

Erişkin Asperger Sendromu: Olgu Sunumu

Ferdi Köşger¹, Sinem Sevil²,
Zafer Subaşı², Cem Kaptanoğlu³

¹Yard. Doç. Dr., ²Araş. Gör. Dr., ³Prof. Dr.,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Psikiyatri Anabilim Dalı, Eskişehir - Türkiye



ÖZET

Erişkin Asperger Sendromu: Olgu sunumu

Asperger Sendromu (AS) sosyal etkileşim, iletişim sorunları ve stereotipik davranışlarla karakterize olan, otizmden farklı olarak dil ve bilişsel gelişimde gecikme görülmeyen bir bozuktur. Genellikle çocukluk döneminde tanı konulmakla birlikte bazı vakalar erişkinlik döneminde tanı alabilmektedir. AS klinik özellikleri nedeniyle şizofreni, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve kişilik bozuklukları ile tanısız anlamda karışabilmekte ve özellikle erişkinlik döneminde AS tanısı atlanabilmektedir. Bu olgu genellikle çocukluk döneminde tanı konulan ancak o dönemde tanı konulmazsa erişkinlik döneminde tanı ve ayırıcı tanısında güçlükler olabilen erişkin AS'nun önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar kelimeler: Asperger Sendromu, erişkinlik, yaygın gelişimsel bozukluk

ABSTRACT

Asperger's Syndrome in adulthood: a case report

Asperger's Syndrome (AS) is characterized by social deficits, communication difficulties, and stereotypical behaviors. Unlike autism, delays in language and cognitive development are not seen in Asperger's syndrome. AS is typically diagnosed in childhood, although some cases may be diagnosed in adulthood. Due to the clinical features of AS, diagnostically it can be confused with schizophrenia, anxiety disorders, obsessive-compulsive disorder, and personality disorders; hence, diagnosis of AS may be missed, especially in adulthood. This case is presented to emphasize the importance of adult AS, given that it is generally diagnosed in childhood, which leads to difficulties in diagnosis and differential diagnosis in adulthood if the condition has not been diagnosed in childhood.

Keywords: Asperger's Syndrome, adulthood, pervasive development disorder

Yazışma adresi / Address reprint requests to:
Yard. Doç. Dr. Ferdi Köşger,
Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi,
Psikiyatri Anabilim Dalı,
Oduņpazarı/Eskişehir, Türkiye

Telefon / Phone: +90-222-239-2979/3600

Elektronik posta adresi / E-mail address:
ferdikosger@gmail.com

Geliş tarihi / Date of receipt:
5 Eylül 2014 / September 5, 2014

Kabul tarihi / Date of acceptance:
30 Kasım 2014 / November 30, 2014

GİRİŞ

ICD-10'a göre yaygın gelişimsel bozukluklar içinde sınıflanan Asperger Sendromu (AS) sosyal etkileşim, iletişim sorunları ve stereotipik davranışlarla karakterize bir bozuktur (1). İlk olarak 1944 yılında Hans Asperger tarafından duygularını ifade etmede güçlük yaşayan, empati eksikliği ve toplumsal kabul görmüş konuları anlamakta zorlanan, ilgilendikleri konu ile ilgili 'küçük profesör' kesilen ancak ses ayarında, mimiklerini kullanmakta güçlük çeken bireylerdeki bozukluk olarak tanımlanan AS'na olan ilgi Wing'in 1981 yılında yaptığı çalışmayla artmıştır (2,3). DSM-IV'e göre otizmden farklı olarak dil ve bilişsel gelişimde gecikme olmaması ile tanımlanan sendrom (4), DSM-V ile birlikte ayrı bir bozukluk olarak tanımlanmayıp yüksek işlevli otistik bozukluk (YİOB) tanı grubunda yer almıştır (5).

