

## OTİSTİK BOZUKLUKTA TANI KOYMA VE BELİRTİ DAĞILIMI

Melda Akçakın\*

Efser Kerimoğlu\*\*

Erken bebeklik otizminin 1943 yılında Kanner tarafından tanımlanmasından bu yana, bu konuda pek çok çalışma yapılmıştır. Kanner ilk yayınından 28 yıl sonra 1971 yılında yayınlanan bir çalışmasında, bu süre içinde en iyi gelişmenin tanı ölçütlerinde olduğunu bildirmiştir (9). 1971 yılından bu yana geçen 20 yılı aşkın süre içinde de, otizm biraz daha anlaşılacakla beraber, gene en iyi gelişmenin tanı ölçütlerinde olduğu söylenebilir. Bu süre içinde klinisyenler tarafından tanı koymada yaygın olarak kullanılmaya başlanan DSM III (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) (3) ve DSM III-R (4) yayınlanmıştır. Araştırmalarda ortak tanı ölçütlerine göre çocuklar değerlendirilip araştırmaların karşılaştırılmasında kolaylık sağlanmıştır. Ancak tanı konurken, birbirinden çok farklı özelliklere sahip çocuklarla da karşılaşmaktadır. Bu nedenle sınıflandırma sistemlerinin gözden geçirilmesi sırasında, otizmin alt gruplara ayrılmasıyla ilgili çalışmalar yapılmaktadır (17,22). Bu düzenlemeler otistik çocuklar hakkında daha ayrıntılı bilgiler elde edilmesini sağlayacaktır.

Kliniğimizin kurucusu Prof. Dr. Mualla Öztürk'ün özel ilgi alanlarından biri de otistik çocuklar olduğu için (13,14,15), bizim için otistik çocukların hep ayrı bir yeri ve ayrıcalığı olmuştur.

Kliniğimizde, 1980'li yıllara kadar otistik çocuklarda tanı koyarken Kanner'in vakalarında tanımladığı özellikleri dikkate alır ve klinik değerlendirmeye önem veririz. DSM III (3) ve DSM III-R (4) yayın-

---

\* A.Ü. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Otistik Çocuklar Tedavi ve Araştırma Merkezi  
Yrd. Doç .Dr. Kl. Psikolog

\*\* A.Ü. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Otistik Çocuklar Tedavi ve Araştırma Merkezi  
Prof. Dr. Çocuk Psikiyatristi

Hacettepe Üniversitesi ve GATA Çocuk Psikiyatrisi Bölümlerine işbirliklerinden dolayı teşekkür ederiz.

Geliş Tarihi : 12 Mart 1993

Kabul Tarihi : 28 Mayıs 1993

landıktan sonra, bu sınıflandırma sisteminin, otizmle ilgili tanı ölçütleri, tanı koymamızda klinik değerlendirmeye ilaveten temel bir dayanak noktası oldu. Bu tür çocukları değerlendirirken zamanı daha ekonomik kullanma amacıyla yarı yapılandırılmış bir görüşme çizelgesi de hazırladık. Bu çizelgede demografik özellikler, farkedilme yaşı, tanının ne zaman konduğu, önceki tedavi, eğitim, gebelik ve doğum öyküsü, erken gelişimi, kullandığı ilaç gibi genel bilgilerin yanısıra, DSM III-R otistik bozukluk tanı ölçütlerine de yer verildi. Ayrıca klinik gözlemlerimizden ve bu konuda geliştirilmiş ölçeklerden yararlanarak (16,28) geliştirdiğimiz 27 maddelik bir Ek Belirti Listesi de bu görüşme çizelgesinde yer aldı (2).

Çalışmanın amaçlarından biri, otistik bozukluk gösteren grubumuzun DSM III-R (4) ve yukarıda anılan görüşme çizelgesinde yer alan Ek Belirti Listesine göre, belirti dağılımını incelemektir. Bunun yanısıra, değişik zekâ düzeyinde olduğu düşünülen otistik çocukların belirtileri karşılaştırılarak, zekâ düzeyi farklı olanların belirtilerinde de fark olup olmadığı araştırılacaktır. Ayrıca, değişik eğitim düzeyindeki ailelerin, çocuklarının belirtilerini farketme ve bir çocuk psikiyatrisi kliniğine götürme yaşları incelenecektir.

1991 yılı başında, kliniğimize bağlı Otistik Çocuklar Tedavi ve Araştırma Merkezi kuruldu. Merkezin kitle iletişim araçlarında tanıtım ve Ankara'daki çocuk psikiyatrisi klinikleriyle yoğun işbirliği sonucunda, son 2 yılda çok sayıda otistik çocuk kliniğimizde değerlendirildi. Araştırmanın bir diğer amacı da, kliniğimizin kuruluşundan, bu merkezin açılışına kadar geçen 14 yıllık sürede tanı konan 44 çocukla, merkezin kuruluşundan sonraki 2 yılda değerlendirilen 75 çocuk, cinsiyet oranı, anababa eğitimi, yürüme ve ilk kelimelerini söyleme yaşları yönünden karşılaştırılarak, otistik grubumuzda, bu değişkenler yönünden bir değişiklik olup olmadığını incelemektir.

## YÖNTEM

### Denekler :

Deneklerimiz, yüksek fonksiyonlu 25, zeka kusuru olmayan 18 ve zeka özürlü olduğu düşünülen 21 denekten oluştu.

