

Erişkinlerde Asperger Bozukluğu: Bir Gözden Geçirme

Dilşad Foto Özdemir¹, Elvan İşeri²

¹Uz. Dr., ²Doç. Dr., Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

ÖZET

Dil gelişiminin, iletişim ve etkileşim becerilerinin, sosyal, davranışsal gelişimin ve uyumun belirgin derecede etkilendiği bir grup bozukluk olan yaygın gelişimsel bozukluk yaşamın erken döneminde belirti verir ve erişkinlikte devam eden bir seyir gösterir. Yaygın gelişimsel bozukluklar içinde yer alan Asperger bozukluğu (AB) bu grup içinde seyri en iyi olan ve bazı olguların ilk kez erişkin dönemde karşımıza çıkabileceği bir bozukluktur. Bu yazıda Asperger bozukluğunun tanınması, gelişimsel özellikleri, erişkin dönemdeki görünümü, eşzamanlı bozukluklarla ilişkisi ve ayırıcı tanısının gözden geçirilmesi amaçlanmıştır. Son yıllarda yayınlanan araştırma ve gözden geçirme yazıları incelenmiştir. Asperger bozukluğu gelişimsel olarak farklı klinik özelliklerle karşımıza çıkmaktadır. Bu bozukluk pek çok bozuklukla birliktelik gösterebilmekte ve bu durum tanı ve tedavi konusunda dikkatli olmayı gerektirmektedir. Bazı hastaların erişkin yaşa dek tanı almadığı, başka bozukluklar ya da sorunlarla karıştığı, olguların erişkin yaşta destek arayışına girdikleri dikkate alınırsa erken dönemde tanıma, tedavi ve izlem çalışmalarının ne denli değerli olduğu anlaşılmaktadır. Asperger bozukluğunun ergen ve erişkinlik dönemlerinde teşhisinde gözden kaçmasının nedeninin birçok psikiyatrik hastalıkla eş tanı alması olduğu düşünülmektedir. Bu aynı zamanda prognozu da olumsuz etkileyen bir faktördür. Gelişimsel sorunların ve yaş dönemlerine özgü bulgularının farklılık göstermesi nedeniyle izlem çalışmalarına ağırlık verilmelidir.

Anahtar Sözcükler: Asperger bozukluğu, erişkin, tanı, ayırıcı tanı.

(*Klinik Psikiyatri 2004;7:223-230*)

SUMMARY

Asperger's Syndrome in Adult: A Review

Pervasive developmental disorders in which development of language, communication and interaction skills, social and behavioral development and adaptation are affected in primary degrees and show symptoms in early periods of life and the progress goes through the adult age. Asperger disorder (AD) which placed in pervasive developmental disorder is the disorder with the best prognosis in this group and we come across with some cases firstly in adult age. In this article it is intended to review the diagnosis, developmental properties, appearance in adult age, comorbidity and differential diagnosis of Asperger disorder. Published literature in recent years is reviewed. Clinical appearance of the Asperger disorder could differ in the developmental aspect. Asperger's syndrome could be comorbid with other disorders and this situation requires to give attention about the diagnose and the treatment. When we thought the cases who was not diagnosed until the adult age and confused with other disorders we could understand the importance of early diagnosis, treatment and necessity of the follow up studies. Misdiagnosis of the Asperger disorder in adolescents and adults may be because of the comorbidity of the disorder which is also effective on the prognosis negatively. The follow up studies should be given importance because the symptoms of the developmental problems may vary according to the period of age.

Key Words: Asperger's syndrome, adult, diagnosis, differential diagnosis.

GİRİŞ

Dil gelişiminde, sosyal iletişim ve etkileşim becerilerinde ileri derecede bozulma, davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlılıkla seyreden yaygın gelişimsel bozukluklar yaşamın erken döneminde belirti verir ve erişkinliğe dek süren bir seyir gösterirler. Her yaş döneminde o döneme özgü bulgular klinik görünümüne eklense de temelde iletişim, sosyal etkileşim, davranış ve ilgi alanları çok fazla etkilenir. Yaygın gelişimsel bozukluklar (YGB) başlığı altında toplanan bozukluklar otistik bozukluk, Rett bozukluğu, dezintegratif bozukluk, Asperger bozukluğu (AB) ve atipik otizmdir (APA 1994, Piven ve ark. 1990, Tsai 1999).

AB belirtileri erken çocukluk döneminden itibaren belirgin olduğundan, hastalar çoğunlukla ilk kez çocuk psikiyatrisi kliniklerinde değerlendirilirler. Buna karşın bozukluk yaşam boyu sürer ve kişinin işlevselliğini fazlaca bozması nedeniyle hastalar daha sonraki yaşlarında sıklıkla erişkin psikiyatristlerine başvururlar (Özgül ve ark. 2001). AB olan bireylerin yaşam boyu içinde buldukları zorlukları daha iyi anlayabilmek için izlem çalışmalarına gereksinim duyulmaktadır. AB olan ve belirtilerin hafif seyrettiği bireylerin yaşama uyum sağladıkları diğer insanlardan ayırt edilemez bir duruma gelebildikleri bildirilirken, belirtileri şiddetli olan bireylerin sosyal ve davranış tedavilerine, psikoterapiye ve tıbbi tedaviye ihtiyaçları olmaktadır (Lord ve ark. 2000).

