

Özel Eğitim ve İlaç Alan Otistik Bozukluklu Çocukların Otistik Belirtiler Açısından Sekiz Haftalık İzlemi ve Ek Tanı Özellikleri

Seher Akbaş¹, Koray Karabekiroğlu¹, Ozan Pazvantoğlu², Ömer Böke³

¹Yrd.Doç.Dr., ³Doç.Dr., Ondokuz Mayıs Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, ²Yrd.Doç.Dr., Psikiyatri Anabilim Dalı, Samsun

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı otistik bozukluk tanısı alan hastaların ek tanı ve sekiz haftalık poliklinik izlemi sırasında belirti dağılım özelliklerinin değerlendirilmesidir. **Yöntem:** Hastalar ve aileleriyle, çocuğa yönelik DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre psikiyatrik değerlendirme yapılmıştır. Tanı alan hastaların anneleri başvuru sırasında Otizm Davranış Kontrol Kistesi (ODKL) ölçeğini ve Sorun Davranış Kontrol Listesi ölçeğini (SDKL) başvuru sırasında ve birer ay arayla toplam üç kez doldurmuşlardır. Sosyodemografik özellikler, başvuru sırasında hastaya ait hastalık ve tedavi bilgileri, başvuru sonrasındaki tanı ve tedavi bilgileri hasta dosya bilgilerinden elde edilmiştir. **Bulgular:** Çalışmaya yaş ortalamaları 4.51 ± 1.62 olan 27 otistik çocuk alınmıştır. Çalışmada kullanılan ODKL ölçeğinin ortalaması 70.33 ± 16.80 bulunmuştur. Dikkat eksikliği hiperaktivite sorunları oldukça yüksek oranda (%70.4) bulunmuştur. Başvuru sırasında ilaç ve özel eğitim olan ve olmayan otistik çocuklarda SDKL puanları arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p > 0.05$). Hastaların özel eğitim ve ilaç tedavisi düzenlendikten sonraki sekiz haftalık izlemede SDKL'ye göre otistik çocuklardaki stereotipi ($p = 0.003$) ve hiperaktivite ($p = 0.015$) davranışlarında anlamlı düzelmeye bulunmuştur. **Sonuç:** Otistik bozuklukta dikkat eksikliği ve hiperaktivite sorunları yüksek oranda bulunmuş, düzenlenen özel eğitim ve ilaç tedavilerin sekiz haftalık sürede stereotipi ve hiperaktivite belirtilerini azalttığı görülmüştür. Uygulanan yöntemlerin farklı belirti kümelerine farklı etkisi olabileceğinden, otizmin tedavisinde hem ek tanıların ayrıntılı incelenmesine hem de tedavi yöntemlerinin farklı belirtilere etkisinin daha ayrıntılı değerlendirilmesine ihtiyaç vardır.

Anahtar Sözcükler: Otizm, ek tanı, belirti profili, tedavi. (Klinik Psikiyatri 2009;12:134-140)

SUMMARY

Eight Week Follow-up for Autism Symptoms and Comorbid Features of Autistic Children Under Special Education and Medication

Objectives: In eight-week period, we aimed to explore symptom distribution changes and comorbid features of autistic children. **Methods:** Children and their parents were assessed in psychiatry clinic in terms of DSM-IV-TR diagnostic criteria. Mothers completed Autistic Behavior Checklist (AuBC) and Aberrant Behavior Checklist (ABC) in the first session. Mothers continued completing ABC twice every month. Sociodemographic variables, treatment and progress history of the disorder before and after the first session were obtained from the hospital files. **Results:** The autistic children (n:27) were 4.51 ± 1.62 years-old on average. Mean score of AuBC was 70.33 ± 16.80 . Attention deficit hyperactivity problems were apparently higher (%70.4). During the first session, AuBC scores did not reveal significant difference whether or not the child received special education and/or medication ($p > 0.05$). After eight-week special education plus drug therapy, ABC scores showed significant improvement in stereotypies ($p = 0.003$) and hyperactivity ($p:0.015$) subscores. **Conclusions:** The results reveal that attention deficit hyperactivity problems highly co-occur in autism and special education plus medication therapy particularly target stereotypies and hyperactivity symptoms. While different types of treatments have differential effect on different symptom clusters, in autism management we need both a detailed exploration of comorbid disorders and assessment of differential effects of treatments on different symptom profiles.