1 — Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı'na Ocak 1976 tarihinden Ocak 1993 sonuna kadar getirilen çocuklardan 119'una DSM III-R (4) tanı ölçütlerine göre, otistik bozukluk

tanısı konmuştur. 119 denekten 31'ine zekâ testi uygulanabilmiştir. 25 çocuğun zeka bölümünün (ZB) 50-119 arasında değiştiği, 17'sinin ise, ZB'ü 60'ın üstünde bulunmuştur. Test uygulanabilen diğer 6 çocuğun ZB'ünün ise 31-47 arasında değiştiği saptanmıştır. Zekâ testi olarak çoğunlukla Stanford-Binet (L-M) (23), 3 çocuğa ise Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği (WISC ya da WISC-R) uygulanmıştır (20,27). Bazı yazarlar tarafından ZB'ü 70'in üstünde olan çocuklar yüksek fonksiyonlu otistikler olarak değerlendirilmektedir (5,6). Bu sınırı 60'a kadar indiren yazarlar da vardır (26). Bizim grubumuzda, ZB 50-59 arasında olan ve özel alt sınıfa giden çocuklar içinde de kendiliğinden okuma yazma öğrenen, güzel resim yapan, öğretmenleri tarafında da sınıf arkadaşlarından daha çabuk öğrendikleri belirtilen çocuklar vardır. Bu nedenlerden dolayı, gerçek zekâ potansiyellerinin, zekâ testinde gösterdikleri performanstan daha iyi olduğu düşünülmektedir. Bu yüzden bu çalışmada ZB 50-119 arasında değişen 25 çocuk yüksek fonksiyonlu olarak değerlendirilmiştir.

2 — Otistik çocukların isim listesinden, klinik olarak zekâ özür-lü olmadığı düşünülen çocuklar seçildi. Bu seçim yapılırken, otistik biçimde konuşma (ekolali, zamir karıştırma v.s), sözcük dağarcığı zenginliği, kolay öğrenme, resim, müzik ya da boz-yap konusunda becerisi olma özelliklerine dikkat edildi.

3 — Aynı yolla, zekâ özürlü olduğu düşünülen çocuklar belirlendi. Bu çocuklar, sözcük dağarcıklarının kısıtlı olması, bir çok defa yinelenen kavramları öğrenememe, herhangi bir beceri gözlenmeme ölçütlerine göre seçildi.

Bu 2 grup çocuğun seçimi için, diğer bir klinisyenin de zekâ düzeyleri konusunda düşüncesi alındı. Bu çocuklar Otistik Çocuklar Tedavi ve Araştırma Merkezinin bireysel-grup tedavi programlarında olduklarından, özellikleri iyi bilinen çocuklardı. 2 klinisyenin aynı kanaati paylaştığı 18 çocuk zekâ özürlü olmayan grubu, 21 çocuk da zekâ özürlü olan grubu oluşturdu. Bu 2 gruptaki çocukların hiç biri koo-pere olmadığından zekâ testi uygulanamadı.

Araştırmamızın amaçlarından biri de farklı eğitim düzeyindeki anababaların çocuklarındaki bozukluğu farketme ve kliniğe getirme yaşlarını karşılaştırmaktır. Bu amaçla, ana babaların eğitim düzeyi gözden geçirildi. Anne ya da babadan birinin, 75 ailede yüksek okul, 32 ailede ortaokul ya da lise, 12 ailede de ilkokul mezunu olduğu belirlendi. Bu aileler de farklı eğitim düzeylerini temsil ettiler.

### İşlem :

Tüm denekler, Akçakın ve ark. (2) tarafından geliştirilen, DSM III-R (4) otistik bozukluk tanı ölçütlerini de içeren yarı yapılandırılmış görüşme çizelgesiyle, aile görüşmesi yapılarak değerlendirildiler. DSM III-R'da, otistik bozukluk tanısı koymak için, yaş ölçütünün dışında 16, Ek Belirti Listesinde de 27 madde vardır. Bu araştırmada, var olan belirtiler «1», olmayanlar da «0» olarak puanlandı. Tanı koymayla ilgili daha ayrıntılı bilgiye bir diğer çalışmada yer verilmiştir (1).

### BULGULAR

Tablo I'de otistik grubumuzun (N : 119) DSM III-R (4) tanı ölçütlerinin yüzdeleri verilmiştir. Oyun kuramama (% 96) ve arkadaş ilişkilerine kayıtsızlık (% 95), hemen hemen grubun tamamında gözlenmiştir. Buna karşın rituel (% 23), aynılık tutkusu (% 34), nesnelere bazı bölümleriyle uğraş (% 53), ses tonunu ayarlamada güçlük (% 55) daha seyrek görülmüştür. Diğer belirtileri ise, grubun % 65'inden daha fazlası göstermiştir.

Ek belirtilere bakıldığında (Tablo II), zaman zaman içine kapanma ve ulaşılama (% 81), bazı sesleri işitmez gibi tepki vermeme (% 78), aşırı hareketlilik (% 76), sevimli bulunma (% 55), evet-hayır kelimelerini kullanmama (% 56), durdurulamayan ağlamalar (% 51), müzik dinlemede ısrar (% 51) en sık görülen belirtilerdir.