ASPERGER BOZUKLUĞU

1944'de Hans Asperger tarafından bir grup hastada tanımlanan ve "otistik psikopati" adını verdiği tablo bugün artık AB olarak adlandırılmaktadır. AB otizmden farklı olarak, normal dil gelişimi olmasına karşın mimiklerde sınırlılık, şiirsel konuşma, beden dilini anlayamama, sosyal etkileşimde kısırlık ve önsezilerinde yetersizlikle karakterizedir. AB olan çocuklarda 3 yaşından önce gelişimsel bozukluk belirgin değildir (Baron-Cohen 1988). Birçok çalışmada AB'de, motor gelişimde bozukluk ve beceriksizlik hayatın daha erken dönemlerinde saptanırken, bilişsel işlevlerde ve yaşla uyumlu özbakım becerilerinde önemli bir gecikme olmadığı gösterilmiştir (Gilchrist ve ark. 2001, Tanguay 2000, APA 1994). AB'de zeka düzeyi normal olsa

da sosyal bağlantılar ve etkileşim zayıflamıştır. Ancak sosyal ilişki kurma isteği vardır. Bu çocukların anne-babalarıyla ilişkileri sıcaktır. Fakat yaşlarıyla sosyal ilişkiye girmekte zorlanırlar (Gilchrist ve ark. 2001).

Asperger bozukluğu klinik bir tanıdır; o nedenle öykü ve mental durum muayenesi çok önemlidir. Tanı koymada DSM-IV ve Gillberg'in tanı ölçütleri kullanılmaktadır.

Gilberg'in tanı ölçütleriyle (Tablo 1) DSM-IV tanı ölçütlerinin tutarlı olduğu bilinmektedir. Ancak Gilberg'in tanı ölçütleri daha ayrıntılı ve ayrıştırmacıdır. Son yıllarda Asperger bozukluğunun gerçek niteliklerinin DSM-IV ölçütleriyle yakalanamadığı bildirilmiş ve DSM-IV ölçütlerinin yetersiz kaldığı belirlenmiştir (Gökler 1998).

Bebeklik Dönemi:

AB'de genellikle 4 yaşına kadar bazen de daha geç dönemlere kadar belirtiler açıkça ortaya çıkmayabilir. Yaşamın ilk yıllarında genellikle aileleri ve klinisyenleri uyaran belirtiler yoktur (Howlin ve Asgharian 1999). Bu dönemde görülen ve hastalığa özgün olmayan belirtiler; anormal uyku örüntüsü, dikkat dağınıklığı, aşırı hareketlilik veya pasiflik, dik ve sabit bakışlar olabilir. Bazıları bebeklik döneminde uysal, sessiz bir bebek olarak tanımlanabilir. Yalnız kaldıklarında bu bebekler mutlu görülebilir. AB'nin bazı erken dönem belirtileri tanımlanmıştır. Bunlar; anormal göz iletişimi (gözünü dikip uzun süre bakma, cansız ve donuk bakışlar, diğer insanlarla göz temasını sürdürmeme gibi), ciddi sosyal geri çekilme, ses, koku ve dokunma gibi duyuşal uyaranlara anormal tepki verme şeklinde tarif edilmiştir (Tani ve ark. 2004, Filipek ve ark. 2000, Attwood 2002, Gillberg 2002). Ağır derecede bozukluk olanlarda yaşamın ilk iki yılında AB'nin klasik tablosu görülebilir. Motor gelişimde hafif derecede gecikme olabilir. Bir kısmında 11-13. aylar arasında yürüme olabilmesine rağmen, büyük bir kısmında yürümede gecikme görülür. AB olan çocukların dil gelişimine bakıldığında yaşlarına uygun konuştukları, gramerleri düzgün kullandıkları görülmüştür. Ancak zamirleri kullanmada hatalar yaptıkları fark edilmiştir. Zamirleri erken ya da geç kullandıkları, birinci tekil şahıs yerine üçüncü tekil şahıs eklerini

Tablo 1. Gillberg'in Tanı Ölçütleri (Gillberg ve Gillberg 1989)

