

Şizotipal Kişilik Bozukluğu ile Otizm Spektrum Bozukluklarının Ayırıcı Tanısı: Bir Olgu Sunumu



Psik. Buket ÜNVER¹, Dr. Özgür ÖNER, Dr. Pınar YURTBAŞI^{1,2}

ÖZET

Şizotipal kişilik bozukluğu, yakın ilişkilerde birdenbire rahatsızlık duyma ve yakın ilişkilere girebilme becerisinde azalma, toplumsal ve kişiler arası yetersizliklerin yanı sıra, bilişsel ya da algısal çarpıklıkların ve alışlagelenin dışında davranışlarla karakterizedir. Şizotipal kişilik bozukluğu, uygunsuz ve kısıtlı duygulanım, yakın arkadaşın olmaması, sosyal alanda yaşanan yetersizlik gibi belirtileriyle otizm spektrum bozukluklarında (OSB) görülen sosyal sorunlarla örtüşmektedir. Her iki bozuklukta benzer belirtilerin görülmesi ayırıcı tanıyı zorlaştırmaktadır. Bu yazıda şizotipal kişilik bozukluğu ön tanılı ergen olgusu ele alınarak ayırıcı tanı tartışılmıştır. Bununla birlikte olguda acayip görünüm, büyüsel düşünceler ve alınma fikirleri şizotipal kişilik bozukluğunu düşündürürken; 2 yaşında göz teması kurmuyor olması, yalnız başına kalmayı ve oynamayı tercih etmesi ve 4 yaşında çocuk psikiyatrisine başvurulması otizm spektrum bozukluğunu düşündürmektedir. Yapılan psikolojik değerlendirmelerde Wechsler Çocuklar için Zekâ Ölçeği – Gözden Geçirilmiş Formu (WÇZÖ-G) profilinin otizmlili çocuklarla uyumlu olması, Şizotipal Kişilik Ölçeği'ne göre hastanın anksiyete, yakın arkadaşın olmaması, kısıtlı duygulanım gibi belirtilerine karşılık gelen kişiler arası şizotipi kategorisinde yer alması OSB'nin iletişim yetersizliğiyle örtüşüyor görülmektedir. Bu olguda, otizm ile ilgili en önemli gelişmelerden birisi olan otizm ve şizofreninin ayırımının, her iki bozukluğun da birer yelpaze olarak ele alınması ile birlikte, özellikle daha az tipik olgularda sanıldığı kadar açık olmayabileceği görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Şizotipal kişilik bozukluğu, otizm spektrum bozuklukları, ayırıcı tanı

SUMMARY

Differential Diagnosis Between Schizotypal Personality Disorder and Autism Spectrum Disorders: A Case Report

Schizotypal personality disorder is characterized by social and interpersonal deficits marked by discomfort with, and reduced capacity for, close relationships as well as by cognitive or perceptual distortions and eccentricities of behavior. Inappropriate or constricted affect, reduced capacity for relationships, lack of close friends and reduced capacity for social life are the symptoms that overlap both schizotypal personality disorder and autism spectrum disorders. The making of differential diagnosis may be difficult since several symptoms are similar between these disorders. In this study, we discussed the differential diagnosis issues on the basis of an adolescent case. Odd appearance, magical thoughts, reference thoughts suggests Schizotypal Personality Disorder whereas lack of eye contact at 2 years old, a preference to be isolated and play alone and referral to a child psychiatrist at 4 years old suggest Autism Spectrum Disorders. Based on the results of psychological assessment, Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised (WISC-R) profile is compatible with autistic children's profiles. Based on Schizotypal Personality Questionnaire, the patient's anxiety, lack of close friends, constricted affect symptoms which take place in the category of interpersonal schizotypy seems to overlap with lack of communication of Autism Spectrum Disorders. This case report indicates that, separation of autism and schizophrenia, a very important historical breakthrough in autism research, may be blurred in cases with less typical clinical pictures representing autistic and schizophrenic "spectrum" diagnosis.

Key Words: Schizotypal personality disorder, autism spectrum disorders, differential diagnosis

Geliş Tarihi: 11.09.2012 - **Kabul Tarihi:** 26.08.2013

¹Psik., ²Doç., ³Doç., Çocuk ve Ergen, Psikiyatri Kl., Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara.