Tablo III'de bu çalışmada yüksek fonksiyonlu olarak kabul edilen 25 çocuğun zekâ testi bulguları verilmiştir. 8 çocuğun ZB 50-59, 4 çocuğun 60-69, 3 çocuğun 70-79 ve 10 çocuğun 80-119 arasında bulunmuştur. Bu çocukların eğitim durumlarına bakıldığında ZB'ü 50-59 arasında olanların, 3'ü normal eğitime (ilkokul), 5'i özel alt sınıf eğitimine (ilkokullarda bulunan eğitilebilir-hafif derecede zekâ özürü çocukların devam ettiği sınıflar) devam etmektedir. ZB'ü 60-69 arasında olanlar arasında 3'ü normal eğitime, 1'i anaokuluna, ZB'ü 70-79 arası olanların 2'si normal okula, 1'i anaokuluna devam etmektedir. ZB'ü 80-119 arasında olanların ise, 6'sı normal okula, 4'ü henüz anaokuluna gitmektedir. Zekâ özürü olmadığı düşünülen grubun ise (Tablo IV) 6'sının normal okulda, 2 sinin özel eğitimde (öğretilbilir-orta derecede zekâ özürü çocuklara eğitim veren özel eğitim okulları), 5'inin anaokulunda olduğu, 4'ünün herhangi bir eğitim programına devam etmediği, 1'inin ise şu anda eğitim durumunun bilinmediği görülmüştür.

Tablo I : DSM III-R (1987) Tanı Ölçütlerinin Görülme Yüzdeleri

<b>A — Karşılıklı Sosyal Etkileşimde Bozukluk</b>		
1 — Diğer kimselerin varlığının ya da duygularının farkında olamama		% 84
2 — Sıkıntılı olduğunda rahatlamayı aramama yada anormal arayış içinde olma		% 66
3 — Taklit yapabilmeme zorluk ya da bozuk biçimde taklit etme		% 91
4 — Oyun kuramama		% 96
5 — Arkadaş ilişkilerinde bozukluk		% 95
<b>B — Sözel ve Sözel Olmayan İletişimde Bozukluk</b>		
1 — İletişimin olmaması		% 87
2 — Sözel olmayan iletişimde bozukluk		% 85
3 — Hayal gücünün olmaması		% 86
4 — Ses tonunu ayarlamada bozukluk		% 55
5 — Yineleyici konuşma ya da zamirleri karıştırma		% 76
6 — Konuşmayı başlatma ya da sürdürmede güçlük		% 71
<b>C — Davranış Repertuarı ve İlgilerinde Dikkati Çekici Kısıtlılık</b>		
1 — Stereotipik vücut hareketleri		% 81
2 — Nesnelerin bazı bölümleriyle ısrarlı uğraşma		% 53
3 — Çevredeki değişikliğe tepki		% 34
4 — Bir takım ayrıntılarda, bir dizi rutini yapmada sebepsiz yere ısrar etme		% 23
5 — Daralmış bir ilgi alanıyla uğraşma		% 66

Zekâ özürlü olduğu düşünülen grupta 14 çocuğun özel eğitimde olduğu, 7 çocuğun ise, herhangi bir eğitim faaliyetine katılmadığı belirlenmiştir.

Çocuklarda kliniğimize getirilme ve şu andaki yaşlarına göre değerlendirildiklerinde (Tablo V) 3 grup arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $X^2 : 2.462, p > 0.05$ ;  $X^2 : 2.358, p > 0.05$ ).

Yüksek fonksiyonlu, zekâ özürlü olmadığı ve zekâ özürlü olduğu düşünülen 3 grup otistik çocuk, DSM III-R (4) otistik bozukluk tanı ölçütlerine göre, tek yönlü varyans analiziyle incelenmiştir. Üç grubun, DSM III-R dan aldıkları puan ortalamaları arasındaki fark,  $F(2, 61) : 4.8995, p < 0.05$  ile anlamlı bulunmuştur. Üç grubun puan ortalamaları incelendiğinde yüksek fonksiyonlu olanların 12.04; zekâ kusurlu olmayanların 12.37; zekâ kusurlu olanların ise 10.52 olarak saptanmıştır. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını anlayabilmek için, ortalamalar arası farklar Duncan testiyle incelenmiştir. Zekâ kusurlu otistik

Tablo II : Ek Belirtilerin Yüzdeleri

1 — Aşırı hareketlilik	% 76
2 — Hipotonik hal	% 34
3 — Uğuldama	% 34
4 — Somutlaştırma	% 14
5 — Dönen objeler	% 59
6 — Kendinin dönmesi	% 39
7 — Balerin gibi yürüme	% 16
8 — Belleğin şaşırtıcı olması	% 39
9 — Bazı seslere tepki vermeme	% 78
10 — Zaman zaman içine kapanma	% 81
11 — Müzik konusunda ısrar	% 51
12 — Mekanik aletlere ilgi	% 49
13 — Düzgün olmayan şeylere öfke	% 36
14 — Başkaları tarafından sevimli ve güzel bulunma	% 55
15 — Başka insanları rahatsız etme	% 29
16 — «Evet - Hayır» sözcüklerini kullanmama	% 56
17 — Bir sözcüğü başka bir sözcük yerine kullanma	% 13
18 — Cansız şeyleri tercih	% 44
19 — Durdurulamayan ağlamalar	% 51
20 — Herhangi bir konuya saplantı	
21 — Cisimlerin yüzeylerini yoklama	% 21
22 — Dokunulmaya ve tutulmaya tepki	% 39
23 — Bilgi konusunda çevresini şaşırtma	% 35
24 — Acıya, ağrıya tepkisizlik	% 39
25 — İşine yaramayacak kelimeler öğrenme	% 12
26 — Telaffuz kusuru	
27 — Çevredeki herhangi bir şeyin bütününe değil de küçük bir bölümüne dikkat etme	% 19