1. Karşılıklı sosyal etkileşimde ciddi düzeyde bozukluk (Aşağıdakilerden en az ikisinin olması.)
Yaşlılarla etkileşimde yetersizlik
Yaşlılarla ilişkiye istekli olmama
Sosyal verileri değerlendiremememe
Sosyal ve duygusal yönden uygunsuz davranma
2. Sığ ilgi dağarcığı (Aşağıdakilerden en az birinin olması.)
Diğer etkinlikleri dışlama
Yineleyici saplantılar
Anlamdan çok mekaniğe yer verme
3. Rutinlerde ısrar etme (Aşağıdakilerden en az birinin olması.)
Kendisi için
Başkaları için
4. Konuşma ve dil sorunları (Aşağıdakilerden en az üçünün olması.)
Gelişimsel gecikme
Dilin kullanımında yüzeysel iyi gelişmişlik
Formal, ayrıntıcı, bilgiçlik taslayan konuşma biçimi
Garip, teknik bir konuşma, tuhaf ses özellikleri
Kastedilen anlamların dışındaki kullanımları kavrayamama
5. Sözel olmayan iletişim sorunları (Aşağıdakilerden en az birinin olması.)
Jestlerin, mimiklerin sınırlı kullanımı
Hantal beden dili
Yüz ifadesinde sınırlılık
Uygunsuz ifade
Alışılmışın dışında dik bakış
6. Hareketlerde hantallık
Nörogelişimsel beceri azlığı

seçtikleri gözlenmiştir. Bazen bir kelimeyi veya ifadeyi yineledikleri, kendilerine özgü bazı kelimeler ürettikleri görülmüştür (Howlin ve Asgharian 1999, Wing 1981).

Okul Öncesi Dönem:

3-5 yaşlar arasındaki okul öncesi dönemde ebeveynlerde endişe yaratan ana problem çocuğun yaşlılarıyla duygusal etkileşime girememesidir. Genellikle arkadaşına ihtiyaç duymazlar ve renksiz, ilginç olmayan oyunları tek başlarına oynayabilir-

ler. Kendiliğinden karşılıklı konuşmayı başlatamaz ve sürdürmezler. Ancak önemsiz olan klişe sözcükler ve deyimler içeren, anlaşılması zor ya da mırıldanma tarzında, sınırlılıklar gösteren bir konuşma şekli vardır. Bu çocuklar erken yaşta bilgisayar kullanabilme, coğrafya ve matematik gibi alanlarda ya da spor karşılaşmalarının sonuçlarını ezberleme gibi gereksiz konularda özel yetenekler sergileyebilirler (Gillberg 2002, Attwood 2002).

Okul Dönemi:

AB olan bir kısım çocukta okul döneminde ciddi problemler yoksa, bu bozukluk fark edilmeyebilir. Ancak genellikle 6 yaştan sonra klinik görünüm dikkat çekici ve belirgindir. Sosyal etkileşimde belirgin azalma ve benmerkezcil tutum gözlenir. Bilişsel alanda belirgin sınırlılıklar ve içedönüş vardır. Sosyal ilişkide oldukça çocuksu davranışlar sergilerler, bunlar ya kışkırtıcı ya da naif davranışlardır (Green ve ark. 2000, Gillberg 2002). AB olan hastaların yaklaşık %40'ında duyuşal sistemde aşırı duyarlılık görülmektedir. Bunlardan seslere karşı aşırı duyarlılığı ele alırsak ani gürültülere, yüksek perdeli sürekli gürültülere ve karışık kompleks seslere karşı aşırı tepki verdikleri görülebilir (köpek havlaması, telefon sesi, mutfakta ve banyoda kullanılan küçük elektrikli ev aletleri, büyük alışveriş merkezleri, kalabalık ortamlar gibi). Aileler ve eğitimciler işitmedeki duyarlılığının çok farkındadırlar ve ani, katlanılması zor olan şiddetli gürültülü ortamlardan kaçınmaya dikkat ederler. Bu, hastaların anksiyetelerini azaltır, konsantrasyonlarını ve sosyalliklerini artırır. Dokunulmasına da aşırı duyarlılık gösterebilirler; özellikle bedenlerinin bazı bölgelerine dokunulmasından rahatsızlık duyabilirler. Bazı AB'li hastaların bir takım özel kokuları çok güçlü algıladıkları bildirilmiştir. Aileler bunların değişik parfüm ve ev temizlik sıvılarının kokularını son derece keskin algıladıklarını ve böyle kokulardan kaçındıklarını ifade ederler. Buna karşın ağrıya ve sıcaklığa son derece duyarsız oldukları için yaralanmalara karşı tepkisizlikleri ya da çok sıcak içecekleri sıkıntısız tüketimleri gözlenebilir. Yazın kalın kışın ince giysiler giyebilirler. Ağrıya karşı reaksiyon yokluğu tehlikeli hareketlerden uzak durmayı öğrenmeyi ve kendilerini korumalarını zorlaştırır; sıklıkla yaralanabilirler (Gillberg 2002).

Ergenlik Dönemi:

Ergenlik döneminde AB tanısı koymak oldukça zordur. Zorluk, bu yaş grubunda diğer psikiyatrik bozuklukların eş zamanlı görülmesi nedeniyledir. AB olan ergenlerin yarısında kişisel hijyenlerine dikkat edemedikleri gözlenir. Su vücutlarına temas ettiğinde kendilerini tuhaf hissettiklerini ifade ederler. Sabun ya da şampuan kokusunun keskin olmasından ya da kötü koktuğundan şikayetçi olurlar. Vücutlarının özel bölgelerinin yıkanmasından rahatsızlık duyarlar ve genellikle izin vermezler. Daha şaşırtıcı olan, o zamana kadar banyo yapma konusundaki reddedici tutumlarını doktor, öğretmen ya da psikologlar tarafından yapılan önerilerle aniden değiştirebilirler ve her zamanki davranışlarının içine alarak her gün banyo yapmaya başlayabilirler (Attwood 2002, Gillberg 2002). AB olan ergenler bir yandan oldukça düzenli, çalışma masası ve çekmeceleri çok özenliyen, odaları dar-madağınık olabilir. Bazı ergenler aylarca aynı kıyafeti giyebilirler. Eğer kıyafetlerinin yıkandığını fark ederlerse öfke patlamaları olabilir. Kıyafetlerinin yıkanmasından dolayı kendilerini "iyi hissetmediklerini" veya "iyi kokmadıklarını" ifade edebilirler.

