

BİR OLGU ÖRNEĞİ İLE ÇOKLU KARMAŞIK GELİŞİMSEL BOZUKLUĞUN AYIRICI TANISI

Özgür Öner*, Füsun Kurtoğlu**, Efser Kerimoğlu***

ÖZET

Amaç: Kliniklerde sık karşılaşılmayan ancak tanı ve tedavide güçlük yaratan bozukluklar arasında çoklu karmaşık gelişimsel bozukluk, çocukluk şizofrenisi, başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk, tepkisel bağlanma bozukluğu, sosyal ve duygusal öğrenme güçlüğü, çocukluk çağı borderline bozukluğu yer alır. Bu yazıda bu bozuklukların bazı özelliklerine ve ayırıcı tanısına değinilecektir. **Yöntem:** Hem ilişki, hem de düşünce sorunları gösteren bir olgu sunulmuş ve ayırıcı tanısı tartışılmıştır. **Sonuç:** Bu bozuklukların ayırıcı tanısında önemli güçlükler ve bazı bozuklukların tanımlanmalarının yetersiz olduğu, belirtilerin büyük ölçüde örtüştüğü ancak bu belirtileri açıklamak için kullanılan yöntemlerin farkları gösterdiği görülmüştür. Ayrıca sık kullanılan tanısal sınıflama sistemlerinde yer almayan bozukluk tanımlamaları da bu bozukluklar için kullanılmaktadır. **Tartışma:** Özellikle ilişki sorunları, aşırı dürtüsellik, basmakalıp davranışlar ile getirilen çocuklarda ayırıcı tanı ve tedavide sorunlar vardır. Bu çocukların tanıları konulurken dikkatli olunması, yeterli kanıt elde edilene kadar izlenmesi ve ayırıcı tanıda mümkün olduğu kadar çok bozukluğun akılda tutulması gerekmektedir.

Anahtar Sözcükler: Yaygın gelişimsel bozukluk, çoklu karmaşık gelişimsel bozukluk, borderline bozukluk, şizofreni, çocuk.

SUMMARY: DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF MULTIPLE COMPLEX DEVELOPMENTAL DISORDER WITH A CASE EXAMPLE

Objective: Multiple complex developmental disorder, childhood schizophrenia, pervasive developmental disorders not otherwise specified, reactive attachment disorder, social and emotional learning disorder and juvenile borderline disorder are among disorders which are not so frequent but difficult for differential diagnosis. This article is about some special features and differential diagnosis of these disorders. **Method:** A case with both relationship and thought problems is represented and possible differential diagnoses are discussed. **Results:** There are some difficulties in differential diagnosis of these disorders, and some inconsistencies about their definition. The symptoms of these disorders overlap considerably, but there are some important methodological differences for explaining these symptoms. Some categories, which are not involved in more frequently used classification systems are used for defining these children. **Discussion:** There are some problems in differential diagnosis and treatment in children with extreme impulsivity, and relationship and thought disorders. Clinicians must be cautious when diagnosing these children, and these children must be followed-up for better clinical evidence and different diagnostic categories must be kept on mind.

Key words: pervasive developmental disorder, multiple complex developmental disorder, borderline disorder, schizophrenia, child.

GİRİŞ

Bu çalışmada günlük klinik çalışmalarda çok rastlanmayan, ancak karşılaşıldığında ayırıcı tanıda güçlük yaratan bir grup olgunun ayırıcı tanısı üzerinde durulacak ve örnek olarak kliniğe başvuran bir olgu verilecektir. Bu çocukların ortak özellikleri yaşlarına göre ilişki kurmadaki

güçlükleri, iletişim güçlükleri ve bilişsel becerilerindeki bazı kısıtlılıklardır. Ayrıca bu çocuklarda birlikte görülen diğer bozukluklara bağlı ya da alta yatan asıl bozukluğa ikincil aşırı hareketlilik, dikkat eksikliği, basmakalıp hareketler, gerçeği değerlendirmede güçlük görülebilmektedir. Bu kapsamda düşünülmesi gereken bozukluklar otistik bozukluk (OB) ve diğer yaygın gelişimsel bozukluk (YGB) alt tipleri, erken başlangıçlı şizofreni, çoklu karmaşık gelişimsel bozukluk (ÇKGB), sözel olmayan öğrenme güçlükleri ve borderline kişilik bozukluğunu içerir. Bu çalış-

* Araş. Gör. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

** Uzm. Ps., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

*** Prof. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

mada bu bozukluklar gözden geçirilerek, ayırıcı tanıdaki zorluklar ve kullanılabilir özellikler belirtilecektir.

ÇOKLU KARMAŞIK GELİŞİMSEL BOZUKLUK

Van der Gaag ve arkadaşlarına göre (1995), eğer otistik bozukluk için tüm ölçütler karşılanmazsa üç olasılık ortaya çıkar: olgu daha hafif, eşik altı bir otistik olabilir; atipik bir otistik olabilir ya da otizme özgül olmayan diğer belirtilerle birlikte giden farklı bir tanı grubuna ilişkin olabilir. Bu üçüncü grup için önerilen tanı kategorilerinden biri Cohen ve arkadaşlarının (1986) "çoklu karmaşık gelişimsel bozukluk" (multiple complex developmental disorder) adını verdikleri bir tanı kategorisidir.

Cohen ve arkadaşlarına göre (1986), ÇKGB beş yaşından önce başlar, düşüncede, duygudurumda ve ilişkilerde devamlı dalgalanmalara ve buna bağlı işlev kaybına yol açar. Bu dalgalanmalar normal çocuklardakinden çok daha fazladır ve yaygın gelişimsel bozukluk ya da otizm tanısı olan çocukların stabil durumundan oldukça farklıdır. Çocuğun gerileme davranışları haftalarca sürebilir ve sonra yaşına uygun davranışlar şekline dönüşebilir. Bu hastalardaki yüksek anksiyete düzeyi kendisini garip endişe davranışları, fobiler ya da aşırı öfke nöbetleri şeklinde gösterebilir. Kabarmış mizaç (elevated mood) saatleri ya da günleri geçmez. Bu çocuklardaki sosyal ilişki bozukluğu nitelik ve nicelik olarak otistiklerden farklıdır. Karşılıklı ilişkiye girebilirler ama oyunları kısıtlı ve tekrarlayıcıdır, hayali oyun oynarken çevrelerini hiç farketmiyor olabilirler. Düşünce bozuklukları stres durumlarında belirginleşir ve çocuğun duygu durumuyla uyumlu ya da uyumsuz olabilir.