Tablo III : Zeka Testi Uygulanan Çocukların ZB Sonuçları ve Eğitim Durumları

ZB	50-59	60-69	70-79	80-119
N	8	4	3	10
Normal Eğitim	3	3	2	6
Özel alt sınıf	5	—	—	—
Anaokulu	—	1	1	4

Tablo V : Çocukların Klinikte Değerlendirme Yaşı\* ve Şimdiki Yaşları\*\*  
Çocukların Eğitim Durumları

	Ger i Olmayan	Ger i Olan
Normal Okul	6	—
Özel Eğitim	2	14
Anaokulu	5	—
Hiçbirşey Yapılmayan	4	7
Bilinmeyen	1	—

Tablo V : Çocukların Klinikte Değerlendirme Yaşı\* ve Şimdiki Yaşları\*\*

	Değerlendirme Yaşı		N	Şimdiki Yaşı		N
	5 y. öncesi	6 yaş +		7 yaş ön.	8 yaş +	
ZB > 50	13	12	25	7	18	25
Zekâ Özürü olmayan	5	13	18	5	13	18
Zekâ Özürü olan	9	12	21	10	11	21

\*X<sup>2</sup> : 1.462, p > 0.05; \*\*X<sup>2</sup> : 2.358 p > 0.05

çocukların DSM III-R tanı ölçütlerinde diğer 2 gruba göre daha düşük ortalama puan aldıkları (p < 0.05) bulunmuştur.

Üç grup otistik çocuk, Ek Belirti Listesi puanlarına göre karşılaştırıldıklarında puan ortalamaları arasındaki farkın, F (2 ve 61); 11.8648, p < 0.01 ile anlamlı olduğu saptanmıştır. Puan ortalamaları incelendiğinde, yüksek fonksiyonlu olanların 13.24; zekâ kusuru olmayanların 13.89; ve zekâ kusurlu olanların 8.90 olarak bulunmuştur. Farkın hangi gruptan kaynaklandığını belirleyebilmek için ortalamalar arası farklar Duncan testi ile incelenmiştir. Zekâ kusurlu otistik çocukların, Ek Belirti Listesinden de daha düşük ortalama puan aldıkları (p < 0.05) saptanmıştır.

Ayrıca değişik eğitim düzeylerindeki ailelerin (ilk. orta-lise, yüksek okul) çocuklarının farklı olduğunun farkına varma ve çocuklarını çocuk psikiyatrisine götürme yaşları incelendiğinde, değişik eğitim düzeyindeki aileler arasında hem çocuklarındaki belirtilerin farkına varma, hem de kliniğe götürme yaşlarının benzer olduğu görüldü. F (2 ve 116), 0.2040, p > 0.05; F (2 ve 116), 0.8538, p > 0.05). Ortalamalar incelendiğinde yükseköğretim mezunu aileler  $\bar{X}$  : 2.7, orta-lise mezunu olan

ailelerin  $\bar{X}$  : 2.6 ve ilkokul mezunu ailelerin  $\bar{X}$  : 2.6 yaşında çocuklarının farklı olduğunu anladıkları bulundu. Çocuklarını kliniğe götürme yaşı ortalamasına bakıldığında sırayla  $\bar{X}$  : 3.9,  $\bar{X}$  : 4.2,  $\bar{X}$  : 4.2 olduğu görüldü.

Araştırmanın bir diğer amacı, Otistik Çocuklar Tedavi ve Araştırma Merkezi'nin kuruluşundan sonra son iki yıldır getirilen otistik çocuklarla N : 75, kliniğimizin kuruluşundan, bu merkezin açılışına kadar geçen 14 yıllık sürede getirilen otistik çocukları (N : 44) karşılaştırarak otistik grubumuzun özelliklerinde değişme olup olmadığını incelemektir. Bu amaçla, 1976-1990 arası otistik bozukluk tanısı konan çocuklarla, 1991 - 1992 yılları arasında tanı konan çocuklar cinsiyet oranları yönünden karşılaştırılmıştır. Tablo VI'da izlendiği gibi, kız çocuk sayısında azalma yönelimi görülmekle beraber, iki grup arasında cinsiyet dağılımı yönünden anlamlı fark bulunmamıştır.  $\chi^2$  : 1.2398,  $p > 0.05$ ).

