

Otistik Belirtilerle Başvuran İki Çocukta Farklı Klinik Seyir ve Bozukluklar: Olgu Sunumu

Ayşegül YOLGA TAHİROĞLU*, Sunay FIRAT**,
Rasim SOMER DİLER***, Ayşe AVCI****

ÖZET

Yaygın gelişimsel bozukluklar erken çocuklukta başlamakta ve yaşam boyu süren önemli belirtilere neden olmaktadır. Erken çocukluk döneminde otistik belirtiler görüldüğünde ilk akla gelen; yaygın gelişimsel bozukluk spektrumu içinde yer alan tanılardan biridir. Ancak bazı olgularda takip sırasında tanı değişebilir ya da eşlik eden başka bir bozukluk tabloda öne geçebilir. Bu çalışmada; 21 aylıkken otistik bozukluk tanısı alan ve okul çağına geldiğinde otistik belirtilerinin düzelmesi ile birlikte dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri gösteren bir erkek olgu ve otistik bozukluk tanısı ile izlenirken, okul çağına geldiğinde hafif otistik belirtilerin yanı sıra belirgin obsesyon ve tikleri olan bir kız olgu aktarılmıştır.

Anahtar Sözcükler: Yaygın gelişimsel bozukluk, otizm, DEHB, OKB.

KLİNİK PSİKİYATRİ 2003;6:235-239

SUMMARY

Different Prognosis of Pervasive Developmental Disorders

Pervasive developmental disorders appear every early in childhood and cause life-long significant symptoms. When autistic symptoms are present in the early childhood, the first diagnoses to be considered is one of the disorders classified usually in the autistic spectrum disorders. However, the diagnosis of some cases may change during follow-up or a comorbid condition may

supercede the clinical picture. In this report, we present a boy who was diagnosed with autistic disorder at 21 months of age and showed attention deficit hyperactivity disorder symptoms and has shown no autistic symptoms at school age; and a girl who was followed up with mild autistic symptoms and developed significant obsession and tics at school age.

Key Words: Pervasive developmental disorder, autism, ADHD, OKB.

GİRİŞ

Yaygın gelişimsel bozukluklar (YGB), erken çocukluk döneminde belirti veren, gelişimin değişik alanlarında ciddi ve kalıcı bozulmalara neden olan hastalıklardır. Karşılıklı sosyal etkileşim ve iletişimde zayıflık, stereotipik hareketler, ilgi alanlarında kısıtlılık ve sınırlı aktiviteler şeklinde kendini göstermektedir (Rutter 2000). Başka türlü adlandırılmayan yaygın gelişimsel bozukluk tanısı (BTA-YGB) iletişim becerilerinde ağır bozukluğa rağmen YGB tanısı için yeterli kriterleri karşılamayan olgular için kullanılmaktadır. YGB kronik seyirlidir ve tam düzelme nadir olarak görülmektedir (Akçakın 1993, Yavaş 1998). Erken tanımlanan BTA-YGB olgularında daha iyi bir seyir olabileceği, uygun eğitim ve tedavi ile normal ya da normale yakın işlev düzeyine ulaşılacağı düşünülmektedir (Yavaş 1998). YGB'nin sıklığı %0.02-5 gibi geniş bir aralıkta tahmin edilmektedir (Amerikan Psikiyatri Birliği 1994, Yavaş 1998), ancak son yıllarda sıklığında artış olduğu bildirilmektedir (Baird ve ark. 2000, Volkmar ve ark. 2002).

