, otizm/Asperger Sendromu olan olgularinkine benzediği tespit edilmiştir ⁷⁶. Diğer bazı araştırmacılar, bu iki bozukluğun, ortak olan obsesif-kompulsif davranışlar nedeniyle birbirleriyle bağlantılı olabileceğini öne sürmüşlerdir. Aynı çalışmada AN olan olguların üçte birinde OKB tespit edilmiştir ⁷⁷.

g. Diğer Bozukluklar

Yazında AS ve OSB ile birlikteliği bildirilen diğer psikiyatrik bozukluklar şunlardır; uyku bozuklukları, öğrenme güçlükleri, katatoni, cinsel kimlik bozukluğu, selektif mutizm, dışa atım bozuklukları, alkol-madde kötüye kullanımı ve kişilik bozuklukları ^{4, 12, 28, 39, 78}.

III. YÖNTEM ve GEREÇ

A. YÖNTEM

Çalışmaya İstanbul Üniversitesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Otizm Birimi'nde Nisan 2007 – Mayıs 2008 tarihleri arasında takip edilen 8–17 yaşları arasındaki Asperger Sendromu tanısı almış çocuk ve ergenler dâhil edilmiştir.

Çalışmaya alınma ölçütleri şu şekildedir;

1. 6–18 yaş arasında olmak
1. DSM – IV'e göre Asperger Bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamak
3. Herhangi bir zekâ testinde total zekâ puanının en az 70 olması

Çalışmanın dışlanma ölçütü ise çocuğun veya ergenin nörolojik, genetik veya metabolik bir hastalığının olması, ciddi iletişim bozukluğu olması veya soruları anlamak için yeterli zihinsel işlevsellikte olmamasıdır.

İlk önce İstanbul Üniversitesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Otizm Birimi'nde AS ön tanısı ile takip edilen hastaların dosyaları incelenmiş ve olguların ebeveynlerine telefon ile ulaşılmıştır. Ebeveynlere araştırmanın içeriği ve amacı açıklanmış, çalışmayı kabul eden aileler İstanbul Üniversitesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Polikliniğine ön görüşme için davet edilmiştir. Bir saat süren ön görüşmede ebeveynlerden alınan bilgi ve olguların gözlemi ile DSM – IV AS ölçütleri kullanılarak Asperger Sendromu tanısı doğrulanmış ve belirtilerin dağılımı saptanmıştır. Yapılan değerlendirmeler sonucunda çalışmaya alınma ölçütlerine göre 30 olgu çalışmaya alınmıştır. Daha sonra bu olgularla ikişer saatlik oturumlar düzenlenip, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar araştırılmıştır.

Psikiyatrik değerlendirme için “Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG – ŞY) kullanılmıştır. ÇDŞG – ŞY, anne ve/veya baba ve olgunun kendisiyle yapılan görüşmeler yoluyla uygulanmış ve en sonunda elde edilen bilgiler doğrultusunda psikiyatrik tanıya yönelik değerlendirme yapılmıştır. On iki yaşından küçük çocuklarda önce anne ve/veya baba ile daha

sonra olgu ile, on iki yaşından büyük olgularda ise önce ergenin kendisi ile, ardından da ebeveynleri ile görüşme yapılmıştır.

Çalışmaya alınan tüm olguların sosyodemografik özellikleri, gelişim öyküsü (hamilelik, doğum, dil ve motor gelişim) ve ek tıbbi durumlarla ilgili bilgiler, ebeveynlerin kendilerinden alınan ve hastane dosyalarının incelenmesi ile elde edilen bilgilere göre ‘Veri Formu’ kullanılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.

B. GEREÇLER

1. Veri Formu:

Araştırmacı tarafından hazırlanan bu form (Ek – 1) ebeveynlerden ve tıbbi dosyadan alınan bilgilere göre yine araştırmacı tarafından doldurulmuştur. Veri formu üç bölümden oluşmaktadır:

- a) Sosyodemografik ve adres bilgileri (çocuğun adı soyadı, doğum tarihi, cinsiyeti, iletişim bilgileri, kardeş sayısı, eğitim durumu, anne ve babanın her birinin yaşı, mesleği ve eğitim durumu),
- b) Çocuğun psikomotor gelişimi (hamilelik, doğum şekli, motor gelişim (yürüme), dil gelişimi (kelime, 2–3 kelimeli cümle), ilk klinik başvuru yaşı, ilk başvuru sırasındaki şikâyet, aldığı diğer psikiyatrik tanılar, daha önceki ilaç kullanımları, başvuru sırasındaki ilaç kullanımı),
- c) Eşlik eden tıbbi durumlar, özgeçmiş, soy geçmiş bilgileri.

2. Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi – Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (ÇDŞG – ŞY) [Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School Age Children – Present and Lifetime Version, K-SADS-PL]:

Çocuk ve ergenlerin DSM – III – R ve DSM – IV tanı ölçütlerine göre geçmişteki ve şu andaki psikopatolojilerini saptamak amacıyla Kaufman ve arkadaşları (1997) tarafından geliştirilmiş olan yarı yapılandırılmış bir görüşme formudur ⁷⁹. Form üç bölümden oluşmaktadır. ‘Yapılandırılmış Başlangıç Görüşmesi’ olarak adlandırılan ilk bölümde çocuğun demografik bilgileri, sağlık durumu, şu anki yakınması, geçmişte aldığı psikiyatrik tedavilere ilişkin bilgilerle birlikte, çocuğun okuldaki durumu, hobileri, arkadaş ve aile

ilişkileri gibi bilgiler edinilir. İkinci bölüm olan ‘Tanı Amaçlı Tarama Görüşmesi’ 200 kadar özgül belirti ve davranışı değerlendirir. Her bir belirtiyi değerlendirmek için belirti tarayıcı sorular ve değerlendirme ölçütleri verilmiştir. Tarama görüşmesi ile pozitif belirtiler varsa tanıyı doğrulamak amacıyla 5 tanı alanında ek puanlama yapılmaktadır: Duygulanım Bozuklukları, Psikotik Bozukluklar, Anksiyete Bozuklukları, Davranış Bozuklukları, Madde Kötüye Kullanımı ve Diğer Bozukluklar. Her bir ek belirti listesi, bozukluğun şimdiki ve geçmişteki en ağır ataklarını değerlendirmek üzere ölçütler içermektedir. Major Depresyon, Distimi, Mani, Hipomani, Siklotimi, Bipolar Bozukluk, Şizoaffektif Bozukluklar, Şizofreni, Şizofreniform Bozukluk, Kısa Tepkisel Psikoz, Panik Bozukluk, Agorafobi, Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu, Kaçınma Bozukluğu, Özgül Fobi, Sosyal Fobi, Aşırı Anksiyete//Yaygın Anksiyete Bozukluğu, Obsesif Kompulsif Bozukluk, Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Davranım Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, Enürezis, Enkoprezis, Anoreksiya Nervoza, Bulimia Nervoza, Geçici Tik Bozuklukları, Tourette Bozukluğu, Kronik Motor ya da Vokal Tik Bozukluğu, Alkol Kötüye Kullanımı, Madde Kötüye Kullanımı, Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Uyum Bozukluğu. Çocuğun şu anki işlev bozukluğunu belirlemek için düzenlenen üçüncü bölüm ise ‘Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği’ olarak adlandırılır.

ÇDŞG – ŞY’nin Türkçe çeviri ve geri çevirisi, geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından yapılmıştır ⁸⁰. Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı’nda çalışan bir ekip tarafından ilk olarak Türkçeye çevrilmiş ve ÇDŞG – ŞY Türkçe Uyarlaması ortaya çıkmıştır. Bu uyarlamanın İngilizce geri çevirisi yapıldıktan sonra gerekli gözden geçirme ve düzeltmeler yapılmıştır.

Geçerlilik güvenilirlik çalışması Gökler ve arkadaşları tarafından (2004) Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı’na başvuran 6–16 yaşları arasındaki 52 çocuk ve ergen ile yapılmıştır. Çocuk ve ergen psikiyatristleri tarafından DSM – IV ölçütlerine göre konulan, klinik tanıların ÇDŞG – ŞY – T ile yapılan görüşme sonucu konulan tanılarla olan uyumu (ortak görüş geçerliliği) istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. Kappa değerleri, her iki görüşme arasındaki uyumun dışa atım bozuklukları için çok iyi (0,833), DEHB ve tik bozukluğu için iyi (0,721 ve 0,639), Duygulanım Bozuklukları, Anksiyete Bozuklukları ve KOKGB için ise orta derecede (0,561, 0,517 ve 0,458) olduğunu göstermiştir. ÇDŞG – ŞY – T ile yapılan görüşme sonucu konulan tanıların diğer bir görüşme ile olan uyumu, istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Değerlendiriciler arası güvenilirlik açısından bakıldığında, kappa değerleri, her iki görüşmeci arasındaki uyumun Dışa Atım Bozuklukları ve Tik Bozuklukları için çok iyi (0,875 ve 0,733), DEHB ve Anksiyete Bozuklukları için iyi derecede (0,681 ve 0,625 olduğu ortaya konulmuştur. Test – tekrar test güvenilirliği açısından ise her iki görüşme arasındaki uyumun bu bozuklukların tümü için çok iyi derecede (DEHB için 0,984; Anksiyete Bozuklukları için 0,783; Dışa Atım Bozuklukları için 0,828; Tik Bozuklukları için 1,000) olduğu görülmüştür.

C. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

İstatistiksel analizler için SPSS 16.0 paket yazılım programı kullanılmıştır. Sıklık ile ilgili değerler yüzde olarak verilmiştir. Çocuk ve ergen grupları arasındaki psikiyatrik tanı sıklığının karşılaştırılmasında Ki-Kare Testi, teorik değerlerin herhangi biri 5 veya 5’den küçük ise Fisher’in Kesin Testi kullanılmıştır.

D. ETİK

Bu tez çalışması ile ilgili gerekli izinler, İstanbul Üniversitesi, Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’ndan yazılı olarak alınmıştır. Ayrıca çalışmanın yapılabilmesi için gerekli etik kurul onayı İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi Etik Kurulu’ndan alınmıştır (Ek – 2). Tüm olguların anne ve/veya babaları, çalışmaya katılmadan önce Gönüllü Bilgilendirme Formu’nu okumuş (Ek – 3) ve Onam Formu’nu imzalamışlardır (Ek - 4). Ayrıca 12 yaşından büyük olan olgular kendileri için hazırlanmış olan onam formunu okumuş ve imzalamışlardır.

IV. BULGULAR

A- Olguların Sosyodemografik ve Gelişimsel Özellikleri

Çalışmaya 29 erkek (%96,6) ve 1 kız (%3,4) alındı. Olguların yaş ortalaması $12,34 \pm 2,63$ (yaş aralığı 8 – 16,5) yıl idi.

Olguların bir tanesi (olgu:4) ilkokuldan sonra eğitimi terk etmişti, diğer yirmi dokuz olgunun hepsi eğitimini sürdürmekteydi.

19 ailede (% 63,3) evdeki çocuk sayısı iki tane (1- 4) idi. Olgular 23 ailede (%76,7) ailenin ilk çocuğu idi.

Olguların iletişim kurmaya yönelik anlamlı ilk kelimeleri ortalama $14,37 \pm 1,02$ (min 7- maks. 24) ay, ilk cümleleri ortalama $24,03 \pm 1,34$ (12- 36 ay) ayda başlamıştı. Olguların motor gelişimini gösteren yürüme yaşı ortalaması $13,93 \pm 0,57$ (8- 19 ay) ay idi. (Tablo 14)

Olguların 26'sına WISC-R, 2'sine CATTELL, 2'sine de Stanford Binnet Zekâ testi uygulanmıştı. Zekâ testlerinin toplam puanlarına bakıldığında, olguların toplam zekâ puan ortalaması $105,47 \pm 2,94$ (70- 138) olarak saptandı.

Olguların herhangi bir psikiyatri kliniğine ilk başvuru yaşı ortalaması $8,53 \pm 3,52$ (2 – 16) yıl, AS tanısının konulma yaşı ortalaması $10,68 \pm 2,91$ (7 – 16) yıl, ilk başvurudan AS tanısının konulmasına kadar geçen süre ortalaması $2,15 \pm 2,67$ (0 – 9) yıl idi. Olguların hemen hepsinde birden fazla sorun bir psikiyatri kliniğine başvuru sebebiydi. % 46,6' sında (n= 14) AS ile doğrudan ilişkili olmayan diğer psikiyatrik sorunlar (hareketlilik, korkular, dikkat sorunları, mutsuzluk gibi) ilk başvuru sebebiyken, % 33,3'ünde (n= 10) hem AS'ye özgün belirtiler hem AS ile doğrudan ilişkili olmayan diğer psikiyatrik sorunlar, % 20'sinde de (n=6) sadece AS'ye özgün belirtiler (sosyal etkileşim zorlukları, özel ilgi alanları, iletişim becerilerinde kısıtlılık) ilk başvuru sebebiydi. Hastaların ilk başvuru yaşları ve ilk başvuru sebepleri Tablo 15'te gösterilmiştir.