Key Words: Autism, comorbidity, symptom profile, treatment.

GİRİŞ

Otistik bozukluk şiddetinin derecesi değişkenlik gösteren, etiyojisi bilinmeyen, birey, ailesi ve toplum için önemli etkileri olan gelişimsel bozukluktur (Rutter ve Schopler 1992, Hollander ve ark. 2005). Otistik spektrum bozuklukları (OSB) Otizm Amerikan Psikiyatri derneği sınıflamasında Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB) genel başlığı altında yer almıştır (APA 1994). Yaygın terimi otizmde geniş ve farklı alanlarda sorun olduğunu, gelişimsel terimi ise sosyal ilişki ve iletişim alanlarını da kapsayan çoklu gelişimsel yetersizlikleri belirtir. Bu bozukluk yaşamın ilk yıllarından başlayarak gelişimin her aşamasını etkileyerek devam eder. (Willemsen-Swinkels ve Buitelaar 2002). Otistik Bozuklukta üç alanda sorun vardır. Bu alanlar sosyal etkileşim, iletişim ve yineleyici davranışlar ile ilgi alanlarında kısıtlılığı kapsar. Ayrıca bu sorunlar 36 aydan önce başlar (Akçalın 2007). Otistik bozukluk yaygın gelişimsel bozukluk içinde en yaygın görülen bozukluk olup sıklığı 10.000 de 13'tür (Canitano ve Scandurra 2008).

Otizmdeki ek psikiyatrik bozuklukların doğru ve güvenilir tanıları önemli olup henüz otistik bozukluklardaki ek psikiyatrik sorunlar tam olarak bilinmemektedir (Leyfer ve ark. 2006). Ek tanıları önemli klinik bozulmalara ve otistik çocuklar ve aileleri üzerinde ek sıkıntılara neden olmaktadır. Sorun davranışlar izole davranışlardan ziyade ek psikiyatrik bozukluklar olarak ortaya konup değerlendirildiğinde tedavileri mümkün olabilmektedir. Klinik deneyimler konulan tanıya yönelik özgün tedavilerin özgün olmayan tedavilerden daha etkili olduğunu, hastada daha fazla düzelme gösterdiğini ortaya koymuştur (Leyfer ve ark. 2006).

Otizmdeki temel tedavi, sosyal becerileri geliştirmek ve eğitimsel tedavidir (Novaes ve ark. 2008). Farmakoterapi otizm belirtilerini ve davranışları kontrol etmek için gereklidir (Novaes ve ark. 2008). Otizmdeki davranışsal bozukluklarla ilişkili klinikte kullanılan ilaçlar antipsikotikler, antidepressanlar, psikostimülanlar ve antikonvülzanlardır (Moura ve ark. 2004). İlaçlar temel önemi olan psikomotor ajitasyon, agresif davranışlar ve hiperaktivite ile ilişkili belirtileri düzeltmede kullanılmakta olup bu tedavi aynı zamanda hastaların sosyal ve eğitimsel tedaviden yararlanmalarını etkiler (Novaes ve ark. 2008,

Moura ve ark. 2004). Atipik antipsikotikler ekstapiramidal yan etkileri daha düşük olduğundan tercih edilirler (Findling ve ark. 1989). Risperidon en sık reçete edilen antipsikotik olup klinik iyileşmede önemli bulunmuştur (Novaes ve ark. 2008, Barnard ve ark. 2002).

Ülkemizde otistik bozuklukla ilgili başvuru sonrası kısa ve uzun dönem psikiyatrik özelliklerinin değerlendiren bir çalışmaya rastlanmamıştır. Sifoğlu ve ark. (1999) yaptıkları çalışmada YGB olan çocuklarda hiperaktivite sorunlarını yüksek bulmuşlardır (Sifoğlu ve ark 1999).

Bu çalışmanın amacı otistik bozukluk tanısı alan hastaların 8 haftalık poliklinik izlemi sırasında otizm belirtilerinin ve ek tanı özelliklerinin değerlendirilmesidir.