Tablo VI : Otistik Çocukların Cinsiyete Göre Dağılımı:

	E	K	N	Oran
1976 - 1990	34 % 77.27	10 % 22.73	44	3.4 : 1
1991 - 1992	64 % 85.33	11 % 14.67	75	5.3 : 1
Genel	98 % 82.35	21 % 17.66	119	4.7 : 1

$\chi^2$  : 1.2398,  $p > 0.05$

1976 - 1990 ve 1991 - 1992 yılları arasında gelen çocukların anne ve babalarının eğitim düzeyleri karşılaştırıldığında (Tablo VII) ilkokul mezunu anne sayısında artış gözlenmekle beraber, iki grup çocuğun annelerinin eğitim düzeyi yönünden fark saptanmamıştır ( $\chi^2$  : 2.3608,  $p > 0.05$ ). Babaların eğitim düzeyi incelendiğinde, 1991 - 1992 yılları arasında getirilen çocukların babalarının arasında ilkokul mezunu olan baba sayısında, 1976 - 1990 arasında gelenlere göre anlamlı bir artış olduğu görülmüştür ( $\chi^2$  : 6.2187,  $p < 0.05$ ).

Tablo VIII de, 1976 - 1990 arasında getirilen çocuklarla, 1991 - 1992 yılları arasında getirilen çocukların yürüme ve ilk kelimelerini söyleme yaşları karşılaştırılmıştır. Hem yürüme hem de dil gelişimi yönünden iki grup arasında benzerlik olduğu görülmüştür ( $\chi^2$  : 0.134,  $p > 0.05$ ;  $\chi^2$  : 0.014,  $p > 0.05$ ).



Tablo VII : Otistik Çocukların Anne\* ve Babalarının\*\* Eğitim Düzeyi

	Eğitimi yok ya da İlkokul		Orta - Lise		Üniversite	
	Ana	Baba	Ana	Baba	Ana	Baba
1975 - 1990	8	1	20	13	16	30
1991 - 1992	23	13	27	21	25	41

\*X<sup>2</sup> : 2.3608, p> 0.05; \*\*X<sup>2</sup> : 6.2187, p< 0.05

Tablo VIII : Çocukların Yürüme\* ve İlk Kelimelerini\*\* Söyleme Yaşları

	Yürüme			Konuşma		
	Zam. (24 ay)	Geç (25 ay +)	N	Zam. (36 ay)	Geç (36 ay)	N
1976 - 1990	40	3	43 <sup>a</sup>	28	15	43 <sup>a</sup>
1991 - 1992	71	4	75	48	27	27

\* X<sup>2</sup> : 0.134, p>0.05; \*\* X<sup>2</sup> : 0.014, p>0.05

a Bir çocuk bilinmiyor

## TARTIŞMA

Otistik çocukların DSM III-R (4) tanı ölçütlerine göre (Tablo I) otistik belirtileri gösterme yüzdeleri incelendiğinde, daha önce grubun ilk 44 deneğiyle yapılmış olan çalışmadaki DSM III-R belirti dağılımıyla çok benzerlik gösterdiği görülmektedir (2). Grubumuzun, çok sayıda belirtisi olan bir otistik çocuk grubu olduğu görülmektedir.

Ek Belirti Listesine bakıldığında da, iki belirti (hipotonik hal ve somutlaştırma) dışında, önceki çalışma sonuçlarıyla benzerlik gösterdiği dikkati çekmektedir (2). Bu iki belirtide ise azalma görülmüştür. Tüm maddelerde olduğu gibi, bu belirtiler de örneklerle anlatıldığı halde iyi anlaşılammış olabilir, ya da gerçekten bu grupta daha seyrek olabilir.

DSM III-R tanı ölçütleri incelendiğinde, konuşmayı değerlendirmeye yönelik soruların (ses tonunu ayarlama, ekolalik konuşma ve spontan konuşma), konuşması çok az olan ya da hiç konuşmayan çocukları değerlendirebilmesinin çok güç olduğu görülmüştür. Diğer

bir deyişle, konuşmayan ya da az konuşan çocuklarda bu maddeler işlemlenemekte, konuşmayan çocuklar 16 yerine 13 maddede değerlendirilebilmektedir. Ek Belirti Listesi'nde de benzer bir sorun vardır. Bu listede de iki madde (16. ve 17. maddeler) doğrudan konuşmayla ilgilidir. Bu sonuçlar, konuşmayan otistiklerin değerlendirilmesinde daha da özenli olunmasını ve belki de bu grup için ilave maddeler geliştirilmesi gereğini düşündürmektedir.

Tablo III incelendiğinde, yüksek fonksiyonlu olarak kabul edilen çocukların hafif derecede zekâ geriliğinden, parlak normallere kadar geniş bir ranj içinde oldukları görülmüştür. Klinik değerlendirmede, hafif derecede zekâ özürlü grup içinde yer alan çocukların bir kısmının, diğer otistik olmayan zekâ özürülülerden öğrenme konusunda farklı özelliklere sahip olduğu izlenimi edinilmiştir.

Rutter ve Schopler (19), otistik çocuklarda gecikmeden çok, bir sapmanın söz konusu olduğunu bildirirler. Yazarlar da bu kanıyı paylaştıklarından, elimizde var olan zekâ testleriyle, otistik çocukların gerçek zekâlarını ölçmenin zor olduğunu düşünmektedirler. Ancak okul öncesi otistik çocukların zekâ testi sonuçlarıyla, okul yaşlarında uygulanan test sonuçları arasında tutarlılık bulunduğu, yüksek bir korelasyon olduğunu bildiren yayınlar da vardır (7,11,12).