Tablo 14: Olguların Dil-Motor Gelişimi ve Zekâ Düzeyleri

	Ortalama	SS	Minimum	Maksimum
Kelime (ay)	14,37	1,02	7	24
Cümle (ay)	24,03	1,34	12	36
Yürüme (ay)	13,93	0,57	8	19
IQ	105,47	2,94	70	138

Tablo 15: Olguların İlk Başvuru Yaşları ve İlk Başvuru Şikâyetleri

Olgu	Şimdiki Yaş (Yıl)	İlk Basvuru Yaşı (Yıl)	İlk Başvuru Şikâyeti
1	14,3	11	Korkular
2	16	7	Ayrılık Kaygısı, Deprem Korkusu
3	10,5	7	Hareketlilik, Ders Sırasında Dolaşma
4	15,5	7	Ders Başarısızlığı, Okuma Yazmada Zorluk
5	11,5	8	Sosyal Etkileşim Zorlukları
6	12,5	10	Öfke Patlamaları, Dikkat Dağınıklığı
7	10,2	7	Hareketlilik, Özel İlgi Alanları
8	11,5	7	Dikkat Eksikliği, Motor Beceriksizlik
9	10,5	9	Korkular, Dikkat Dağınıklığı, Uyku Problemi
10	8	8	Derste Sıkılma ve Konuşma, Karşı Gelme
11	11,8	10	Dikkat Dağınıklığı, Sosyal Etkileşim Zorlukları
12	15	2	İletişim becerilerinde kısıtlılık, İnsanlara İlgisizlik
13	13,4	3	İletişim becerilerinde kısıtlılık
14	14,8	11	Dikkat Dağınıklığı, Yaşıtları İle Uyumsuzluk
15	15,5	15,5	Sosyal Etkileşim Zorlukları, Öfke Kontrol Zorluğu
16	8	7	Hareketlilik, Dikkat Dağınıklığı
17	13,8	12	Sosyal Etkileşim Zorlukları, Öfke Kontrol Zorluğu
18	8	8	Okula Gitmek İstememe
19	9	9	Sosyal Etkileşim Zorlukları
20	8,5	7	Hareketlilik, Sosyal Etkileşim Zorlukları
21	16,5	16	Ders Başarısında Düşme, Sosyal Etkileşim Zorlukları
22	10,5	6,5	Hareketlilik, Dikkat Dağınıklığı
23	14	14	Sosyal Etkileşim Zorlukları, Utangaçlık
24	12,5	7	Sosyal Etkileşim Zorlukları, Özel İlgi Alanları
25	9,5	3	İletişim becerilerinde kısıtlılık, İnsanlara İlgisizlik
26	13,5	9	Dikkat Dağınıklığı, Sosyal Etkileşim Zorlukları
27	14	14	Mutsuzluk, İçer Kapanma, Okula Gitmeme
28	15,5	11	Mutsuzluk, İçer Kapanma, Ağlama
29	14,5	3	Tikler
30	11,5	7	Hareketlilik, Dikkat Dağınıklığı, Yaşıtlarına Zarar Verme

Ailelerin 5 tanesi boşanmış (%16,7), 1 ebeveyn (baba) ise vefat etmişti (%3,3). Çalışmaya alınan ebeveynlerin yaş ve eğitim durumları Tablo 16’da gösterilmiştir.

Tablo 16: Ebeveynlerin Yaş ve Eğitim Durumları

	Anne	Baba
Yaş (yıl)	39,53 ± 1,12	43,79 ± 1,07
Eğitim		
Okur-yazar	2 (% 6,7)	0
İlkokul	3 (% 10,0)	7 (% 23,3)
Ortaokul	4 (% 13,3)	4 (% 13,3)
Lise	7 (% 23,3)	6 (% 20,0)
Üniversite	14 (% 46,7)	13 (% 43,3)

DSM-IV Asperger Sendromu Tanı Ölçütleri

Araştırmaya katılan olguların DSM-IV AS tanı ölçütlerinde yer alan 12 ölçütten (A1, A2, A3, A4, B1, B2, B3, B4, C, D, E, F) karşıladıkları toplam ölçüt sayısı ortalama $9,8 \pm 1,1$ (7 – 12) idi.

Ölçüt A1 (%96,6), A2 (%100) ve B1 (%100) en fazla karşılanan ölçütlerdi. B3 (%43,3) ve B4 (%26,6) ölçütleri ise en az karşılanan ölçütlerdi.

Olguların DSM-IV Asperger Sendromu için hangi tanı ölçütlerini ne oranda karşıladıkları Tablo 17’de gösterilmiştir.

Tablo 17: Olguların DSM-IV Asperger Bozukluğu Tanı Ölçütlerini Karşılama Oranları

Ölçüt	N	Sıklık (%)
A. Aşağıdakilerden en az ikisinin varlığı ile kendini gösteren toplumsal etkileşimde nitel bozulma		
1. Toplumsal etkileşim sağlamak için yapılan el-kol hareketleri, alınan vücut konumu, takınılan yüz ifadesi, göz göze gelme gibi sözel olmayan birçok davranışta belirgin bir bozulmanın olması	29	% 96,6
2. Yaşıtlarıyla gelişimsel düzeyine uygun ilişkiler geliştirememe	30	%100
3. Diğer insanlarla eğlenme, ilgilerini ya da başarılarını kendiliğinden paylaşma arayışı içinde olmama (örn: ilgilendiği nesneleri göstermeme, getirmeme ya da belirtmeme)	18	%60
4. Toplumsal ya da duygusal karşılıklar vermeme	24	%80
B. Aşağıdakilerden en az birinin varlığı ile kendini gösteren davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması		
1. İlgilenme düzeyi ya da üzerinde odaklanma açısından olağandışı, bir ya da birden fazla basmakalıp ve sınırlı ilgi örüntüsü çerçevesinde kapanıp kalma	30	%100
2. Özgül, işlevsel olmayan, alışlageldiği üzere yapılan gündelik işlere ya da törensel davranış biçimlerine hiç esneklik göstermeksizin sıkı sıkıya uyma	22	%73,3
3. Basamaklıp ve yineleyici motor mannerizmler (örn: parmak şıklatma, el çırpma ya da burma ya da karmaşık tüm vücut hareketleri)	13	%43,3
4. Eşyaların parçalarıyla sürekli uğraşıp durma	8	%26,6

B- Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli'ne (ÇDŞG-ŞY) Ait Bulgular

ÇDŞG-ŞY'e göre araştırmaya katılan olguların %100'ü (n=30) en az bir psikiyatrik tanı almıştır. En sık konan Eksen I tanıları sırasıyla DEHB (%63,3), ÖF (%43,3), OKB (%40) ve MDB (% 40) olmuştur.

Tablo 18'de olguların aldıkları eş psikiyatrik tanılar gösterilmiştir. Tablo 19'da ise olguların aldıkları psikiyatrik tanıların dağılımı verilmiştir.

Olguların %76,7'si (n=23) en az bir yıkıcı davranım bozukluğu tanısı almıştır. DEHB %63,3'ünde (n=19), KOKGB %33,3'ünde (n=10) bulunmaktaydı. Davranım bozukluğu tanısı alan hasta yoktu. DEHB (n=19) tanısı alan hastaların %26,3'ü (n=5), Dikkat Eksikliğinin Önde Olduğu Tip (DET), %73,7'si (n=14) ise Bileşik Tip (BT) ölçütlerini karşılamaktaydı.

Olguların en az 76,7'sinde (n=23) en az bir anksiyete bozukluğu bulunmaktaydı. En sık konan anksiyete bozukluğu tanısı Özgül Fobi (ÖF) idi (%43,3; n=13). On üç olgunun altısında birden fazla özgül fobi gözlemlendi. En fazla görülen özgül fobi hayvan (kuş, sinek, böcek, yılan, arı, köpek) fobisiydi. Ardından sırasıyla karanlık ve yükseklik fobisi geliyordu. Bunların dışındaki özgül fobiler şunlardı: deprem, hırsız, uçmak, kan, üst geçit. Obsesif Kompulsif Bozukluk (OKB) olguların %40'ında (n=12), Yaygın Anksiyete Bozukluğu olguların %23,3'ünde (n=7), Sosyal Fobi olguların %13,3'ünde (n=4) ve Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu olguların %13,3'ünde (n=4) gözlemlenmiştir. 8 olgu obsesif-kompulsif belirtiler gösterse de, OKB tanısını karşılamamıştır.

On iki olguda (%40) Tik Bozukluğu tespit edilmiştir. 3'ü (%10,0) Tourette Bozukluğu, 5'i (%16,7) Kronik Tik Bozukluğu, 4'ü (%13,3) ise Geçici Tik Bozukluğu tanısı almıştır. Kronik Tik Bozukluğu olan olguların 2'si motor tik, 3'ü vokal tik şeklinde; Geçici Tik Bozukluğu olan olguların 3'ü motor tik, 1'i vokal tik şeklinde idi.

Çalışmaya katılan olguların %43,3'ü (n=13) Duygudurum Bozukluğu tanısı aldı. Bunların hepsi Depresif Bozukluklar şeklindeydi. Olguların hiçbirinde Bipolar Bozukluğa rastlanmadı. Major Depresif Bozukluk tanısı alan 12 hastanın 4 tanesi (%33,3) yineleyici nitelikte idi. Olguların 1 tanesinde intihar girişimi öyküsü vardı. Bir olguda, hem Major Depresif Bozukluk hem de Depresif Uyum Bozukluğu öyküsü mevcuttu.

Yedi olguda (%23,3) Dışa Atım Bozuklukları saptandı.

Tablo 18: Olguların ÇDŞG-ŞY'e Göre Aldıkları Tanılar

Olgu	C	Yaş (Yıl)	DSM-AS	Tanı
1	E	14,3	9	ÖF, YAB
2	E	16	9	OKB, SAB, Tourette, Enürezis, Enkoprezis
3	E	10,5	10	DEHB (BT), BTA Anksiyete Boz., MDB (tek epizot),
4	E	15,5	10	Enürezis
5	E	11,5	11	DEHB (BT), ÖF, YAB, SF, OKB, Kronik Motor Tik
6	E	12,5	10	DEHB (BT)
7	E	10,2	9	DEHB (BT), Geçici Motor Tik,
8	E	11,5	10	DEHB (DET), ÖF, SF, OKB
9	E	10,5	11	DEHB (DET), KOKGB, ÖF, OKB, TSSB,
10	E	8	8	DEHB (BT), KOKGB, ÖF, OKB
11	E	11,8	10	DEHB (BT), KOKGB, OKB, MDB (tek epizot), Enkoprezis
12	K	15	11	YAB, Geçici Vokal Tik, MDB (tek epizot)
13	E	13,4	9	KOKGB, MDB (yineleyici)(intihar girişimi*)
14	E	14,8	11	KOKGB, ÖF, YAB, MDB (tek epizot)
15	E	15,5	10	DEHB (BT), KOKGB, ÖF, YAB, MDB (tek epizot), Geçici Motor Tik
16	E	8	11	DEHB (BT), KOKGB, OKB, SAB, Kr. Vokal Tik, Enürezis, Enkoprezis
17	E	13,8	9	Depresif Uyum Bozukluğu, Enürezis
18	E	8	10	DEHB (BT), KOKGB, ÖF, SAB
19	E	9	10	DEHB (BT)
20	E	8,5	9	DEHB (BT), SAB
21	E	16,5	12	DEHB (DET), OKB, MDB (tek epizot), Kronik Vokal Tik
22	E	10,5	11	DEHB (BT), ÖF
23	E	14	11	KOKGB, SF, YAB, OKB, Tourette, MDB (yineleyici)
24	E	12,5	9	KOKGB, OKB
25	E	9,5	7	DEHB (DET), Kr. Motor Tik, Enürezis
26	E	13,5	8	DEHB (DET), ÖF
27	E	14	10	ÖF, MDB (yineleyici), Kronik Vokal Tik, Enkoprezis
28	E	15,5	10	SF, MDB (yineleyici)
29	E	14,5	9	DEHB (BT), ÖF, OKB, MDB (tek epizot), Depresif Uyum Boz., Geçici Motor Tik
30	E	11,5	10	DEHB (BT), ÖF, YAB, OKB, MDB (tek epizot), Tourette

C: Cinsiyet, DSM-AS: DSM-IV Asperger Bozukluğu Tanı Ölçütlerine göre karşılanan ölçüt sayısı
 DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DET: Dikkat Eksikliği Tipi, BT: Bileşik Tip, KOKGB: Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu, BTA: Başka Türü Adlandırılmayan, ÖF: Özgül Fobi, YAB: Yaygın Anksiyete Bozukluğu, SF: Sosyal Fobi, OKB: Obsesif-Kompulsif Bozukluk, SAB: Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu, TSSB: Travma Sonrası Stres Bozukluğu, MDB: Major Depresif Bozukluk

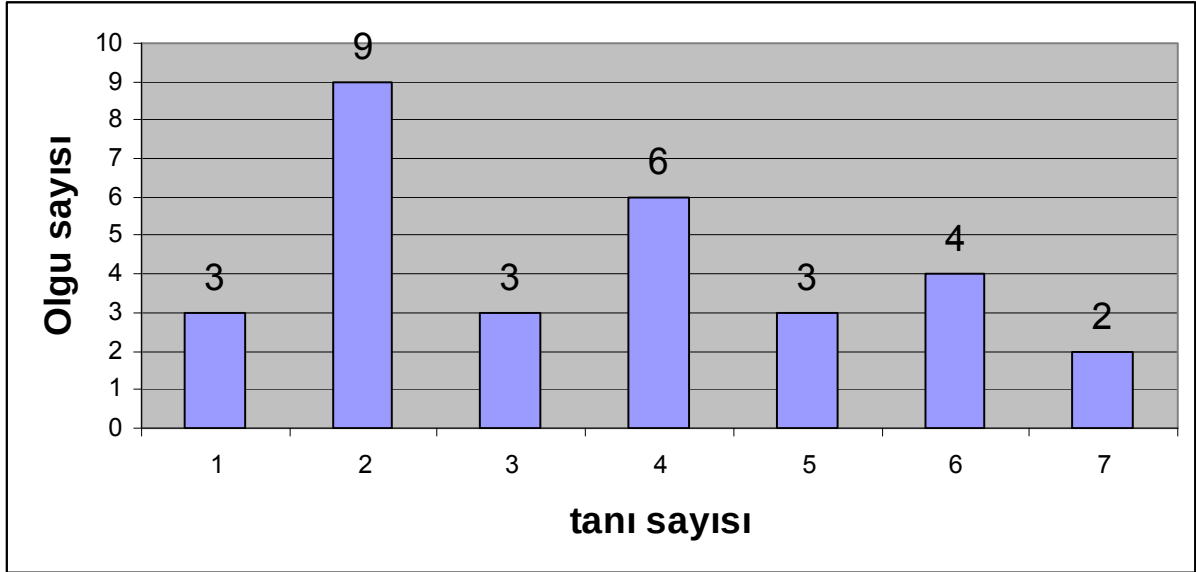
Tablo 19: Olguların ÇDŞG-ŞY'e Göre Aldıkları Tanıların Dağılımı