Sıklıkla yaşanan bir diğer problem okul uyumuyla ilgilidir. Bu çocuklar okulda başarılı olmanın önemini farkında olmayabilir ve başarısızlıkları için öğretmenlerini suçlayabilirler. Bu dönemde sosyal ilişkiye gereksinim duymalarına karşın sosyal beceri eksiklikleri ve ortak kurallara uymadaki zorlukları nedeniyle yaşlılarıyla ilişkide sıkıntı yaşarlar ve arkadaş gruplarına katılmazlar. Çocukluk döneminde aktif AB olanlarda, ergenlik döneminde sosyal fobi gelişebilir. Birçok yönden yaşlılarından farklı, alışılmadık ve tuhaf olduklarının farkında olmaları, eş duyum yapamamaları sosyal olarak kendilerini yetersiz hissetmede artışa ve sosyal geri çekilmeye neden olabilir. Özellikle 13-19 yaş arası dönemde sosyal geri çekilme belirginleşir, yaşlıları tarafından sosyal ilişkiye katılma çabaları reddedilebilir, dışlanmaları ve alay edilmeleri sosyal uyumlarındaki bozukluğu arttırabilir. Bazen bu pasif görünümleri yaşlıları tarafından kötüye kullanılabilir (Baron-Cohen ve Wheelwright 2004, Attwood 2002, Gillberg 2002).

Ergenlik döneminin sonuna doğru alkol veya madde kötüye kullanımı ciddi sorun olmaya

başlayabilir. Alkol kötüye kullanımı bazen yaşlılarının baskısına bağlı olarak başlar ama genellikle uyum zorluklarına ve durumlarının farkında olmalarına bağlıdır. Bazen alkol kullanımına devam etmelerinin nedeni alışlagelen davranışlarından sapmamak amacıyla da olabilmektedir (Gillberg 2002).

Erişkinlik Dönemi:

Bu dönemde AB ile ilgili çok fazla bilgi yoktur. Belirtileri hafif olan Asperger'li bireyler yaşama uyum sağlayıp, diğer insanlardan ayırt edilemez hale gelebilmektedirler. Evlenebilir, iş sahibi olabilir ve çocuk yetiştirebilirler. Belirtileri ağır olan bireyler ise erişkinlik döneminde de ciddi sosyal zorluklar yaşar ve yaşamlarına hayattan soyutlanmış olarak devam ederler (Wing 1981).

Lorna Wing (1981) bazı Asperger hastalarının başkaları tarafından eleştirilmeye aşırı duyarlı olduklarını bildirmiştir. Bu hastaların büyük olasılıkla eş duyum eksikliğinden dolayı antisosyal davranışlara başvurduklarını düşünmüştür. AB olan erişkinlerin başkalarının karar, düşünce ve davranışlarından nasıl etkilendiklerine bakıldığında, sosyal iletişimdeki bozukluk nedeniyle başkalarının görüşlerine de daha az güven duydukları gösterilmiştir (Ponnet ve ark. 2004, Bowler ve Worley 1994). Asperger'li erişkinler sosyal alandaki becerilerinin yetersizliğinin güzel bir örneğini karşı cinsle olan ilişkilerinde göstermektedirler. AB olan erişkin karşı cinsle ilgisini nasıl göstereceğini ve etkileyeceğini bilememektedir. Karşı cinsle konuşabilmek için bir kural listesi sunabilirler ya da bunu kitaplardan araştırabilirler (Baron-Cohen 1988, Tidmarsh ve Volkmar 2003). Klinik psikolog Attwood son 25 yılda her yaş ve yetenekte 100'den fazla Asperger'liyle çalışmış ve Asperger'lilerin erişkinlik döneminde daha çok yalnız yaşamayı tercih ettiklerini, evlenseler bile eşleriyle birlikte imkanları ölçüsünde daha rahat edebilecekleri sosyal ortamlara taşınmayı seçtiklerini bildirmiştir. Bu hastaların normal ve sağlıklı bir bireyle evlilik yapmalarının zor olduğunu, sağlıklı cinsel yaşamlarının olmadığını ve özel ilgi alanlarının eşleri tarafından anlaşılmadığını belirtmiştir (Attwood 2002).

