

**SCHOOL REFUSAL İN ASPERGER DİSORDER: CASE SERIES AND  
LITERATURE OVERVIEW**

**ASPERGER BOZUKLUĞUNDA OKUL REDDİ: OLGU SERİSİ VE LİTERATÜRÜN  
GÖZDEN GEÇİRİLMESİ**

**Zehra Babadağı<sup>1</sup>, Miraç Barış Usta<sup>2</sup>, Koray Karabekiroğlu<sup>2</sup>**

1 Kayseri Public Hospital Emel Mehmet Tarman Child's Hospital, Department of Child and Adolescent Psychiatric Health and Diseases, Kayseri Turkey

2 Ondokuz Mayıs University Faculty of Medicine, Department of Child and Adolescent Psychiatric Health and Diseases, Samsun Turkey

**Corresponding Author:** Zehra BABADAĞI. Department of Child and Adolescent Psychiatric Health and Diseases, Emel Mehmet Tarman Children's Hospital, Kayseri, Turkey

**E mail:** [zhracam@gmail.com](mailto:zhracam@gmail.com)

**Geliş Tarihi:** 30/11/2016

**Kabul Tarihi:** 01/02/2017

**ÖZET**

Asperger bozukluğu (AB) DSM-IV'te Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB) başlığı altında yer almaktadır. Belirgin dil gelişimi gecikmesi olmaksızın, toplumsal etkileşimde nitel bozulma, davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması bozukluğun temel özellikleridir. Her ne kadar Asperger Bozukluğu DSM V'de Otizm Spektrum Bozukluğu başlığı altında toplanmış olsa da klinik olarak halen kullanılmakta olan

bir tanıdır. AB olan bireylerde temel sorun eş duyumun olmaması, ilişkilerde karşılıklı etkileşimin yetersiz olması ve yakın ilişki kuramamadır. AB olan çocuk ve ergenlerde%30 oranında komorbid psikiyatrik bozukluklar görülebilmektedir ve bu ruhsal hastalıklar bireyin sosyal uyumunu daha da kötüleştirebileceği gibi, diğer işlevsellik alanlarını da etkileyebilmektedir. Öyle ki AB olan bireylerin kliniğe ilk başvuru sebepleri doğrudan AB ile ilişkili sorunlardan ziyade komorbid bozukluklar nedeniyle olabilmektedir. En sık görülen komorbid ruhsal hastalıklar % 45 oranında Anksiyete bozuklukları, % 28 Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, %19 Obsesif Kompulsif Bozukluk ve %15 Depresif Bozukluktur. Okul reddi, çocukların anksiyete ve depresyon gibi duygusal sorunlar nedeni ile okula devam edememesi olarak tanımlanmaktadır. Genel olarak, okul reddinin yaygınlığı tüm okul çağındaki çocuklar için yaklaşık %1 ve kliniğe başvuran tüm çocuklar için %5 olarak bildirilmektedir. Okul reddi okul hayatının herhangi bir döneminde ortaya çıkabildiği gibi önemli geçiş dönemlerinde, okula erken başlama durumunda, okul değişiminin olduğu durumlarda veya zorunlu eğitimin bitmesine yakın bir dönemde de görülebilmektedir. Okul reddi, birçok ruhsal bozukluğun belirtisi olarak karşımıza çıkabilir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi ve anksiyete ile giden uyum bozukluğu en sık görülen tanılardır. Yazında yaygın gelişimsel bozukluklar ile okul reddi komorbiditesine dair yeterince çalışma olmadığı görülmüştür. Bu yazıda AB olan ve okul reddi gelişen 5 ergen hastada klinik özellikler, tanı ve tedavideki güçlükler ve önemli noktalar tartışılacaktır.