Tanılar	N	%
Yaş Ortalaması (Yıl)	12,34 ± 2,63	(8–16,5)
Tanı Sayısı	3,57 ± 1,83	(1–7)
Yıkıcı Davranım Bozuklukları	23	76,7
DEHB	19	63,3
DET	5	16,7
BT	14	46,7
KOKGB	10	33,3
Anksiyete Bozuklukları	23	76,7
Özgül Fobi	13	43,3
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	7	23,3
Sosyal Fobi	4	13,3
Obsesif Kompulsif Bozukluk	12	40,0
Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu	4	13,3
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1	3,3
BTA Anksiyete Bozukluğu	1	3,3
Tik Bozuklukları	12	40,0
Tourette	3	10,0
Kronik Motor Tik	2	6,7
Kronik Vokal Tik	3	10,0
Geçici Motor Tik	3	10,0
Geçici Vokal Tik	1	3,3
Duygudurum Bozuklukları	13	43,3
Major Depresif Bozukluk-Tek Epizot	8	26,7
Major Depresif Bozukluk-Yineleyici	4	13,3
Depresif Uyum Bozukluğu	2	6,7
Dışa Atım Bozuklukları	7	23,3
Enürezis	6	20,0
Enkoprezis	3	10,0

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, DET: Dikkat Eksikliği Tipi, BT: Bileşik Tip, KOKGB: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu, BTA: Başka Türü Adlandırılmayan

Olguların %90'ı (n=27) en az iki, %50'si (n=15) en az dört psikiyatrik tanı almıştır. Aldıkları eş psikiyatrik tanı sayısı ortalama $3,57 \pm 1,83$ (1 – 7) idi. Tanı sayısının dağılımı Şekil 1'de gösterilmiştir.

Şekil 1: Olguların Aldıkları Toplam Psikiyatrik Tanı Sayısının Dağılımı



Asperger Sendromunda görülen psikiyatrik tanıların yaş ile olan ilişkisini incelemek için çalışmaya katılan olgular yaş dağılımı açısından 12 yaş kesim noktası alınıp < 12 yaş 'Çocuk' (%46,7, n=14); ≥12 'Ergen' (%53,3, n=16) olmak üzere iki gruba bölünmüş ve aldıkları psikiyatrik tanıları karşılaştırılmıştır. Yıkıcı Davranım Bozuklukları (p=0,007), DEHB (p=0,000) ve DEHB-DET (p=0,003), çocuk grubunda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Duygudurum Bozuklukları, ergen grubunda anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (p=0.033) (Tablo 20).

Tablo 20: Olguların Aldıkları Tanıların Yaş Dilimine Göre Dağılımı

Tanılar	Çocuk (14)		Ergen (16)	
	N	%	N	%
Yaş Ortalaması	9,93 ± 1,42		14,4 ± 1,8	
Tanı Sayısı	3,86 ± 1,79		3,31 ± 1,89	
Yıkıcı Davranım Bozuklukları *	14	100,0*	9	56,3*
DEHB*	14	100,0*	5	31,3*
DET*	3	21,4*	2	12,5*
BT	11	78,6	3	18,8
KOKGB	5	35,7	5	31,3
Anksiyete Bozuklukları	11	78,6	12	75,0
Özgül Fobi	7	50,0	6	37,5
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	2	14,3	5	31,3
Sosyal Fobi	2	14,3	2	12,5
Obsesif Kompulsif Bozukluk	7	50,0	5	31,3
Seperasyon Anksiyetesi Bozukluğu	3	21,4	1	6,3
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	1	7,1	0	0,0
BTA Anksiyete Bozukluğu	1	7,1	0	0,0
Tik Bozuklukları	5	35,7	7	43,8
Tourette	1	7,1	2	12,5
Kronik Motor veya Vokal Tik	3	21,4	2	12,5
Geçici Motor veya Vokal Tik	1	7,1	3	18,8
Duygudurum Bozuklukları*	3	21,4*	10	62,5*
Major Depresif Bozukluk-Tek Epizot	3	21,4	5	31,3
Major Depresif Bozukluk-Yineleyici	0	0,0	4	25,0
Depresif Uyum Bozukluğu	0	0,0	2	12,5
Dışa Atım Bozuklukları	3	21,4	4	25,0
Enürezis	3	21,4	3	18,8
Enkoprezis	1	7,1	2	12,5

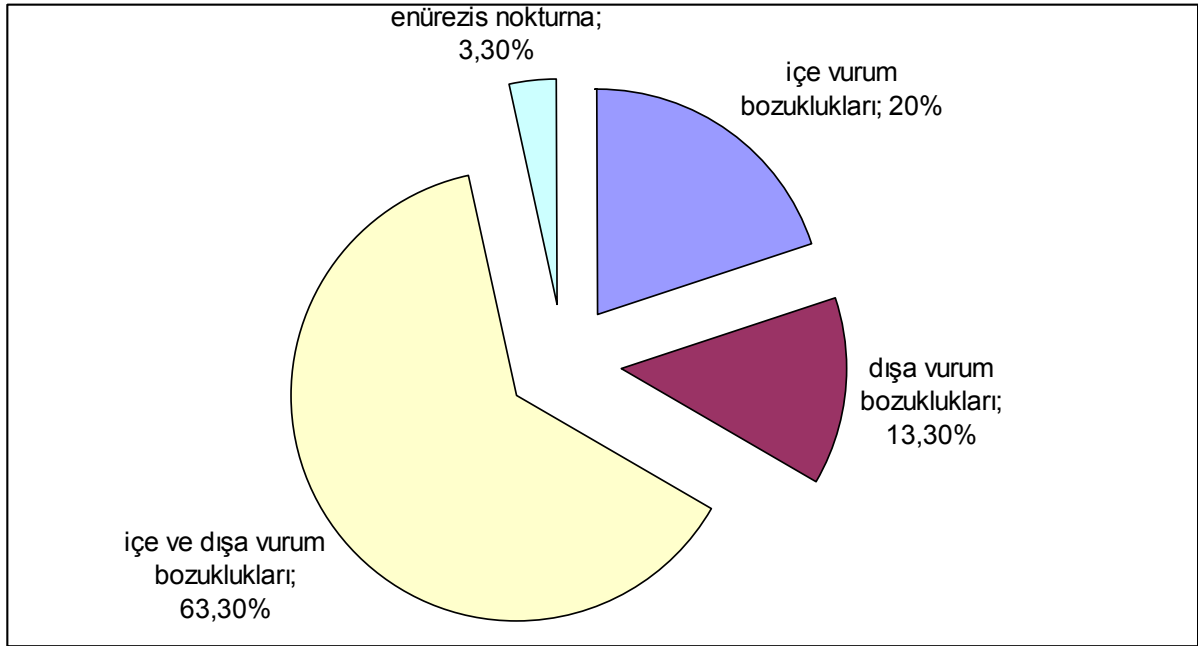
* işareti olan tanı grupları açısından iki yaş grubu arasında anlamlı derecede fark bulunmuştur

Yıkıcı Dav. Boz: Fisher kesin testi $p=0,007$; DEHB: Fisher kesin testi $p=0,000$; DEHB-DET: Fisher kesin testi $p=0,003$; Duygudurum Boz: Fisher kesin testi $p=0,033$

Çoklu Eş Tanılar

Bir ya da daha fazla Anksiyete Bozukluğu ve bir ya da daha fazla Yıkıcı Davranım Bozukluğu eş tanısı almış çocuklar incelendiğinde, yüksek oranda tanı binişikliği olduğu görülmüştür. Olguların %20'sinde sadece İç Vurum Bozuklukları (Anksiyete Bozuklukları ve Duygu Durum Bozuklukları), %13,3'ünde sadece Dış Vurum Bozuklukları ve %63,3'ünde hem İç Vurum Bozuklukları hem de Dış Vurum Bozuklukları bulunmaktadır. (Şekil 2)

Şekil 2: İç Vurum ve Dış Vurum Bozukluklarının Dağılımı



V. TARTIŞMA

Bu çalışmada AS olan 8–17 yaş arası 30 çocuk ve ergen, aldıkları psikiyatrik eş tanılar açısından değerlendirilmiştir. Saptanan psikiyatrik eş tanıların sıklığı ve dağılımı yazın ile karşılaştırılarak tartışılacaktır.

Yazında AS olguları ile yarı-yapılandırılmış görüşme formu kullanarak psikiyatrik eş tanıları inceleyen çalışma sayısı yetersizdir. Ghaziuddin ve arkadaşlarının 35 AS olan olguyla yaptığı çalışmada, sadece 17 yaş altındaki 8 olgu, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Epidemiyolojik Şekli'nin (ÇDŞG-E) dördüncü versiyonu ile değerlendirilmiştir ³.

Yazındaki eş psikiyatrik tanılarla ilgili çalışmaların çoğu, tek tek olgu bildirimlerinden oluşmaktadır ya da sadece belli bir eş psikiyatrik tanı açısından olgular değerlendirilmiştir. Yazında henüz AS olan çocuk ve ergenlerde, bütün psikiyatrik eş tanıları yarı-yapılandırılmış görüşme formu ile tarayan bir çalışma yoktur. Sadece Mukaddes (2008)'nin yaptığı benzer bir çalışma uluslar arası bir kongrede sözel olarak sunulmuştur ⁶⁵. Farklı OSB grubu (OB ve BTA-YGB) ile yüksek sayıda olgu ile yapılan iki çalışmada yarı-yapılandırılmış görüşme formu ile ek psikiyatrik tanılar değerlendirilmiştir.

A. Psikiyatrik Eş Tanı Sıklığı

Bu çalışmaya katılan çocukların tümünde (% 100) en az bir psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. En sık görülen psikiyatrik eş tanı grubu Yıkıcı Davranım Bozuklukları (%76,7) ve Anksiyete Bozuklukları (% 76,7) olmuştur. Daha sonra ise Duygudurum Bozuklukları (%43,3) gelmektedir. En sık bulunan Eksen I tanıları ise sırasıyla DEHB (%63,3), Özgül Fobi (ÖF) (%43,3), OKB (%40) ve MDB (% 40) olmuştur. Çocuklarda, Yıkıcı Davranım Bozuklukları, DEHB ve DEHB-DET sıklığının ergenlere göre anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür. Duygudurum Bozuklukları sıklığının ise ergen grubunda anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür.

Bu çalışmadaki eş tanıların sıklığı benzer yöntemler kullanılarak yapılmış olan dört çalışmanın verileriyle Tablo 21'de karşılaştırılmıştır.

Tablo 21: OSB Olguları ile Yapılmış Çalışmalarda Saptanan Psikiyatrik Bozuklukların Sıklığı ve Dağılımı

	Leyfer ve ark.(2006)	DeBruin ve ark.(2007)	Ghaziuddin ve ark.(1998)	Mukaddes (2008)	Bu çalışma
OSB Grubu	OB	BTA-YGB	AS	AS	AS
Total Zekâ Puanı Ortalaması	82,5	91,2	102,7	116	105,4
Yaş Aralığı	5–17	6–12	8–51	6–20	8–17
Olgu Sayısı	109	94	35	37	30
Tanı Sıklığı	% 72	% 80,9	% 66	% 94	% 100
Anksiyete Bozuklukları	BY	% 55,3	BY	% 54,5	% 76,7
SAB	% 11,9	% 8,5	BY	% 2,7	% 13,3
ÖF	% 44,3	% 38,3	BY	% 13	% 43,3
SF	% 7,5	% 11,7	BY	% 5,4	% 13,3
PB	% 0	% 1,1	BY	% 5,4	% 0
YAB	% 2,4	% 5,3	BY	% 5,4	% 23,3
OKB	% 37,2	% 6,4	% 2,9	% 32	% 40
Yıkıcı Davranım Bozuklukları	BY	% 61,7	BY	% 48,6	% 76,7
DEHB	% 30,6	% 44,7	% 29	% 45	% 63,3
KOKGB	% 7	% 37,2	BY	% 5,4	% 33,3
DB	% 0	% 9,6	BY	% 5,4	% 0
Tik Bozuklukları	BY	BY	% 5,8	% 18	% 40
Depresif Bozukluklar	% 12,9	% 12,7	% 34,2	% 29	% 40
Bipolar Bozukluklar	% 2,8	% 6,4	% 2,9	% 8	% 0
Psikotik Bozukluklar	% 0	% 0	% 0	% 5,4	% 0

BY: Bilgi Yok, OB: Otistik Bozukluk, AS: Asperger Sendromu, BTA-YGB: Başka Türü Adlandırılmayan Yaygın Gelişimsel Bozukluk

Bu çalışmadaki eş tanı sıklığı önceki benzer çalışmalara oranla biraz daha yüksek bulunmuştur. Bunun nedeni çoğu ailenin bir psikiyatri kliniğine asıl başvuru sebebinin, AS ile ilişkili belirtilerden ziyade hareketlilik, karşıt olma, korkular gibi diğer davranışsal sorunlar olması olabilir. Olguların sadece % 20'sinde kliniğe başvuru sebebi doğrudan AS belirtileri (sosyal etkileşim zorlukları, kısıtlı iletişim becerileri, özel ilgi alanı) ile ilişkiliydi. Geriye kalan % 80 olgunun bir kısmında (% 41,6) ilk başvuru sırasında AS ile ilişkili belirtiler olsa da, asıl başvuru sebebinin daha çok diğer psikiyatrik bozukluklarla ilişkili belirtiler oluşturmaktaydı. % 46,6 olguda ise başvuru sırasında aile tarafından AS ile ilişkili hiçbir sorun tarif edilmemekte idi. Bu olguların çoğu, başvuru sırasında başka tanılar almıştı ve AS tanısı sonradan konulmuştur. Ayrıca bir üniversite çocuk ve ergen psikiyatrisi kliniği, genellikle psikiyatrik problemleri olan çocukların ilk başvurduğu ruh sağlığı merkezi değildir. Daha az şiddette psikiyatrik sorunları olan çocukların, farklı ruh sağlığı merkezlerine başvurma ihtimali söz konusu olabilir.