Erişkin bireyler özel ilgi alanlarını tutkuyla sürdürürler. Bu kişiler pul koleksiyonu yapma, eski

cam şişeleri toplama, lokomotif numaralarını ezberleme, astronomi, jeoloji, soybilim gibi bilimsel konularla aşırı ilgilenme gösterebilirler (Wing 1981). Asperger'li erişkinler çalışma hayatında özellikle ilgi alanlarında iş bulabilirlerse veya yaptıkları işler sosyal etkileşimden çok teknik beceri gerektiren işler olursa genellikle başarılı olurlar. Karmaşık teknik problemlerin çözümünde meydan okumaktan zevk alırlar. Sosyal iletişimdeki ve dilin kullanımındaki bozukluğa karşın bazıları önceden programlanmış, yapılacak işin belli olduğu tekrarlayan işlerde başarılı olurlar (Volkmar 1999). AB olan bireylerde erişkinlik döneminde yüzeysel bir uyum gelişmesine karşın benmerkezci düşünce, dili kullanmadaki sıkıntılar, beden dilinin ve jestlerin kullanımındaki beceriksizlik genellikle kalıcı olmaktadır. Bu hastalarda sosyal iletişimde zamanla kazanılan uyumdan, erken dönemde görülen sosyal ipuçlarını anlama, iletişimi başlatma ve sürdürme, konuşmada yanlış kelime ve tonlamaları kullanma ve davranışları kontrolde kısmi düzelme kastedilmektedir (Baron-Cohen 1988, Bowler ve Worley 1994).

AB olan birçok erişkinde ileri dönemlerde anksiyete bozukluğu, panik bozukluğu veya kaygıya bağlı olarak artan kompulsiyonlar gelişebilir. Bu hastalarda uyku bozuklukları da sık görülmektedir. Yapılan çalışmalarda uyku bozukluğu bildiren erişkin olgularda eş zamanlı diğer psikiyatrik bozuklukların olduğu görülmüştür. Uyku kalitesinde bozulma, uyku latansında uzama ve uykuda bölünmeler gösteren AB'li erişkin hastalarda yapılan bir çalışmada olguların büyük çoğunluğunu anksiyete bozukluğu, distimi ve sosyal fobi gibi eş tanılarının olduğu bildirilmiştir. Ayrıca C kümesi kişilik özellikleri taşıyan AB olgularında da uyku şikayetlerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (Tani ve ark. 2003). Bu hastalarda depresyon ataklarında sabah anksiyetesi ve somatik yakınmalar da daha sıklıkla gözlenmiştir. Genel kanı çoğunlukla depresyon ölçütlerini karşılamayan, süregen bir tablo yani distimi görülmesidir. Genellikle kötümser, ölüm temalarıyla daha çok ilgili, somurtkan ve küsmeye eğilimli oldukları bildirilmiştir. AB'li hastalarda özellikle erişkinlik döneminde özkıyım düşüncesi çok yaygındır. Bazı olgularda ölümle ilgili düşünceler erken yaşlarda zihinlerini meşgul etmeye başlayabilir ve yakınlarıyla

özkıyım yöntemleriyle ilgili olarak konuşabilirler (Cull 1984, Gillberg 2002, Tani ve ark. 2004).

AB olan hastaların sosyal uyumlarındaki zayıflık nedeniyle bazen yasalarla da başları derde girebilir. Örneğin, cinsel dürtüleri artmış olan bir erişkin karşısındakinin ne hissedeceğini düşünmeden ona dokunabilir, onu öpebilir ve sonuç olarak yasal sorunlar yaşayabilir. Yaşadıkları birlikteliklerde kontrol edilemeyen ve nedensiz olan şiddet uygulamaları veya anlamsız zarar verici davranışlar görülebilir (Green ve ark. 2000, Baron-Cohen 1988). Bununla beraber AB olan hastaların aşırı ilgili oldukları konulardan dolayı (örneğin, toksinler) suç işleyebildikleri, ölümlere neden olabildikleri bildirilmiştir. Tuhaf veya sıradışı ilgi alanlarının olmasından ve tehlikeleri fark edememelerinden dolayı patlamaya veya yangına neden olabilirler. Bazı hastaların trenlerin büyümesine kapılarak tren hatlarındaki vagonları hareket ettirerek kendilerini ve başkalarını tehlikeye attıkları bildirilmiştir (Baron-Cohen 1988). Bazen de tehlikelerden habersizce hayal dünyası yaratarak endişe verici oyunlar oynadıkları görülmüştür (Wing 1981).