**Anahtar kelimeler:** Asperger Bozukluğu, okul reddi, Otizm Spektrum Bozukluğu

### Abstract

Asperger's disorder (AD) is classified in Pervasive Developmental Disorders in DSM-IV. Qualitative deterioration in social interaction without prominent language development delay and limited, stereotyped and repetitive patterns in behavior, interest and activities are key feature in AD. Although Asperger's Disease is classified under the title of Autism Spectrum Disorder in DSM-5, it is still used in psychiatry clinics. Main problems in AD are, deficits empathy skills and developing and maintaining close relationships. Comorbid psychiatric disorders are shown in 30% of children and adolescents with AD and this psychiatric disorders may worsen social interaction as well as effect other functional areas. Thus, first referral to a psychiatry clinic can be due to a comorbid disorder rather than AD related problems. Most common comorbid psychiatric disorder in AD are; Anxiety disorders (45%), Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (28%), Obsessive Compulsive Disorder (19%), Depressive Disorder (15%). School refusal described as an inability of child to attend school due to emotional problems such as anxiety and depression. Generally, prevalence of school refusal is 1% for children at school age and 5% for children presented to psychiatry clinic. School refusal may occur at any time in child's life time, but especially occurs in during psychological transitional periods, school change or mandatory education is near completion. In literature, there is lack of data about AD and school refusal comorbidity. In this article, clinical features and diagnosis and treatment difficulties of 5 adolescents with AD and school refusal are discussed.

**Keywords:** school refusal, asperger disorder, autism spectrum disorder

## GİRİŞ

Asperger bozukluğu (AB) DSM-IV'te Yaygın Gelişimsel Bozukluklar (YGB) başlığı altında yer almaktadır (1). Belirgin dil gelişimi gecikmesi olmaksızın, toplumsal etkileşimde nitel bozulma, davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici örüntülerin olması bozukluğun temel özellikleridir. Otistik bozukluktan, dil gelişiminde gerilik olmaması, bilişsel gelişimde ya da yaşına uygun kendine yetme becerilerinin gelişiminde, uyum davranışlarında ve çocuklukta çevreyle ilgilenme konusunda klinik olarak belirgin gecikme olmaması ile ayrılmaktadır. Hastalığın sıklığı hakkındaki bilgiler sınırlı olsa da 200'de 1 kadar olduğu tahmin edilmektedir. Erkeklerde 9 kat daha fazla görüldüğü ileri sürülmektedir. Sıklıkla erken yaş dönemlerinde teşhis edilmesi güç olup ortalama 11 yaşlarında tanı konulduğu bildirilmiştir (2-4). Asperger Bozukluğu DSM V tanı sınıflandırması içinde Otizm Spektrum Bozukluğu başlığı altında toplanmış olsa da klinik olarak halen kullanılmakta olan bir tanıdır. AB olguları sıklıkla beceriksiz yaklaşımları ve diğer insanların duygularına, niyetlerine ve ima edilen etkileşime duyarsızlıkları nedeniyle arkadaş ilişkilerinde başarısız olurlar. Sosyal ilişki ve etkileşimdeki yaşamboyu zorlanmalar görülebilir.

AB olan bireyler sosyal ilişki-etkileşimde yaşadıkları temel zorluğun dışında sıklıkla başka psikiyatrik bozukluklarla ilişkili sıkıntı da yaşayabilmektedir. Komorbid bozukluklar bireyin sosyal uyumunu daha da kötüleştirebileceği gibi, diğer işlevsellik alanlarını da etkileyebilmektedir. Öyle ki AB olan bireylerin kliniğe ilk başvuru sebepleri doğrudan AB ile ilişkili sorunlardan ziyade komorbid bozukluklar nedeniyle olabilmektedir. Bununla birlikte AB olan bireylerde komorbid psikiyatrik bozuklukların sıklığı ve klinik özellikleriyle ilgili fazla çalışma bulunmamaktadır (2). Bu konuda yakın zamanda yapılan az sayıdaki çalışmalardan birinde AB olan çocuk ve ergenlerin %94'ünde en az bir, %70'inde ise birden

fazla komorbid psikiyatrik bozukluk bildirmişlerdir. Bu çalışmada en sık görülen komorbid bozukluklar anksiyete bozuklukları (%54), yıkıcı davranış bozuklukları (%48) ve duygudurum bozuklukları (%37) olarak bildirilmiştir. Anksiyete bozukluğu olarak en sık OKB (%32), duygudurum bozukluğu olarak en sık major depresyon (%29) bildirilmiştir. Çalışmalarda AB olan çocukların yaklaşık %11-84'ü herhangi bir anksiyete bozukluğu kriterlerini karşılamaktadır. Sık belirtilen anksiyete bozuklukları arasında özgül fobi, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, ayrılık anksiyetesi bozukluğu yer almaktadır (6).