* Uz. Dr., ** Uz. Psk., *** Doç. Dr., **** Prof. Dr., Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Balcalı Hastanesi Çocuk Psikiyatri Anabilim Dalı, ADANA.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve obsesif kompulsif bozukluk (OKB), YGB ile birlikte görülebilmektedir. Aynı zamanda erken çocukluk döneminde özellikle DEHB, YGB ile karışarak, yanlış tanı almaya neden olabilmektedir (Roeyers ve ark. 1998). Özellikle BTA-YGB tanısı alan olgularda bu bozuklukların ayırıcı tanısında dikkatli olunması gerekmektedir. DEHB ve BTA-YGB olgularının klinik görünümünün karşılaştırıldığı bir çalışmada, iki grup arasında sosyal problemler, duygudurum belirtileri, psikoasteni, inhibisyon, agresyon ve depresyon açısından önemli fark olduğu, dışavurum problemleri ve öğrenme problemleri açısından önemli fark bulunmadığı bildirilmiştir (Jensen ve ark. 1997). Benzer başka bir çalışmada BTA-YGB ve DEHB olguları arasında duygularının farkında olma açısından anlamlı fark olmadığı belirtilmiştir (Buitelaar ve ark. 1999). Luteijn ve arkadaşları (2000) BTA-YGB ve DEHB olgularında benzer sosyal sorunların olduğunu, ancak YGB olgularında bu sorunların daha ağır ve kalıcı olduğunu bildirmişlerdir. Dikkat sorunları her iki bozuklukta da görülebilmekte ve bu durum tanı koymayı güçleştirmektedir. Dikkat, YGB olgularında en sık etkilenen bilişsel fonksiyonlardan biridir. YGB'lilerde dikkat ile ilgili en sık etkilenen alanlar; seçici dikkat, üç boyutlu dikkat, dikkati başka konuya kaydırma ve organizasyondur. DEHB olgularında da bu alanlarda etkilenme sıklıkla görülmektedir (Allen ve Courchesne 2001, Pierce ve ark. 1997). Bir çalışmada asperger olgularında dikkati sürdürmenin DEHB ve öğrenme güçlüğü olgularından daha ağır derecede bozuk olduğu ve ayırıcı tanıda dikkate alınması gerektiği bildirilmiştir (Nyden ve ark. 2001).

Başka bir çalışmada DEHB tanısı almış çocuklarda, otistik belirtilerin taranmış olguların %65-80'inde otistik belirtiler bulunduğu; en sık sosyal alanda (empati ve kişilerarası ilişkiler) ve toplumsal alanda (rol yapma ve sözel olmayan iletişim) bozulma olduğu bildirilmiştir (Clark ve ark. 1999).

DEHB ve YGB'nin etiolojisinde; gebelikte alkol kötüye kullanımı, doğum travması, kafa travması gibi çevresel faktörlerin ortak olması benzer bir düzenle ortaya çıktığı fikrini desteklemektedir (Aronson ve ark. 1997). Bu durumu destekler nitelikte beyinde yapısal değişiklikler bildirilmektedir (Şenol ve Öncüoğlu 1998). Aoyagi ve arkadaşları (2002) YGB ve DEHB olgularında kontrol grubundan farklı olarak frontal lateralizasyon olduğunu bildirmişlerdir. Her iki bozukluğun ortak genetik temellerinin olduğu da kabul gören görüşler arasında yer almaktadır. 16p13

geni hem DEHB hem de YGB'nin ortaya çıkmasında suçlanmaktadır (Smalley ve ark. 2002, Pehlivantürk ve ark. 2003).

Psikostimülanlar, DEHB tedavisinde en sık kullanılan ilaçlardır. YGB olgularında stimülanların kullanılması ile ilgili çalışmalarda, olumlu yanıtın yanı sıra daha fazla yan etki ortaya çıktığı bildirilmektedir. YGB'de stimülanların kullanımında; hareketlilik ve dikkat sorunları ile ilgili olumlu etkiler sağlandığı ancak stereotipik davranışlarda artma, iritabilite ve sosyal geri çekilme gibi yan etkilerin olduğu tanımlanmaktadır (Quintana ve ark. 1995, Handen ve ark. 2000, Aman ve Langworthy 2000).