Benzer çalışmalardan ilki, Ghaziuddin ve arkadaşları (1998) tarafından AS olan 8–51 yaşları arasındaki 35 olgu ile DSM-IV belirti listeleri, klinik görüşme ve ÇDŞG-E kullanılarak yapılmıştır ve olguların % 65'i en az bir psikiyatrik eş tanı almıştır. En sık bildirilen eş tanılar depresif bozukluklar (%34,2) ve DEHB (% 29) olmuştur ³. Bizim çalışmamızda eş psikiyatrik tanı sıklığının (% 100) bu çalışmaya göre daha fazla olmasının nedeni, olgularımızın bu çalışmadaki gibi otistik belirtilerle değil de daha çok diğer psikiyatrik sorunlar nedeniyle kliniğe başvurması olabilir.

Bu çalışmaya katılanların yaş ortalamasının (15,1 yıl) bizim çalışmamızdan (12,3 yıl) yüksek olması, tespit ettiğimiz DEHB sıklığının daha yüksek olmasını açıklayabilir. Bizim çalışmamızda da DEHB'nin çocuk grupta anlamlı derecede daha fazla, depresif bozuklukların da ergen grupta anlamlı derecede fazla olması bu çalışmanın bulgularıyla benzerdir. Yine bu çalışmayla benzer bir bulgu olarak, bizim olgularımızdan hiçbiri şizofreni tanısı almamıştır.

İkinci çalışma Leyfer ve arkadaşları (2006) tarafından OB tanısı alan 5–17 yaş arası 109 olgu ile ÇDŞG-ŞY'nin bu gruba özel olarak uyarlanmış şekli kullanılarak yapılmıştır. Her ne kadar çalışmanın örnekleminin WISC-R total zekâ puanı ortalaması $82,5 \pm 23,4$ olsa da, olguların %32,3'ünün total zekâ puanının 70'in altında olduğu belirtilmiştir. Çalışmaya katılanların % 72'si en az bir psikiyatrik tanı alırken, en sık ÖF (%44,3), OKB (%37,2) ve

DEHB (% 30,6) saptanmıştır ⁶³. Bu araştırmada klinik dışı bir örneklem kullanılması ve OB olan bireylerle yapılmış olması, iki çalışma arasındaki eş psikiyatrik tanı sıklığındaki farklılıkların nedeni olabilir. OB olan bireylerin sözel ifadelerinin AS olan bireylere göre daha az olduğu ve Türkiye gibi çocuk ve ergen psikiyatrisi imkânlarının kısıtlı olduğu bir ülkede, olguların kliniğe ancak sorunların çok fazla olduğu zaman ulaşabilmesi, bizim çalışmamızdaki eş psikiyatrik tanı sıklığının fazla olmasını açıklayabilmektedir.

Üçüncü çalışma DeBruin ve arkadaşları (2007) tarafından, BTA-YGB tanısı alan 6–12 yaş arası 94 çocuk ile iyi yapılandırılmış bir görüşme formu ile yapılmıştır. Olguların %80,9'u en az bir psikiyatrik tanı almış, en sık ÖF (% 38,3), ve DEHB (% 44,7) tespit edilmiştir ⁶⁴. Bu çalışmadaki eş tanı sıklığı nispeten bizim çalışmamızla benzerdir.

Mukaddes (2008), 6–20 yaş arası AS tanısı almış 37 çocuk ve ergeni kapsayan çalışmasında, olguların ÇDŞG-ŞY, klinik görüşme ve beş yıllık izleminin sonuçlarını sunmuştur. Olguların %94'ü en az bir ek psikiyatrik tanı alırken, en sık DEHB (%45), OKB (% 32) ve MDB (% 29) tespit edilmiştir ⁶⁵. Bu çalışmadaki eş psikiyatrik tanı sıklığı ve en sık görülen eş tanıları bizim çalışmamızla oldukça benzerdir.

Bu beş çalışma ortak olarak değerlendirildiğinde, olguların üçte ikisinden fazlasında en az bir eş psikiyatrik bozukluğun olduğu, DEHB, ÖF, OKB ve Depresif Bozuklukların en sık; Bipolar Bozukluklar, Psikotik Bozukluk ve Panik Bozukluğun ise en az bulunan eş psikiyatrik tanıları olduğu görülmektedir. Bu nedenle eş tanıların OSB için istisnai bir durum değil, neredeyse bir kural olduğu görülmektedir.

B. Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

1. Anksiyete Bozuklukları

Bu çalışmada olguların % 76,7'si en az bir anksiyete bozukluğu tanısı almıştır. En sık konan anksiyete bozukluğu tanısı ÖF (% 43,3) olmuş, daha sonra sırasıyla OKB (% 40), YAB (%23,3), SF (%13,3), SAB (13,3), TSSB (%3,3) saptanmıştır. Bir olgu sınırlı panik atak belirtileri göstermesine rağmen Panik Bozukluk tanı ölçütlerini tam karşılamadığı için BTA Anksiyete Bozukluğu (3,3) tanısı almıştır. Anksiyete bozukluğu alt tanıları arasında çocuk ve ergenler arasında istatistikî açıdan önemli bir fark bulunmamıştır.

Çocuk ve ergenlerle yapılan genel toplum çalışmalarında anksiyete bozuklukları için %6–20; ÖF için % 1,9–3,5; SAB için 2,4–5,4; SF için %1,0–3,9; PB için % 1,7–3,0; YAB için %1,5–4,4; OKB için % 0,8–1,6 oranları verilmiştir ⁸¹. Bu verilerle karşılaştırıldığında çalışmamızda saptanan oranlar çok yüksek olsa da OSB grubu ile yapılan çalışmalarla uyumludur.

Muris ve arkadaşlarının OSB tanısı alan 44 çocukla yaptığı bir çalışmada (1998), olguların %84,1'i en az bir anksiyete bozukluğu tanısı almış, en sık gözlemlenen anksiyete bozuklukları ise ÖF (%63,3), SAB (% 27,3) ve YAB (%22,7) olarak belirtilmiştir ⁸².

ÖF bizim çalışmamızda en sık gözlemlenen anksiyete bozukluğu tipidir (% 43,3). Bu bulgu, Muris ve arkadaşlarının (% 63,3), DeBruin ve arkadaşlarının (%38,3) ve Leyfer ve arkadaşlarının (%44,3) yaptıkları çalışmalarla benzerdir. Bizim çalışmamızda ÖF içeriklerine baktığımızda en sık hayvan (özellikle böcekler), karanlık ve yükseklik korkularına rastlanmıştır. Olgularımızın bir kısmında bu korkular psikiyatri kliniğine başvuru sebebini oluşturmaktaydı. Bu korkular iğne-enjeksiyon korkusu dışında De Bruin ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmadaki korkularla benzerdir. Leyfer ve arkadaşları ve Mukaddes tarafından ÖF içeriği olarak bahsedilen yüksek ses ile ilişkili korkular bizim olgularımızın hiçbirinde görülmemiştir. Yüksek ses ile ilişkili korkuların duyuşal aşırı duyarlılıkla ilişkili olabileceği belirtilmiştir ^{63, 65}.

OKB, bu çalışmada ÖF'den sonraki en sık anksiyete bozukluğudur (% 40) ve olguların aldığı en sık dört Eksen I tanısından biridir. Olguların 8 tanesi (% 26,6) ise bazı obsesyonlar veya kompulsyonlar tarifleseler de, OKB için tanı ölçütlerini tam karşılamamıştır. Bizim çalışmamızla benzer olarak Leyfer ve arkadaşlarının çalışmasında (% 37,2) ve Mukaddes (2008)'in çalışmasında da (%32), OKB en sık görülen Eksen I tanılarındandır. Otizmi olan bireylerde diğer araştırmacılar tarafından bildirilen OKB sıklığı, %1,5 ile % 81 arasında değişmektedir (Ghaziuddin ve ark. 1992; Le Couteur ve ark.1989; Muris ve ark. 1998; Rumsey ve ark. 1985). Sıklıklar arasındaki bu büyük değişkenliğin, farklı değerlendirme yöntemlerinden ve farklı ölçütlerin kullanılmasından kaynaklanabileceği belirtilmiştir ⁶³.

OSB olan bireylerde OKB tanısının konması tartışmalı bir konudur. Çünkü obsesyonel/tekrarlayıcı davranışlar OSB'nin çekirdek özelliklerindendir. OSB'de obsesif kompulsif bozukluk (OKB) eş tanısı koymak için, belirtilerin yeni olarak ortaya çıkması, şiddetinde ve içeriğinde değişiklik olması veya belirtilerin zamanla artmış olması gerekir.

Sadece OKB olan olgularda obsesyonlar ve kompulsiyonlar egodistonik iken OSB'nin çekirdek özelliklerinden olan obsesyonel/tekrarlayıcı davranışlar bireyin isteği ile gerçekleşir, egodistonik değildir ⁴. Bizim çalışmamızda OKB tanısı alan veya OKB belirtileri gösteren olguların çoğunda obsesyonlar ve kompulsiyonlar egodistonik olarak algılanmamaktaydı. Bu bulgu Mukaddes (2008)'in çalışmasındaki ve Cath ve arkadaşlarının çalışmasındaki (2008) bulgulardan farklıdır. Cath ve arkadaşları sadece OKB olan bireylerle OKB tanısı alan OSB olan bireyleri karşılaştırdıklarında egodistoni açısından gruplar arasında fark bulmamıştır ⁸³.

McDougle ve arkadaşlarının OB tanısı alan yetişkin bireylerle yaptığı çalışmayla (1995) benzer olarak bizim çalışmamızda da kompulsiyonlar olmadan tek başına obsesyonların olması nadirdi ve dokunma, biriktirme ve düzen kompulsiyonları sık olarak bulunmuştur. Bu çalışmadan farklı olarak bizim çalışmamızda temizlik kompulsiyonları en sık görülen kompulsiyon tipi olmuştur. Mukaddes'in AS olan olgularla yaptığı çalışmada da (2008), benzer kompulsiyonlar sık olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki olgularda en sık bulaş-somatik obsesyonları ve simetri obsesyonları görülmüştür.

Bizim çalışmamızda da tespit ettiğimiz gibi, OSB olan olgularda OKB'nin veya OKB belirtilerinin sık görülmesi, OSB olan bireylerin birinci derece akrabalarında kontrollere göre daha fazla OKB olması, hem OSB hem OKB'nin yüksek oranda depresyon ile binişiklik göstermesi, her iki hastalık grubunda da serotonin disfonksiyonu olduğunu gösteren çalışmaların olması ve OKB tedavisinde kullanılan ilaçların OSB olan bazı hastaların tekrarlayıcı davranışlarını kontrol etmede faydalı bulunması, bu iki bozukluğun ortak nörobiyolojik kökenleri olduğunu desteklemektedir ⁴.

Bizim çalışmamızdaki YAB sıklığı (% 23,3), Muris ve arkadaşlarının çalışmasındaki YAB sıklığı (% 22,7) ile benzerdir. Ancak diğer çalışmalardaki YAB sıklığına göre daha yüksek olarak bulunmuştur. Leyfer ve arkadaşları, DSM-IV YAB ölçütlerinin, otizmi olan bireylerdeki anksiyetenin önemli yönlerini tam olarak kapsamadığını belirtmiştir. Çalışmalarındaki bazı olguların birçok konuyla ilgili anksiyetesi olmasına rağmen, bunun zamanla değişkenlik göstermediğini ve 'durumla ilişkili' olmaktan ziyade 'kişilik özelliği' gibi olduğunu belirtmişlerdir. Bu kronik anksiyete özelliğini aşan olgularda ise anksiyetenin birçok durumdan ziyade tek bir durum üzerine odaklandığını veya çevredeki değişikliklerle ilgili olduğunu belirtmişlerdir ⁶³. AS olan bireylerde YAB'yi, çevredeki değişikliklerle tetiklenen anksiyeteden, sosyal ortamlardaki sosyal anksiyeteden ve belli bir nesne ya da

durumla ilgili özgül fobiden ayırt etmek gerekir. Bizim bulduğumuz yüksek YAB sıklığı, ÇDŞG-ŞY'nin özellikle YAB bölümünün, bu olgu grubuna özel hazırlanmamış olmasından kaynaklanmış olabilir.