AS yaygınlığının %0.3-0.7 arası olduğu ve

erkeklerde kadınlara göre 9 kat daha fazla görüldüğü bilinmektedir. AS'na ortalama olarak 10-11 yaşlarında tanı konulmakla beraber bazı vakalar yirmili yaş ve erişkinlik döneminde tanı alırlar (3). Özellikle yeni bir uyum gereksinimi olduğunda AS belirtileri artar. AS'nun erişkinlikteki görünümü ile ilgili bilgilerimiz ise halen kısıtlıdır (6,7).

Klinik özellikleri açısından özellikle şizofreninin prodromal dönemi, şizoid kişilik bozukluğu, reziduel şizofreni ve bunlarla birlikte obsesif kompulsif bozukluk (OKB), kaçınan kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu AS ile benzer bulgular gösterebilir ve bu durum AS olan bireylere yanlış tanıların konulmasıyla sonuçlanabilir.

Bu olgu genellikle çocukluk döneminde tanı konulan ancak o dönemde tanı konulmazsa erişkinlik döneminde tanı ve ayırıcı tanısında güçlükler olabilen erişkin AS'nun önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

OLGU

Otuz iki yaşında, lise mezunu, bekar, çalışmayan, ailesi ile birlikte yaşayan erkek hasta acil servisimize anne ve babasına bir şey olursa yalnız kalma endişesi, sıkıntı hissi, insanlarla iletişim kuramama, şizofreni olduğunu düşünme, özkıyım düşünceleri yakınmaları ile başvurdu. Kliniğimize yatışı yapılan hastanın yakınmalarının çocukluk döneminde başladığı, pek arkadaşının olmadığı, okulda arkadaşlarının onu garip olduğu için dışladığı öğrenildi. Lise dönemlerinde de benzer durumun devam ettiğini, arkadaşlarına uyum sağlayamadığını onların oynadığı oyunlara katılmadığını, ders başarısının çok iyi olmadığını, lise ikinci sınıftan sonra liseyi dışarıdan bitirdiğini belirtti. On sekiz yaşında okula devam edemediği ve sorumluluklarını yerine getiremediği için moralsizlik, keyifsizlik, isteksizlik, hayattan zevk alamama yakınmalarıyla psikiyatri polikliniğine başvurduğu ve ismini hatırlamadığı antidepresan ilaçlar kullandığı öğrenildi. Korkak bir yapısı olduğu için askere gitmek istemediğini söyleyen hasta, bağırarak konuştuğu için askerde dışlandığını, bu konuşma tarzı nedeniyle sürekli uyarıldığını ancak istese de sesinin tonunu ayarlayamadığını belirtti. Askerlik yaparken izine gittiği dönemde, askerden çok korktuğu için geri dönmek istemeyen hasta kendini bir akarsuya atarak özkıyım girişiminde bulunmuş ve çevredeki insanlar tarafından kurtarılmış. Askerden döndükten sonra bir yıla yakın evden hiç çıkmamış. 'Eğer evden çıkarsam sokakta kalakalıyorum, sağa mı yoksa sola mı gideceğimi bilemem bu yüzden evden çıkmamalıyım' şeklinde düşünüyor. Ailesi tarafından anlaşılmadığını düşünerek bir gün evdeki eşyaları balkondan atmaya başlamış. Ailesi tarafından kolluk kuvvetleri aranmış ve 2004 yılında bir psikiyatri kliniğinde iki ay yatışı olmuş. O dönemde paroksetin, karbamazepin ve risperidon tedavisi almış. Bir yıl sonra karışık tip kişilik bozukluğu tanısıyla aynı klinikte bir ay daha yatışı olmuş. 2006 ile 2013 yılları arasında başka bir psikiyatri kliniğinde toplam yedi kez yatışı olan hastaya psikotik bozukluk, anksiyete bozukluğu tanıları konmuş ve o dönemlerde sertralin, risperidon, ziprasidon tedavileri almış. İlaçlardan çok yarar görmediğini belirten hasta,