YGB ile OKB'nin birlikteliği ya da karışması tartışmalı bir konudur. YGB olgularının bir kısmı kompulsiyon benzeri davranışlar gösterirler. Bu bilgi serotoninin OKB ve YGB'nin ortaya çıkmasında ana rol oynadığı görüşünü desteklemektedir. Ayrıca endojen opiyadlar ve oksitosinin her iki bozukluğun ortaya çıkışı için suçlanması ve bazı ilaç uygulamalardan her iki bozukluğunda fayda görmesi de bu bilgiyi desteklemektedir. İki bozukluk arasındaki benzerliğin ve sık birlikteliğin yanlış tanı almaya neden olabileceği bildirilmektedir (Gross-Isseroff ve ark. 2001). OKB olgularında otistik belirtilerin araştırıldığı bir çalışmada, OKB'li çocukların yaklaşık yarısında kas gerginliği, psikoasteni, inhibisyon, agresyon ve düşük sosyalizasyon gibi otistik belirtilerin bulunduğu ve OKB'nin sıklıkla yüksek fonksiyonlu otizm ve Asperger'le ilişkili olduğu ileri sürülmektedir (Bejerot ve ark. 2001).

Bu bildiriye, erken çocukluk döneminde YGB öntanısı alan 2 olgu aktarılacak ve izlem sırasında değişen belirtiler eşliğinde, tanıda yaşanan güçlükler tartışılacaktır.

OLGU 1

Yüksek okul mezunu anne-babanın ikinci çocuğu olarak, normal bir gebeliğin ardından, normal yolla dünyaya gelen erkek olgu, polikliniğimize ilk olarak 21 aylıkken "konuşmama, ismi söylenince bakmama" yakınmaları ile başvurdu. Gelişim öyküsünde; 14 aylıkken yürüdüğü, bu dönemde yaklaşık 10 kelimesi varken başvurdukları sırada hiç konuşmadığı, tuvalet eğitimini henüz kazanmadığı, bebekliğinde çok huzursuz olduğu, katı gıdaları alamadığı, sadece püre halindeki gıdalarla beslendiği ve demir eksikliği nedeniyle bir süre tedavi aldığı öğrenildi.

Alınan öyküsünde, müzik dinlemeyi sevdiği, sürekli televizyonda müzik kanalları izlemek istediği, 13-14.

aylarında taklit yapabilirken 20 aylık olunca taklit yapmamaya başladığı, yaşlılarıyla hiç ilgilenmediği, oyuncaklarla oynamadığı, nesnelere sürekli elinde taşımak istediği, sandalyeye oturmaktan ve parktaki oyuncaklardan korktuğu, göz teması kurmadığı, sürekli çamaşır makinesinin kapağını ve kapıları çarptığı, kafası aşağıda sallanma gibi davranışlarının olduğu, dönen nesnelere uzun süre izlediği, evdeki eşyaların yeri değiştiğinde rahatsız olduğu, parkta sürekli aynı yerde oynamak istediği, dokunulmaya, kucaklanmaya karşı aşırı tepki verdiği, sebepsiz gülmeye ve çığlık atmalarının olduğu öğrenildi.

YGB öntanısıyla izleme alınan olgunun organik incelemelerinde; tüm biyokimyasal incelemeleri, kansayımı, tiroid fonksiyonları, EEG, işitme testi normal sınırlar içerisindeydi. Beyin tomografisinde serebral atrofi belirlendi. Gelişim düzeyi, Ankara Gelişim Tarama Envanteri ile değerlendirildi (Savaşır ve ark. 1994). Buna göre; genel gelişim (%45), dil-bilişsel gelişim (%45), ince motor gelişim (%35) ve sosyal beceri-özbakım gelişim alanlarında (%60) kesin bir gelişim geriliği, kaba motor gelişim alanında ise sınırda (%10) gelişme geriliği vardı.