Okul reddi, çocukların anksiyete ve depresyon gibi duygusal sorunlar nedeni ile okula devam edememesi olarak tanımlanmaktadır. Okul fobisi, DSM-IVde, özgül fobiler sınıfı içinde yer almakta ve özgül olarak okul ortamından korkma olarak tanımlanmaktadır. Yalnızca okula gitme sırasında yaşanan ayrılma ile ilişkili anksiyete daha çok okul fobisi, buna karşın okul ve ev dışı herhangi bir yerde ayrılma ile ilgili anksiyetenin yaşanması ayrılma anksiyetesi bozukluğu olarak değerlendirilmektedir. Okul reddinin yaygınlığına ilişkin bulgular önemli oranda değişiklik göstermektedir. Bu değişkenliğin başlıca nedeni tanımlamada kullanılan ölçütlerdeki farklılık olarak gösterilmektedir. Genel olarak, okul reddinin yaygınlığı tüm okul çağındaki çocuklar için yaklaşık %1 ve kliniğe başvuran tüm çocuklar için %5 olarak bildirilmektedir (7). Ek olarak, okul reddi olan çocukların sayısının giderek arttığı görüşü literatürde desteklenmektedir. Okul reddinin sıklığı ile ilgili olarak ülkemize ait ayrıntılı veriler bulunmamaktadır. Okul reddi okul hayatının herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir. İlkokula başlama (5-7 yaş), ortaokula başlama (10-11 yaş) ve liseye başlama (14 yaş) gibi önemli geçiş dönemlerinde, okula erken başlama durumunda, okul değişiminin olduğu durumlarda ve zorunlu eğitimin bitmesine yakın bir dönemde daha sık görülmektedir. Okul reddi, birçok ruhsal bozukluğun belirtisi olarak karşımıza çıkabilir. Ayrılma anksiyetesi bozukluğu, yaygın anksiyete bozukluğu, sosyal fobi, özgül fobi ve

anksiyete ile giden uyum bozukluğu okul reddinin en sık görüldüğü bozukluklardır (8). Yazında yaygın gelişimsel bozukluklar ile okul reddi komorbiditesine dair yeterince veri ve çalışmaya rastlanmamıştır. Bu komorbiditye dikkat çekmek amacıyla, yazımızda AB olan ve okul reddi gelişen 5 ergen hastada klinik özellikler, tanı ve tedavideki güçlükler ve önemli noktalar tartışılacaktır.

#### OLGU 1

12 yaşında, erkek hasta; okuldan kaçma şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Son 1 aydır hemen her gün okuldan kaçtıktan sonra eve gidiyor, internetten Rubik küpü ve puzzle ile oynuyordu. Ortaokula geçtiğinde arkadaşlarının kafasının şekli sebebiyle ‘garip çocuk’, ‘uzaylı’ gibi lakaplar taktıkları için okula gitmek istemediğini söylüyordu. Bunun üzerine annesi okulunu değiştirmiş fakat değiştirdiği diğer okuluna da 1 ay kadar devam ettikten sonra okula gitmemişti. Hastanın özgeçmişinde gelişim basamaklarını zamanında tamamlamıştı. 5 yaşında okumayı televizyondan ve annesinin yardımıyla öğrenmişti, ilkokulda okula sevak başlamıştı ve en hızlı okuma ödülünü kazanmıştı. Hastanın gelişim öyküsünde sosyal ilişki sorunlarını çocukluğundan itibaren yaşadığı, dönem dönem farklı takıntılarının olduğu öğrenilmiştir. Fizik muayenesi normal olan hastanın ruhsal muayenesinde göz temasını yetersiz kurduğu, sürekli kendi istediği konuları konuştuğu, konuşma tınısı prozodik ve aynı tonda konuştuğu, karşılıklı iletişim kurmakta zorluk çektiği gözlemlendi. Yapılan WISC-R Zeka Testinde IQ:104 ile ‘Normal Zeka’ olarak değerlendirildi. Yapılan K-SADS tanı görüşmesinde Asperger Bozukluğuna komorbid Okul Reddi tanıları ile takibe alındı. Takiplerde hasta örgün eğitime devam etmeyip özel eğitim ile okul hayatına devam etti.