GEREÇ VE YÖNTEM

Katılımcılar

Bu çalışmada Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi polikliniğinde Otistik Bozukluk tanısı alan ve çalışmaya katılmayı kabul eden hastalar ardışık olarak alınmıştır

Yöntem

Çocuk psikiyatrisi polikliniğine başvuran ve otistik bozukluk tanısı alan hastalar çalışmaya alınmıştır. Hastalar ve aileleriyle için DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre psikiyatrik değerlendirme yapılmıştır. Tanı alan hastaların anneleri başvuru sırasında Otizm Davranış Kontrol Kistesi (ODKL) ölçeğini doldurmuşlardır. Hasta anneleri Sorun Davranış Kontrol Listesi (SDKL) başvuru sırasında ve birer ay arayla toplam üç kez doldurmuşlardır. Hastalar ilk başvurularında özel eğitimleri ve konan tanı ve ek tanılarına göre ilaç tedavileri düzenlenmiştir. Sosyodemografik özellikler, başvuru sırasında hastaya ait hastalık ve tedavi bilgileri, başvuru sonrasındaki tanı ve tedavi bilgileri hasta dosya bilgilerinden elde edilmiştir.

Hastaların mental kapasitesi ve ek psikiyatrik tanıları DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre yapılan psikiyatrik görüşme ile değerlendirilmiştir.

Değerlendirme araçları:

Otizm Davranış Kontrol Listesi (ODKL): Krug ve

ark. (1993) tarafından geliştirilen otizmi belirlemeye yönelik bir tarama aracı olan ODKL, özellikle okul çağı çocuklarında otizm belirtilerini değerlendirmek üzere kullanılmaktadır (Krug ve ark. 1993). Ancak, 3 yaşından küçük çocuklarda da tanıya yardımcı olduğu kanıtlanmıştır. ODKL, 57 maddelik bir değerlendirme aracıdır. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0, en yüksek puan ise 159'dur. Ölçekte kesme puanı 39 olarak belirlenmiştir. Ölçek çocuğu yakından tanıyan ebeveyn ya da öğretmen tarafından doldurulmaktadır. Geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Irmak ve ark. tarafından yapılmıştır (Yılmaz-Irmak ve ark. 2007).

Sorun Davranış Kontrol Listesi (SDKL): Otistik çocuklarda görülen davranış problemlerini belirlemeye yönelik bir testtir. SDKL, 58 maddeden oluşan ve 0'dan (hiç bir problem yok) 3'e kadar (problem en şiddetli) belirtilerin şiddetine göre (dört farklı değer üzerinden) puanlanan bir ölçektir (Aman ve ark. 1985, Aman ve ark. 1987, Sucuoglu 2003). Maddelerin puanlanmasında beş alt grup elde edilir. Bunlar; irritabilite, laterji-sosyal geri çekilme, stereotipik davranışlar, hiperaktivite ve konuşma sorunu şeklinde alt sorun alanlarıdır. Türkiye'de Psikiyatrik klinik geçerliliği ve güvenilirlik çalışmasını Karabekiroğlu ve Arman yapmıştır (Karabekiroğlu ve Aman 2009).

Verilerin istatistiksel analizi:

Hasta gruplarından elde edilen verilerin analizi "SPSS for Windows 10.0" istatistik paket programı kullanılarak yapılmıştır. Ölçeklerin değerlendirilmesi sonucu elde edilen veriler aritmetik ortalama±standart sapma şeklinde belirtilmiştir. Özel eğitim alma durumuna göre ölçek puanlarının ortalamalarının karşılaştırılmasında Student t testi, otistik çocukların aylık SDKL puanlarının zaman içindeki değişimlerinin karşılaştırılmasında Tekrarlı Ölçümlerde Varyans Analizi kullanılmıştır. Karşılaştırmalarda anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

BULGULAR

Çalışmaya 27 otistik çocuk alınmış olup, 3'ü (% 11.1) kız, 24'ü (%88.9) erkektir. Yaş ortalamaları 4.51 ± 1.62 (minimum 2, maksimum 7) bulunmuş-

tur. Çalışmada kullanılan ODKL ölçeğinin ortalaması 70.33 ± 16.80 'dir.

Başvuru öncesi 14 olgu özel eğitim almış olup özel eğitime başlama yaş ortalaması 3.78 ± 1.31 , ortalama eğitim süresi 19.50 ± 14.39 ay olarak bulunmuştur.