BAŞKA TÜRLÜ ADLANDIRILAMAYAN YAYGIN GELİŞİMSEL BOZUKLUK VE OTİZM

Başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk (BTA-YGB), DSM-III R ve DSM-IV'te otistik bozukluğa (OB) benzeyen ancak yeterli sayıda ölçütü karşılamayan hastalar için kullanılan bir eşik altı tanı kategorisidir (Amerikan Psi-

kiyatri Birliği, 1994). BTA-YGB tanısı özgüllükten uzaktır çünkü OB'dan daha sık görülebilmesine karşın (Wing ve Gould 1979), dışlamalarla konan bir tanıdır ve kendine özgü ölçütleri yoktur. BTA-YGB tanısı konması için karşılıklı ilişkide, sözel ve sözel olmayan iletişimde sorunlar olması ve basmakalıp hareketler gerekmektedir. Klinikte bu tanı dağınık (dezorganize) davranışlar gösteren aşırı hareketli, dil ve öğrenme güçlüğü olan çocuklar için de kullanılabilir (Buitelaar ve ark. 1999).

BTA-YGB tanı grubuyla ilgili fazla araştırma olmamasının nedenlerinden biri olarak bu bozukluğun belli tanı ölçütlerinin bulunmaması gösterilmiştir. Bunun için genellikle geriye dönük dosya taramalarına dayanılarak yeterli özgüllük ve duyarlılıkta tanı ölçütleri geliştirilmeye çalışılmıştır. Buitelaar ve Van der Gaag'a (1998) göre BTA-YGB için klinik olarak en duyarlı ve özgül tanı DSM-IV ve ICD-10 ölçütlerine dayanan yedi ölçüt üzerinden değerlendirme yapıldığında konabilmektedir.

DİĞER YGB ALTTİPLERİ

Asperger sendromu (AS) ayrı bir bozukluk olarak DSM-IV'te kabul edilmiştir (APA 1994). Yüksek işlevli otistikler ve AS'nun ayrılması klinisyenler için zorluklar içermektedir. DSM-IV'teki otizm tanı ölçütleriyle AS tanı ölçütleri üç fark dışında aynıdır. İletişim ve hayal kurmada bozukluk ölçütünün karşılanması AS'da gerekmektedir. İkinci olarak AS'da klinik olarak belirgin konuşma gecikmesi yoktur. Örneğin iki yaşında tek tek kelimelerle, üç yaşında kısa cümlelerle konuşma vardır. Üçüncü olarak AS'da bilişsel gelişimde ya da yaşla uyumlu özbakım becerilerinde, sosyal iletişim dışındaki uyumda ve çevreyle ilgilenmede sorun yoktur (APA 1994).

Eisenmajer ve arkadaşlarına göre (1996), klinisyenler konuşma yankılaması (ekolali) gibi klasik otistik belirtileri olmayan, dil ve motor gelişimi daha normal ve arkadaş ilişkileri arayan çocuklara otizm tanısı için yeterli sayıda ölçütü karşılasalar bile AS tanısı koymaktadır. Beceri düzeyi belirtilerin ağırlığıyla tam olarak örtüşmemektedir. Bilişsel faktörler değişik alanlarda değişik etkilere yol açabilirler, örneğin yüksek işlev gösteren çocuklar daha karmaşık uğraşlar ve alış-

kanlıklar gösterebilirler.

ÇOCUKLUK ÇAĞI ŞİZOFRENİSİ VE ALT TIPLERİ

Yaygın gelişimsel bozukluk alt tipleriyle çocukluk çağı şizofrenisinin ayrıntı tanısında sorun yaratabilecek bir nokta pekçok erken başlangıçlı şizofreni olgusunda hastalık öncesi (premorbid) dönemde görülen bazı davranışsal özellikler olmasıdır. Şizofrenide hastalık öncesi farklılıklar erkeklerde daha sıktır (Done ve ark. 1994). Yapılan çalışmalarda olgularda hastalık öncesi farklılık gösterme oranının %26-87 arasında değiştiği görülmektedir (Asarnow ve Ben-Meir 1988, Watkins ve ark. 1988, Russell ve ark. 1989, Alagband-Rad ve ark. 1995). Bu dönemdeki belirtiler garip davranışlar, gelişimsel gecikme, gelişim düzeyine uygun sosyal ilişki kurmama, dil gelişiminde gecikme, akademik sorunlar ve aşırı hareketliliklerdir. Ambelas'a göre (1992) şizofreni öncesi çocuğun profili şöyledir: karışık duygusal ve davranışsal bozukluk tanısı almış, konuşma, okuma ve iletişim alanlarında sorunu olan, okula gitmeyi reddeden arkadaş ilişkileri kötü olan, evin en büyük ya da en küçük oğlan çocuğu. İlginç bir şekilde bu hastaların %26-39'unda yaşamlarının bir döneminde el çırpma, kafa vurma gibi YGB bulguları görülür (Watkins ve ark. 1988, Russell ve ark. 1989, Alagband-Rad ve ark. 1995).