#### OLGU 2

8 yaşında erkek hasta, okula gitmek istememe şikayeti ile getirildi. 3 ay önce ilkokul 1. Sınıfa başladığında özellikle müzik dersinde yüksek sesleri aşırı duyarlılığı sebebiyle okul arkadaşları arasında duramıyormuş, kulaklarını kapatıp bağırmaya başlıyormuş. Yemek sırasına geçtiğinde her zaman en ön sırada olmak istiyor ve birisi önüne geçtiği zaman yere yatıp kafasını yere vurmaya başlıyormuş. Son 2 aydır okula gitmek istememe, sınıfa girmek istememe şikayeti ile başvurmuşlar. Gelişim basamaklarında 12 aylıkken yürüdüğü, ilk kelimelerini söylediği öğrenildi. Çocuk psikiyatri polikliniğine ilk başvurusu 6 yaşındayken babasının ayağına bakır kablo bağlayıp prize takınca, babasının ayağında yanıklar oluşması üzerine getirilmiş. 5 yaşından itibaren ampuller ve elektrik devreleri ile ilgilenirmiş. Aile içerisinde "Ampul Ali" olarak tanınıyordu. Kısıtlı ilgi alanı ile fazlaca uğraşma, rutinlerine bağlılık ve motor manyerizmleri ile Asperger Bozukluğu tanısı konulmuş. Yapılan K-SADS tanı görüşmesi sonrasında Asperger Bozukluğuna komorbid okul reddi geliştiği düşünüldü. Okul müdürü ile hastanın durumu hakkında görüşüldü ve müdürün önerisi ile yardımcı bir öğretmen ile derslere girmesi sağlandı, aşamalı maruz bırakma ile okul fobisi tedavi edilerek 1. sınıfa devam etti.

### OLGU 3

15 yaşında kız. Devamsızlık sebebiyle lise 1. Sınıfta kalması üzerine polikliniğimize getirilirdi. Son 4 aydır okuldan kaçıyor ve okula gitmediği günlerde kütüphaneye gittiğini söylüyordu. Okulda söylediği özlü sözlere ve yaptığı esprilere kimsenin aldırış etmediğini, kendisinin sürekli arkadaş ortamlarından "kültür patlaması" "ayaklı kütüphane" gibi lakaplar takılarak dışlandığı, bu yüzden sürekli olarak kütüphanede yalnız olarak vakit geçirdiği öğrenilmiştir. Hastanın özgeçmişinde gelişim basamaklarını zamanında tamamladığı; anaokulundan beri okulda olmayı ve sosyal ortamlara katılmayı pek istemediği öğrenilmiştir. İlkokulda sürekli olarak tek başına oturduğu, diğer çocukların silgisini ve kalemlerini çantasında topladığı

öğrenildi. Fizik muayenede özellik saptanmayan hastanın psikiyatrik muayenesinde odanın içinde dolaştığı, sorulara tek kelimelere ile cevap verdiği, odanın içinde bulundan kitabı okuduğu ve tüm ısrarlara rağmen doktora yönelmediği izlendi. Atasözleri ve soyut kavramlar sorulduğunda: "Vakit nakit değildir. Vakit vakittir nakitte nakittir.", "Sevmek sarılmaktır, çok sıkı sarılmaktır." şeklinde ifadelerde bulundu ve yine bazı soyut kavramları anlatmakta güçlük çektiği gözlemlendi. K SADS tanı görüşmesi sonrasında "okul reddi" ve "Asperger Bozukluğu" ile takibi alındı. Rehber öğretmeni ve sınıf öğretmeni durumu hakkında bilgilendirildi. Rehber öğretmeni ile okula gitmeye başlayan hastanın takibi devam etmektedir.