psikiyatri servislerinde daha çok iletişim kurabildiğini, diğer hastaların ve yardımcı sağlık personelinin kendisini daha çok anlayabildiğini ve genellikle hastaneden çıkışının yapılmasını istemediğini, çıkınca yine evden dışarı çıkamadığını ve insanlarla iletişim kuramama, anlaşılama kaygılarının tekrar başladığını belirtti. Ruhsal durum muayenesinde; genel görünüm ve kendine bakımı azalmıştı; konuşması açık, anlaşılır, yüksek ses tonunda, çağrışımları amaca yönelikti. Anksiyöz duygulanım gözlemlendi. Bilişsel yetileri tamdı. Algı sapması tanımlanmadı. Düşünce içeriğinde insanlar tarafından anlaşılmadığı için anne ve babasına kötü bir şey olursa yalnız yaşayamayacağı şeklinde kaygılar, eğer bir sandalyeye doğru bir şekilde iki kez oturmazsa penisinin karnına kaçacağı düşüncesi, sürekli hastalığının tanısı ile ilgili düşünce uğraşları tanımlandı. Dışa vuran davranışlarında otururken ve özellikle biriyle konuşurken sık sık öne eğilip penisini kontrol etme ve gerekirse konuşmayı kesip kontrol için tuvalete gitme davranışı tanımlandı.

Genel tıbbi durumu dışlamak amacıyla; elektroensefalogram (EEG), tam kan sayımı, tiroid fonksiyon testleri, serum B12 vitamini ve folik asit düzeyi bakıldı. Sonuçları normal olarak değerlendirildi. Yapılan zeka testinde Kent E.G.Y. sözel performans testinden 93 puan alan hasta, Porteus labirentleri performans testinden 104 puan aldı. Tespit edilen ortalama zeka bölümü 99 olarak saptandı.

Hastaya yatışında daha önce kısmen faydalandığını belirttiği sertralin 50mg/gün ve yoğun anksiyete belirtileri nedeniyle klonazepam 4mg/gün tedavisi başlandı. Psikotik bulgu saptanmayan hastanın almakta olduğu risperidon ve ziprasidon tedavisi azaltılarak kesildi. Bir ay sonra klonazepam tedavisi dozu azaltılarak kesildi. Sertralin 100mg/güne çıkıldı. Klinik içinde sürekli yüksek sesle konuşması, özellikle ilgilendiği konularda hatalı bir şey söylenince hızla tepki verip düzeltmesi, benzer şekilde doktor isimlerinin hatalı söylendiğinde konuşmayı kesip bağırarak doğru şekilde düzeltmesi, koltuğa ya da kanepeye değil mutlaka sandalyeye oturması dikkat çekiciydi. Şizofreni tanısının olduğunu düşünüyordu ve bu düşüncesi neredeyse 'kendi kendini damgalama' seviyesindeydi. Yakınlarıyla yapılan görüşmelerde mental-motor

gelişiminin zamanında olduğu, on iki aylıkken konuşmaya başladığı, on dört aylıkken yürüdüğü çocukluk döneminde konuşmayı çok sevdiği, sürekli yüksek sesle bağırarak konuştuğu, başkalarını dinlemeyip kendi söylediklerinin dinlenmesini istediği bu yüzden ilkokuldan itibaren hiç arkadaşlık kurmadığı, orta düzeyde başarısı olan bir öğrenci olduğu, uzun süreli psikiyatri kliniğinde yatışların kendisine iyi geldiği öğrenildi.

Olgumuzda klinik olarak karşılıklı sosyal etkileşimlerde ve iletişimde kısıtlılık olması, davranış, ilgi ve etkinliklerde kısıtlılığının olması ve yineleyici stereotipik davranışlarının olması, belirgin dil ve bilişsel gelişme geriliğinin olmaması nedeniyle ICD-10'a göre AS tanısı konuldu (1). AS'nun klinik özellikleri hasta ile paylaşıldı ve AS ile ilgili derneklerin ve destek gruplarının bulunduğu bilgisi verildi. Özkıyım düşüncesi kaybolan, anksiyete belirtileri gerileyen, özbakımı düzelen hastanın poliklinik kontrolü önerilerek sertralin 100mg/gün tedavisi ile çıkışı yapıldı. Kliniğimizden çıkışının dördüncü ayında yapılan görüşmede günde en az bir saat evden dışarı çıkabildiği, yatış öncesindeki gibi sürekli ilaç kullanma ve psikiyatri servislerine yatış talebinin olmadığı öğrenildi.