İstatistikî açıdan önemli bir fark bulunmamasına rağmen çalışmamızda SF'nin ergenlerde daha sık olduğu görülmüştür. Bu da daha önceki çalışmalarda belirtilen ergenlik döneminde sosyal beklentilerin artması, AS olan bireylerin kendi yetersizliklerinin daha çok farkına varması ve sosyal ortamlardan geri çekilmesi ile ilgili hipotezlerle uyumludur ⁸⁴. Normal olarak gelişen çocuklarda yaşı artmasıyla sosyal anksiyetenin azaldığı görülürken, AS olan bireylerde yaşı artmasıyla sosyal anksiyetenin arttığı saptanmıştır ⁸⁴. Sukhodolsky ve arkadaşlarının (2008), YFO, AS ve BTA-YGB tanıları olan 106 olguyla yaptığı çalışmada, ebeveynlerinin bildirimlerine göre olguların % 21,7'sinin SF ölçütlerini karşıladığı bulunmuştur ⁶⁸. Bu çalışma ve DeBruin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmadaki SF sıklığı bizim çalışmamızla benzerdir. Ancak AS olan bireylerde SF'yi değerlendirirken dikkatli olmak gerekir çünkü sosyal geri çekilme, yalnızlığı tercih etme ve sosyal ortamlarda konuşmama bu iki bozukluğun örtüşen belirtileridir ⁸⁴. Ayrıca OSB olan bireylerde sosyal geri çekilme, gürültü gibi sosyal olmayan açılardan da kaynaklanıyor olabilir. Dolayısıyla AS olan bireylerde SF tanısı atlanabilir veya tam tersi, olduğundan daha fazla SF tanısı konabilir. Bizim olgularımızda bu ikisini ayırt etmek için çok detaylı bir inceleme yapılmıştır. Olguların çoğu sosyal beceri eksikliğine rağmen sosyal ortamlarda rahat olduklarını ifade etmiştir. SF tanısı konan olgularda, sosyal anksiyete belirtileri işlevselliklerini etkileyecek düzeydeydi.

Bizim çalışmamızdaki SAB sıklığı (% 13,3), DeBruin ve arkadaşları (% 8,5) ve Leyfer ve arkadaşları (%11,9) tarafından bulunan sıklıkla benzerdir. Bazı yazarlar SAB'ın aşırı derecede duygusal bağlanma ile birlikteyken YGB'nin diğer kutupta yer aldığından bahsetmektedir. Dolayısıyla YGB olan bireylerin aşırı derecede duygusal bağlanma geliştirip geliştiremeyeceği konusu tartışmalıdır. Ancak YGB olan bireyler tamamen duygulardan ve empatiden yoksun değildirler. Yeterli derecede ifade edip iletilmeseler de bazıları duygusal bağlar kurar ⁸⁵. Çalışmamızda SAB tanısı alan bir olguda, ayrılık anksiyetesi okul reddi geliştirmesine yol açacak kadar fazlaydı. Her ne kadar DSM sistemi YGB varlığında SAB tanısı konmasına izin vermese de, yazında olgu bildirimleri mevcuttur ⁸⁵ ve bizim olgularımız da DSM-IV'ün SAB tanı ölçütlerini karşılamakta idi.

Panik Bozukluğu, OSB olan bireylerle yapılan çalışmaların çoğunda en az görülen anksiyete bozukluklarından biridir. Bizim çalışmamızda olguların birinde panik atak belirtileri olmasına rağmen Panik Bozukluk için DSM-IV ölçütlerini tam karşılamamıştır. Genel toplumda da çocuklarda PB az görülmektedir ⁸¹. Bizim bulgularımız genel toplumda çocuklarda görülen PB sıklığı ile ve Leyfer ve arkadaşlarının (2006) çalışmasının sonuçlarıyla (% 0) benzerdir.

YGB olan çocuklarda anksiyetenin nedenleri tam olarak çalışılmış olmasa da birkaç muhtemel açıklama öne sürülmüştür. Muhtemel açıklamalardan biri “zayıf bütünleştirme kapasitesi” kuramıdır. Bu bireylerde ayrıntıları bir bütün olarak görmedeki zorluklar, günlük deneyimleri kaotik olarak algılamalarına ve kaygı yaşamalarına neden olmaktadır. İkinci muhtemel açıklama, ortak nöroanatomi zemin ve amigdalanın her iki bozukluktaki rolü ile ilgili olabileceği varsayımdır. Üçüncü muhtemel açıklama, ortak nörokimyasal zemin ile ilgilidir ve serotonerjik sistemin her iki bozukluktaki rolünü gündeme getirmiştir ⁶⁸.

2. Yıkıcı Davranım Bozuklukları

Çalışmamızda olguların % 76,7’si en az bir Yıkıcı Davranım Bozukluğu tanısı almıştır. DEHB olguların % 63,3’ünde, KOKGB % 33,3’ünde saptanmıştır. DEHB, çalışmamızda en sık konan Eksen I tanısıdır. DB tanısı alan olgu olmamıştır. KOKGB tanısı alan olguların %60’ı (n=6), DEHB ile birlikte görülmekteydi. Diğer 4 olguda (%40), KOKGB’ye DEHB tanısı eşlik etmiyordu.

Genel toplumda DEHB sıklığı ile ilgili çalışmalarla kıyaslandığında (%2–11), bizim çalışmamızdaki oranlar oldukça yüksektir ⁴⁶. Ancak AS olan olgularla yapılan diğer çalışmalara bakıldığında, DEHB sıklığının bizim çalışmamızla benzer olduğu görülmektedir. Diğer çalışmalarda da DEHB’nin, OSB olan olgularda en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biri olduğu bulunmuştur ^{64, 65}.

AS ile ilgili epidemiyolojik çalışmalarında Ehlers ve Gillberg (1993), AS tanısı net olan 7–16 yaşları arasındaki beş çocuktan dördünün DEHB ölçütlerini karşıladığını belirtmişlerdir ⁸⁶. Bu çalışmadaki olguların yaş aralığı, bizim çalışmamızla (8–17), oldukça benzerdir ve epidemiyolojik bir çalışma olmasına rağmen, AS olan olgularda DEHB sıklığını %80 olarak saptamışlardır. Dolayısıyla klinik bir olgu grubu ile çalıştığımızı ve olguların %

43,3'ünün (n=13) dikkat eksikliği ve hareketlilik belirtileri ile kliniğe başvurduğunu düşünürsek DEHB sıklığını yüksek bulmamız şaşırtıcı değildir.

Ghaziuddin ve arkadaşlarının bulduğu orandan daha fazla bir DEHB sıklığı bulmamız çalışmaya alınan olguların yaş ortalaması ve başvuru sebeplerinin farklı olmasıyla açıklanabilir. Ancak her iki çalışmada da DEHB, prepubertal çocuklarda daha fazla görülmüştür.

AS olan yetişkin bireylerde DEHB öyküsü inceleyen bir çalışmada, olguların % 70'inde çocukluklarında DEHB öyküsünün bulunduğu belirtilmiştir ⁸⁷. Bu iki durum arasındaki yüksek birliktelik oranları örtüşen genetik faktörlerle ilişkili olabilir. İkizleri olan 6,771 aileyi içeren toplum bazlı bir çalışmada otizm ve DEHB arasında orta derecede bir genetik örtüşmenin olduğu bildirilmiştir ⁸⁸.

Yoshida ve Uchiyama'nın AS ve BTA-YGB olan olgularla yaptıkları çalışmada (2004), bizim çalışmamızdaki gibi çok yüksek oranda DEHB sıklığı bulunmuştur ve DEHB'nin özellikle AS'de (%85) ve küçük yaş grubunda daha fazla olduğu belirtilmiştir ⁴². Yine Klin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2005), DEHB'nin en sık AS grubunda (% 58) görüldüğü belirtilmiştir. Bizim çalışmamız da AS olan olguları içermektedir ve DEHB sıklığı yüksek bulunmuştur. Ayrıca DEHB sıklığı açısından çocuklar ve ergenler arasında önemli derecede fark bulunmuştur. Çocuk olguların hepsinde ek olarak DEHB tanısı bulunurken ergen olguların yaklaşık olarak yarısında DEHB tanısı saptandı. Bu bulgu, sadece DEHB olan bireylerde belirtilerin yaşla beraber azalabileceği bilgisiyle uyumludur.

Alt tipleri açısından bakıldığında DEHB tanısı alan olguların %26,3'ünde Dikkat Eksikliğinin Önde Olduğu Tip (DET), %73,7'sinde Bileşik Tip (BT) görülmüştür. DEHB alt tipleri arasındaki bu dağılım genel toplum verileriyle uyumludur. Genel toplumda en sık BT, sonra DET, en az ise HDT olduğu bildirilmektedir ⁴⁶. De Bruin ve arkadaşlarının çalışmasında da (2007), bizim çalışmamızla ve genel toplumunki ile benzer şekilde en sık BT bulunmuştur ⁶⁴. Bu çalışmada hem DEHB hem de DEHB-BT sıklığının oldukça fazla olması, dikkat sorunlarının ve özellikle hareketliliğin, kliniğe ilk başvuruda önemli rol oynaması ve aileler ve öğretmenler tarafından daha kolay fark edilebilen sorunlar olmasından kaynaklanıyor olabilmektedir.

Ayrıca Faraone ve arkadaşları, 413 DEHB tanısı alan olgu ile yaptığı çalışmanın (1998) sonucunda, DEHB-BT olan olguların, diğer DEHB alt tiplerini gösteren olgulara göre daha şiddetli bir bozukluğu olduğunu öne sürmüştür. OSB'nin ve AS'nin de işlevselliği çok yönlü etkileyen ciddi bozukluklar olduğu düşünüldüğünde, bu olgularda daha sıklıkla BT görülmesinin nedeninin, altta yatan ortak nörobiyolojik faktörlerin olduğu düşünülebilir.

KOKGB çalışmamızda sık görülen Eksen I tanılarından biriydi (%33,3). Hans Asperger'in, geriye dönük olarak, dosyaları ayrıntılı tutulmuş 46 'Otistik Psikopati' tanısı almış hastasının dosyası incelendiğinde bu çocukların yarısında disiplin sorunları ve davranım sorunları olduğu belirtilmiştir ¹⁴. KOKGB, DB ve OSB belirtileri arasında bir binişikliğin olduğu daha önce yapılan bazı çalışmalarda gösterilmiş olsa da, bu çalışmalar daha çok DB ve KOKGB olan çocukların sosyal ve iletişim becerilerindeki sorunları üzerine odaklanmıştır ⁶⁴. AS olan bireylerdeki çevrelerindeki diğer insanların duygu ve düşüncelerinin farkında olmama, aşırı benmerkezcilik, aynılıkta ısrar ve esnek olmayan, katı düşünce yapısı KOKGB ve DB ile ilişkili olabilir. Ayrıca bu çalışmada DEHB sıklığının (% 63,3) çok fazla olduğunu düşünürsek ve KOKGB'nin, sadece DEHB olan olgulara da sıklıkla eşlik ettiğini düşünürsek tespit ettiğimiz KOKGB sıklığı yüksek olarak değerlendirilmeyebilir. Buna ek olarak olgularımızın çoğunda kurallara sıkı sıkıya uyma, başkalarının kuralları bozmasından rahatsız olma ve büyüklerin sözlerine itirazsız uyma ön plana çıkan özelliklerdi. KOKGB tanısı alan olgularda da, karşıt olma belirtileri özellikle özel ilgi alanları söz konusu olduğunda belirgindi.

Kim (2000), bu olgu grubunda depresif belirtilerdeki artışın, agresif ve karşıt olma davranışlarında artma ile sonuçlandığı belirtmiştir ⁶⁶. DEHB tanısının eşlik etmediği KOKGB tanısı alan dört olgumuzun üçüne MDB tanısı eşlik etmektedir. Bu bulgu, ebeveynlerin karşıt olma karşı gelme belirtileri olarak tarif ettikleri belirtilerin, olgunun o sırada gösterdiği depresyon belirtileri ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

3. Duygudurum Bozuklukları

Bizim çalışmamızda görülen duygudurum bozukluklarının hepsi depresif bozukluklar şeklindeydi. Depresif bozukluklar, bizim çalışmamızda üçüncü sıklıkta (%43,3, n=13) görülen tanı grubu olmuştur. Bu 13 olgunun 12'sini MDB tanısı alan olgular oluşturmaktaydı. MDB tanısı alan olguların üçte birinde MDB atakları birden fazlaydı. Yineleyici MDB atakları olan bir olguda intihar girişimi öyküsü vardı

Çalışmamızda bulduğumuz bu yüksek depresyon sıklığı, Ghaziuddin ve arkadaşlarının (1998) yaptığı ve Mukaddes (2008)'in yaptığı çalışmadaki sonuçlarla benzerdir. Ghaziuddin ve arkadaşları, depresif bozuklukların AS olan bireylerde en sık görülen psikiyatrik tanı olduğunu ve çocuk yaş grubunda DEHB daha sık iken, ergen ve erişkinlikte depresif bozuklukların ön plana geçtiğini öne sürmüşlerdir. Bizim çalışmamızda da, ergen olgu grubunda depresif bozukluk sıklığı, çocuk olgu grubundakine göre anlamlı derecede daha fazla bulunmuştur. Diğer çalışmalardaki farklı oranlar, örneklemin yaş ortalamasının, tanı grubunun farklı olmasına ve klinik bir örneklem olup olmamasına bağlı olarak değişkenlik göstermiş olabilir.