KLİNİK GİDİŞ

AB'nin seyrinin değerlendirilmesiyle ilgili çalışma sonuçlarında yöntemle ilgili zorluklar nedeniyle sıkıntılarının olduğu bildirilmektedir (Tidmarsh ve Volkmar 2003). Anne-babaların %41'i Asperger'li çocuklarını bir erişkin olarak topluma kazandırabildiklerini, sadece %2'sinin okuldan mezun olabildiklerini ve tam gün bir işte çalışabildiklerini bildirmişlerdir. Belirtileri daha hafif olan AB'li kişilerin bir iş sahibi olabilme, bağımsız birey olarak yaşayabilme, evlenme ve çocuk yetiştirebilme olasılıkları daha yüksektir (Nordin ve Gillberg 1998). Özellikle doğuştan yetenekli oldukları ilgi alanları konusunda iyi yönlendirilirse akademik başarı gösterebilirler. Ancak sosyal etkinliklere katılma, iletişime başlama ve sürdürme konusunda yine de uzman desteğine gereksinim duyarlar (Lord ve ark. 2000, Tidmarsh ve Volkmar 2003). Ailenin yeterli ilgisi, günlük hayatta anlamlı görevler verilmesi, eğitimde kazandıklarını günlük hayata aktarmadaki başarıları, zamanın planlı programlı geçirilmesi gibi olumlu çevresel faktörler seyri olumlu etkileyen diğer etkenlerdir (Baron-Cohen 1988).

AYIRICI TANI

AB'nin ergen ve erişkinlik dönemlerinde gözden kaçmasının nedeninin birçok psikiyatrik hastalıkla eş tanı alması olduğu düşünülmektedir. Bu aynı zamanda prognozu da olumsuz etkileyen bir faktördür.

AB'nin öğrenme bozukluğu ve dikkat eksikliği ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Gerçekten birçok AB'li çocuk ve ergende önce dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuştur. DEHB olan bireyler sosyal etkileşimde zorluklar yaşarlar ama temel bozukluk dikkat, aşırı hareket ve dürtüselliktir. AB olan bireylerde ise sosyal alandaki zorluklar daha büyük bir sorundur (Green ve ark. 2000). AB'ye eşlik eden bozukluklar arasında obsesif kompulsif bozukluğun görülme oranı %19, depresyonun %15 ve DEHB'nin %28 olduğu bildirilmiştir. Bu eş hastalanma gelişimsel döneme göre de uygunluk göstermektedir. Erken dönemde AB olan olgularda DEHB'nin ortaya çıkması daha olasıken, ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde depresyonun eşlik etmesi beklenir (Green ve ark. 2000, Gillberg 2002).

Tik bozukluğu da AB'de son derece yaygındır. İsviçre'de yapılan bir çalışmada AB tanımlanan %80 hastada motor veya diğer tik bozukluklarının gözlemlendiği bildirilmiştir. Bu hastalarda okul döneminde yapılan çalışmada 1/5'inde Tourette sendromu görülmüştür ki bu oran genel topluma oranla oldukça yüksektir (Ringman ve ark. 2000, Gillberg 2002).

Bununla birlikte AB birçok hastada bazı kişilik bozuklukları tanı kriterlerini de karşılayan bir tablo gösterebilir. Bunlardan bazıları obsesif kompulsif kişilik, şizoid, narsisistik, paranoid, çekingen veya sınır kişilik bozukluklarıdır. AB'de katı, tekrarlayan, mükemmeliyetçi, obsesif-kompulsif fenomen vardır. Ancak hastalığa özgü bu tabloyla AB ile eş tanı olarak OKB'nin varlığını ayırmak önemlidir (Bowman 2004, Gillberg 2002).

Ayaktan hizmet verilen bir psikiyatri kliniğinde yapılan bir araştırmada çoğunluğu psikoz ve kişilik bozukluğu gibi uzun süreli takip gerektiren tanılarla izlenmekte olan hastalar otistik spektrum bozukluklarını taramaya yönelik bir anket (ASDASQ) ile değerlendirilmiş ve hastaların en az %1.4'ünde otistik spektrum bozukluğu olduğu düşünülmüştür

(Nylander ve Gillberg 2001). İngiltere'de yapılan benzeri bir çalışmada ise AB sıklığı %1.5 olarak verilmiştir (Scragg ve Shah 1993). Erişkin hastalarla çalışan psikiyatristlerin özellikle uzun takip gerektiren bozukluklarda otistik spektrum bozukluğu yönünden değerlendirme yapmaları, böylesi bir tanı ya da eş tanı durumunda klinik tablonun daha iyi anlaşılmasını sağlayacak ve tedavi kalitesini arttıracaktır (Nylander ve Gillberg 2001).

Duygudurum bozukluklarından hipomanik atakların AB'ye eşlik ettiği gözlenmiştir. Aktivitede artış, yerinde duramama, çok konuşma, uyku ihtiyacında azalma, aşırı para harcama, tehlikeyi önemsememe, sorumsuz davranışlar ve belirgin konsantrasyon güçlüğü tabloya eşlik edebilir. Ayrıca benlik saygısında artma, büyüklük sanrıları ve cinsel aktivitede artma olabilir (DeLong ve Dwyer 1988, Gillberg 2002).