TARTIŞMA

Çocukluk çağında tanısı konabilen ve yaşam boyu süren bir psikiyatrik bozukluk olarak tanımlanan AS'nda otizme benzer şekilde toplumsal etkileşimde bozukluk, kısıtlı ve yineleyici ilgi alanları ve etkinlikleri vardır. ICD-10 ve DSM-IV'te AS'nun otizmden temel farkının dil ve bilişsel gelişimde gecikme ve gerileme olmaması vurgulanmıştır. Çoğu hasta normal zeka düzeyinde olmasına rağmen beceriksizdir. Ancak Wing (2,3) dil gelişiminde gecikme olanlar ve sınır ya da sınır altı zeka bölümü olanlarda da AS tanısının konulabileceğini belirtmiş ve DSM-IV ile ICD-10'u tanı kriterleri konusunda eleştirmiştir.

AS tanılı çocukların ilköğretimde ham bellek, ezberleme ve hesaplama becerileri nedeniyle yüksek bir başarı gösterebileceği ancak yazma ve el becerilerinde sorunlar yaşayabilecekleri bilinmektedir (6,7). Ancak toplumsal becerilerin daha çok gerektiği ortaokul ve

ergenlik dönemiyle birlikte yaşlılarına uyum sağlama güçlüğü, yaşlıları tarafından dışlanma, daralmış ilgi alanları akademik başarıyı düşürmektedir (3). AS/YİOB tanılı ergenlerde depresyon yaygınlığında artış olmasının akademik sorunlarla ilgili olabileceği bildirilmiştir (7). Benzer şekilde hastamız da ergenlik döneminden itibaren yaşlılarına uyum sağlamakta belirgin güçlük yaşamış, arkadaşları tarafından dışlanmış, okuluna devam edemediği ve sorumluluklarını yerine getiremediği bir dönemde depresyon tanısı almıştır. AS olan bireylerin daralmış ilgi alanlarına yönelik eğitim almalarının akademik başarılarını arttırabileceği bilinmektedir (8).

AS/YİOB tanılı bireylerin mesleki işlevselliğini değerlendiren çalışmalarda Szatmari ve arkadaşları (9) tanı alan bireylerin %37.5'inin, Venter ve arkadaşları (10) ise %24.1'inin tam zamanlı bir işte çalışabildiğini göstermişlerdir. Her iki çalışmada da AS/YİOB tanılı bireylerin özel beceri gerektirmeyen daha alt seviyedeki işlerde çalıştığı bildirilmiştir. Hastamızın da yirmili yaşların başında bir kuaförde iki günlük çalışma girişiminin olduğu ancak yaşadığı iletişim sorunları nedeniyle devam edemediği bilinmektedir. İş bulabilen AS tanılı bireylerin toplumsal etkileşim ve iletişim sorunları yüzünden işlerini kaybettiği bilinmektedir (9,10). AS tanılı bireyler için onların ihtiyaçlarına yönelik işyeri düzenlemelerinin yapılması ve iş bulmaları konusunda gerekli sosyal desteğin sağlanması önemli görünmektedir. Önceden planlanmış, yapılacak işin belli olduğu, tekrarlayan işlerde daha başarılı olabilecekleri düşünülmektedir (11).

AS olan bireylerde genel olarak aile ilişkilerinde toplumsal iletişime göre daha az bozulmanın olduğu bilinmektedir. Ancak yaşlılarıyla sosyal etkileşime girmekte zorlanırlar (12,13). Yaşla birlikte toplumsal becerilerin arttığı gösterilmiştir (14). Larsen ve Mouridsen (15) AS tanılı bireylerin %22'sinin evlendiğini saptamışlardır. Ancak bu evliliklerin uzun sürmediği ve boşanma oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır (16). Hastamızın da bir kız arkadaşının hiç olmadığı, bu yönde bir çabasının bulunmadığı bilinmektedir.