Araştırmada hem DSM III-R'in otistik tanı ölçütlerinden ve hem de Ek Belirti Listesi'nden alınan puan ortalamalarının, yüksek fonksiyonlu otistiklerle, zekâ kusuru olmayanları, zekâ kusurlu otistiklerden ayırdedebildiği görülmüştür. Zekâ özürlü olmayan çocuklarla zekâ özürlü olan çocuklar arasında belirti sayısı açısından fark çıkmasına yaş değişkeninin neden olabileceği düşünüldüğünden, çocukların kliniğimizde ilk değerlendirme yaşları da incelenmiş, üç grup arasında bir fark olmadığı görülmüştür.

Ayrıca, yüksek fonksiyonlu olarak değerlendirilen grupla, klinik olarak zekâ özürlü olmadığı düşünülen grubun hem DSM III-R, hem de Ek Belirti Listesi'nin puan ortalamalarının hemen hemen aynı olması dikkati çekmektedir. Bu da, zekâ özürlü olmadığı düşünülen grubun, klinik olarak iyi değerlendirildiğinin bir göstergesidir.

ICD 9 ve DSM III-R sistemlerinde yüksek fonksiyonlu otistiklerin tanımlanmadığı ya da tanı ölçütlerinin olmadığı bilinmektedir. DSM III-R'a göre, klinisyenin hafif-orta-ağır olarak hastalığın ağırlığını gösterebileceği belirtilmekteyse de, bu, klinisyenin öznel yargısına bağlı ol-

duğundan yanlı bulunmaktadır. Bu nedenle de araştırmacıların, yüksek fonksiyonlu otistik çocuklarla ilgili çalışmalarda bu değerlendirmeyi kullanmadıkları bildirilmiştir. Yüksek fonksiyonlu otistik çocuklar için, tanı ölçütleri ile ilgili öneriler üzerinde çalışılmaktadır (24).

Bu araştırmada, yüksek fonksiyonlu ve zekâ özürülü olmadığı düşünülen grupların, DSM III-R ve Ek Belirti Listesi'nde, zekâ özürülü olduğu düşünülen gruba göre ortalama puanlarının daha yüksek bulunması, klinik değerlendirmede, zekâ özürü olmayanlarla zekâ özürülü olan otistik çocukları ayırdetmede kolaylık sağlayacağını düşündürmektedir.

Bazı çalışmalarda, normal zekâlı ve zekâ özürülü otistik çocukların davranışlarında farklılıklar olduğu, zekâ özürülülerin değişmeye daha dirençli oldukları, tuhaf nesnelere bağlılık gösterdikleri, yeni durumlarda uyum güçlükleri olduğu, kendilerine zarar verici davranışlar gösterdikleri, el stereotipileri olduğu, buna karşın, normal zekâlı otistiklerin ise ritüellerinin daha fazla olduğu bildirilmiştir (6). Bizim çalışmada, tek tek maddeler karşılaştırılarak analiz yapılmamıştır. Ancak DSM III-R tanı ölçütlerinde, zekâ özürülülerin, sıkıntılı olduklarında rahatlamayı aramayıp, stereotipi yapma yönelimlerinin daha fazla olduğu görülmüştür. Yüksek fonksiyonlu otistik çocuklar ise, Ek Belirtiler de, belleğinin olağanüstü yanları olma, sevimli bulunma, herhangi bir konuya saplantısı olma, bilgi ve yeteneği konusunda çevresindekileri şaşırtma, günlük dilde işine yaramayacak sözcükler öğrenme özelliklerini zekâ özürülü çocuklardan daha fazla göstermişlerdir. Zekâ özürülü çocuklar arasında ise uğuldamaya (anlamsız, acaip ses çıkarma) daha sık rastlanmıştır.

Klinik olarak daha çok belirtisi olan otistiklerin renkli vakalar olduğunu, pırıltılı özellikler taşıdıklarını gözlüyoruz. Tuhaf ritüeller, aynılık tutkuları gibi belirtilerin, şaşırtıcı bellek gücü gibi özelliklerin ortaya çıkması için, belirgin bir zekâ potansiyelinin olması gerektiği düşünülmektedir.

Otizm'de erken tanı çok önemlidir. Bu nedenle, ailelerin çocuklarında bir farklılık olduğunu anlama yaşları ve kliniğe getirme yaşları incelenmiştir. İlk, orta-lise ve yüksek okul mezunu aileler, çocuklarındaki farklılığı çok benzer bir biçimde 2,5 yaşında anladıklarını bildirmişlerdir. Ancak çocuk psikiyatrisine bir yıldan biraz daha geç başvurdukları görülmüştür. Üç eğitim düzeyi arasında anlamlı fark bulunamamak-

la beraber yüksek okul mezunu ailelerin biraz daha erken başvurdukları dikkati çekmektedir. Bu açıdan eğitim düzeyinin önemli olduğu ve bunun yanı sıra ailelerin bu konuda bilgilendirilmesi gereği düşünülmüştür. Short ve Schopler (21) de ailelerin % 76'sının çocukları 24 aylıkken, % 18'inin ise, 36 aylıkken farkına vardıklarını bildirmişlerdir. Bizim grubumuz da farkına varma yönünden ABD'de yapılan bu çalışma grubuyla paralellik göstermektedir.

Kliniğimize 1976 - 1990 arası gelen 44 otistik çocuğun demografik özellikleri daha önce yayınlanmış, otistik çocukların eğitim düzeyi yönünden daha üst sosyo kültürel düzeyden geldikleri, motor gelişmelerinin sınır-normal zekâlı çocuklarla, dil gelişmelerinin de hafif-orta derecede zekâ özürü çocuklarla benzerlik gösterdiği bulunmuştur (2).

Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada nöroloji kliniğine ya da nöroloji uzmanlarına başvuran bir otistik grubun ise, bizim otistik gruptan farklı olarak yarısının 3,5 yaşından sonra yürüdüğü, 3 yaşını geçtikleri halde çoğunun konuşmadığı bildirilmiştir (25). Bu bulgular, bizim grubumuzun çoğunun yüksek fonksiyonlu otistik çocuklardan oluştuğu kuşkusunu uyandırmıştır.

Kliniğimize bağlı Otistik Çocuklar Tedavi ve Araştırma Merkezi açıldıktan sonra, merkezin ve otizmin kitle iletişim araçlarında tanıtımını yapıldığından ve o sıralarda «Yağmur Adam» filminin de gündemde olması, otizmin daha çok tanınmasına yol açtı. Türkiye'nin her yerinden, küçük yerleşim birimlerinden başvuran çok sayıda çocuk değerlendirdik. Otistik çocuk sayımızda artış olduğundan, önceki çalışmadan elde edilen sonuçlarda değişiklik olup olmadığı incelendiğinde, 1976 - 1990 ile 1991 - 1992 yılları arasında gelen çocukların cinsiyet oranlarının, yürüme, dil gelişmelerinin birbirine benzediği bulunmuştur. Bu sonuçlar, çocuk psikiyatrisi ve çocuk nörolojisine götürülen otistik çocukların birbirlerinden farklı alt gruplar olabileceğini düşündürmektedir. Ayrıca, çocuk nörolojisinde yapılan bu çalışmanın denek sayısının (N : 16) azlığı da bu sonuca yol açmış olabilir.

Son iki yılda başvuran çocukların anne baba eğitiminde farklılık olup olmadığına bakıldığında, hem annelerde hem de babalarda ilköğretim mezunu olanlarda artış olduğu görülmüştür. Ancak sadece babaların eğitim düzeyinde anlamlı fark bulunmuştur. Otistik bozukluğun her sosyo-kültürel düzeyde görüldüğü (29) ancak kliniklere daha çok

üst sosyo-kültürel düzeydeki ailelerin başvurduğu bir çok çalışmada gösterilmiştir (2,10,18). Otizmin tanıtımı ve anababaların bu konuda bilinçlendirilmesiyle, giderek üst sosyo-kültürel düzey lehindeki bu durumun değişeceği tahmin edilmektedir.

Otistik bozukluk gösteren çocukların geniş bir yelpazede yer aldığı, özellikle son yıllarda giderek daha fazla vurgulanmaya başlanmıştır (8). Bundan sonraki çalışmalarda, otistik çocukların genel özelliklerinin yanısıra, alt gruplarının birbirleriyle karşılaştırılmasında yarar olduğu, böylece otizm hakkında daha ayrıntılı bilgilere sahip olacağımız düşünülmektedir.

### ÖZET

Bu araştırmada, 119 otistik bozukluk tanısı konmuş çocuğun DSM III-R ve daha önce geliştirilmiş olan otistik çocuklar için Ek Belirti Listesine göre, belirti dağılımları incelenmiştir. Bu grup içinde yüksek fonksiyonlu olan 25, klinik olarak zekâ kusuru olmayan 18 ve zekâ kusuru olan 21 denek belirtileri yönünden karşılaştırılmıştır. Ayrıca farklı eğitim düzeyindeki ailelerin çocuklarındaki farklılığı anlama ve kliniğe götürme yaşları incelenmiştir.

Bunun yanısıra, kliniğimizin kuruluşundan itibaren 14 yılda gelen otistik çocuklarla son iki yılda gelen otistik çocuklar cinsiyet oranı, anne-baba eğitimi, motor ve dil gelişimi yönünden karşılaştırılmışlardır.

Yüksek fonksiyonlu otistik çocuklarla zekâ özürlü olmayan otistik çocukların, zekâ özürlü olan otistik çocuklardan daha fazla belirti gösterdikleri saptanmıştır. Çocuklarındaki farklılığı anlama ve çocuk psikiyatrisi kliniğine başvurma yönünden farklı eğitim düzeylerindeki aileler arasında benzerlik görülmüştür. Kliniğimize ilk 14 yılda getirilen otistik çocuklarla son iki yılda getirilenlerin, cinsiyet oranı, motor ve dil gelişimi yönünden benzer oldukları bulunmuştur. Sadece son iki yılda getirilen çocukların babaları arasında ilkökul mezunu olanlarda artış olduğu belirlenmiştir.

Anahtar kelimeler : Otizm, yüksek fonksiyon, belirti dağılımı.

## SUMMARY

### Diagnosis of Autism and the Distribution of Symptoms

In this research, the distribution of symptoms of 119 children who were diagnosed as autism according to DSM III-R (4) and Additional Symptom List were investigated. In this group, 25 high functioning 18 clinically normal IQ and 21 clinically mentally handicapped children were compared according to their symptoms. Also, the age at which the symptoms were identified and age of admission were compared according to different SES. In addition, the children who were admitted to our clinic for 14 years, beginning with the foundation of our clinic and children who were admitted for the last two years were compared according to sex ratio, parent education, child motor and language development.