ÇOK BOYUTLU BOZUKLUK

Çocukluk çağı şizofrenisi ile izlenen çocukların yaklaşık %30'unda DSM-III R şizofreni tanımına uymayan kısa psikotik belirtiler ve karmaşık gelişimsel bozukluklar bulunduğu ileri sürülmüştür ve belirtiler çok boyutlu bozukluk (ÇBB) (Multi Dimensionaly Impaired, MDI) adı altında toplanmıştır (McKenna ve ark. 1994). Bu hastaların hepsinde stres anında ortaya çıkan ve tipik olarak ayda bir ya da iki kez görülen ancak düşünce bozukluğuyla ilişkili belirtiler içermeyen kısa varsanı ve sanrılar görülmüştür. Psikotik belirtilerin işlev bozukluğu yaratmasına karşın, asıl endişe oluşturan dönemsel saldırganlık ve mizaç patlamaları olmuştur. Bu çocuklar ilişki kurmak istemelerine karşın arkadaşları tarafından reddedilirler. Gerçekle fantaziyi ayırt etme-

de zorlukları vardır (McKenna ve ark. 1994). ÇBB olguları erken başlangıçlı şizofreni olgularına göre daha fazla dikkat eksikliği ve dürtü kontrol sorunu gösterirler. Ayrıca, şizofreni olgularında görülen yaygın bilişsel bozukluklar, tuhaf (bizar) varsanı ve sanrılar bu çocuklarda bulunmaz (McKenna ve ark. 1994). Daha erken (ortalama sorun başlangıç yaşı 1.5, psikotik belirtilerin başlama yaşı 7.8) ve alevli başlangıcına karşın gidişi ve sonlanımı daha iyidir. Şizofreni olgularında olduğu gibi ailelerinde daha fazla şizofren birey bulundurulur. Bu çocuklarda hayali oyun vardır, basmakalıp hareketler yoktur, sosyal iletişimleri daha az bozulmuştur ve dil gelişimleri bozuk değildir. Bu özellikler ve iki sene izlemde bile kısa psikotik dönemlerin devam etmesiyle ÇBB olguları dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan (DEHB), AS'dan ve şizotipal kişilik bozukluğundan ayrılabilirler (McKenna ve ark 1994).

ÇOCUKLUĞUN SINIR (BORDERLINE) SENDROMU

Bu çocuklar duygusal baskı durumlarında psikotik davranışlar gösterirler ama daha güvenli ortamlarda nörotik özellikleri baskındır. Anksiyete yaratan beklentilerle karşı karşıya olduklarından farklı ve garip görünürler (Lofgren ve ark 1991).

Bemporad ve arkadaşları (1982) temel olarak beş alanda (işlevsellikte dalgalanma, anksiyetenin doğası ve içeriği, düşünce içeriği ve işlemi, kontrol eksikliği, diğer insanlarla ilişkiler) sorun olduğunu ileri sürmüşlerdir. Bu çocukların davranışlarında düşük düzeyde duygusal stres ve bozulma çevrenin güvenli hale gelmesiyle çabuk toparlanma, nörotik düşünceden psikotik düşünceye kısa geçişler, garip uğraşlar ve fantaziler görülür. İşlevsellik düzeyinin çevreye aşırı bağımlı olması sonucu çevredekiler tarafından yardım edilmezse anksiyeteden paniğe çabuk geçerler. Sabit sanrılar, varsanular ya da gerçekten kopuş yoktur ancak fantazi ve gerçek arasında düşüncede aşırı akışkanlık vardır ve gerçekliğin arasına sık sık ama geçici olarak fantaziler girer. Bu çocuklar önemsiz alanlarda aşırı bilgili, ama günlük olaylara ilgisizdirler. Gereksinimlerini karşılayan yetişkinlere yaşla uyumlu olmayan bağlanma örüntüleri vardır. Grup ortamın-

da becerilerini kullanamazlar ve bu yüzden arkadaş ilişkileri kötüdür. Anksiyeteyi saldırganlık şeklinde gösterebilirler. Tüm bu sorunlar sonucu uyum güçlüğü yaşarlar (Bemporad ve ark. 1982).

Bu belirtilerin hiç biri tanı için yeterli değildir. Lofgren ve arkadaşlarına göre (1991), bu tanı güvenilir şekilde kalsa da, bu tanıyı alanların sonraki gidişleri çok farklı olduğundan yordayıcı özelliği yoktur.

SOSYAL VE DUYGUSAL ÖĞRENME GÜÇLÜĞÜ

Sosyal ve duygusal öğrenme güçlüğü çocuklukta başlayan süregen sosyal ilişki bozukluklarının bir alt grubudur (Voeller 1997). Bu çocuklar dili iyi kullanırlar, saldırgan değillerdir ve sosyal ilişki kurmaya isteklidirler. Ancak diğer çocuklar tarafından gariptenirler ve arkadaş bulamazlar. Sosyal işaretleri ve diğer insanların farklı fikirleri olabileceğini anlayamazlar, sosyal beklentileri karşılayamazlar ve bunun sonucunda insan ilişkilerinde önceden edindikleri bilgiyi yeterli olarak kullanamazlar. Bu çocukların nöropsikolojik değerlendirmesinde matematik ve algılamada bozukluklar, dikkatte azalma, yüz ve ses ifadelerinden duygulanımı anlayamama gibi yetişkinlerde sağ beyin yarım küresi hasarlarında görülen belirtiler bulunmuştur (Rourke ve Finlayson 1978). Bu olgularda ayrıca yüz ve vücudun motor hareketlerinde güçlük ve ses tonlamasındaki sorunlar dolayısıyla robot gibi konuşma ve duygusal küntleşme görülebilir (Voeller 1986). Ancak tüm olgular bütün belirtileri bir arada göstermezler. Tanı konarken bu hastalar yüz ya da vücuttaki simetri bozuklukları, vücudun sol tarafında refleks artışı, sol parietal duyuşsal bozukluklar gibi hafif sağ yarım küre işlev bozukluğunu gösteren belirtiler yönünden araştırılmalıdır. Bu çocuklarda yaygın gelişimsel bozukluk alt tiplerinden farklı olarak basmaka-lıp hareketler yoktur (Voeller 1997).