Depresyon, otizm ve AS'de en sık görülen psikiyatrik bozukluklardan biridir. Otizm ve AS'de tahmini depresyon prevalansı %4 ila % 38 arasında değişmektedir ³⁰. Bu olgu grubunda depresyon tanısı koymada zorluklar vardır. Çünkü sosyal içe çekilme, iştah ve uyku sorunları her iki bozuklukta da sık görülen özelliklerdir. Bu bireylerin duygularını ifade etmede zorlukları vardır ve sözel ve sözel olmayan iletişim sorunları, depresyon belirtilerini maskeleyebilir.

Otizmi ve AS olan bireylerde depresyonun görünümü, hastanın yaşına, zekâ düzeyine ve sözel becerilerinin düzeyine göre değişebilir. Yüksek zekâ düzeyi ve iyi sözel becerileri olan bireyler depresyon için tipik olan belirtilerin öyküsünü verebilirler. Ancak bir kısım otistik birey depresyona girdiğinde farklı özellikler sergileyebilir. Bunlar; sosyal içe çekilmede artma, törensel davranışlarda artma, özel ilgi alanlarının içeriğinde değişme (depresif temalar olabilir), irritabilite, bazen kendini yaralayıcı davranışlar, kazanılmış becerilerin kaybı, kilo kaybı, inkontinans, psikotik belirtiler (paranoid eğilim, suçlayıcı doğada sesler duyma), hareketlerin ve düşüncenin yavaşlaması gibi özelliklerdir ⁴. Kim (2000), bu olgu grubunda depresif belirtilerdeki artışın, agresif ve karşıt olma davranışlarında artma ile sonuçlandığını belirtmiştir ⁶⁶. Bazen depresyonla birlikte yineleyici davranışlarda ve takıntılı ilgi alanında azalma olur ve bu, bir depresyon belirtisi olmaktan ziyade iyileşme olarak algılanabilmektedir. Bu da, bu grupta depresyonu maskeleyebilecek nedenlerden biridir ³⁰. Bizim olgularımız genelde mutsuzluk, daha fazla içe kapanma, uyku ve iştah problemleri, değersizlik hissi, halsizlik gibi normal gelişen yaşlıtlarına benzer depresif belirtiler bildirmiştir. Çoğunda, depresif olduğu dönemde takıntılı ilgi alanında azalma mevcuttu.

Ergenlik dönemi yaşıt ilişkisinin çok önemli bir hale geldiği, sosyal ve duygusal beklentilerin arttığı bir dönemdir. AS olan bireyler için, karmaşık sosyal becerilerin bekleniyor olması aşırı sıkıntı yaratabilmekte ve sosyal dünyadan çekilmelerine neden olabilmektedir ⁴⁹. Özellikle bu dönemde yaşıtlarından farklı olduklarına dair farkındalıkları daha fazla artar. Ayrıca AS olan ergen büyük ihtimalle daha fazla olumsuz sosyal deneyimler yaşayacaktır ve bu da AS olan ergeni daha kırılgan, özgüveni daha düşük yapacaktır ve depresyon riskini arttıracaktır ¹⁶.

Depresyon tanısı alan otistik çocuklar daha yüksek olasılıkla depresyon açısından aile öyküsüne sahiptir ve ailedeki bu depresyon, zorlukları olan bir çocuk yetiştirmenin sıkıntısının bir sonucu gibi görünmemektedir. Bu da depresyon ile YGB'nin bazı alt tipleri arasında genetik olarak özel bir bağlantı olabileceğini göstermektedir ⁸⁹.

Özetle OSB ve depresyon arasında yüksek oranda görülen komorbiditenin hem çevresel hem de nörobiyolojik faktörlerle ilgili olabileceği düşünülmektedir.

Bu çalışmada hiçbir olgu bipolar bozukluk tanısı almamıştır. OSB olan olgularla yapılan çalışmalarda Bipolar Bozukluk sıklığı % 2,8 ile % 27,3 arasında değişmektedir (Wozniak ve ark. 1997, Ghaziuddin ve ark. 1998, Munesue ve ark. 2008, Mukaddes 2008). Munesue ve arkadaşları (2008), diğer çalışmaların aksine yüksek işlevli OSB olgularında temel duygudurum bozukluğunun depresyon değil, bipolar bozukluk olduğunu ve otizm ile bipolar bozukluğun ortak bazı genleri paylaşıyor olabileceğini belirtmiştir ⁵⁵.

OSB olan bireylerde bipolar bozukluğu tanımak kolay değildir. Yüksek işlevli OSB ve özellikle AS olguları, irritabilite, eleve ve labil duygudurum, distraktibilite, psikomotor ajitasyon ve hatta grandiyozite gibi birçok mani belirtisini sergileyebilir ⁹⁰. Eğer bu davranışlar epizotlar şeklinde kendini gösteriyorsa ve bireyin her zamanki işlevselliğinde bir değişiklik oluştuyorsa iki tanı birden konmalıdır ⁵⁶. Bizim çalışmamızda kesitsel olarak ebeveynlerden ve çocuktan o ana ve geçmişe ait bilgiler alınmaya çalışılmıştır. Uzun süreli takibe dayalı bir çalışma değildir. Dolayısıyla hem ebeveynler hem çocuğun veya ergenin kendisi geçmişteki hipomani ataklarını iyi tarif edememiş olabilir. Ayrıca bipolar bozukluğun daha çok ergenlik sonu ve genç erişkinlikte başladığı düşünülürse olgularımızda henüz bipolar bozukluğu düşündürecek hipomani veya mani atakları başlamamış olabilir. Ancak çalışmamızda MDB sıklığının yüksek bulunması (% 40) ve yineleyici MDB atakları olan

olguların sayısının az olmaması (n=4, % 13,3), bazı olguların ilerleyen yıllarda bipolar bozukluk geliştirme risklerinin olduğunu düşündürmektedir.

Bipolar bozukluk ve OSB, her ikisi de yüksek oranda kalıtımla geçen hastalık gruplarıdır ve her iki hastalık grubu arasında ‘düşük serum melatonin düzeyleri’ gibi bazı biyolojik benzerlikler vardır ⁵⁵.

DeLong ve Dwyer (1988) ve DeLong ve Nohria (1994), AS olan bireylerin ailelerinde normal popülasyona göre daha yüksek oranda bipolar ve unipolar duygudurum bozukluğu saptamışlardır. Bu iki bozukluk arasında etiyolojik olarak bir ilişki olabileceğini öne sürmüşlerdir ^{91 92}.

4. Tik Bozuklukları

Çalışmamıza katılan olguların % 40’ı herhangi bir Tik Bozukluğu ölçütlerini karşılıyordu. Olguların % 10’unda Tourette Bozukluğu (TB), % 16,7’sinde Kronik Motor veya Vokal Tik Bozukluğu, % 13,3’ünde Geçici Motor veya Vokal Tik Bozukluğu tespit edilmiştir.

Bu oranlar genel toplumda belirtilen oranların (%2–3) çok üstünde olmasına rağmen ⁹³, AS olan olgularla yapılan çalışmalar ile uyumludur. Genel toplumda çocukların % 10’u geçici tik bozukluğu tanısı alır. Bu açıdan bakıldığında bizim çalışmamızdaki geçici tik bozukluğu sıklığı genel toplumla benzerdir.

Ehlers ve Gillberg 1993 yılında yaptıkları epidemiyolojik çalışmada, AS tanısı alan beş olgunun dördünde (%80), tik bozukluğu saptamışlardır.

Ringman ve Jankovic (2000), 12 AS olan olgunun % 50’sinde TB tespit etmişlerdir.

Baron-Cohen ve arkadaşlarının 447 OSB olan olguyla yaptıkları çalışmada (1999), %34 oranında tik bozukluğu, % 6,5 oranında Tourette Bozukluğu saptanmıştır ⁹⁴. Bu oranlar bizim çalışmamızdaki oranlarla benzerdir.

OSB’de TB ve diğer tik bozukluklarının sık olması gibi, TB’de de OSB sık görülmektedir. Kadesjö ve Gillberg, yaptıkları bir toplum çalışmasında (2000), TB tanısı konan çocukların üçte ikisinin empati/otizm spektrum problemleri gösterdiğini ve %10’unun AS için tüm tanı ölçütlerini karşıladığını belirtmişlerdir ⁹⁵.

Sverd (1991), TB’nin, otizmin etiyolojik heterojenitesinden sorumlu olabileceğini ve bazı otizm olgularının, TB geni için homozigot olmanın bir sonucu olabileceğini öne sürmüştür ⁶².

TB tanısı alan olgularımızın üçü de eş zamanlı olarak OKB tanısı almıştır. Birçok çalışma, TB ve OKB'nin birlikteliğinin sık olduğunu göstermektedir. Bizim çalışmamızda TB sıklığının fazla olması sadece AS ile ilişkili olmayabilir, AS'ye eşlik eden OKB ile de ilişkili olabileceği ve her üç bozuklukta da rolü olan muhtemel ortak nörobiyolojik etyolojik zeminin varlığı akla gelmektedir.

Bizim çalışmamızın bulgularıyla uyumlu olarak, Tik bozuklukları ile OSB'nin birlikte olması rastlantı olamayacak kadar sıktır ve bu ilişki muhtemelen altta yatan ortak etyolojik faktörlere bağlıdır. Ayrıca ailevi genetik çalışmalar, bu iki durum arasında altta yatan ortak genetik ve nörobiyolojik mekanizmaların olduğunu önermektedir ^{62 59}.

Bazı yazarlar YGB ve TB'nin genetik olarak ilişkisiz olduğunu, bu sendromik ilişkinin ortak nörokimyasal bozukluklardan ve frontostriatal disfonksiyondan kaynaklandığını savunmaktadır ^{96 94}.

5. Psikotik Bozukluklar

Bu çalışmada hiçbir olguya şizofreni tanısı konmamıştır. Şizofreni için ortalama tanı konma yaşının genel toplumda 16–20 yaş arasında olduğu düşünülürse, bizim örneklemimizin yaş ortalamasının küçük olması, bu sonuçta etkili olmuş olabilir.

1989'da Szatmari ve meslektaşları yüksek işlevli otizmi olan 45 olguyu incelediğinde, olguların birkaçında paranoid fikir ve sesler duyma öyküsü bulunmasına rağmen, sadece bir tanesine şizofreni tanısı konmuştur ⁹⁷.

Yine Ghaziuddin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (1998), 35 AS olan olgunun hiçbir şizofreni tanısı almamıştır ³.

Bu çalışmada, hiçbir olguya şizofreni tanısının konmamış olması, ayrıca Hans Asperger'in kendi klinik deneyimiyle ve Leyfer ve arkadaşlarının yaptığı (2006) ve DeBruin ve arkadaşlarının yaptığı (2007) çalışmalardaki sonuçlarla benzerdir.

Bazı olguların, arkadaşları tarafından zarar göreceği, aşağılanacağı veya hakarete uğrayacağı gibi hafif düzeyde paranoid fikirleri mevcuttu. Bu düşünceler, bu olgu grubunun daha fazla olumsuz sosyal deneyimler yaşamış olması, akranları tarafından daha fazla sözel ve fiziksel istismara uğraması ve insanlardan gelen sosyal ipuçlarını yanlış yorumlamalarına bağlı olarak değerlendirilmektedir. Bu alanda yapılan bir çalışmada Blackshaw ve arkadaşları

(2001), AS 'de görülen paranoyanın şizofrenide görülen paranoya ile aynı faktörlerden kaynaklanmadığını, muhtemelen sosyal etkileşimlerin ve sosyal kuralların ayrıntılarını anlayamamanın yarattığı kafa karışıklığından kaynaklandığını belirtmişlerdir⁹⁸.

C. Sınırlılıklar

Bu çalışmanın değerlendirdiği olgular, bir üniversite hastanesi çocuk ruh sağlığı ve hastalıkları kliniğinde takip edilen olgulardan oluşmaktaydı ve çalışmaya alınan hastalar, özellikle otizm birimine değil, genel polikliniğe başvuran hastalardı. Dolayısıyla yüksek oranda psikiyatrik tanı bulunması beklenen bir durumdur ve elde edilen bu verilerin topluma genelleştirilmesi zordur.

Yapılan görüşme formunda hem şimdiki hem geçmişteki tanılar değerlendirildiğinden, yaş ortalamasının nispeten küçük olması henüz ortaya çıkmamış olan psikiyatrik sorunların sıklığını ve dağılımını etkilemiş olabilir.

Ayrıca ÇDŞG-ŞY, çocukluk çağında görülebilecek tüm psikiyatrik bozuklukları (somatoform bozukluklar, cinsel kimlik bozukluğu, dissosiyatif bozukluklar gibi) taramamaktadır ve ÇDŞG-ŞY'nin bu olgu grubunda uygulanabilirliğine dair geçerlik-güvenilirlik çalışmaları yapılmamıştır.

Olgu sayısının az olması da bu çalışmanın sınırlılıklarındandır.

Yapılan psikiyatrik değerlendirme kesitsel olduğundan uzunlamasına çalışmaların daha yararlı olacağı kanısındayız.

D. Sonuç

Bu çalışmada AS tanısı alan çocuk ve ergenlerde yüksek oranda eş psikiyatrik tanı varlığı saptanmıştır. Dolayısıyla AS olan olguların klinik değerlendirmesi diğer psikiyatrik bozuklukların da değerlendirilmesini içermelidir. Ayrıca kliniğe birçok farklı psikiyatrik sorunla başvuran ve sosyal etkileşim zorlukları olan çocuk ve ergenlerde, AS ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Yaygın gelişimsel bozukluklarla ilişkili yetersizliklerin uzun vadeli olduğu ve bu bozukluktaki temel zorluklar için özel farmakolojik tedavilerin eksikliği düşünüldüğünde, bu çocuklarda eşlik eden psikiyatrik durumların belirlenmesi ve tedavi edilmesi, çocuğun işlevselliğini, yaşam kalitesini ve eğitsel tedavilerin etkinliğini arttıracaktır.