Çocukluk döneminde tanı konulmamış AS'lu bireylerin tanıları erişkinlik döneminde gözden kaçabilir.

Erişkin AS olan bireylere en sık konulan psikiyatrik tanı şizofrenidir (3). Özellikle geç ergenlik döneminde sosyal ilişkilerde sınırlılık, tuhaf davranışlar şizofreniyi düşündürülebilir. Ancak AS'na şizofreninin eşlik etmesi çok nadirdir (16). Hastalık dönemi boyunca kendisi ve ailesinden alınan öyküde hiçbir zaman sanrı, varsanı, dezorganize konuşma ve davranış tanımlanmadığı için hastamızın tanısında şizofreni ve diğer psikotik bozukluklar dışlanmıştır. Yine tekrarlayıcı davranış kalıpları nedeniyle OKB tanısı AS tanısından önce konabilir. Hastamızda da tekrarlayıcı davranış örüntüleri saptanmıştır. OKB'de bu örüntülerin kaynağında anksiyete yatarken AS'da istek ve konfor bu ilgililerin kaynağını oluşturur. Hastamızın oturmak için mutlaka sandalyeyi seçmesi ve penisini kontrol davranışları ile ilgili bir kaygıdan çok rahatlama hissinin olduğunu belirtmesi, bu davranışların kompulsiyondan çok AS'da görülen davranış örüntüleri olduğu yönünde değerlendirildi. AS tanılı bireylerin sosyal ilişkilerindeki belirsizlik ve öngörülemezlik durumunun aşırı kaygıya yol açtığı, bu yüzden kaygı bozukluğu tanısının AS'nda sık konulduğu bilinmektedir. Hastamızda da özellikle ilk yatış döneminde belirgin kaygı saptanmış ancak bu durum ayrı bir anksiyete bozukluğu tanısından çok AS'da gözlenen bir belirti olarak değerlendirilmiştir. Kişilik bozukluklarından özellikle şizoid kişilik bozukluğunun AS ile ayırıcı tanısı oldukça güçtür. Toplumsal etkileşimde bozulma AS'da daha fazladır ve yineleyici davranış örüntüleri daha çok AS'da görülür. Ayrıca hastamızda gözlemediğimiz duygusal soğukluk ve donukluk daha çok şizoid kişilik bozukluğuna özgüdür. Sürekli tanısıyla ilgili düşünce uğraşları olan, şizofreni tanısının

olduğunu düşünen hastamızda tanı konulduktan ve psikoeğitim verildikten sonra bir rahatlama olduğu ve anksiyete belirtilerinin gerilediği gözlenmiştir. Hastaların tanılarının uygun bir şekilde hastayla paylaşılması kısıtlı da olsa hastalarda içgörü geliştirebilir. Ayrıca ailenin tanı ile ilgili bilgilendirilmesi bu farklı insanlarla yaşamaları, uygun tutum ve yönlendirmeleri yapmalarını kolaylaştırmaktadır. Hastamızın özellikle askerlik ve okul öyküleri AS tanılı bir bireyin 'normal' muamelesi gördüğü zaman yaşadığı sıkıntıları örneklemektedir.

Okul öncesinden ergenlik dönemine kadar YİOB tanılı bireylerin gelişimini değerlendiren bir çalışmada, erken müdahalelerin varlığı halinde bilişsel beceri ve toplumsal işlevsellikte yaşla birlikte kısmen gelişme olduğu bildirilmiştir (12). Erişkin psikiyatri polikliniklerinde AS oldukça az konulan bir tanıdır. Bu durum tanı ölçütlerinin tam olarak bilinmemesiyle ilgili olabileceği gibi kesitsel bir değerlendirmenin yapılarak gelişimsel öykünün yeterince alınmamasıyla da ilgili olabilir (17). AS'da ayırıcı tanı açısından özellikle gelişimsel öykü almak ve aile görüşmesi yapmak oldukça önemlidir.