Başvuru öncesi kullanılan risperidon doz ortalaması 1.00 ± 0.40 , metilfenidat doz ortalaması 12.50 ± 03.53 , kliniğimizde başvurudan sonra kullanılan risperidon doz ortalaması 0.84 ± 0.45 , metilfenidat dozu 15, fluoksetin doz ortalaması 12.50 ± 5.00 şeklindedir. Metilfenidat ve fluoksetin kullanan tüm hastalar aynı zamanda risperidon almışlardır.

Otistik çocuklardaki Mental Retardasyon (MR) oranı %92.6 bulunmuştur. Çalışma hastalarının başvuru öncesi tedavi ve sonrası tedavi ve psikiyatrik özellikleri Tablo 1'de, otistik çocukların başvuru sırasında özel eğitim almalarına göre SDKL puanları Tablo 2'de, başvuru sırasında ilaç kullandırlarına göre SDKL puanları Tablo 3'de, başvuru sonrasındaki sekiz haftalık SDKL puanları Tablo 4'de verilmiştir.

TARTIŞMA

Otistik bozuklukta üç alanda sorun vardır. Bu alanlar sosyal etkileşim, iletişim ve yineleyici davranışlar ile ilgi alanlarında kısıtlılığı kapsar (Akçalın 2007). Otizmdeki temel tedavi sosyal becerileri geliştirmek ve eğitimsel tedavidir (Novaes ve ark. 2008). Davranışsal bozukluklar bu bozuklukta oldukça yaygın olup tedaviye direnglidir (Canitano ve Scandurra 2008). Agresif davranışlar MR otistik çocuklarda daha yaygındır (Turgay 2004, Rocha ve ark. 2006 ve mental retarde otistik çocuklarda tedavi sonuçları daha kötüdür (Novaes ve ark. 2008, Horrigan ve Barnhill 1997).

Davranışsal sorunlar iyi olma halinde ve günlük aktivitelerde, önemli rol oynadığından tedavi programlarında ve ilaç tedavisi düzenlenmesinde göz önüne alınmalıdır (Canitano ve Scandurra 2008). Ripperidon gibi atipik antipsikotikler tipik antipsikotiklerle karşılaştırıldığında davranışsal belirtilerinin tedavisinde daha güvenilir ve etkili bulunmuştur (Barnard ve ark. 2002). Otistik bozuklukta ki hiperaktivitenin tedavisinde metilfenidat hiperaktivite belirtilerinin azalmasında yararlı bulun-

muştur (Quintana ve ark. 1995, Handen ve ark. 2000). Otistik bozukluklu çocuklarda fluoksetin yalnız ya da diğer antipsikotik ilaçlarla beraber kullandıklarında iritabilite, sterotipi ve konuşma sorunlarında düzelme elde edilmiştir (Fatemi ve ark. 1998). SDKL, kullanılarak yapılan çalışmada risperidonun iritabilite, sterotipi ve hiperaktivite de anlamlı düzelmeler gösterdiği bulunmuştur (RUPPAN 2005, Shea ve ark. 2004). Çalışmamızda otistik çocukların poliklinik başvuru sonrası 8 haftalık izlemleri değerlendirilmiştir. SDKL ölçeğinin 8 haftalık değerlendirilmesinde sterotipi ve hiperaktivite belirtilerinde anlamlı düzelme görülmüştür. Hasta grubunda başvurudan önce özel eğitim ve ilaç tedavisi alan grubun başvuru sırasındaki SDKL puanları benzer bulunduğu sterotipi ve hiperaktivite belirtilerindeki düzelme başvuru sonrası düzelme olarak değerlendirilmiştir. Polikliniğimize başvuru sonrası tüm hastalar özel eğitime yönlendirilmiş, %92.6'sı ilaç kullanmıştır. Çalışma desenimiz izlemedeki hastaların değerlendirilmesi şeklinde düzenlendiğinden hangi tedavi yönteminin hangi belirtilere iyi geldiği sorusu yanıtlanamamıştır.