VI. KAYNAKLAR

1. American-Psychiatric-Association.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders., 4th ed. Washington, DC: APA Press, 1994
2. Klin, A., Volkmar, F. R.: Asperger syndrome: diagnosis and external validity. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, **12**: 1, 2003
3. Ghaziuddin, M., Weidmer-Mikhail, E., Ghaziuddin, N.: Comorbidity of Asperger syndrome: a preliminary report. *J Intellect Disabil Res*, **42 (Pt 4)**: 279, 1998
4. Ghaziuddin, M.: *Mental Health Aspects Of Autism And Asperger Syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers, p. 252, 2005
5. Volkmar, F., Lord, C. , Klin, A. , Schultz, R., Cook, E.: Autism And The Pervasive Development Disorders. In: *Lewis's Child and Adolescent Psychiatry*, 4th ed. Edited by A. Martin, Volkmar, F. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 384-400, 2007
6. Frith, U., Hill, E.: *autism: mind and brain* New York: Oxford University Press, p. 298, 2003
7. Fombonne, E.: Epidemiology of autistic disorder and other pervasive developmental disorders. *J Clin Psychiatry*, **66 Suppl 10**: 3, 2005
8. Fombonne, E.: Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *J Autism Dev Disord*, **33**: 365, 2003
9. Gillberg, C., Coleman, M.: Asperger Syndrome. In: *The Biology of the Autistic Syndromes*, 3rd ed. Edited by H. M.Hart. London: Cambridge University Press p. 330, 2000
10. Macintosh, K. E., Dissanayake, C.: Annotation: The similarities and differences between autistic disorder and Asperger's disorder: a review of the empirical evidence. *J Child Psychol Psychiatry*, **45**: 421, 2004
11. Walker, D. R., Thompson, A., Zwaigenbaum, L. et al.: Specifying PDD-NOS: a comparison of PDD-NOS, Asperger syndrome, and autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **43**: 172, 2004
12. Gillberg, C.: *A Guide to Asperger Syndrome*: cambridge university press, p. 178, 2002
13. Woodbury-Smith, M., Klin, A., Volkmar, F.: Asperger's syndrome: a comparison of clinical diagnoses and those made according to the ICD-10 and DSM-IV. *J Autism Dev Disord*, **35**: 235, 2005
14. Hippler, K., Klicpera, C.: A retrospective analysis of the clinical case records of 'autistic psychopaths' diagnosed by Hans Asperger and his team at the University Children's Hospital, Vienna. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*, **358**: 291, 2003

15. Mattila, M. L., Kielinen, M., Jussila, K. et al.: An epidemiological and diagnostic study of Asperger syndrome according to four sets of diagnostic criteria. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **46**: 636, 2007
16. Attwood, T.: *The Complete Guide To Asperger's Syndrome*. London: Jessica Kingsley Publishers, p. 397, 2007
17. Bolton, P., Macdonald, H., Pickles, A. et al.: A case-control family history study of autism. *J Child Psychol Psychiatry*, **35**: 877, 1994
18. Cederlund, M., Gillberg, C.: One hundred males with Asperger syndrome: a clinical study of background and associated factors. *Dev Med Child Neurol*, **46**: 652, 2004
19. Tanguay, P. E.: Pervasive developmental disorders: a 10-year review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **39**: 1079, 2000
20. Gillberg, C.: Asperger syndrome and high-functioning autism. *Br J Psychiatry*, **172**: 200, 1998
21. Murphy, D. G., Critchley, H. D., Schmitz, N. et al.: Asperger syndrome: a proton magnetic resonance spectroscopy study of brain. *Arch Gen Psychiatry*, **59**: 885, 2002
22. Happe, F., Ehlers, S., Fletcher, P. et al.: 'Theory of mind' in the brain. Evidence from a PET scan study of Asperger syndrome. *Neuroreport*, **8**: 197, 1996
23. Critchley, H. D., Daly, E. M., Bullmore, E. T. et al.: The functional neuroanatomy of social behaviour: changes in cerebral blood flow when people with autistic disorder process facial expressions. *Brain*, **123 (Pt 11)**: 2203, 2000
24. Taylor, D. C., Neville, B. G., Cross, J. H.: Autistic spectrum disorders in childhood epilepsy surgery candidates. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, **8**: 189, 1999
25. Frith, U.: Emanuel Miller lecture: confusions and controversies about Asperger syndrome. *J Child Psychol Psychiatry*, **45**: 672, 2004
26. Ghaziuddin, M.: Defining the behavioral phenotype of Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord*, **38**: 138, 2008
27. Rastam, M., Gillberg, C., Wentz, E.: Outcome of teenage-onset anorexia nervosa in a Swedish community-based sample. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, **12 Suppl 1**: I78, 2003
28. Gillberg, C., Billstedt, E.: Autism and Asperger syndrome: coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatr Scand*, **102**: 321, 2000
29. Sverd, J.: Psychiatric disorders in individuals with pervasive developmental disorder. *J Psychiatr Pract*, **9**: 111, 2003

30. Stewart, M. E., Barnard, L., Pearson, J. et al.: Presentation of depression in autism and Asperger syndrome: a review. *Autism*, **10**: 103, 2006
31. Reaven, J., Hepburn, S.: Cognitive-behavioral treatment of obsessive-compulsive disorder in a child with Asperger syndrome: a case report. *Autism*, **7**: 145, 2003
32. Perry, D. W., Marston, G. M., Hinder, S. A. et al.: The phenomenology of depressive illness in people with a learning disability and autism. *Autism*, **5**: 265, 2001
33. Newman, S. S., Ghaziuddin, M.: Violent Crime in Asperger Syndrome: The Role of Psychiatric Comorbidity. *J Autism Dev Disord*, 2008
34. Hill, E., Berthoz, S., Frith, U.: Brief report: cognitive processing of own emotions in individuals with autistic spectrum disorder and in their relatives. *J Autism Dev Disord*, **34**: 229, 2004
35. Kraemer, B., Delsignore, A., Gundelfinger, R. et al.: Comorbidity of Asperger syndrome and gender identity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, **14**: 292, 2005
36. Tateno, M., Tateno, Y., Saito, T.: Comorbid childhood gender identity disorder in a boy with Asperger syndrome. *Psychiatry Clin Neurosci*, **62**: 238, 2008
37. Ringman, J. M., Jankovic, J.: Occurrence of tics in Asperger's syndrome and autistic disorder. *J Child Neurol*, **15**: 394, 2000
38. Bankier, B., Lenz, G., Gutierrez, K. et al.: A case of Asperger's syndrome first diagnosed in adulthood. *Psychopathology*, **32**: 43, 1999
39. Kopp, S., Gillberg, C.: Selective mutism: a population-based study: a research note. *J Child Psychol Psychiatry*, **38**: 257, 1997
40. Dhossche, D. M., Shah, A., Wing, L.: Blueprints for the assessment, treatment, and future study of catatonia in autism spectrum disorders. *Int Rev Neurobiol*, **72**: 267, 2006
41. Klin, A., Pauls, D., Schultz, R. et al.: Three diagnostic approaches to Asperger syndrome: implications for research. *J Autism Dev Disord*, **35**: 221, 2005
42. Yoshida, Y., Uchiyama, T.: The clinical necessity for assessing Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (AD/HD) symptoms in children with high-functioning Pervasive Developmental Disorder (PDD). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, **13**: 307, 2004
43. Ghaziuddin, M., Tsai, L.: PDD changes in DSM-IV. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **34**: 264, 1995
44. Ogdie, M. N., Macphie, I. L., Minassian, S. L. et al.: A genomewide scan for

attention-deficit/hyperactivity disorder in an extended sample: suggestive linkage on 17p11. *Am J Hum Genet*, **72**: 1268, 2003

45. Perry, R.: Misdiagnosed ADD/ADHD; rediagnosed PDD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **37**: 113, 1998

46. Faraone, S. V., Biederman, J., Weber, W. et al.: Psychiatric, neuropsychological, and psychosocial features of DSM-IV subtypes of attention-deficit/hyperactivity disorder: results from a clinically referred sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **37**: 185, 1998

47. Lee, D. O., Ousley, O. Y.: Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, **16**: 737, 2006

48. Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V.: Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*, **157**: 816, 2000

49. Tantam, D.: The challenge of adolescents and adults with Asperger syndrome. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*, **12**: 143, 2003

50. Butzer B, K. M.: Depression, Temperament and Their Relationship to Other Characteristics in Children with Asperger's Disorder. *Journal of Developmental Disabilities*, **10**: 67, 2003

51. Hedley, D., Young, R.: Social comparison processes and depressive symptoms in children and adolescents with Asperger syndrome. *Autism*, **10**: 139, 2006

52. Gutkovich, Z. A., Carlson, G. A., Carlson, H. E. et al.: Asperger's disorder and co-morbid bipolar disorder: diagnostic and treatment challenges. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, **17**: 247, 2007

53. Frazier, J. A., Doyle, R., Chiu, S. et al.: Treating a child with Asperger's disorder and comorbid bipolar disorder. *Am J Psychiatry*, **159**: 13, 2002

54. Komoto, J., Usui, S., Hirata, J.: Infantile autism and affective disorder. *J Autism Dev Disord*, **14**: 81, 1984

55. Munesue, T., Ono, Y., Mutoh, K. et al.: High prevalence of bipolar disorder comorbidity in adolescents and young adults with high-functioning autism spectrum disorder: A preliminary study of 44 outpatients. *J Affect Disord*, 2008

56. Wozniak, J., Biederman, J., Faraone, S. V. et al.: Mania in children with pervasive developmental disorder revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **36**: 1552, 1997

57. Tanguay, P. E.: Discussion of mania in children with pervasive developmental disorder revisited. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **36**: 1559, 1997

58. Canitano, R., Vivanti, G.: Tics and Tourette syndrome in autism spectrum disorders. *Autism*, **11**: 19, 2007
59. Comings, D. E., Comings, B. G.: Clinical and genetic relationships between autism-pervasive developmental disorder and Tourette syndrome: a study of 19 cases. *Am J Med Genet*, **39**: 180, 1991
60. Searcy, E., Burd, L., Kerbeshian, J. et al.: Asperger's syndrome, X-linked mental retardation (MRX23), and chronic vocal tic disorder. *J Child Neurol*, **15**: 699, 2000
61. Hebebrand, J., Martin, M., Korner, J. et al.: Partial trisomy 16p in an adolescent with autistic disorder and Tourette's syndrome. *Am J Med Genet*, **54**: 268, 1994
62. Sverd, J.: Tourette syndrome and autistic disorder: a significant relationship. *Am J Med Genet*, **39**: 173, 1991
63. Leyfer, O. T., Folstein, S. E., Bacalman, S. et al.: Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord*, **36**: 849, 2006
64. de Bruin, E. I., Ferdinand, R. F., Meester, S. et al.: High rates of psychiatric comorbidity in PDD-NOS. *J Autism Dev Disord*, **37**: 877, 2007
65. Mukaddes, N.: Comorbidity of psychiatric disorders in individuals with diagnosis of Asperger disorder In: 18th world congress of the international association for child and adolescent psychiatry and allied professionals(IACAPAP). İstanbul/ Türkiye: sözlü bildiri, 2008
66. Kim JA, S. P., Bryson SE, Streiner DL, Wilson FJ.: The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger Syndrome. *Autism*, **4**: 117, 2000
67. Russell, E., Sofronoff, K.: Anxiety and social worries in children with Asperger syndrome. *Aust N Z J Psychiatry*, **39**: 633, 2005
68. Sukhodolsky, D. G., Scahill, L., Gadow, K. D. et al.: Parent-rated anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders: frequency and association with core autism symptoms and cognitive functioning. *J Abnorm Child Psychol*, **36**: 117, 2008
69. Dykens, E., Volkmar, F., Glick, M.: Thought disorder in high-functioning autistic adults. *J Autism Dev Disord*, **21**: 291, 1991
70. Ghaziuddin, M., Leininger, L., Tsai, L.: Brief report: thought disorder in Asperger syndrome: comparison with high-functioning autism. *J Autism Dev Disord*, **25**: 311, 1995