Psik., Buket Ünver, e-posta: buketaltuk@gmail.com

GİRİŞ

Kanner, otizm terimini Bleuler'in şizofreni tanımındaki içe kapanma tarifine uyan çocuklar için kullanmıştır (1943). Ancak, daha sonra Rutter (1972), otizm ve şizofreninin farklı bozukluklar olduğunu belirtmiştir. Bu tarihten itibaren birçok çalışmada şizofreni ve otizm arasındaki benzerlikler ve farklılıklar incelenmiştir. Şizofreni riski olan olgularda sosyal sorunlar yaşandığı, bilişsel farklılıklar olduğu ve otizm belirtileri görüldüğü bilinmektedir (Watkins ve ark. 1988, Karakaya ve ark. 2007).

Şizotipal kişilik bozukluğu (ŞKB), A kümesi kişilik bozukluklarından olup, şizofreni yelpazesi içinde yer almaktadır. Son dönemlerde, ŞKB ile otizm spektrum bozukluklarının (OSB) benzerlik ve farklılıklarının incelendiği çalışmalar yayınlanmıştır (Barneveld ve ark. 2011, Hurst ve ark. 2007, Konstantareas ve Hewitt 2001, Sheitman ve ark. 2004). Tanısal sınıflamalara göre, sosyal işlevsellikte yetersizlik her iki bozukluk için ortak bir alan olarak değerlendirilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000). Diğerleriyle paylaşmada ve sosyal ilişkilerde kısıtlılık, iletişim sorunları, sınırlı ve zaman zaman tuhaf olabilen ilgiler, değişime dirençli olma ve uyarıcılara anormal tepkiler verme otizm yelpazesinde yaygın olarak görülen davranışlardır. ŞKB ise hezeyan düzeyinde olmamakla birlikte alınma düşünceleri, garip inanışlar, alışılmadık dışında algısal deneyimler, garip konuşma, paranoid düşünceler ve bunlarla ilişkili sosyal kaygılar, uygunsuz ya da kısıtlı duygudurum, garip ya da eksantrik görünüm/davranışlar ve yakın arkadaşların olmaması ile karakterizedir. ŞKB, yaştan ve cinsiyetten bağımsız olarak 3 faktörden oluşmaktadır: (i) bilişsel-algısal şizotipi, (ii) kişiler arası şizotipi, (iii) dezorganize şizotipi (Raine ve ark. 1994). Bilişsel-algısal şizotipi, alınma düşünceleri, garip inanış/büyüsel düşünce, sıradışı algısal yaşantı ve şüphecilik belirtilerinin çoğunlukta olduğu kategoriye ifade ederken; kişiler arası şizotipi, aşırı sosyal anksiyete, yakın arkadaş yokluğu, kısıtlı duygulanım ve şüphecilik belirtilerini içermektedir. Dezorganize şizotipi ise garip davranış ve garip konuşma belirtilerinin çoğunlukta olduğu kategoridir. ŞKB olan ergenlerle, sağlıklı ve diğer kişilik bozuklukları olan ergenlerin otizm belirtileri açısından karşılaştırıldığı bir çalışmada, ŞKB olan ergenlerde sosyal işlev bozukluğunun, alışılmadık ilgi alanlarının ve davranışların anlamlı düzeyde daha sık görüldüğü ortaya konmuştur (Esterberg ve ark. 2008). OSB olan bireylerde ŞKB belirtilerinin faktör analizinin incelendiği bir çalışmada ise OSB olgularında negatif, pozitif ve dezorganize ŞKB belirtilerinin sıklıkla görüldüğü saptanmıştır. Buna göre otistik özelliklerin negatif belirtiler ile binişikliğinin %31-%46, pozitif belirtiler ile %14, dezorganize belirtiler ile %13-%19 aralığında olduğu belirtilmiştir (Barneveld ve ark. 2011). Bir başka çalışmada ise Asperger Bozukluğu (AB) ve ŞKB arasındaki en güçlü ilişkinin sosyal ilişki sorunları alanında olduğu gösterilmiştir (Hurst ve ark. 2007). Sonuç olarak, az sayıda da olsa, şu ana

kadarki çalışmalar ŞKB ve OSB belirtileri arasında ilişki olduğunu göstermektedir. Sözü edilen ilişkinin, kişiler arası ilişki bakımından kişiler arası şizotipi ve OSB arasında en belirgin olduğu düşünülmektedir.