Özellikle geç ergenlik ve erişkinlik döneminde sosyal becerilerdeki zayıflık, tuhaf davranışlar nedeniyle şizofreni tanısı alabilen bu olgularda aslında klasik şizofreni görülme olasılığı oldukça nadirdir (Chen ve ark. 2003)

AB'yle eş tanı gösteren diğer bir psikiyatrik bozukluk anoreksiya nervozadır. Bu hastalarda anormal yeme tutumu neredeyse kural gibidir. Yaşamın çok erken dönemlerinde anoreksiya nervozaya çok benzer yeme tutumu görülür. Bazen su içmeyi ya da sulu gıdaları reddedebilirler ve ısrarla susamadıklarını ifade edebilirler. Bazı aileler anormal yeme tutumundaki bozukluktan dolayı çok ciddi belirtilerle karşı karşıya kalabildiklerini ifade etmektedir. AB'de düşük ağırlıklı olguların fazla olması nedeniyle önce bu durumun yeme bozukluğu ile ilişkili olabileceği düşünülmüş ancak daha sonra bazı olgulardaki vücut ağırlıklarındaki düşüklüğe hiperaktivitenin neden olabileceği bildirilmiştir. Çalışmalarda AB olan kişilerin özellikle de erkeklerin vücut-kitle endeksleri %5 ve altındayken hiçbirinin yeme bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamadığı görülmüştür. Aynı zamanda stereotipik davranışlarla vücut-kitle endeksi arasında belirgin bir ilişki olmadığı ancak bu duruma hiperaktivitenin neden olduğu bildirilmiştir (Bölte ve ark. 2002, Gillberg 2002).

SONUÇ

AB görüldüğü gibi pekçok bozuklukla birliktelik

gösterebilmekte ve bu durum tanı ve tedavi konusunda dikkatli olmayı gerektirmektedir. AB tanısı ergen ve erişkin psikiyatrisinden çok çocuk psikiyatrisi kliniklerinde koyulmaktadır. Bu durum hastadaki sorunun okul öncesi döneminde aile tarafından sıklıkla fark edilmesinden kaynaklanıyor gibi görünmektedir. Ancak bu bozukluğun yaşam boyu devam etmesi ve erişkinlik döneminde yardım arayışlarının belirginleşmesi ve tanının sık değişmesi konu ile ilgili donanımların artırılması gerektiğini düşündürmektedir. AB ergen ve erişkin psikiyatri kliniklerinde nadiren düşünülen ve oldukça az konulan bir tanıdır. Bu durum sınıflandırmanın ve tanı ölçütlerinin iyi bilinmiyor olmasından kaynaklanıyor olabileceği gibi, özellikle erişkin psikiyatrisinde hastaların daha çok kesitsel belirtileri ile ele alınmalarından ve çocukluk dönemine ilişkin gelişim öykülerinin yeterli bir biçimde değerlendirilememesinden kaynaklanıyor olabilir (Özgülven ve ark. 2001). AB tanı ve ayırıcı tanısında klinik görünümün önemi düşünülürse erken gelişim öyküsünün özellikle de dil gelişimi, sosyal etkileşim, davranış ve sınırlı ilgi alanlarının iyi sorgulanmasının önemi ortaya çıkmaktadır.

Ülkemizde aktarılan erişkin AB olguları arasında da benzer sorunların yaşandığı bildirilmiştir. Sunulan olgularda da bozukluk erken dönemde

başlamasına karşın, izlenme sırasında farklı tanıları konmuştur. Aktarılan erişkin AB olgularında erken dönemde hiperaktivite, dikkat dağınıklığı, belirgin obsesif düşünceler, mental retardasyon kuşkuvarı dikkat çekicidir (Biber ve ark. 1995, Aysev 1996, Özgülven ve ark. 2001). Hastaların genç erişkinlik döneminde olmalarına rağmen bozukluğa ilişkin belirtilerin sürdüğü ve psikoz, şizoid kişilik bozukluğu ve mental retardasyon gibi farklı tanıları aldıkları görülmektedir (Chen ve ark. 2003).

AB olan kişilerin erişkin yaşta destek arayışına şiddetle gereksinim duydukları dikkate alınırsa erken dönemde tanıma, tedavi ve izlem çalışmalarının ne kadar önemli olduğu bir kez daha anlaşılmaktadır. AB'de gelişimsel sorunların yaş dönemlerine özgü farklılık göstermesi nedeniyle izlem çalışmalarına ağırlık verilmeli, bazı olguların ilk kez erişkinlik döneminde karşımıza çıkabileceği düşünülürse AB'nin erişkindeki görünümü ve ayırıcı tanısı üzerinde bilgi donanımının artırılması düşünülmelidir.

Yazışma adresi: Uz. Dr. Dilşad Foto Özdemir, Ragıp Tüzün Cad. Taşkın Sk. 18/5 Pk. 06170 Yenimahalle, Ankara, dilsad_ozdemir@yahoo.com