Özel eğitim ve kreşe gönderilmesi önerildi, polikliniğimizde 1.5 yıl süreyle haftada 1 saat özel eğitim verildi ve aileye tutumları ile ilgili danışmanlık verildi. 2 yaş 4 aylıkken tekrarlanan Ankara Gelişim Tarama Envanteri'ne göre; genel gelişim (%47), dil bilişsel gelişim (%47), ince motor gelişim (%50) ve sosyal beceri-özbakım gelişim alanlarında (%50) kesin bir gelişim geriliğinin yanı sıra, kaba motor gelişim alanında (%8) sınırda gelişme geriliği devam etmekteydi. 5.5 yaşına kadar düzenli olarak izlendi. Özel eğitim ve kreşten oldukça fayda gördü. 5.5-6 yaşlarında tekrar değerlendirildiğinde hiçbir otistik belirti gözlenmedi, ancak belirgin hiperaktivitesi ve dikkat eksikliği vardı. Bu dönemde, yeni ortaya çıkabilecek ya da YGB'ye eşlik eden tanıların atlanmaması ve eski tanıdan doğacak önyargıların tedaviyi etkilememesi amacıyla, eski tanısından habersiz bir çocuk psikiyatristi tarafından tekrar değerlendirilmesi sağlandı. Bu değerlendirme sonucunda "DEHB ve Mental Retardasyon" öntanıları düşünüldü. Böylece, ilk görüşmeden beri izleyen ve yeni değerlendiren iki psikiyatristin ortak kanısı ile olguya metilfenidat başlanması önerildi. Şu anda 8 yaşında olan ve ilkökul ikinci sınıfa devam eden olgunun, DEHB bulguları metilfenidat tedavisinden fayda gördü. Önemli bir yan etki gözlenmedi. Otistik belirtilerinde artış belirlenmedi. Otistik belirti olarak yorumlanabilecek

sadece; zaman zaman reklam panolarını yüksek sesle okuma ve boş kola şişeleri ile oynama gibi davranışları vardı. Polikliniğimizde takip ve tedavisi sürmektedir.

OLGU 2

İlkokul mezunu anne-babanın ikinci çocuğu olarak, normal bir gebeliğin ardından normal yolla dünyaya gelen kız olgu, ilk olarak 3 yaş 7 aylıkken "geç konuşma, seslenince tepki vermeme" yakınmaları ile polikliniğimize başvurdu. Gelişim öyküsünde; 9 aylıkken yürümeye başladığı, 24 aylıkken konuşmaya başladığı ve 30 aylıkken tuvalet eğitimini tamamladığı öğrenildi.

Alınan öyküsünde; kendi başına oynadığı, yaşlıları ile iletişim kurmadığı, sallanma, zıplama, masanın etrafında dönme, tekrar tekrar dokunma gibi davranışlarının olduğu, sürekli televizyonda müzik kanallarını izlediği, şarkı sözlerini kısa sürede ezberlediği, dönen nesnelere ilgi gösterdiği, anahtar-kart gibi nesnelere taşımak istediği öğrenildi. Muayene esnasında iletişiminin sınırlı olduğu, göz teması kurmadığı, stereotipik davranışlar gösterdiği, anında ve gecikmiş ekolalilerinin olduğu gözlemlendi.

Otistik belirtiler öntanısı ile izlenen olgunun tüm biyokimyasal incelemeleri, kan sayımı, tiroid fonksiyonları, işitme testi ve EEG'si normal sınırlar içerisindeydi. Ankara Gelişim Tarama Envanteri ile değerlendirildi (Savaşır ve ark. 1994). Buna göre gelişimi normal sınırlardaydı.

Özel eğitim ve kreşe başlatılması önerildi. Polikliniğimizde 3 yıl süreyle haftada 1 saat özel eğitim verildi. Aileye, tutumları ile ilgili danışmanlık verildi. Bu uygulamalardan fayda gören olgunun 6 yaşında otistik belirtilerinin çoğu düzelmisti. Zaman zaman ekolali, yaşlıları ile iletişimde sınırlılık gibi otistik belirtileri devam ediyordu. Okumayı ilkökul birinci sınıfta söktü. Bu dönemde okulda ve evde aşırı hareketliliği vardı. Ailesinin başına kötü bir şey geleceği şeklinde kaygıları vardı. Kaybolacağından korktuğu için kardeşinin yanından ayrılmak istemiyor, sürekli onu kontrol ediyordu. Temizlik ve düzenle ilgili takıntıları nedeni ile aşırı zaman harcıyordu. Sık el yıkama şeklinde kompulsiyonu vardı. Çok ve ayrıntıcı konuşuyordu. Bu bulgularla obsesif kompulsif belirtiler öntanısı düşünülen olgu, 7 yaşında iken takip ve tedaviyi bıraktı. 9 yaşında tekrar başvurduğunda obsesif kompulsif belirtileri devam ediyordu. Ayrıca, kapı-pencere kontrolü şeklinde kompulsiyonlarının ve

omuz silkme, iç çekme gibi tiklerinin başladığı belirlendi. EEG incelemesinin tekrarında "epileptik deşarj" tespit edildi ve çocuk nöroloji konsültasyonundan sonra karbamezapin 30 mg/kg/g kullanması önerildi.