Bunun yanında ŞKB ve OSB arasında farklılıklar da bulunmaktadır. Sosyal beceri alanına bakıldığında ŞKB ölçütlerinde paranoid korkularla ilişkili olarak sosyal kaygı yer alırken, OSB'de böyle bir ölçüt bulunmamaktadır. İletişim alanında belirsiz, çevresel ve metaforik konuşmaların tümü, garip konuşma olarak ŞKB'nin ölçütleri arasındayken; OSB'nin ölçütlerinde sosyal ilişkide karşılıklılığın ve ortak dikkatin olmaması gibi sözel olmayan iletişim sorunları yer almaktadır. Tekrarlayıcı-kısıtlı davranış alanı ŞKB'de sözel davranış (basmakalıp düşünme ve konuşma) içerirken; OSB'de davranış, ilgi ve aktivitelerde basmakalıp, tekrarlayıcı, kalıplaşmış bir örüntü söz konusudur (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000, Hurst ve ark. 2007).

Özellikle ergenlerde ŞKB tanısının nasıl konulacağı ve tanının zaman içinde sabit kalıp kalmadığı tartışmalı olmakla birlikte, DSM-IV-TR'de kişilik bozuklukları "ergenlikte belirgin hale gelen, kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süregiden bir davranış ve iç yaşantı örüntüsü" olarak tanımlanmaktadır. Buna göre ŞKB tanısı ergenlerde de konulabilmektedir. ŞKB-OSB ayrımı önemlidir çünkü bu iki durumun gidişi ve tedavileri arasında farklılıklar bulunmaktadır. Ayrıca, bu bozukluklar arasındaki benzerlikler ve farklılıklar genel olarak şizofreni yelpazesi ve otizm yelpazesi arasındaki ilişkinin anlaşılması açısından da önemlidir. ŞKB ile OSB arasındaki ilişkinin daha iyi açıklanabilmesi amacıyla aşağıdaki olgu sunulmuştur.

Olgunun sunumu

ME, 13 yaşında, erkek hasta, yedinci sınıf öğrencisi. Kliniğe okulda asayla dolaşma, mantar satma, okula leopar desenli tayt ve terlik giyinerek gitme, penisinin fotoğrafını çekip masaüstü görüntüsü yapma gibi dağınık davranışlar; saldırgan davranış nöbetleri, aşırı ve denetlenemeyen öfke hali, anneye şiddet uygulama, okul başarısında düşme, okula devam etmek istememe nedeniyle başvurulmuştur. Daha önce başka kurumlarda farklı ön tanımlar düşünülen ve tedaviler uygulanan hastanın ayırıcı tanısının yapılması ve öfke nöbetlerinin ayaktan tedavide kontrol edilememesi nedeniyle yatışı uygun görülmüştür.

Gelişim ve hastalık öyküsü

ME, 2 yaşında adıyla çağrıldığında bakıyor, fakat göz teması kurmuyormuş. Kendiliğinden oyun başlatmaz, oyuncak bebekleriyle oynamayı severmiş, ancak oyunları sembolik olmaktan öte tekrarlayıcı ve kısıtlı karakterdeymiş. 4 yaşında anaokuluna giden ME grup çalışmalarına katılmaz, yemek ve

uyku saatleri gibi ortak hareket edilmesi gereken durumlara ayak uyduramaz, yalnız başına kalmayı ve legolarıyla oynamayı tercih etmiş. Beş yaşında anneye inatlaşma, kız oyuncaklarıyla oynama ve anneyi taklit ederek makyaj malzemeleri kullanma yakınmaları; anne ve babanın ayrılma sürecinde çocuğa nasıl davranılması gerektiğini öğrenmek istemesi nedeniyle ilk kez psikiyatriye kliniğine başvurulmuş. Dokuz ay boyunca belirli aralıklarla yapılan görüşme, test ve kontrol sürecinden sonra ana sınıfının ikinci döneminde hareketlilik yakınmaları nedeniyle hastaya dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konmuş ve metilfenidat (5 mg) önerilmiş. 1 yıl kadar metilfenidat kullanan hastanın ilaçtan fayda görmediği belirtilmiştir.