71. Ylisaukko-oja, T., Nieminen-von Wendt, T., Kempas, E. et al.: Genome-wide scan for loci of Asperger syndrome. *Mol Psychiatry*, **9**: 161, 2004
72. Volkmar, F. R., Cohen, D. J.: Comorbid association of autism and schizophrenia. *Am J Psychiatry*, **148**: 1705, 1991
73. Mukaddes, N. M., Topcu, Z.: Letter to the editors. *Autism*, **9**: 213, 2005
74. Stahlberg, O., Soderstrom, H., Rastam, M. et al.: Bipolar disorder, schizophrenia, and other psychotic disorders in adults with childhood onset AD/HD and/or autism spectrum disorders. *J Neural Transm*, **111**: 891, 2004
75. Abell, F., Hare, D. J.: An experimental investigation of the phenomenology of delusional beliefs in people with Asperger syndrome. *Autism*, **9**: 515, 2005
76. Gillberg, I. C., Gillberg, C., Rastam, M. et al.: The cognitive profile of anorexia nervosa: a comparative study including a community-based sample. *Compr Psychiatry*, **37**: 23, 1996
77. Milos, G., Spindler, A., Ruggiero, G. et al.: Comorbidity of obsessive-compulsive disorders and duration of eating disorders. *Int J Eat Disord*, **31**: 284, 2002
78. Mukaddes, N. M.: Gender identity problems in autistic children. *Child Care Health Dev*, **28**: 529, 2002
79. Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D. et al.: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (K-SADS-PL): initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **36**: 980, 1997
80. Gökler B, Ü. F., Pehlivantürk B ve ark: Okul çağı çocukları için duyulanım bozuklukları ve şizofreni görüşme çizelgesi-şimdi ve yaşamboyu şekli-Türkçe uyarlamasının geçerlik ve güvenilirliği. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, **11**: 109, 2004
81. Ollendick TH, M. J.: *Phobic and Anxiety Disorders in Children and Adolescents*. New York: Oxford University Press, 2004
82. Muris, P., Steerneman, P., Merckelbach, H. et al.: Comorbid anxiety symptoms in children with pervasive developmental disorders. *J Anxiety Disord*, **12**: 387, 1998
83. Cath, D. C., Ran, N., Smit, J. H. et al.: Symptom overlap between autism spectrum disorder, generalized social anxiety disorder and obsessive-compulsive disorder in adults: a preliminary case-controlled study. *Psychopathology*, **41**: 101, 2008
84. Kuusikko, S., Pollock-Wurman, R., Jussila, K. et al.: Social Anxiety in High-functioning Children and Adolescents with Autism and Asperger Syndrome. *J Autism Dev Disord*, 2008

85. Bhardwaj, A., Agarwal, V., Sitholey, P.: Asperger's disorder with co-morbid separation anxiety disorder: a case report. *J Autism Dev Disord*, **35**: 135, 2005
86. Ehlers, S., Gillberg, C.: The epidemiology of Asperger syndrome. A total population study. *J Child Psychol Psychiatry*, **34**: 1327, 1993
87. Tani, P., Lindberg, N., Appelberg, B. et al.: Childhood inattention and hyperactivity symptoms self-reported by adults with Asperger syndrome. *Psychopathology*, **39**: 49, 2006
88. Ronald, A., Simonoff, E., Kuntsi, J. et al.: Evidence for overlapping genetic influences on autistic and ADHD behaviours in a community twin sample. *J Child Psychol Psychiatry*, **49**: 535, 2008
89. Ghaziuddin, M., Greden, J.: Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: a case-control family history study. *J Autism Dev Disord*, **28**: 111, 1998
90. Towbin, K. E., Pradella, A., Gorrindo, T. et al.: Autism spectrum traits in children with mood and anxiety disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, **15**: 452, 2005
91. DeLong, G. R., Dwyer, J. T.: Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's syndrome and bipolar affective disease. *J Autism Dev Disord*, **18**: 593, 1988
92. DeLong, R., Nohria, C.: Psychiatric family history and neurological disease in autistic spectrum disorders. *Dev Med Child Neurol*, **36**: 441, 1994
93. Mason, A., Banerjee, S., Eapen, V. et al.: The prevalence of Tourette syndrome in a mainstream school population. *Dev Med Child Neurol*, **40**: 292, 1998
94. Baron-Cohen, S., Scahill, V. L., Izaguirre, J. et al.: The prevalence of Gilles de la Tourette syndrome in children and adolescents with autism: a large scale study. *Psychol Med*, **29**: 1151, 1999
95. Kadesjo, B., Gillberg, C.: Tourette's disorder: epidemiology and comorbidity in primary school children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, **39**: 548, 2000
96. Stern, J. S., Robertson, M. M.: Tics associated with autistic and pervasive developmental disorders. *Neurol Clin*, **15**: 345, 1997
97. Szatmari, P., Bartolucci, G., Bremner, R. et al.: A follow-up study of high-functioning autistic children. *J Autism Dev Disord*, **19**: 213, 1989
98. Blackshaw, A. J., Kinderman, P., Hare, D. J. et al.: Theory of mind, causal attribution and paranoia in Asperger syndrome. *Autism*, **5**: 147, 2001

EK 1**VERİ FORMU****1. Sosyodemografik Özellikler:**

Adı Soyadı:

Cinsiyeti:

Doğum Tarihi:

Kardeş Sayısı:

Dosya Numarası:

Kaçınıcı Çocuk:

Adres:

Telefon:

Sınıf:

Evde Beraber Yaşadığı Bireyler:

Anne Yaşı:

Baba Yaşı:

Annenin Eğitim Durumu:

Babanın Eğitim Durumu:

Annenin Mesleği:

Babanın Mesleği:

2. Gelişimsel Özellikler:

Hamilelik Süresi:

Doğum Şekli:

Hamilelikte Sorun:

Doğum Sırasında ve Sonrasında Sorun:

Motor Gelişim:

Dil Gelişimi:

Yürüme:

Kelime:

Cümle:

İlk Klinik Başvuru Yaşı:

İlk Klinik Başvuru Şikâyeti:

Daha Önce Aldığı Psikiyatrik Ek Tanılar:

Şu An Kullandığı İlaçlar:

Daha Önce Önerilen İlaç Tedavileri:

Zekâ Bölümü Puanı:

Eşlik Eden Tıbbi Durum Varlığı:

Soy geçmiş Özellikleri:

EK 2

ETİK KURUL ONAYI



İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ
YEREL ETİK KURUL TUTANAĞI

Toplantı Tarihi : 11/07/2007

Toplantı Yeri : Behçet Kütüphanesi Etik Kurul Toplantı Salonu

Toplantı Sayısı : 7

Sorumlu araştırmacılığını Fakültemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof.Dr. Nahit Motavallı MUKADDES'in, üstlendiği Dr.Canan K.TANIDIR'ın yürüteceği 2007/1473 protokol numaralı "Asperger sendromunda komorbid psikiyatrik bozuklukların belirlenmesi" başlıklı tez çalışması kurulumuzda incelendi etik yönden bir sakınca taşımadığı görüldü, uygulamaya konulabileceğine karar verildi.

Prof.Dr. Zafer ARI

Etik Kurul Başkanı (Dekan Yardımcısı)

Prof.Dr. A.Yağız ÜRESİN

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

Prof.Dr. Ahmet GÜL (Katılmadı)

İç Hast. A.D, Romatoloji Bilim Dalı

Prof.Dr. Berrin UMMAN

Kardiyoloji A.D.

Prof.Dr. Cahide GÖKKUŞU (Katılmadı)

Biokimya A.D

Prof.Dr. Kamil PEMBEÇİ

Anesteziyoloji A.D.

Prof.Dr. Sevinç EMRE (Katılmadı)

Çocuk Sağ. Ve Hast. A.D

Prof.Dr. Nuran YILDIRIM (Katılmadı)

Deontoloji ve Tıp Tarihi A.D.

Prof.Dr. Oğuzhan ÇOBAN

Nöroloji A.D.

Prof.Dr. Pınar SAİP

İ.Ü. Onkoloji Enstitüsü

Prof.Dr. Ümit TÜRKOĞLU

Biokimya A.D

Prof.Dr. Çiçek BAYINDIR

Patoloji A.D., Nöropatolojik B.D

Prof.Dr. Yeşim ERBİL

Genel Cerrahi A.D.

Prof.Dr. Neşe ÇOLAK (Katılmadı)

İç Hast.A.D. End. Ve Metabolizma Hast. B.D.

Prof.Dr. Nurhan ENGİNAR

Farmakoloji ve Kli.F. A.D

Fatma Ceyda DÖNMEZER

Sivil Toplum Örgütü Üyesi

EK 3**GÖNÜLLÜ BİLGİLENDİRME FORMU**

Asperger Sendromu tanısı konulan çocuklarda eşlik eden diğer psikiyatrik hastalıkları belirleyen bir araştırma yapıyoruz. Araştırmamızın adı ‘Asperger Sendromunda Eş Psikiyatrik Bozuklukların Belirlenmesi’dir. Sizin ve çocuğunuzun da bu araştırmaya katılmanızı öneriyoruz. Ancak hemen söyleyelim ki bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra sizin ve çocuğunuzun bu çalışmaya katılmasını isterseniz formu imzalayınız.

Araştırmaya davet edilmenizin nedeni çocuğunuza Asperger Sendromu tanısı konmasıdır. Bu araştırmayı İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı gerçekleştirmektedir.

Eğer bu çalışmaya katılmak isterseniz İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları’nda Tıpta Uzmanlık Öğrencisi olarak çalışan **Dr. Canan Tanıdır** size çocuğunuzun gelişimi ile ilgili bazı sorular sorarak ve diğer psikiyatrik hastalıklarla ilgili kapsamlı bir ölçek dolduracaktır. Bu ölçekteki soruları hem size hem de çocuğunuza ayrı ayrı soracaktır. Bu ölçek bütün psikiyatrik hastalıklarla ilgili soruları içerdiğinden uygulanması biraz uzun sürebilir. Hem sizi hem de çocuğunuzu yormamak için görüşmeler iki defada ikişer saat olmak üzere planlanmıştır. Bu görüşmeler zaman açısından size ve çocuğunuza uygun zamanda yapılacaktır. Dr. Canan Tanıdır bu değerlendirmelerinden sonra gerekli ek tedaviler için sizi yönlendirecektir. Ancak yukarıda bahsettiğimiz araştırma projesi çocuğunuzun tedavi masraflarını karşılamamaktadır. Ayrıca aşağıda da belirtildiği gibi değerlendirme sırasında çocuğunuz ya da siz herhangi bir sebepten değerlendirmeyi sona erdirmekte serbestsiniz. Her değerlendirme oturumu yaklaşık iki saat sürecektir. Bu süre içinde beşer dakikalık birkaç dinlenme arası verilecektir. Bu değerlendirmeler fiziksel bir gayret gerektirmemekte, sadece zihinsel dikkate dayanmaktadır

Bu değerlendirmelerde elde edilen kayıtlar, sizin ve çocuğunuzun ismi belirtilmeden bilimsel nitelikte yayınlarda kullanılabilir. Bu amaçların dışında bu kayıtlar kullanılmayacak ve başkalarına verilmeyecektir.

Araştırmaya katılmak için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Araştırmaya katıldığınız takdirde size herhangi bir ücret ödenmeyecektir.

Yapılacak değerlendirmenin getirebileceği olası riskler: Yapılacak olan değerlendirmelerin sizin ya da çocuğunuz için herhangi bir riski yoktur. Ancak yapılacak bu değerlendirmeler için zaman ayırmak sizin ve çocuğunuzun için zorlayıcı olabilir.

Yapılacak değerlendirmenin getirebileceği olası yararlar: Bu değerlendirme tüm psikiyatrik hastalıkların ayrıntılı bir incelemesini içerdiğinden, şimdiye kadar atlanmış olabilecek ek hastalıkların belirlenmesi ve bunların tedavisine yarayacaktır. Uzun vadede Asperger Sendromu olan çocuklarda bu bozukluğa en sık eşlik eden hastalıklar belirlenecektir böylece bu alanda çalışanlar için rutin muayenelerde özellikle hangi hastalıkların sorgulanması gerektiği saptanacaktır. Yine uzun vadede bu ek psikiyatrik tanılardan yola çıkarak Asperger Sendromu’nun neden meydana geldiği ve beynin hangi bölümünü etkilediğiyle ilgili bilgilere ulaşılabilir. Bu da bu bozukluğun tedavisini mümkün hale getirebilir.

Bu çalışmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

EK 4**ONAM FORMU**

Dr. Canan Tanıdır tarafından İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı Bölümü'nde tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek, bu çalışma ile ilgili bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra ben ve çocuğum böyle bir araştırmaya 'katılımcı' olarak davet edildik.

Eğer bu çalışmaya katılırsak hekim ile aramda kalması gereken bana ve çocuğuma ait bilgilerin gizliliğine bu çalışma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılabileceğine inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Çalışmanın yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir ek parasal sorumluluk altına girmiyorum.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte, 0532 737 69 42 numaralı telefondan Dr. Canan Tanıdır'ı arayabileceğimi biliyorum.

Çocuğum ve ben bu çalışmaya katılmak zorunda değiliz ve katılmayabiliriz. Çalışmaya katılmamız konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun çocuğumun tıbbi bakımına ve hekimi ile olan ilişkimize herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda, gerekirse eşimin de onayını alarak çocuğum adına bu çalışmaya 'katılımcı' olarak katılma kararını aldım. İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Ebeveynin Adı Soyadı:

Adres:

Tel:

Tarih:

İmza:

Araştırmacının Adı Soyadı:

Tel:

Tarih:

İmza:

VIII. ÖZGEÇMİŞ

Dr. Canan Tanıdır 17 Aralık 1978 tarihinde Elazığ’da doğmuştur.

Gülsüm Sami Kefeli İlköğretim Okulu (1984–1989) ve Samsun Anadolu Lisesi’nde (1989–1996), ilk, orta ve lise eğitimini tamamlamıştır. 2002 yılında Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi’nden mezun olmuştur. Temmuz 2003 - Temmuz 2008 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda Tıpta Uzmanlık Öğrencisi olarak görev yapmıştır.

Avrupa Psikodrama Eğiticileri Federasyonu (FEPTO) üyesi olan Dr. Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü’nde 2004’ten itibaren “ Psikodrama” eğitimi almaktadır. Haziran 2007’de Psikodrama Asistanlığı Belgesi almıştır.

Aile ve Evlilik Terapileri Derneği’nde 2004–2006 yılları arasında iki yüz saat “Aile Terapisi” eğitimi görmüştür.

Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derneği’ne, Dr. Abdülkadir Özbek Psikodrama Enstitüsü Türkiye Grup Psikoterapileri Derneği’ne, American Academy of Child and Adolescent Psychiatry’e ve Society for Neuroscience’a üyelikleri bulunmaktadır.