İzlemde tiklerinin dönem dönem artıp-azalma gösterdiği, sık sık üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği tik ve takıntılarının enfeksiyon dönemlerinin ardından artış gösterdiği gözlemlendi. ASO, CRP ve boğaz kültürü incelemeleri normal sınırlar içerisindeydi. Tiklerin kontrolü amacıyla haloperidol 0.8 mg/g önerildi. 6 aylık tedavinin ardından, tiklerinde azalma görüldü, ancak obsesif-kompulsif belirtileri devam ediyordu. Bu nedenle tedaviye citalopram 20 mg/g eklendi. Bu uygulamadan 2 ay sonra tikleri, korkuları ve obsesyonlarında düzelme gözlemlendi. Polikliniğimizde takip ve tedavisi sürmektedir.

TARTIŞMA

Otizm benzeri belirtileri olan olgularda uzun süreli izlem, tanılarının netleşmesi ve doğru tedavinin planlanması için önemlidir (Jones 2000). Yaş küçüldükçe tanı koymak da zorlaşır, ilk belirtiler deneyimli çalışanlar tarafından bile tanımlanamayabilir. Erken çocukluk dönemindeki otistik belirtileri olan olguların izleminde genellikle gelişme geriliği devam eder. Bu olguların normal bir gelişim göstermesi nadirdir ve sıklıkla yaşam boyu süren ciddi belirtiler bulunur (Kanner 1943, Lotter 1978, Akçakın 1990, Tsai ve Ghaziuddin 1998, Volkmar ve ark. 2002).

YGB'ye epilepsi, DEHB, tik bozuklukları, OKB ve depresyon gibi nöro-psikolojik sorunlar sıklıkla eşlik etmektedir. Eşlik eden bozuklukların varlığı tanının kesinleştirilmesini zorlaştırmakta ve tedavi sürecini etkilemektedir. Zaman içinde bu bozuklardan birinin bulguları ağırlaşarak tabloya hakim olabilmektedir. (Jensen ve ark. 1997, Nyden ve ark. 2001). DEHB ve OKB erken çocukluk döneminde YGB belirtileri ile seyredebilmekte ve tanımlanma güçlüklerine neden olmaktadır (Roeyers ve ark. 1998).

Erken çocukluk döneminde belirlenen otistik bulgular önemlidir, çünkü hızlı bir tedavi ve eğitim programı ile olgularda dramatik düzelme sağlanabilmektedir. Bizim olgularımız için düşünüldüğünde özellikle ilk olgunun, oldukça erken dönemde tedavi almaya başladığı görülmektedir. İlkokul döneminde tekrar değerlendirildiğinde, otizm ile ilgili belirtiyeye rastlanmayıp, DEHB tanısı alması otistik belirtilerdeki düzelenin boyutunu göstermektedir. Bu olgu için gerçek tanının hangisi olduğu tartışmaya değer bulunmuş-

tur. Olgudaki belirtilerin seyri, otistik belirtiler için beklenen bir seyir midir?, ilk tanı yanlış ve ilk belirtiler DEHB'nin erken belirtileri midir? Ya da her iki bozukluk birlikte bulunurken zaman içinde DEHB bulguları ön plana geçerek baskın hale mi gelmiştir? Erken çocukluk döneminde DEHB'nin YGB ile karışabilecek belirtilere neden olabildiğini bildiren çalışmalar bulunmaktadır (Jensen ve ark. 1997, Roeyers ve ark. 1998). Bu olgudaki klinik seyir bu bilgiyi destekler niteliktedir. DEHB ve YGB farklı klinik tablolar olmakla birlikte, her iki bozukluğun ortaya çıkışında bazı genetik ve çevresel etkenlerin benzer olması, ayrıca bazı belirtilerinin (dikkat sorunları, hiperaktivite, sosyal sorunlar) ortak olması nedeniyle bilim adamlarının ilgisini çekmektedir (Roeyers ve ark. 1998, Güzelhan ve ark. 2001, Smalley ve ark. 2002). Bu olgu için durum, erken yaşta başlanan yoğun tedavi sonucu YGB bulgularında düzelme ve baştan beri YGB'ye eşlik eden DEHB bulgularının ön plana çıkması olarak da açıklanabilir. DEHB tanısı alan olgularda geçmişe yönelik otistik belirtilerinin araştırılmasının bu konuda faydalı bilgiler sağlayabileceği düşünülmektedir.