OLGU

Altı yaşındaki, Ankara'da oturan, babası otuzdört yaşında, ortaokul mezunu, büro malzeme-leri satıcısı, annesi otuzdört yaşında ev hanımı olan erkek çocuk; anne ve babası tarafından ilk

kez 19 aylıkken doktora götürülmüştür. Bu dönemdeki yakınmalar henüz yürümemesi, sınırlı olması, yabancılara yaklaşmaması, çok az sözcük bilmesidir. Olguya kliniğimizde Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE) uygulanmıştır (Savaşır ve ark. 1994). Bu testte genel gelişimi 15-16 ay, dil-bilişsel gelişimi 17-18 ay, ince motor gelişimi 17-18 ay, kaba motor gelişimi 14-15 ay çocuklarına benzer bulunmuştur. Çocuk hastalıkları kliniği tarafından yapılan değerlendirmelerde motor gelişimini engelleyen bir soruna rastlanmamıştır. İki ay sonra AGTE yinelenmiş ve yaşıyla uyumlu bulunmuştur.

İki yıl sonra, üçbuçuk yaşında aile yeniden başvurmuştur. Bu başvuru sırasındaki yakınmalar kardeşi ile ilişkilerindeki sorunlar, anneden ayrılamama, yuvaya gitmeyi reddetme, sinirlilik ve hırçnlıktır. Bu sırada zeka testi verilmek istenen hastanın iki denemede annesinden ayrılamadığı izlenmiştir. Ayrılma anksiyetesi tanısı düşünülen olgu anneden ayrılmasının kolaylaştırılması amacıyla oyun seanslarına alınmıştır. Bu dönemde çocuğun sözcük dağarcığı oldukça gelişmiş ve hızlı bir sözelleştirme biçimi olduğu gözlenmiştir. "Seni polise vereceğim, bekçi gelip seni götüreceğim" gibi otorite simgeleriyle devamlı çevresindekileri korkutmaya çalıştığı farkedilmiştir. Oyun seansları sırasında olgunun oyununun içerik açısından fakir ve çok tekrarlayıcı olduğu görülmüştür. Bu dönemde aileye ve çevreye garip gelen hayalleri olduğu, örneğin bir sinema yıldızının karşısında oturduğunu, kendi annesinin o sinema yıldızı olduğunu, annesine oturduğu yerden kalkmasını, orada sözü edilen sinema yıldızının oturduğunu söylediği anne tarafından belirtilmiştir. Çocuğun oyun seanslarıyla eşgüdümlü olarak anne ile de görüşmeler sürdürülmüştür.

Anne ile yapılan görüşmede planlı, evliliğin ikinci yılından sonra olan bir çocuk olduğu, ultrason değerlendirmesinde bebeğin gelişiminin geri kaldığının söylenmesi üzerine annenin stresli bir gebelik dönemi geçirdiği öğrenilmiştir. Olgunun perinatal döneminde bir özellik yoktur, hastanın doğum ağırlığı 3750 gram ve doğum boyu elli santimetredir. Dördüncü aya kadar uykuları düzenli olmayan, yalnızca annenin omzunda uyuyabilen bir çocuk olduğu, bebekliğinde anne ve haladan başka fazla kişiyle ilişkisi

olmadığı, kalabalık ortamları sevmediği belirlenmiştir. İki yaşına kadar annenin ve kendisinin isteğiyle anne sütü almaya devam eden olgunun anne sütünü azaltarak kesemeyen annesi, memeyi unutmaması için bir süre onu halanın yanına gece ve gündüz bırakıp bir süre görmeme yolunu tutmuştur. Daha sonra görmek istediğinde de annenin olgu tarafından reddedildiği; anne, yenge, baba da amca diye çağırılmaya başlandığı anne tarafından belirtilmiştir. Dil gelişimi özellikle iki yaşından sonra hızlanan olgunun ilk sözcükleri oniki aylıkken başlamıştır.

Anne olgunun diğer çocuklardan farklı olarak kendisine çok fazla yapıştığını, konuşmalarının açık şekilde anlaşılmadığını, etrafı fazla incelemeyi, özellikle parkta çok korktuğunu belirtmiştir. Anne olgunun kendisine yakın olmadığını, ona sıkıntılarını anlatmadığını, ona ulaşamadığını hissettiğini belirtmiş ve onunla olan ilişkisini "beni isteklerini halleden bir araç olarak görüyor" diye tanımlamıştır. Olgunun babaya ise çok uzak olduğu, yokluğunda onu hiç aramadığı, oysa babanın da anne gibi olguya karşı oldukça koruyucu bir tutum sergilediği aile tarafından anlatılmıştır.

Anneye göre bu belirtiler etrafında sosyal ilişkide bulunacağı fazla kişinin olmaması ve hep korunup kollanan bir çocuk olmasından kaynaklanmaktaymış. Anne kendisi ve babasıyla beraberken bile onun için çok endişelenmekteymiş ve kendisini anne olarak yetersiz hissetmekteymiş. Aileden alınan bilgiye göre olgunun dayısında askerdeyken başlayan kendi kendine konuşma ve basit işleri bile becerememe yakınmaları olmuş, bu dayının oğlunda ise arkadaşlık kurmada büyük güçlük olduğu, ancak her iki bireyin de belli psikiyatrik tanuları olmadığı öğrenilmiştir.

Yapılan görüşmelerden sonra annedeki yoğun koruyucu tutumun hafiflediği görülmüştür. Ancak olguda özellikle sokakta iken yalnız başına kaldırımda yürüyememe, sol eli tutulmazsa yürüyememe gibi anksiyete belirtileri devam etmektedir. Beraberlerken hırçın davranıyor ve bırakılacağını sanıyor, örneğin anne ve kardeşi dolmuşa binerken "beni bırakmayın" diye bağırdığı öğrenilmiştir.

Kreşe üç yaşındayken başlayan olgu kendi kreşi-

ni kendisi seçmiş, kreşe yarım gün giderken bir sorun izlenmemiş, tam güne çıkıldığında sorunlar başlamıştır. Bundan sonra anneden ayrılma güçlüğü daha belirgin hale gelmiştir ve enkoprezis yakınması başlamıştır. Bu dönemde yapılan Peabody Resim Kelime Algılama testinde (Katz ve ark. 1974) yaşlılarıyla uyumlu bulunan olgu, kreş öğretmeni tarafından iletişim kuramayan, kendi kendine konuşan, el becerileri iyi olmayan, serbest oyunlara katılmayan bir çocuk olarak tanımlanmıştır. Bir ay sonraki görüşmede ise bir kıza aşık olduğu ve arkadaşları tarafından daha iyi kabul edildiği, faaliyetlere katılmaya başladığı öğretmen tarafından belirtilmiştir.