ME, bir gecekondu mahallesinde okula başladığında arkadaş ilişkileri kurmak istemiş fakat sosyal becerileri iyi olmadığı için (uygun olmayan şekilde yakınlık kurma girişimleri, çok az kişi ile ilişki kurabilme, öfke nöbetleri, sohbeti sürdürmememe, kısıtlı ilgi alanı dışındaki konularda diğer insanlarla ilişki kuramama) arkadaşları aralarına almazmış. Arkadaşları tarafından “sen aptalsın” denilerek dışlanmış. ME 1. sınıfın 1. döneminde okumayı öğrenmiş. Annesinin ifade ettiğine göre ders çalışırken dikkatini toplayamazmış. İkinci sınıfa geçen ME sevmediği için arkadaşlarından şiddet görmüş ve bunun üzerine annesi okulunu değiştirmiş. İkinci sınıfta annesi hastayı kontrole götürdüğünde hastanın metilfenidat tedavisinden fayda görmemesi üzerine metilfenidat kesilmiş. Hasta 2. sınıfın yaz tatilinde özellikle istekleri yapılmadığında anneye vurmaya başlamış. Örneğin, hasta bir kırtasiyeye girip bebek oyuncaklardan almak için tutturmuş, annesi ise almayacağını söyleyerek dışarı çıkmış ve hastanın gelmesini beklemiş. Hasta yaklaşık 1 saat sonra dükkândan öfkeyle çıkıp annesinin yanına gelmiş ve kafasını yere vurmuş, daha sonra da anneye vurmuş. Yaz tatilinden sonra okula başladığında arkadaşlarının kendisini dışlamasından dolayı okula gitmek istememiş. Hastanın 3. sınıfta balkondan atlamak istemesi, küfür etme davranışının ve taşkınlık durumunun artış göstermesi üzerine psikiyatri merkezine başvurulmuş ve risperidon 0,5 mg ile fluoksetin 20 mg başlanmıştır. Tedaviden kısmi yarar gören hasta, ilacın yan etkilerinden dolayı ilacı bırakmış, daha sonra hastanın şikâyetleri artmış. Bunun üzerine başka bir merkeze başvuran hastaya sertralin 50 mg ve risperidon 2 mg başlanmıştır. Bu tedavi sonrası taşkınlık düzeyi artan hasta için bipolar bozukluk düşünülerek olanzapin 10 mg başlanmıştır ve sonrasında valproik asit eklenmiştir. Ancak nefes darlığı ve karın ağrısını ilacın yan etkileri şeklinde yorumlayan anne ilacı kesmiş ve risperidona devam etmiştir. ME'nin dördüncü sınıfa geçtiğinde öfkeli olması, annesine vurması ve sık sık arkadaşlarıyla kavga etmesi nedeniyle farklı bir çocuk psikiyatri servisine başvurulmuş. Yatışı yapılan hastanın tedavisinde risperidon kesilerek, aripiprazol 10 mg eklenmiştir. Yatış sırasında su çiçeği tanısı alan ME, iyileşme sonrası tedavisine devam etmek üzere ilaçları kesilmiş ve erken taburcu edilmiştir. Su

çiçeğinden sonra yeniden yatışı yapılan hastanın tedavisine devam edilmiştir. Ortak faaliyetlere katılabilen hasta, tedaviden kısmi yarar görmüş ve daha sakin olabildiği belirtilmiştir.

Ortaokulda sınıf değiştiren ME son iki yıldır okula düzensiz olarak devam etmiş. Okula giderken okul forması yerine kapüşonlu kıyafetini ve eşofmanını giymiş, kışın bile okula eşofman ve terlik ile gitmiş. ME bir keresinde okula annesinin leopar desenli taytını giyerek gitmiş, okula gittiğinde derse girmemiş, kimseyle iletişim kurmadan kantinde oturmuş. Sınıfta genel bir uyarı yapıldığında kendisi için yapıldığını düşünmüş, sırada yazılan herhangi bir yazının kendisi için yazıldığını iddia etmiş. Hiç arkadaşı olmayan ME'nin ders başarısı da düşükmüş. Okulda sınıfa girerken kapıyı çalmayan, öğretmen masasının üstünde oturan ve evden okula internet kablosunu getirmek isteyen ME öğretmenine ve büyüklerine sürekli “sen” şeklinde hitap etmiş. Büyükleri tarafından uyarıldığında ise “Ben istediğimi yaparım, sen bana karışamazsın.” şeklinde tepki vermiş.

ME'nin okulda ve okul dışında tuhaf ilgileri varmış. Cin, büyü ve ruh gibi konulardan çok sık söz eden hasta, büyü kitapları okuduğunu ve büyü yaptığını söylemiş. ME bir gün kapüşonunu kafasına takarak okula değnekle gitmiş ve “Bu benim asam.” diyerek okulda o şekilde gezinmiş. Mantarlara karşı aşırı bir ilgisi olan ME, okul kantininde mantar satmaya çalışmış. ME bir gün evde cinsel organının fotoğrafını çekerek bilgisayarının masaüstü fotoğrafı olarak kullanmış. Evinde çok fazla bitki yetiştiren ME'nin bitkilerle ilgili geniş bilgisi varmış. Enerjisi olduğunu düşündüğü taşlardan oluşan yüzükler takmış ve gösterişli bir yelpaze kullanmış. ME'nin fallara karşı da aşırı bir ilgisi varmış. Serviste de gözlendiği üzere ileride falcı olmayı isteyen ME, çeşitli taşları yanında taşıyıp, pantolonunun cebinde fillerden oluşan uzun bir nazarlıkla gezmiştir. ME insanlarla konuşurken göz teması kurmamakta, karşı tarafı dinlememekte ve sorulan sorulara cevap vermeyi istememekteydi. Görüşmeler boyunca bir bacağı diğer dizinin üzerine koyup, etrafına bakınarak dinlemekte ve soru sorulduğunda “Efendim?”, “hıhı” şeklinde geçiştirmeydi. En büyük dileğinin bir oda dolusu altın olduğunu söyleyen ME bu kadar altınla ne yapacağı sorulduğunda, bütün gün yalayacağını ifade etmiştir.