YGB ve OKB birlikte sık görülür. İki bozukluğun ortaya çıkışında benzer nöro-endokrin sistemlerin rol aldığı öne sürülmektedir. Ayrıca bazı farmakolojik uygulamaların her iki bozuklukta da düzelme sağlanması bu görüşü desteklemektedir (Gross-Isseroff ve ark. 2001). İkinci olgu için de benzer bir durum söz konusudur. Erken çocukluk döneminde tabloya otistik belirtiler hakim iken, okul çağına geldiğinde hafif otistik belirtilerin yanı sıra, tabloya obsesyon ve tiklerin hakim olduğu görülmektedir. Bu olguda obsesyonların kontrolü için antidepresan, tiklerin kontrolü için anti-psikotik uygulaması oldukça iyi sonuçlar sağlamıştır. Obsesyonların arttığı dönemlerde sosyal geri çekilme, iletişim kuramama gibi otistik belirtilerde de artış olması tipiktir. Bu bilgi iki bozukluğun benzer yollarla ortaya çıktığı fikrini desteklemektedir. Bu olgu için tanımlanan kompulsyonların otistik bir stereotipi mi yoksa karmaşık bir tik bulgusu mu olduğuna karar vermek güçtür. Ancak uzun süren izlem sonucunda kompulsyon olarak yorumlanmıştır.

Erken çocukluk döneminde rastlanan otistik belirtiler, genellikle aile ve tedavi ekibini korkutan, kötü seyir beklentisine neden olan bir durumdur. Bu durum pek çok olgu için doğru olabilir, ancak olguların bir kısmında beklenenden farklı ve daha iyi bir seyir görülebileceği de bilinmektedir. Bu olgularda erken tanı ve eğitim kadar takipte eklenecek yeni belirtiler

için dikkatli olunması, tüm belirtilerin otizm ile ilişkilendirilmeden tek tek ele alınması, tedavinin başarısı için önemlidir. Otistik belirtilerin ardından ortaya çıkan başka bozukluklara ait bulgular ya da