Dokuz seans oyun terapisisinden sonra anneden ayrı oyun odasına girmeye başlayan olgunun, terapiye yazın ara verilmesi sonucu hayalleri artmıştır. Hayallerinin kontrol altına alınması için haloperidol 0.04 mg/kg/gün damla olarak başlanmıştır. Bu dönemde annesi tarafından olgunun, bir televizyon dizisindeki bir taksi durağında çalıştığını söylemeye başladığı, annesi bunun bir hayal olduğunu söyleyip oyuna çevirmeye çalıştığında ise çok sinirlendiği ve gerçek olduğunu söylediği öğrenilmiştir. Aniden öfke patlamaları olan olgunun dönem dönem yaşından küçük gibi davrandığı izlenmiştir. Hayali oyunlar kuran olgunun oyunlarında çağrışımlarının çok hızlanmış ve kopuk olduğu ve bir konu üzerinde durmadığı gözlenmiştir. Olgunun önemli bir özelliğinin ise yönlendirildiğinde çok hızlı şekilde toparlayabilmesi olduğu belirlenmiştir. Bu sırada yapılan Stanford-Binet zeka testinde (Terman ve Merrill 1973) zeka bölümü 84/76 olarak bulunan ve oyunlarında bilgileri birleştirmesindeki güçlüğü ve kavram gelişimindeki yetersizliği farkedilen olgunun özel eğitime başlamasına karar verilmiştir. Olgu özel eğitime istemeyerek de olsa devam etmiş ve kavramlarında gelişme görülmüştür. Bir yıl sonra hayallerinin çok artmış olması ve haloperidolü düzenli kullanamamaları nedeniyle olguya risperidon 0.025 mg/kg/gün başlanmıştır.

Son dönem oyun seanslarında daha yönlendirilmiş şekilde giderek çağrışımlarını yavaşlatmak ve konu atlmasını engellemek amaçlanmıştır. Hala kendini güvende hissetmediği ve eli tutulmazsa yürümek istemediği, okulda arkadaşlarının kendisini oyuna almak istemedikleri belirtil-

miştir. Olgunun hayallerinin azaldığı, ancak gerçeğe hayalin ayırımında hala zorlandığı, örneğin kardeşi oyunda Robocop olunca çok korktuğu ya da bir filmde seyrettiklerinin gerçek hayatta olmayacağını düşünemediği belirtilmiştir. Bu olgunun diğer bir önemli özelliği de aldığı yoğun ilaç tedavisine, özel eğitime ve psikolojik desteğe karşın işlev düzeyinde belirgin bir düzelme olmaması, yalnızca saldırganlığında azalma görülmüştür.

TARTIŞMA

Olgudaki bulgular sınırda zeka gelişimi, hayalle gerçeği ayırt etmede güçlük, arkadaş ilişkilerinin gelişim düzeyine uygun olmaması, uygun ilişki kurma becerileri geliştiremediği için grup içinde yalnız kalması, aneden ayrılmaya karşı anksiyeteye başa çıkmak için hayalleri kullanma, kolay uyarılabilme ve öfke patlamaları şeklinde duygudurum labilitesi, konuşurken çağrışımlarda hızlanma ve kopukluk, jest ve mimiklerini iyi kullanamaması, ifadede donukluk, şekil çizerken rotasyon ve normal nörolojik muayene olarak özetlenebilir.

Bu bulgularla hastada ilk başvurusunda belirgin olarak yakınma ilişki sorunu ve konuşmasındaki gecikme iken, daha sonra konuşmasındaki anlaşılabilirlik ve devam eden ilişki sorunları ön planda görülmektedir. Otistik bozukluktaki üç esas sorun alanı ilişki bozukluğu, basmakalıp hareketler ve iletişim sorunudur (APA 1994). Ancak hastanın ilişki sorununun niteliksel olarak yaygın gelişimsel bozukluktan farklı olduğu (örneğin kreşte en sevdiği arkadaşı ve aşık olduğu bir kız var), ayrıca konuşma gelişiminin gelişimsel önemli noktalara zamanında ulaşması açısından normal olduğu izlenmiştir. Olgunun basmakalıp hareketleri yoktur, ama belli bir konuda uzun süre takılabilmektedir. Duygularını iyi ifade edebilen olgu diğer insanların da duygularını anlamaktadır ve hayali oyunu çok geliştirmiştir. Bu bulgular bizi otistik bozukluk tanısından uzaklaştırmıştır.

Olgunun ÇBB tanı özelliklerine uyan bulguları ise gerçeğe hayali ayırmasındaki güçlük, bunun stres durumlarında (örneğin ayrılık durumlarında ve kreşte) belirginleşmesi, duygulanımdaki

dalgalanmalar, ilişki kuramaması ve diğer çocuklar tarafından kabul edilmeme belirtileridir (Kumra ve ark. 1998). Basamaklıp hareketlerinin olmaması ve dil gelişiminin normal olması, başlangıç yaşı bu tanıyla uyumludur.

Başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk tanısı için Buitelaar ve arkadaşları (1999) tarafından önerilen ölçütler göz önüne alınırsa gelişimsel düzeyine uygun arkadaş ilişkileri olmaması bu tanıyla uyumludur, ancak bu olguda kendiliğinden konuşma, sosyal ve duygusal karşılıklı ilişki vardır, basmakalıp hareketler yoktur.

Olguda dil gelişiminin göreceli normal olması ve ilişki bozuklukları nedeniyle Asperger Sendromu tanısı düşünülebilir. Olgunun konuşurken jest ve mimiklerini uygun olarak kullanmaması, gelişim düzeyine uygun arkadaşlık ilişkileri kuramaması DSM-IV'teki tanı ölçütleriyle uyumludur (APA 1994). Ancak olguda basmakalıp ve yineleyici örüntüler yoktur ve Asperger olgularında çok görülmeyen bir şekilde duygu durumunda dalgalanmalar olmaktadır. Bu Asperger Sendromu tanısından uzaklaşılmasına neden olmaktadır.