Hastanın 1,5 aylık yatışı boyunca servis kurallarına uyum sağlama, servisteki diğer hastalarla bir arada olma ve grup çalışmalarına katılmada zorluklar yaşadığı gözlenmiştir. Benzer zorluk, tedavi ekibi ve hasta ilişkisinde de gözlenmiştir. Yapılan görüşmelerde oldukça isteksiz olan ME, görüşme sırasında göz teması kurmamış, sorulan sorulara çok kısa cevaplar vermiştir. Hastanın kendini açma konusunda oldukça isteksiz olduğu, odasına doğru yaklaşan birini fark ettiğinde kapıyı hızlıca çarptığı, odasında 4 tane bitki beslediği, pantolonunun cebine uzun bir nazarlık taktığı, yaptığı kısa konuşmalarda iyi fal baktığından ve nazardan bahsettiği, günaydın toplantılarında ve diğer grup toplantılarında insanların

üzerindeki nazarı atmak için garip el hareketleri yaptığı, gerek grup seanslarında gerekse bireysel görüşmelerde başkalarının ne hissedebileceği yönünde hiçbir fikrinin olmadığı, karşısında yaşça büyük ya da tedavi ekibinden biri olsa da bacıklarını geniş bir açıyla açarak yatma pozisyonuna yakın ve oldukça uygunsuz bir şekilde oturduğu, herkese sen şeklinde hitap ettiği, kimi zaman seansa sakızla geldiği, kendisini şikayet eden hastaların üzerine yürüyüp bağıracağı gözlenmiştir. Hastayla yapılan görüşmelerde kişisel beceri sorunları ele alınmıştır. Biriyile konuşurken göz teması kurması, birinden bir şey istemeden önce selam vermesi, sonrasında teşekkür etmesi ve hoşça kal demesi, karşındaki kişinin sözü bitmeden ortamdan ayrılmaması gerektiği anlatılmış ve buna benzer iletişim becerilerinin kazandırılması için davranış çizelgesi hazırlanmıştır. Hastanın davranış çizelgesindeki günlük puanına göre de hastanın evci çıkıp çıkmayacağı belirlenmiştir. Hastaya ayrıca görüşmelerde öğretilen iletişim becerilerini kullanmasına yönelik ödevler de verilmiştir. Örneğin hastanın servisteki diğer hastalarla önce selamlaşması, nasıl olduklarını sorması, onları dinlemesi, onlarla göz teması kurarak konuşması ve konuşma bittikten sonra “hoşça kal” demesi günlük ödevleri arasında yer almıştır. Hastanın servis ortamından hoşlanmaması ve bir an önce çıkmak istemesi davranış çizelgesine uyumunu sağlamıştır. Bununla birlikte yeterli puanı alamayıp dışarı çıkamayacağı söylendiğinde, o gün boyunca devam eden ödevlerini yapmamıştır. Hastanın kendini açma isteğinin olmaması, konuşmayı sevmemesi, soruları geçiştirmesi, uygunsuz gülmeleleri, görüşmeci ile işbirliğine yanaşmaması bilişsel terapi yapılmasını güçleştirmiştir. Hastayla yapılan görüşmelerde güven ilişkisinin oturtulmaması yaşanan en büyük zorluklar arasında yer almıştır. Refakatçi olarak hastanın yanında kalan annesi ve hastayla aile görüşmesi de yapılmıştır. Görüşmede annenin kendisini çaresiz hissettiği ve hastayla ilgili umutsuz ve kötümser düşüncelere sahip olduğu gözlenmiş, bu durumun hastanın anneyi zorlayıcı tavırlarıyla (kavga, küfür etmek vb) ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Hasta ise kendisini haksızlığa uğramış, anlaşılmamış hissetmiş ve bu durum annesine karşı olan öfkesini ortaya çıkartmıştır. Hastanın yatışı sürecinde ilaç düzenlenmesi yapılmış, ketiapin xr 300 mg ve aripiprazol 10 mg ile taburcu edilmiştir.