Henüz otistik bozukluklardaki ek psikiyatrik sorunlar tam olarak bilinmemekle birlikte (Leyfer ve ark. 2006) gittikçe artan sayıda çalışmalar otistik çocuklarda daha fazla (iki-üç kat) psikiyatrik belirti ve bozukluk bildirmektedirler (Breton ve ark. 2006). Ek tanıları önemli klinik bozulmalara ve otistik çocuklar ve aileleri üzerinde ek sıkıntılara neden olmaktadır. Sorun davranışlar izole davranışlardan ziyade ek psikiyatrik bozukluklar olarak ortaya konup değerlendirildiğinde özgün tedavileri mümkün olabilmektedir. Yine otizmdeki

Tablo 1. Otistik çocukların, başvuru öncesi tedavi ve sonrası tedavi ve psikiyatrik özellikleri

Otistik çocukların tedavi ve psikiyatrik özellikleri		
Başvuru öncesi		
Özel eğitim	14	(%51.9)
Risperidon	7	(%25.9)
Metilfenidat	2	(%7.4)
Başvuru sonrası*		
Özel eğitim	27	(%100)
Risperidon	25	(%92.6)
Metilfenidat	1	(3.7)
Fluoksetin	4	(%14.8)
Ek tanı*		
	20	(%74.1)
DEHB	19	(%70.4)
Depresyon	1	(%3.7)

* Başvuru sonrası birden fazla, tedavi alan ve ek tanı alan hasta mevcuttur

ek tanıları otizmde etiolojisinde rol oynayan mekanizmalarının açıklanmasına da yardım edecektir (Leyfer ve ark. 2006). Otistik bozuklukta ek tanı oranı %72 olarak belirtilmiş, bunlardan major depresif epizod %10.1 bulunmuşken, ADHD %30-78 geniş aralıklarda bulunmuştur (Leyfer ve ark. 2006, Simonoff ve ark. 2008, Ghaziuddin ve Greden 1998, Wozniak ve ark. 1997, Lee ve Ousley 2006). Bu farklı oranlar, kullanılan ölçekler ve otistik çocukların yaşlarıyla ilişkilidir. Erken dönemde hiperaktivite semptomları sık görülmekle birlikte yaş arttıkça bu belirtiler azalmakta (Cantwell 1985),

Tablo 2. Otistik çocukların başvuru sırasında özel eğitim almalarına göre SDKL puanları

	Otistik çocukların SDKL puanları		t	p
	Özel eğitim Var ort±ss	Özel eğitim Yok ort±ss		
SDKL alt grupları				
İritabilite	14.78±10.48	17.30±7.11	0.725	0.475
Letarji-Sosyal geri çekilme	15.00±9.55	14.76±8.68	0.066	0.948
Sterotipi	8.64±5.62	7.07±5.52	0.729	0.473
Hiperaktivite	23.85±12.10	25.30±10.91	0.326	0.747
Konuşma sorunu	3.42±3.17	3.00±2.79	0.371	0.714

Tablo 3. Otistik çocukların başvuru sırasında ilaç kullanımlarına göre SDKL puanları

	Otistik çocukların SDKL puanları		t	p
	İlaç kullanımı Var ort±ss	İlaç kullanımı Yok ort±ss		
SDKL alt grupları				
Iritabilite	15.85±12.34	16.05±7.83	0.048	0.962
Letarji-Sosyal geri çekilme	14.28±9.34	15.10±9.07	0.203	0.841
Sterotipi	8.57±3.73	7.65±6.09	0.373	0.712
Hiperaktivite	23.42±7.93	24.95±12.47	0.300	0.767
Konuşma sorunu	3.42±2.82	3.15±3.06	0.211	0.835

Tablo 4. Otistik çocukların başvuru sırasında ve sonrasındaki SDKL puanları

	Otistik çocukların SDKL puanları			f	p
	Başvuru sırası ort±ss	4.hafta ort±ss	8.hafta ort±ss		
SDKL alt grupları					
Iritabilite	16.0±8.94	15.0±8.32	14.92±9.79	0.69	0.47
Letarji-Sosyal geri çekilme	14.88±8.96	12.33±8.58	12.88±8.88	2.62	0.092
Sterotipi	7.88±5.52	6.29±5.27	5.96±5.27	7.01	0.003
Hiperaktivite	24.55±11.34	21.66±10.89	21.33±11.28	4.92	0.015
Konuşma sorunu	3.22±2.95	2.81±2.40	2.96±2.59	1.06	0.36

yine yaş arttıkça anksiyete (Simonoff ve ark. 2008, Wing ve Shah 2006) ve depresif bozukluk (Bradley ve Bolton 2006) oranı artmaktadır. Bizim çalışmamızın yaş ortalaması 4.5 olup, hiperaktivite belirtilerinin daha fazla (%70.4) depresif belirtilerin daha az (%3.7) görüldüğü yaş aralığıdır.