Hastanın çok belirgin hayalleri, gerçeğe hayali ayırmadaki güçlüğü ve ilişki kurmadaki zorluğu, konuşmasındaki tutarsızlıklar ve çağrışımlarının hızlanması çok erken başlangıçlı bir şizofreniyi düşündürülebilir. Ancak, hastadaki bu yakınmalar üçbuçuk yaş civarında başlamıştır. Altı yaşından önce formal düşünce bozukluğuna rastlanmamaktadır (Asarnow 1994). Ayrıca hastadaki hayalleri varsanı olarak tanımlamak zordur. Çocukluk şizofrenisi ağır prognozlu ve kötü gidişli bir hastalıktır (Maziade ve ark. 1996), ancak olgunun yaklaşık üç yıllık izlemi sonucunda olgunun işlev durumunda bir kötüleşme ya da yıkım olmamıştır, hatta ilişki alanında gelişmeleri olmuştur. Bu noktalar şizofreni tanısından uzaklaşılmasına neden olmaktadır. Ancak hastanın ilişki kurmasındaki zorluklar, ilk başvuruda belirtilen yaygın gelişimsel bozukluk özellikleri ve çağrışımdaki hızlanmaları şizofreni öncesi döneme ait özellikler olarak değerlendirilebilir (Alaghand-Rad ve ark. 1995).

Ayrıntı tanıda düşünülmesi gereken bir diğer tanı çocukluğun sınır bozukluğudur. Olgunun bir-

çok özelliği (Ayrılma anksiyetesi, çabuk uyandırılabilmesi, çağrışımlarının hızlanması, anneye olan aşırı bağlılığı ve ilişki kurmasındaki sorunlar bu tanıyla uyumludur. Sınır bozukluğunun başlangıç yaşıyla ilgili tatmin edici bilgi bulunmamıştır ve üç buçuk yaş civarında bir çocuğun bu tanıyı almasının uygun olup olmadığı tartışmalıdır.

Olgunun yoğunluk ve içerik olarak garip olan korkuları (örneğin bu yaşta bir çocuğun annesi dolmuşu binerken kendisini bırakacağından korkması), belirgin duygusal değişkenliği, arkadaş ilişkilerindeki zorlukları, çağrışımlarının hızlanması, gerçek ve hayali ayırt edememesi, aklının çabuk karışabilmesi ÇKGB ile uyumludur. Bu bozukluk beş yaşından önce, %43'ü de otuz aydan önce başlar. Basmakalıp hareketler belirgin değildir (Van der Gaag ve ark. 1995). Tüm bu özellikler olguya uymaktadır. ÇBB şizofreni alt tipi olarak tanımlanırken ÇKGB ise yaygın gelişimsel bozukluk alt tipi olarak tanımlanmaktadır (Kumra ve ark. 1998, Van der Gaag ve ark. 1995). Olgunun aile öyküsünde ilişki sorunu olan bireyler olması ancak şizofreni tanısı almış bireylerin olmaması ÇKGB lehine olabilir.

Ayrımcı tanıda düşünülmesi gereken bir diğer tanı sosyal ve duygusal öğrenme güçlükleridir (Voeller 1986, 1997). Bizim olgumuzdaki ilişki zorluğu, basmakalıp hareketlerin olmaması, çizimlerdeki rotasyonlar bu tanıyı desteklemektedir. Ancak nörolojik muayenesi normaldir ve bu olgularda sık görülmeyen şekilde duygudurum labilitesi vardır. Bu tanının ne kadar yordayıcı olduğu ve yaygın gelişimsel bozukluğun alt tipi olup olmadığı belli değildir.

Olgunun öyküsünde sözü edilen annesinden ayrıldığı kısa dönem göz önünde tutularak tepkisel bağlanma bozukluğu ayrımcı tanısı düşünülebilir. Ancak olguda annesine karşı seçici bir bağlanma vardır, çocuğun ailesi tarafından temel duygusal ve fiziksel gereksinimlerinin karşılanması sürekli görmezlikten gelinmemektedir ve kalıcı bir bağlanmanın oluşmasını önler şekilde birincil bakım veren kişi sık sık değişmemiştir. Tüm bu özellikler tepkisel bağlanma bozukluğu tanısından bizi uzaklaştırmıştır.

Anneden ayrılma dönemi sonucunda olguda uyum bozukluğu olduğu düşünülebilir. Olgunun annesinden ayrılmaya karşı gösterdiği tepki

stres etkeniyle karşı karşıya kaldığı zaman ortaya çıkması beklenene göre çok daha aşırı, belirgin sıkıntı olarak yorumlanabilir. Ancak olgunun diğer bulguları (gerçekle hayali ayırt etmedeki güçlük gibi) bu tanıyla açıklanamaz ve ailenin ilk yakınmaları bu olaydan önce başlamıştır.

Bu olgumuzda en olası olarak görülen tanı ÇKGB olarak ortaya çıkmaktadır. Ancak hastanın uzun süreli izlemi gereklidir.

Yazıda bazı özellikleri açıklanan bozuklukların ve tartışılmayan bipolar bozukluğun ve şizotipal bozukluğun ayrımcı tanıda önemli olabilecek noktaları tabloda belirtilmiştir (Tablo 1). Dikkati çeken nokta duygudurumunda dalgalanmalarla kendini gösteren olgulardaki tanı karmaşasıdır. ÇKGB, sınır bozukluk ve ÇBB olgularını OB, AS, şizotipal bozukluk ve öğrenme güçlüğü olgularından ayırmakta faydalı olabilecek bu nokta, bu bozuklukların kendi içinde ayırımında faydalı değildir. ÇKGB, ÇBB ve sınır olguların gösterdiği düşünce bozukluğu belirtileri şizofreni ve bipolar afektif bozukluk ayrımcı tanılarını gerekli hale getirmektedir. Bu çocukların birçoğunda iletişimsel bozukluklar da olabileceği hatırlanursa, düşünce bozukluğunu değerlendirmenin güçlüğü daha rahat anlaşılacaktır.