Ruhsal durum muayenesi

Olgunun bilinci açıktı ve yönelimi tamdı. Dikkati dağınık idi ve zekâsı kabaca donuk olarak değerlendirildi. Olguda düşünce akışında anormallik saptanmazken, düşünce yapısında yargılama sorunları olduğu, düşünce içeriğinde hezeyan düzeyinde olmasa da alınma düşünceleri olduğu saptanmıştır. Olgunun duygulanımı değişken olup, muayene sırasında zaman zaman öfkeli, çökkün ya da kaygılı olduğu izlenmiştir. Görüşme genelinde olgunun psikomotor aktivitesi normal olmakla birlikte, özellikle öfkeli olduğu dönemlerde taşkınlık yapmaya eğilimli olduğu gözlenmiştir.

Psikolojik değerlendirme

Hastaya genel zekânın değerlendirilmesi için Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği Gözden Geçirilmiş Formu (WÇZÖ-G), Şizotipal Kişilik Ölçeği (ŞKÖ), Sosyal İletişim Ölçeği (SİÖ), Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ), Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ), kişiliğin değerlendirilmesi için Tematik Algı Testi (TAT) ve projektif testlerden Beier Cümle Tamamlama (BCT) testi uygulanmıştır.

Uygulanan WÇZÖ-G sonucunda sözel zekâ bölümü (ZB) 83, performans ZB 76 ve toplam ZB 78 olarak saptanmıştır. Hasta en düşük puanı performans alt testlerinden olan resim düzenleme alt testinden, en yüksek puanı ise yine performans alt testlerinden olan küplerle desen alt testinden almıştır. Sözel alt testlerinde ise en düşük puanı eşit olmak üzere sayı dizisi ve yargılama alt testlerinden alırken; en yüksek puanı benzerlikler alt testinden almıştır. Bu bulgular hastanın akıl yürütme yeteneği ve gerçeğe uygun davranma yönünde bir takım sorunları olduğuna işaret ederken; olaylar dizisini algılama, neden-sonuç ilişkisi kurabilme becerilerinde belirgin bir bozukluk olduğunu düşündürmektedir. Şizotipinin farklı boyutlarını değerlendiren ŞKÖ'ye göre hasta, ölçeğin kesme puanınının 10 puan üzerinde puan almıştır. Ölçeğin alt ölçekleri incelendiğinde hastanın sosyal anksiyete, garip davranış, yakın arkadaş yokluğu alt ölçeklerinden tam puan; garip konuşma, kısıtlı duygulanım, şüphencilik alt ölçeklerinden yüksek puan; referans alt ölçeğinden orta puan ve garip inanış-büyüsel ve sıradışı algısal yaşantı alt ölçeğinden ise düşük puan aldığı görülmüştür. Tüm bu alt ölçek sonuçlarına göre hasta “kişiler arası şizotipi” kategorisinde yer almaktadır. Hastanın SİÖ sonucunda sosyal iletişiminde belirgin sorunları olduğu saptanmıştır. Yapılan BDÖ'ye göre ise hastanın depresyon belirtilerinin, BAÖ'ye göre de orta düzeyde kaygı belirtilerinin olduğu saptanmıştır. Hastaya uygulanan TAT değerlendirilmesinde depresif belirtiler, büyüsel, abartılı ve cinsel düşünce içerikleri gözlenmiştir. BCT ise hastanın annesiyle çatışmalarının olduğunu, okulda sorunlar yaşadığını ortaya koymuştur. Bunun yanında hastanın ilerde falcı olmak istemesi, en sevdiği zamanları “mantar bayramları” olarak ifade etmesi hastanın alışılmadık ve garip düşüncelerinin olduğunu düşündürmektedir.

TARTIŞMA

Yakın ilişkiler kuramama, kısıtlı duygulanım, tekrarlayıcı ilgi alanı, sosyal işlevsellikteki yetersizlik ŞKB ve OSB tablolarında yer alan ölçütler arasındadır. Bunun yanında her iki bozukluğun da ayırt edici belirtileri vardır. Otizmde yer alan iletişimde niteliksel yetersizlik (konuşma dilinin gecikmesi, konuşmayı sürdürmede eksiklik, dilin tekrarlayıcı, sabit ve basmakalıp bir şekilde kullanımı vb.) ŞKB ölçütleri arasında yer almamaktadır. Benzer şekilde ŞKB'de yer alan alınma fikirleri, acayip inanışlar ve büyüsel ve paranoid düşünceler,