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (1998) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El kitabı. 4. Baskı (DSM-IV) (Çev Ed: E Köroğlu) Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- Attwood T (2002) Asperger's Syndrome: A Guide for Parents and Professionals. 12. Baskı, Philadelphia, USA.
- Aysev A (1996) Bir Asperger olgusu. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 3:22-26.
- Baron-Cohen S (1988) An assessment of violence in a young man with Asperger's syndrome. J Child Psychol Psychiatry, 29:351-360.
- Baron-Cohen S, Wheelwright S (2004) The empathy quotient: an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism, and normal sex differences. J Autism Dev Disord, 34:163-175.
- Biber B, Miral S, Baykara A ve ark. (1995) Bir yetişkin Asperger bozukluğu olgusu. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 2:82-87.
- Bowler DM, Worley K (1994) Susceptibility to social influence in adults with Asperger's syndrome: a research note. J Child Psychol Psychiatry, 35:689-697.
- Bowman EP (2004) Misdiagnosis of Asperger syndrome as personality disorder. Autism, 8:112-113.
- Bölte S, Özkar N, Poustka F (2002) Autism spectrum disorder and low body weight: is there really a systematic association? Int J Eat Disord, 31:349-351.
- Chen PS, Chen SJ, Yang YK ve ark. (2003) Asperger's disorder: a case report of repeated stealing and the collecting behaviours of an adolescent patient. Acta Psychiatr Scand, 107:73-75.
- Cull A, Chick J, Wolff S (1984) A consensual validation of schizoid personality in childhood and adult life. Br J Psychiatry, 144:646-648.
- DeLong GR, Dwyer JT (1988) Correlation of family history with specific autistic subgroups: Asperger's syndrome and bipolar affective disease. J Autism Dev Disord, 18:593-600.
- Filipek PA, Accardo PJ, Ashwal S ve ark. (2000) Practice parameter: screening and diagnosis of autism. Neurology, 55:468-479.
- Gilchrist A, Green J, Cox A ve ark. (2001) Development and current functioning in adolescents with Asperger's syndrome: A comparative study. J Child Psychol Psychiatry, 42:227-240.

Gillberg C (2002) A Guide to Asperger's syndrome. Cambridge, Cambridge University Press.

Gillberg IC, Gillberg C (1989) Asperger's syndrome: Some epidemiological considerations: a research note. J Child Psychol Psychiatry, 30:631-638.

Gökler B (1998) Asperger Bozukluğu. Temel Psikiyatri, Cilt II. C Güleğ, E Köroğlu (Ed) Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.1111-1117.

Green J, Gilchrist A, Burton D ve ark. (2000) Social and psychiatric functioning in adolescents with Asperger's syndrome compared with conduct disorder. J Autism Dev Disord, 30:279-293.

Howlin P, Asgharian A (1999) The diagnosis of autism and Asperger's syndrome: findings from a survey of 770 families. Dev Med Child Neurol, 41:834-839.

Lord C, Cook EH, Leventhal BL ve ark. (2000) Autism spectrum disorders: Review. Neuron, 28:355-363.

Nylander L, Gillberg C (2001) Screening for autism spectrum disorders in adult psychiatric out-patients: A preliminary report. Acta Psychiatr Scand, 103:428-434.

Nordin V, Gillberg C (1998) The long-term course of autistic disorders: update on follow-up studies. Acta Psychiatr Scand, 97:99-108.

Özgüven HD, Öner Ö, Ölmez Ş (2001) Erişkin bir Asperger bozukluğu olgusunun klinik ve nöropsikolojik değerlendirmesi. Türk Psikiyatri Dergisi, 12:233-240.

Piven J, Berthier ML, Starkstein SE (1990) Magnetic resonance imaging evidence for a defect of cerebral cortical development in autism. Am J Psychiatry, 147:734-739.

Ponnet KS, Roeyers H, Buysse A ve ark. (2004) Advanced mind-reading in adults with Asperger syndrome. Autism, 8:249-266.

Ringman JM, Jancovic J (2000) Occurrence of tics in Asperger's syndrome and autistic disorder. J Child Neurol, 15:394-400.

Scragg P, Shah A (1993) Prevalence of Asperger's syndrome in a secure hospital. Br J Psychiatry, 165:679-682.

Tanguay PE (2000) Pervasive developmental disorders: A 10-year review. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 39:1079-1091.

Tani P, Lindberg N, Nieminen-von Wendt T ve ark. (2003) Insomnia is a frequent finding in adults with Asperger syndrome. BMC Psychiatry, 3:12.

Tani P, Lindberg N, Nieminen-von Wendt T ve ark. (2004) Sleep in young adults with Asperger's syndrome. Neuropsychobiology, 50:147-152.

Tidmarsh L, Volkmar FR (2003) Diagnosis and epidemiology of autism spectrum disorders. Can J Psychiatry, 48:517-524.

Tsai LY (1999) Psychopharmacology in autism. Psychosom Med, 61:651-665.

Volkmar F (1999) Ask the editor. J Autism Dev Disord, 29:185-186.

Wing L (1981) Asperger's syndrome: a clinical account. Psychol Med, 11:115-130.

14. Anadolu Psikiyatri Günleri

16-19 Haziran 2005

Dedeman Otel - Kapadokya

Bilimsel Yazışma Adresi:

14. APG Düzenleme Kurulu Başkanı

Dr. Cumhur BORATAV

Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi

Tel: 0318 225 24 91 - e-posta: cboratav@superonline.com

Organizasyon:

Bestekar Sokak No: 82/8 Kavaklıdere 06680 Ankara

Tel: 0312 428 11 20 - Faks: 0312 428 82 98

e-posta: salesankara@topkon.com

www.topkon.com.tr