otizme eşlik eden başka bozuklukların varlığının hastalığın seyrini nasıl etkilediği tam olarak açık değildir. Bu konuda geniş örneklerle yapılacak izlem çalışmalarına gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- Akçakın M (1990) Otistik Çocukların Tedavisi. XXIV. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Kitabı, 54-58.
- Akçakın M (1993) Normal eğitim gören otistik çocuklarla özel eğitim gören otistik çocukların karşılaştırıldığı bir izleme çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi*, 8:3-9.
- Allen G, Courchesne E (2001) Attention function and dysfunction in autism. *Front Biosci*, 1:105-119.
- Aman MG, Langworthy KS (2000) Pharmacotherapy for hyperactivity in children with autism and other pervasive developmental disorders. *J Autism Dev Disord*, 30:451-459.
- Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal el kitabı, 4. Baskı (DSM-IV), (çev. ed. E Köroğlu), Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 1995
- Aoyagi K, Aihara M, Kanemura H ve ark. (2002) The evaluation of lateralized frontal lobe function in the patients with autistic or attention deficit/hyperactivity disorder. *No To Hattatsu*, 34:409-413.
- Aronson M, Hagberg B, Gillberg C (1997) Attention deficits and autistic spectrum problems in children exposed to alcohol during gestation: a follow-up study. *Dev Med Child Neurol*, 39:583-587.
- Baird G, Charman T, Baron-Cohen S ve ark. (2000) A screening instrument for autism at 18 months age: a six-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:694-702.
- Bejerot S, Nylander L, Lindstrom E (2001) Autistic traits in obsessive-compulsive disorder. *Nord J Psychiatry*, 55:169-176.
- Buitelaar JK, Van der Wees M, Swaab-Barneveld H ve ark. (1999) Theory of mind and emotion-recognition functioning in autistic spectrum disorders and in psychiatric control and normal children. *Dev Psychopathol*, 11:39-58.
- Clark T, Feehan C, Tinline C (1999) Autistic symptoms in children with attention deficit-hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 8:50-55.
- Gross-Isseroff R, Hermesh H, Weizman A (2001) Obsessive compulsive behaviour in autism-towards an autistic-obsessive compulsive syndrome? *World J Biol Psychiatry*, 2:193-197.
- Güzelhan Y, Öztürk M, Zoroğlu S ve ark. (2001) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olan okul öncesi çocuklarda otistik belirtiler. *Yeni Symposium*, 39:121-125.
- Handen BL, Johnson CR, Lubetsky M (2000) Efficacy of methylphenidate among children with autism and symptoms of attention-deficit hyperactivity disorder. *J Autism Dev Disord*, 30:245-255.
- Jensen VK, Larrieu JA, Mack KK (1997) Differential diagnosis between attention-deficit/hyperactivity disorder and pervasive developmental disorder-not otherwise specified. *Clin Pediatr (Phila)*, 36:555-561.
- Jones GS (2000) Autistic spectrum disorder: diagnostic difficulties. *Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids*, 63:33-36.
- Kanner L (1943) Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2:217.
- Lotter V (1978) Follow up studies, *Autism Reappraisal of Concepts and Treatment*, M Rutter, E Schopler (Ed), New York. Plenum Press, s.475-495.
- Luteijn EF, Serra M, Jackson S ve ark. (2000) How unspecified are disorders of children with a pervasive developmental disorder not otherwise specified? A study of social problems in children with PDD-NOS and ADHD. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 9:168-179.
- Nyden A, Billstedt E, Hjelmqvist E ve ark. (2001) Neurocognitive stability in Asperger syndrome, ADHD, and reading and writing disorder: a pilot study. *Dev Med Child Neurol*, 43:165-171.
- Pehlivan Türk B, Bakkaloğlu B, Ünal F (2003) Otistik bozukluk etiyojisi: genetik etkenler. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, 10:88-96.
- Pierce K, Glad KS, Schreibman L (1997) Social perception in children with autism: an attentional deficit? *J Autism Dev Disord*, 27:265-282.
- Quintana H, Birmaher B, Stedje D ve ark. (1995) Use of methylphenidate in the treatment of children with autistic disorder. *J Autism Dev Disord*, 25:283-294.
- Roeyers H, Keymeulen H, Buysse A (1998) Differentiating attention-deficit/hyperactivity disorder from pervasive developmental disorder not otherwise specified. *J Learn Disabil*, 31:565-571.
- Rutter M (2000) Genetic studies of autism: from the 1970s into the millennium. *J Abnorm Child Psychol*, 28:3-14.
- Şavaşır S, Sezgin N, Erol N (1994) Ankara Gelişim Tarama Envanteri. Ankara, Rekmay Ltd. Şti., s.1-27.
- Smalley SL, Kustanovich V, Minassian SL ve ark. (2002) Genetic linkage of attention-deficit/hyperactivity disorder on chromosome 16p13, in a region implicated in autism. *Am J Hum Genet*, 71:959-963.
- Şenol S, Öncüoğlu HE (1998) Çocuk ve ergen nöropsikolojik bozukluklarında sinir sistemi görüntülemesi. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 1:42-50.
- Tsai LY, Ghaziuddin M (1998) Autistic disorder. *Textbook of Child and Adolescent Psychiatry*. JM Wiener, MC Dulcan (Ed), New York. The American Psychiatric Publishing, s.219-254.
- Volkmar FR, Lord C, Klin A (2002) Autism and the pervasive developmental disorders, *Child and Adolescent Psychiatry*. 3. Baskı, M Lewis (Ed), Philadelphia, Lippincott Williams&Wilkins, s.587-597.
- Yavaş İ (1998) Otistik Bozukluk. *Psikiyatri temel kitabı*, C Güleç, E Köroğlu (Ed), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s.1079-1098.