acayıp, kendine özgü davranış ve görünüm, toplumsal anksiyete gibi ölçütler de otistik bozukluk içinde yer almamaktadır. Ancak daha geniş bir kavram olarak OSB içerisinde, özellikle yüksek işlevli ve sözel becerisi olanlarda klinikte bu tarz davranışlara rastlanmaktadır (Özgüven ve ark. 2001). Klasik otistik bozukluktan daha farklı olarak, daha atipik OSB olgularında arkadaş ilişkisi kurma isteği olmasına karşın belirgin bir sosyal beceriksizlik görülebilir. Bu sosyal beceri eksikliği kendisini iç görü eksikliği, duyguları tanımlamada güçlük, sohbeti sürdürmemeye, diğerlerinin ilgisini çekmeyen konularda takılıp kalma, uygunsuz sosyal davranışlar (uygunsuz yorumlar, uygunsuz yakınlık, öfke nöbetleri gibi) ile gösterebilir. Bu yazıda sunulan olgu OSB'nin diğerleriyle paylaşımında ve sosyal ilişkilerde kısıtlılık, iletişim sorunları, sosyal-duygusal karşılık verememe ve zaman zaman tuhaf olabilen ilgiler ölçütlerini karşılarken; ŞKB'nin alınma fikirleri, garip inanışlar, garip konuşma, paranoid düşünceler, uygunsuz ve kısıtlı duygulanım, garip ve egzantrik görünüm ya da davranışlar ve yakın arkadaşlarının olmaması ölçütlerini karşılamaktadır.

Sosyal ilişki sorunları her iki bozukluk için temel oluşturmakla birlikte, pek çok fark da bulunmaktadır. OSB'de sözü edilen sosyal işlevsellikteki yetersizlik, sosyal ilişkide karşılıklılığın olmaması, ortak dikkatin olmaması (belirli bir nesne ve kişiye işaret etme, başkasının dikkatini belirli bir şeye yöneltilme), diğer bir deyişle sözel olmayan iletişim sorunları ön plandadır. Ancak ŞKB'de sözü edilen sosyal işlev yetersizliği, paranoid düşüncelere bağlı sosyal kaygı temelindedir. ŞKB ölçütlerinde yer alan tekrarlayıcı ve kısıtlayıcı davranış, basmakalıp düşünme ve konuşmaya dayalı alınma fikirleri içerirken; OSB'de ise sadece basmakalıp, tekrarlayıcı ve sürekli devam eden davranış örüntüleri yer almaktadır.

Olguda da görüldüğü gibi sınıfta genel bir uyarı yapıldığında kendisine yapıldığını ya da sırada yazılan herhangi bir yazının kendisi için yazıldığını iddia etmesi, benzer şekilde klinikte diğer hastalarla ilgili sürekli "Benimle uğraşıyorlar." şeklindeki yakınmaları hastanın paranoid düşüncelerini göstermektedir. Hastanın kendiliğinden göz teması kurmaması, karşısındaki kişiyi dinlemekten hoşlanmaması ve sosyal karşılıklılığın olmaması her iki bozukluk için ayırıcı tanıyı zorlaştırmaktadır. Hastanın acayıp görünümü, büyüsel düşünceleri ve alınma fikirleri ŞKB'yi düşündürürken; gelişim öyküsünde de belirtildiği gibi 2 yaşında göz teması kurmuyor olması, yalnız başına kalmayı ve oynamayı tercih etmesi ve 4 yaşında çocuk psikiyatrisine başvurulması OSB'yi düşündürmektedir.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı (DSM-IV-TR) (Çev. Ed.: E. Köroğlu). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2007.
- Barnevelde PS, Pieterse J, Sonneveld L ve ark. (2011) Overlap of autistic and schizotypal traits in adolescents with autism spectrum disorders. *Schizophr Res* 126:231-6.