AS, BTA, YGB ve sosyal ve duygusal öğrenme güçlüğü olgularının birbirinden ayırımındaki en önemli güçlük ise bu bozuklukların belirgin ve üzerinde anlaşmaya varılmış tanı ölçütlerinin olmamasıdır. OB tanısı alacak kadar ağır olmayan olgularda her üç tanı da olası görülmektedir (van der Gaag ve ark. 1995). Bu birbirine çok yakın tanımlanan gruplarla ilgili yapılan çalışmalarda yaşanan bir sorun ise önce iki grup tanımlayıp sonra onları karşılaştırma yöntemidir. Genelde sağlam temellere değil bazı kabullenmelere dayanan ayrımlarla yapılan çalışmaların neyi ölçtüğü tartışmalıdır.

SONUÇ

Tüm bu karmaşıklığa karşın, yukarıda kısaca özetlenen bozuklukların özellikleri dikkate alındığında ayrımcı tanıda ilk kullanılacak ölçütler yaş, düşünce bozukluğu ve duygudurumunda ani dalgalanmalardır. OB'u iyi ayıran bir özellik de bu çocukların ilişki kurmaya hiç istekli olma-

Tablo 1: Karmaşık gelişimsel bozuklukların ayırıcı tanısında kullanılacak özellikler (- o özelliğin olmadığını, + bazen olduğunu, + + + çok belirgin olduğunu göstermektedir.) (Bu tablo Bemporad ve ark. (1982), Carlson ve ark. 1983, Cohen ve ark. (1986), Voeller (1986) Russel ve ark (1989), Ambelas A (1992), Mayes ve rk. (1993), Amerikan Psikiyatri Birliği (1994), Alaghand-Rad ve ark. (1995), Szatmari ve ark. (1995), Van der Gaag ve ark. (1995), Eisenmajer ve ark. (1996), Olin ve ark. (1997), Voeller (1997), Buitelaar ve Van der Gaag (1998), Kumra ve ark. (1998), Buitelaar ve ark. (1999) kaynaklarından derlenmiştir.)

Bozukluk	Sözel İletişim Sorunu	Sözel olmayan iletişim Sorunu	İlişki kurma isteği	İlişki sorunu	Basmakalıp örüntüler	Başlangıç yaşı	Düşünce bozukluğu	Varsanı	Duygudurum düzenlenmesi
ÇKGB	-	-	+ (yüzeysel, kısıtlı empati, yetişkinlere asılma)	+	-	5 yaşından küçük, %43 3 yaşından küçük	+	++	Daha labil, yoğun anksiyete
Otistik Bozukluk	+++	+++	--	+++	+++	Her zaman üçten küçük	Normal populasyon sıklığında	Normal populasyon sıklığında	Göreceli olarak stabil
YGB-BTA	+ (miş gibi oyunun daha sık +)	+	+	+	+ (otizmde daralmış ilgi alanı daha belirgin)	%80 üç yaşından küçük	Normal populasyon sıklığında	Normal populasyon sıklığında	Göreceli olarak stabil
Asperger Sendromu	-(%43 +, ses tonlamasında hatalar daha çok)	+	+ (kendi sınırlı ilgi alanlarına uygun)	+	+ (daha çok tekrarlayıcı sorular, biriktirme)	OB'dan daha geç tanınır	Normal populasyon sıklığında	Normal populasyon sıklığında	Göreceli olarak stabil
ÇBB	+ (dil gelişiminde)	-	+	+	+ (erken geçici YGB belirtileri)	Sorunların başlama yaşı ort. 1,5, psikotik belirtiler için 7,8.	+	++	labil, günlük dalgalanmalar
Şizofreni	+ (dil gelişiminde gecikme)	?	+	+ (gelişim düzeyine uygun değil)	+ (%26-39 YGB belirtileri +)	Genelde altıdan sonra, premorbid özellikler sık	+++ (açık psikoz durumunda)	+++ (açık psikoz durumunda)	labil
Borderline Kişiliği Bozukluğu	-	-	+	+ (Aşırı bağımlılık, arkadaşlığı devam ettirememesi)	?		+	++	Çok labil (Anksiyete çok belirgin)
BAB	-	-	+	+ (dürtüsellik sonucu sorunlar)	-	genelde 9 yaşından sonra	+	+	Çok labil, bu daha uzun süreli
Şizotipal kişilik bozukluğu	+ (tam olarak enkoheren olmada garip)	+ (göz temasından kaçınabilirler)	+ (ilişki kurma isteği çok belirgin olmayabilir)	+	-	genelde ergenlikte?	Büyüsel düşünce vardır, ancak bu sanrısaldır değil	Bazen tanıdıkları kişilerin seslerini duyabilirler.	Dalgalanmalar olabilir, ama göreceli olarak stabildir.
Sosyal ve duygusal öğrenme güçlüğü	+ (robot gibi konuşma)	+	+	+	-	?	-	-	genelde stabil, saldırganlık ve öfke patlamaları nadiren var

malarıdır. Oysa AS ve BTA-YGB gruplarında beceriksizce de olsa bir ilişki kurma isteği vardır. Düşünce bozukluğu içeren bozukluklar genelde daha geç, beş altı yaş dolaylarında başlamaktadır. Belirgin düşünce bozukluğu olan ancak psikoz tanısı almayan olgularda ÇKGB, ÇBB ve sınır bozukluk tanılarına yönelinmelidir. Psikoz düşünülen olgularda ise şizofreni ve BAB ayrımı yapmak çocuklarda çok zordur. AS, öğrenme güçlüğü ve şizotipal kişiliği ayırt etmek zor görünmektedir. Bunun nedeni aynı bozukluğun alt tipleri olmaları olabilir.

Tüm bu karmaşıklığın aydınlanması için daha nesnel temellerle ayrılmış grupları sonuç, nöropsikiyatrik bulgular, fenomenoloji ve tedaviye yanıt farkları yönünden karşılaştıran çalışmalara gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

Alagband-Rad J, McKenna K, Gordon CT, Albus Ke, Hamburger SD, Rumsey JM, Frazier JA, Lenane MC, Rapoport JL (1995) Childhood-onset schizophrenia: the severity of premorbid course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:1273-1283.