Otistik bozuklukla ilgili erken dönemdeki çalışmalar MR %30-40 oranında tanımlarken bu gün bu oranlar çok düşük olarak bilinmektedir (Edelson 2006). Creak 1961'de otistik çocukların büyük oranda MR olduğunu iddia eden ilk araştırmacıdır (Creak 1961). Yine Rutter (1999) otistik çocuklarda MR oldukça yaygın olduğuna inandığını belirtmiştir (Rutter 1999). Bugünkü çalışmalarda otistik çocuklardaki MR oranı %67 ile %90 arasında bildirilmektedir (Edelson 2006). Bizim çalışmamızda literatüre paralel olarak MR oranı %92.6 bulunmuştur.

Sonuç olarak otistik çocukların poliklinik başvurusundan sonraki sekiz haftalık izleminde hastalarda sererotipi ve hiperaktivite sorunlarının azaldığı bulunmuştur. Yine yapılan psikiyatrik değerlendirme sonrasında hastaların yüksek oranda DEHB ek tanısı aldıkları bulunmuştur. MR tanısı oldukça yüksek oranda bulunmuştur. Klinisyenlerin otistik bozuklukta görülen ek tanılara, bunların klinik tabloya ve tedavi yanıtındaki rolüne dikkat etmesi, ilerideki çalışmaların tedavi sürecinde etkili faktörlere ışık tutması önemli görünmektedir.