Her ne kadar genellikle çocukluk döneminde tanı konan bozukluklar grubunda olsa da AS/YİOB ile erişkinlik döneminde de karşılaşılabileceğinin bilinmesi ve erişkin psikiyatristlerinin bu konuda donanımlarını arttırması önemlidir. Yaşam boyu süren ve bireyin toplumsal ve mesleki işlevselliğinde önemli derecede bozulma ile seyreden erişkin AS ile ilgili uzun süreli izlem çalışmalarına ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

KAYNAKLAR

1. Dünya Sağlık Örgütü. ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması Klinik Tanımlamalar ve Tanı Kılavuzları. Öztürk MO, Uluğ B (Çeviri. Ed.) 1. Baskı, Ankara: Türkiye Sinir ve Ruh Sağlığı Derneği Yayını, 1993.
2. Wing L. Reflections on opening Pandora's box. J Autism Dev Disord 2005; 35:197-203. [CrossRef]
3. Tufan AE, Durukan İ, Işık U. Erişkinlikte Asperger sendromu: Bir gözden geçirme. Journal of Clinical and Analytical Medicine 2011; 2:152-156. [CrossRef]
4. Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin. Köroğlu E (Çeviri Ed.) 4. Baskı, Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 2007.
5. Woods AG, Mahdavi E, Ryan JP. Treating clients with Asperger's syndrome and autism. Child Adolesc Psychiatry Ment Health 2013; 7:32. [CrossRef]
6. Özdemir DF, İşeri E. Erişkinlerde Asperger bozukluğu: Bir gözden geçirme. Klinik Psikiyatri Dergisi 2004; 7:223-230.

7. Aggarwal S, Westbrook J. Prognosis of Asperger's disorder. In Rausch JL, Johnson ME, Casanova MF (editors). *Asperger's Disorder*. First ed. New York: Informa Healthcare, 2008, 327-342. **[CrossRef]**
8. Tantam D. Adolescence and adulthood of individuals with Asperger syndrome. In Klin A, Volkmar FR, Sarrow SS (editors). *Asperger Syndrome*. New York: The Guilford Press, 2000, 367-403.
9. Szatmari P, Bartolucci G, Bremner R, Bond S, Rich S. A follow-up study of high-functioning autistic children. *J Autism Dev Disord* 1989; 19:213-225. **[CrossRef]**
10. Venter A, Lord C, Schopler E. A follow-up study of high-functioning autistic children. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33:489-507. **[CrossRef]**
11. Volkmar F. Can you explain the difference between autism and Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord* 1999; 29:185-186. **[CrossRef]**
12. Sigman M, McGovern CW. Improvement in cognitive and language skills from preschool to adolescence in autism. *J Autism Dev Disord* 2005; 35:15-23. **[CrossRef]**
13. Gilchrist A, Green J, Cox A, Burton D, Rutter M, Le Couteur A. Development and current functioning in adolescents with Asperger syndrome: a comparative study. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42:227-240. **[CrossRef]**
14. Szatmari P, Bryson SE, Streiner DL, Wilson F, Archer L, Ryeer C. Two-year outcome of preschool children with autism or Asperger's syndrome. *Am J Psychiatry* 2000; 157:1980-1987. **[CrossRef]**
15. Larsen FW, Mouridsen SE. The outcome in children with childhood autism and Asperger syndrome originally diagnosed as psychotic. A 30-year follow-up study of subjects hospitalized as children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997; 6:181-190. **[CrossRef]**
16. Chen PS, Chen SJ, Yang YK, Yeh TL, Chen CC, Lo HY. Asperger's disorder: a case report of repeated stealing and the collecting behaviours of an adolescent patient. *Acta Psychiatr Scand* 2003; 107:73-75. **[CrossRef]**
17. Özgüven HD, Öner Ö, Ölmez Ş. Erişkin bir Asperger bozukluğu olgusunun klinik ve nöropsikolojik değerlendirmesi. *Türk Psikiyatri Derg* 2001; 12:233-240.