Ambelas A (1992) Preschizophrenics: adding to the evidence, sharpening the focus. *Br J Psychiatry* 160: 401-404.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) *Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, dördüncü baskı, E. Köroğlu (Çev. ed), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995.*

Asarnow JB ve Ben-Meir S (1988) Children with schizophrenia spectrum and depressive disorders: a comparative study of premorbid adjustment, onset pattern and severity of impairment. *J Child Psychol Psychiatry* 29:477-488.

Asarnow JR (1994) Annotation: childhood-onset schizophrenia. *J Child Psychol Psychiatry* 35:1345-1371.

Bemporad JR, Smith HF, Hanson G, Cichetti D (1982) Borderline syndromes in childhood: criteria for diagnosis. *Am J Psychiatry* 139:596-602.

Buitelaar JK ve Van der Gaag (1998) Diagnostic rules for children with PDD-Nos and multiple complex developmental disorder. *J Child Psychol Psychiatry* 39:911-919.

Buitelaar JK, Van der Gaag, Klin A, Volkmar F (1999) Exploring the boundaries of pervasive developmental disorder not otherwise specified: analyses of data from

DSM-IV autistic disorder field trial. *J Autism Dev Disord* 29:33-43.

Carlson GA (1983) *Bipolar affective disorders in childhood and adolescence. Affective Disorders in Childhood and Adolescence: An Update, DP Cantwell ve G Carlson (Ed), New York, Spectrum Publications.*

Cohen DJ, Towbin Ke., Mayes L, Volkmar FR (1986) Issues in the classification of pervasive and other developmental disorders: toward DSM-IV. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 25:213-220.

Done DJ, Crow TL, Johnstone Ec, Sacker A (1994) Childhood antecedents of schizophrenia and affective illness: social adjustments at ages 7 and 11. *Br Med J* 309:599-603.

Eisenmajer R, Prior M, Leekam S, Wing L, Gould J, Welham M, Ong B (1996) Comparison of clinical symptoms in autism and Asperger's disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 35:1523-1531.

Katz J, Öner N, Demir N, Uludağ P (1974) A Turkish Picture Vocabulary. *Hacettepe Bull Social Sciences Humanities*, 6:129-142.

Kumra S, Jacobsen LK, Lenan M, Zahn TP, Wiggs E, Alagband-Rad J, Castellanos FX, Frazier JA, McKenna K, Gordon CT, Smith A, Hamburger S, Rapoport JL (1998) "Multidimensionally impaired disorder": is it a variant of very early onset schizophrenia? *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37:91-99.

Lofgren DP, Bemporad J, King J, Lindem K, O'Driscoll G (1991) A prospective follow-up study of so-called borderline children. *Am J Psychiatry* 148:1541-1547.

Mayes L, Volkmar F, Hooks M, Cicchetti D (1993) Differentiating pervasive developmental disorder not otherwise specified from autism and language disorders. *J Autism Dev Disord* 23:79-90.

Maziade M, Gingras N, Rodrigue C, Bouchard S, Cardinal A, Gauthier B, Tremblay G Cote S, Fournier C, Boutin P, Hamel M, Roy Ma, Martinez M, Merette C (1996) Long-term stability of diagnosis and symptom dimensions in a systematic sample of patients with onset of schizophrenia in childhood and early adolescence 1: nosology, sex and age of onset. *Br J Psychiatry* 169:361-370.

McKenna K, Gordon Ct, Lenane M, Kaysen D, Fahey K, Rapoport JL (1994) Looking for childhood onset schizophrenia: the first 71 cases screened. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33:636-644.

Olin SS, Raine A, Cannon TD, Parnas J, Schulsinger F, Mednick SA (1997) Childhood behavior precursors of schizotypal personality disorder. *Schizophrenia Bull* 23:93-103.

Rourke BP, Finlayson MAJ (1978) Neuropsychological

ÖNER VE ARK.

significance of variations in patterns of academic performance: verbal and visual-spatial abilities. *J Abnorm Child Psychol* 6:121-133.

Russel AT, Bott L, Sammons C (1989) The phenomenology of schizophrenia occurring in childhood. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28:399-407.

Savaşır I, Sezgin N, Erol N (1994) *Ankara Gelişim Tarama Envanteri Elkitabı*, Ankara, Rekmay Ltd. Şirketi.

Szatmari P, Archer L, Fisman S, Streiner DL, Wilson F (1995) Asperger's syndrome and autism: differences in behavior, cognition and adaptive functioning. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:1662-1671.

Terman LM ve Merrill MA (1973) *Stanford-Binet Intelligence Scale: 1927 Norms Edition*. Houghton Mufflin Company.

Van der Gaag R, Buitelaar J, Van den Ban E, Bezemer

M, Njio L, van Engeland H (1995) A controlled multivariate chart review of multiple complex developmental disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 34:1096-1106.

Voeller KKS (1986) Right hemisphere deficit syndrome in children. *Am J Psychiatry* 143:1004-1009.

Voeller KKS (1997) Social and emotional learning disabilities. *Behavioral Neurology and Neuropsychology içinde*; (Ferbberg TE ve Farah MJ ed), McGraw-Hill, New York, s:795-801.

Watkins JM, Asarnow RF, Tanguay PE (1988) Symptom development in childhood onset schizophrenia. *J Child Psychiatry* 29:865-878.

Wing L ve Gould J (1979) Severe impairments of social interaction and associated abnormalities in children: epidemiology and classification. *J Autism Dev Disord* 9:11-29.

5. ERGEN GÜNLERİ GENÇLİK, KİMLİK VE İDEOLOJİ

TARİH: 23-25 KASIM 2000

YER: KUŞADASI KORUMAR OTEL

DÜZENLEME:

ADNAN MENDERES ÜNİVERSİTESİ

Tıp Fakültesi Psikiyatri AD ve

ADÜ-GENÇ

BİLGİ İÇİN:

Tel: 0 256 2124078 - 403

E-mail: adugenc@superonline.com