Yazışma adresi: Dr. Erhan Kurt, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları E. A. Hastanesi, 5. Psikiyatri Kliniği, İstanbul, drerhankurt@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Akçalın M (2007) Otistik Bozukluk. AS Aysev, Y Taner (Ed). Çocuk ve Ergen Ruh sağlığı ve Hastalıkları, s.278-290.
- Aman, MG, Singh NN, Stewart AW ve ark. (1985) Psychometric characteristics of the Aberrant Behavior Checklist. *Am J Mental Deficiency*, 89: 492-502.
- Aman MG, Singh NN, Turbott SH (1987) Reliability of the Aberrant Behavior Checklist and the effect of variations in instructions. *Am J Mental Deficiency*, 92:237-240.
- American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV), Pervasive Developmental Disorder, Washington.
- Barnard L, Young AH, Pearson J ve ark. (2002) A systematic review of the use of atypical antipsychotics in autism. *J Psychopharmacol*, 16(1):93-101.
- Bradley E, Bolton P (2006) Episodic psychiatric disorders in teenagers with learning disabilities with and without autism. *Br J Psychiatry*, 189:361-366.
- Brereton AV, Tonge BJ, Einfeld SL (2006) Psychopathology in children and adolescents with autism compared to young people with intellectual disability. *J Autism Dev Disord*, 36(7):863-870.
- Fatemi SH, Realmuto GM, Khan L ve ark. (1998) Fluoxetine in treatment of adolescent patients with autism: a longitudinal open trial. *J Autism Dev Disord*, 28(4):303-307.
- Canitano R, Scandurra V (2008) Risperidone in the treatment of behavioral disorders associated with autism in children and adolescents. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 4(4):723-730.
- Cantwell DP (1985) Hyperactive children have grown up. What have we learned about what happens to them? *Arch Gen Psychiatry*, 42(10):1026-1028.
- Creak, M (1961) Schizophrenic syndrome in childhood. *Lancet*, 2:818.
- Edelson MG (2006) Are the majority of children with autism mentally retarded? a systematic evaluation of the data. *Focus Autism Other Dev Disabl*, 21(2):66-83.
- Findling RL, Schulz SC, Reed MD ve ark. (1989) The antipsychotics: a pediatric perspective. *Pediatr Clin North Am*, 45:1205-1232.
- Ghaziuddin M, Greden J (1998) Depression in children with autism/pervasive developmental disorders: a case-control family history study. *J Autism Dev Disord*, 28(2):111-115.
- Handen BL, Johnson CR, Lubetsky M (2000) Efficacy of methylphenidate among children with autism and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Autism Dev Disord*, 30(3):245-255.
- Hollander E, Anagnostou E, Chaplin W ve ark. (2005) Striatal volume on magnetic resonance imaging and repetitive behaviors in autism. *Biol Psychiatry*, 1;58(3):226-232.
- Horrigan JP, Barnhill LJ (1997) Risperidone and explosive aggressive autism. *J Autism Dev Disord*, 27:313-323.
- Karabekiroglu K, Aman MG (2009) Validity of the Aberrant Behavior Checklist in a Clinical Sample of Toddlers. *Child Psychiatry and Human Development*, 40(1):99-110.
- Krug DA, Arick JR, Almond PA (1993) Autism Screening Instrument for Educational Planning. 2. baskı, Pro-ed Inc. Austin, Texas.
- Lee DO, Ousley OY (2006) Attention-deficit hyperactivity disorder symptoms in a clinic sample of children and adolescents with pervasive developmental disorders. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 16:737-746.
- Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S ve ark. (2006) Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord*, 36(7):849-861.
- Moura AMR, Menezes APA, Pondé MP (2004) Atualização na farmacoterapia do autismo. In: Garcia R, Pondé MP, Lima MG (Eds), *Atualização em psicoses*. São Paulo: Phoenix, 235-244.
- Novaes CM, Pondé MP, Freire AC (2008) Control of psychomotor agitation and aggressive behavior in patients with autistic disorder: a retrospective chart review. *Arq Neuropsiquiatr*, 66(3B):646-651.
- Rocha AF, Leite CC, Rocha FT, ve ark. (2006) Mental retardation: a MRI study of 146 Brazilian children. *Arq Neuropsiquiatr*, 64:186-192.
- Rutter M, Schopler E (1992) Classification of pervasive developmental disorders: some concepts and practical considerations. *J Autism Dev Disord*, 22:459-482.
- RUPPAN (2005) Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network. Risperidone treatment of autistic disorder: longer-term benefits and blinded discontinuation after 6 months. *Am J Psychiatry*, 162(7):1361-1369.
- Rutter, M (1999) The Emanuel Miller Memorial Lecture 1998:Autism: Two-way interplay between research and clinical work. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 40:169-188.
- Shea S, Turgay A, Carroll A ve ark. (2004) Risperidone in the treatment of disruptive behavioral symptoms in children with autistic and other pervasive developmental disorders. *Pediatrics*, 114(5):634-641.
- Sifoğlu AÖ, Korkmaz B, Demirbilek V (1999) İdiyopatik ve semptomatik otizm: Klinik ve laboratuvar bulguları *Nöropsikiyatri Arşivi*, 36(1):1-5.
- Simonoff E, Pickles A, Charman T ve ark. (2008) Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47(8):921-929.
- Sucuoglu B (2003) The psychometric characteristics of the Turkish form of the aberrant behavior checklist. *Turkish J Psychol*, 18(52):93-96.
- Quintana H, Birmaher B, Stedje D ve ark. (1995) Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder. *J Autism Dev Disord*, 25(3):283-294.
- Turgay A (2004) Aggression and disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Expert Rev Neurother*, 4:623-632.
- Willemsen-Swinkels SH, Buitelaar JK (2002) The autistic spectrum: subgroups, boundaries, and treatment. *Psychiatr Clin North Am*, 25(4):811-836.

Wing L, Shah A (2006) A systematic examination of catatonia-like clinical pictures in autism spectrum disorders. *Int Rev Neurobiol*, 72:21-39.

Wozniak J, Biederman J, Faraone SV ve ark. (1997) Mania in children with pervasive developmental disorder revisited *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36(11):1552-1559.

Yılmaz-Irmak T, Tekinsav-Sütçü S, Aydın A ve ark. (2007) Otizm Davranış Kontrol Listesinin (SDKL) Geçerlik ve Güvenirliğinin İncelenmesi. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Derg*, 1: 13-23.

DÜZELTME

Klinik Psikiyatri Dergisi 2009-2. sayısında yayınlanan “**Terörist Saldırıları Sonrasında Travma Sonrası Stres Bozukluğu: Bir Gözden Geçirme**” başlıklı makalenin yazar adresleri teknik bir hata nedeniyle yanlış olarak yayınlanmıştır. Söz konusu makalenin yazar ünvanları aşağıdaki gibidir.

Bu yanlışlıktan dolayı makalenin yazarlarından ve okuyucularımızdan özür dileriz.

Klinik Psikiyatri Dergisi

Altan Eşsizöđlü¹

Hüner Aydın¹

¹Uz.Dr., Diyarbakır Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği, Diyarbakır