Yapılan psikolojik değerlendirmelere bakıldığında, WÇZÖ-G Zekâ Testi'nin "küplerle desen" alt testinden en yüksek puanı alması otizmlili çocukların WÇZÖ-G profiliyle uyumludur. ŞKÖ'ye göre hastanın kişiler arası şizotipi kategorisinde yer alması hem öyküdeki hem de klinikteki sosyal iletişim eksikliği ile tutarlıdır. ŞKB'nin anksiyete, yakın arkadaşın olmaması, kısıtlı duygulanım gibi belirtilerine karşılık gelen kişiler arası şizotipi OSB'nin iletişim yetersizliğiyle örtüşüyor görünmekte ve ayırıcı tanıyı zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte yine ŞKB belirtileri içerisinde yer alan sıradışı algısal yaşantı, büyüsel düşünce, alınma fikirlere sahip olma belirtilerinin kişiler arası yalıtılmışlığa oranla daha az karşılanmış olması, ŞKB tanı ölçütlerinde olup OSB'de olmayan ölçütleri en aza indirmişdir. SİÖ, OSB'nin değerlendirilmesinde kullanılan bir ölçektir (Öner ve ark. 2012). Bu ölçüğe göre hastanın uygunsuz zamanlarda kişisel sorular sorup yorumlar yapması, diğer insanlara tuhaf gelen şeylerle aşırı ilgilenmesi, hayali oyunlar oynamaması, yaşlılarıyla ilgilenmemesi ve başka bir çocuk ona yaklaştığında olumlu tepki vermemesi OSB ölçütleriyle örtüşmektedir. Buradan da görüldüğü gibi tuhaf ilgiler, uygunsuz sorular sorup yorumlar yapma, dışarıdan acayıp görünme ŞKB'ye özgü değildir. Hastanın TAT değerlendirmesinde büyüsel, cinsel, insan ilişkilerinden uzak, şüpheli ve abartılı düşünce içeriklerinin ise ŞKB ölçütleriyle uyumlu olduğu görülmektedir.

Rutter (1972) birbirine çok yakın belirtilere sahip olan otizm ve şizofreninin farklı boyutlarına dikkat çekerek her ikisinin de farklı bozukluklar olduğunu belirtmiştir. Ancak yukarıda tartışıldığı gibi OSB ve ŞKB'nin binişiklik gösterdiği belirtiler alanları vardır. Sözü edilen bozuklukların benzerliği ayırıcı tanıyı zorlaştırmaktadır. Klasik ve tipik olgular için daha açık olan ayrımlar, bozukluklar bir "yelpaze" olarak ele alındığında belirsizleşmektedir. Ayrıca OSB ve şizofreni, birbiriyle çok yakın ilişkide olmayan araştırma grupları tarafından ele alınmaktadır. Bu durum, bulguların bütünleştirilmesini zorlaştırmaktadır. Gelecekteki sınıflamalar için, özellikle sosyal ilişki sorunlarının nasıl daha işlevsel bir şekilde ayrılacağı üzerinde çalışmalar yürütülmelidir. Bu olgunun hem klinik pratik hem de teorik açıdan önemi, otizm ile ilgili en önemli gelişmelerden birisi olan otizm ve şizofreninin ayrımının, her iki bozukluğun da birer yelpaze olarak ele alınması ile birlikte, özellikle daha az tipik olgularda sanıldığı kadar açık olmayabileceğini düşündürmesidir.

- Esterberg LM, Trotman DH, Brasfield LJ ve ark. (2008) Childhood and current autistic features in adolescent with schizotypal personality disorder. *Schizophr Res* 104:265-73.
- Hurst RM, Nelson-Gray OR, Mitchell JT ve ark. (2007) The relationship of Asperger's characteristics and schizotypal personality traits in a non-clinical adult sample. *J Autism Dev Disord* 37:1711-20.

- Kanner L (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child* 2:217-50.
- Karakaya I, Yıldız Ö, Şişmanlar Ş ve ark. (2007) Çok erken başlangıçlı çocukluk çağı şizofrenisi: Bir olgu sunumu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 8:154-57.
- Konstantareas MM, Hewitt T (2001) Autistic disorder and schizophrenia: diagnostic overlaps. *J Autism Dev Disord* 31:19-28.
- Öner P, Öner Ö, Çöp E ve ark. (2012) Sosyal iletişim ölçeğinin okul öncesi çocuklardaki geçerlik ve güvenilirliği. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 22: 43-50.
- Özgüven HD, Öner Ö, Ölmez Ş (2001) Erişkin bir Asperger bozukluğu olgusunun klinik ve nöropsikolojik değerlendirmesi. *Türk Psikiyatri Derg* 12:233-40.
- Raine A, Reynolds C, Lencz T ve ark. (1994) Cognitive-perceptual, interpersonal, and disorganized features of schizotypal personality. *Schizophr Bull* 20:191-201.
- Rutter M (1972) Childhood schizophrenia reconsidered. *J Autism Dev Disord* 2:315-37.
- Sheitman BB, Bodfish JW, Carmel H (2004) Are the negative symptoms of schizophrenia consistent with an autistic spectrum illness? *Schizophr Res* 69:119-20.
- Watkins JM, Asarnow RF, Tanguay PE (1988) Symptom development in childhood onset schizophrenia. *J Child Psychol Psychiatry* 29:865-78.