The results show that, clinically mentally handicapped group had fewer number symptoms than the other two groups. There were no significant differences in different SES groups, in relation to the age of which the symptom were identified and age of admission. Also, there were no difference in the group who were admitted to our clinic for 14 years and for the last two years in relation to language and motor development. The only difference between these two groups is that the education level of fathers in the group who were admitted for the last two years is lower.

Key Words : Autism, high - functioning, distribution of symptoms

## KAYNAKLAR

1. Akçakın M : Normal eğitim gören otistik çocuklarla özel eğitim gören otistik çocukların karşılaştırıldığı bir izleme çalışması. Türk Psikoloji Dergisi, 8 (29) : 3-9, 1993.
2. Akçakın M Polat S Kerimoğlu E : Otistik ve Zekâ özürü çocukların demografik ve doğumla ilgili özellikler yönünden karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi, 4 (1) : 39-46, 1993.
3. American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Washington DC, APA, 1980.
4. American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders 3. baskı gözden geçirilmiş, Washington DC, APA, 1987.

5. Asarnow RF Tanguay PE Bott L ve ark : Pattern of intellectual functioning in non-retarded autistic and schizophrenic children. *J. Child Psychol Psyhiat.*, 28 (2) : 273-280, 1987.
6. Bartak I Rutter M : Differences between mentally retarded and mentally intelligent autistic children. *J. Aut and Childhood Schizohrenia*, 6 : 109-120, 1976.
7. De Meyer MK Barton S Alpern GD ve ark : The measured intelligence of autistic children *J. Aut and Childhood Schizohrenia*, 4 : 42-60, 1974.
8. Gillberg CL : The Emanuel Miller memorial lecture : Autism and autistic-like conditions : Subclasses among disorders of empathy. *J. Child Psychol psychiat*, 33 (5) : 813-842, 1992.
9. Kanner L : Foldown-up study of eleven autistic children originally reported in 1943 *J. Aut and Childhood Schizohrenia*, 1 : 119-145, 1971.
10. Kolvin I Quinsted C Richardson M ve ark : The Family and social background in childhood psychosis. *Br J Psychiatry*, 118 : 396-402, 1971.
11. Lockyer L Rutter M : A five to fifteen-year follow up study of infantile psychosis : III. Psychological aspects *Br. J Psychiatry*, 115 : 865-882, 1969.
12. Lord C Schopler E : Stability of assesment results of autistic and non autistic language-impaired children from preschool years to early school age. *J Child psychol psychiat*, 30 (4) : 575-590, 1989.
13. Öztürk M : Bir erken bebeklik otizminin anne yoluyla tedavisi, *Nöro Psikiyatri Arşivi*, XIII : 81-100, 1976.
14. Öztürk M : Çocukluk çağı ruhsal sorunları ve bozuklukları, çocukluk psikozları. *Ruhsağı ve Bozuklukları*, M O Öztürk, Ankara Nuroloji matbaacılık, 1988, s. 376-379.
15. Öztürk M Akçakın M Aslan B : Psikotik bir çocuğun oyun terapi sürecinden örnekler. *Ankara Tıp Bülteni*, 10 (sayı 3'e ek) 51-60, 1988.
16. Rimland B : The Differentiation of childhood psychoses : An analsis of checklist for 2218 psychotic Children. *J. Aut and Childhood Schizohrenia*, 1 : 161-174, 1971.
17. Rutter M : Annotation : Child psychiatric disorders in ICD-10. *J Child psychol psychiat*, 1989, 30 (4) : 499-513.
18. Rutter M Lockyer LA : Five to fifteen year fallow up study of infantile Psychosis : Description of sample. *Br J Psyhiatry*, 113 : 1169-1182, 1967.
19. Rutter M Schopler E : Autism and pervasive developmental disorders : Concepts and diagnostic issues. *J Autism Dev Disord*, 17 : 159-186, 1987.
20. Savaşır I Şahin N Wechsler çocuklar için zekâ ölçęi (WISC-R). Ankara, Milli Eğitim Basımevi, 1988.

21. Short B Schopler E : Factors relating to age to onset in autism J Autism Dev Disord, 18 (2) : 207-216, 1988.
22. Siegel B : Toward DSM IV : A Developmental approach to autistic disorder. Psychiatric Clinics North America, 14 (1) : 53-68, 1991.
23. Terman LM Merrill MA : Stanford-Binet intelligence scale. Boston, Houghton Mifflin Company, 1973.
24. Tsai LY :Diagnostic Issues in high-functioning autism. High-functioning individuals with autism, E Schopler, GB Mesibov (Ed), New York, Plenum Press, s. 31-36, 1992.
25. Vanlı L Yalaz K Renda Y : Infantil otizmde davranışsal ve nörolojik boyutlar : Bir grup otistik çocuk üzerinde değerlendirme. Çocuk Hastalıkları Dergisi, 3 (4) : 152-156, 1989.
26. Venter A Lord C Schopler E : A follow-up study of high functioning autistic children J Child psychol psychiat, 33 (3) : 489-507, 1992.
27. Wechsler D : Manual for the Wechsler intelligence scale for children. New York, Psychological coparation, 1949.
28. Wing L : The handicaps of autistic children-A Comparative study. J Child Psychol Psychiat, 10 : 245-258, 1969.
29. Wing L : Childhood autism and social class : A question of selection. Br J Psychiatry, 137 : 410-417, 1980.