#### OLGU 4

17 yaşında, erkek hasta. Polikliniğimize 15 yaşında başlayan takıntılar nedeniyle başvurdu. Bir yerden geçerken iyi bir şey düşünmesi gerektiği, kötü düşünürse kötü hatırlayacağı, aklına sevmediği biri geldiğinde iyi bir şey yapmazsa başına kötü bir şey geleceği, biri dokunursa kirlenmiş gibi olacağı şikayetleri olmuş. Ayrıca 7-8 yıl önce başlayan istemsiz boğaz temizleme, göz kırpma şikayetleri ve gergin olduğu zamanlarda saçları ile oynama, koparma, sonrasında rahatlama hissi oluyormuş. Son 3 aydır okula gitmek istememe, okula gideceği zaman gergin hissetme, okula gitmediği zaman evde ders çalışma, okula gittikten sonra derse girmeme şikayetleri başlamış. Hastanın özgeçmişinde gelişim basamakları zamanında ancak çocukluktan beri arkadaşlık kuramadığı, yalnız olduğu, futbol konusunda aşırı bir ilgisinin olduğu öğrenildi. Ruhsal muayenede göz temasının kısıtlı olduğu, sorulara kısa ve alakasız cevaplar verdiği görülmüştür. K SADS tanı görüşmesi yapılan hastaya Asperger Sendromu, OKB, Trikotillomani ve Tourette Bozukluğu tanıları konuldu. Dış merkezde başlanan klomipramin 75 mg/gün tedavisine devam edildi ve risperidon 1 mg/gün eklendi. OKB ve tiklerinde azalma görüldü.

## OLGU 5

11 yaşında, erkek hasta. Polikliniğe ilk kez 7 yaşında hareketlilik, çabuk sıkılma, dikkatsizlik, ödevleri tamamlayamama, öğretmeninin derste dikkat süresinin kısa olduğunu söylemesi üzerine getirildi. Hastaya Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) tanısı konarak metilfenidat 18 mg/gün tedavisi başlandı. Takiplerinde hastanın kimlik numaraları, çevresel felaketler gibi konularda aşırı ilgisinin olduğu, sürekli bunlardan bahsetmek istediği, okulda arkadaş sorunları yaşadığı, arkadaşlarının onunla dalga geçtiği öğrenildi. Ayrıca gelişim basamaklarını zamanında tamamladığı öğrenildi. Hastaya yapılan WISC-R Zeka testinde 'IQ:86 Normal Zeka' düzeyinde performans gösterdiği görüldü. Bu belirtiler sonucundahastaya Asperger Bozukluğu tanısı konuldu. Hastanın DEHB tedavisini bırakması sonrasında başlayan okula gitmek istememe, okula giderken ağlama, okula gittikten sonra okula girmeden tekrar eve dönme, gün içinde evde iyi vakit geçirme ancak okul zamanı geldiğinde yataktan çıkmak istememe şikayetlerinin başlaması nedeniyle hastada okul reddi düşünülmüştür. DEHB tedavisi için 18 mg/gün Metilfenidat başlanan hastanın takiplerde okula devamsızlığının olmadığı görülmüştür.

## TEDAVİ

Okul reddi tedavisi ebeveyn ve okul personeli ile işbirliği içinde yürütülmelidir. Tedavide temel amaç çocuğun kısa sürede okula dönmesini sağlamaktır. Çocuklarda okul reddi ve anksiyete bozuklukları sağaltımında genel kabul gören yöntem, çok eksenli bir tedavi yaklaşımı uygulamaktır. Psikososyal ve psikofarmakolojik yaklaşımlar tedavinin önemli ayaklarını oluşturur. Biz de görüşmelerde komorbid psikiyatrik bozukluk varlığında psikofarmakolojik yaklaşımlardan destek aldık. Ayrıca psikoeğitim ile hem aileye hem de okula bilgi verdik. Okula düzenli olarak gitmeleri için teşvik etmeyi amaçlayan uygun bir davranış yönetimi planlanladı. Ayrıca sistematik duyarsızlaşma, aşamalı maruz bırakma,

gevşeme egzersizleri gibi yöntemlerle de bilişsel davranışçı yaklaşımlardan faydalandık. Görüşmeler sonrasında hastalarımızdan bir kısmı okula dönerken bir kısmında sorun halen devam etmekte idi.

#### TARTIŞMA

Yukarıda anlatılan olguların psikiyatrik muayeneve öyküsünde AB'nin tipik özelliklerini gösterdiği görülmüştür. AB için DSM-IV'te belirtilen 5 ana belirti kümesi şöyledir: A) toplumsal etkileşimde bozulmanın olması, B) davranış, ilgi ve etkinliklerde sınırlı, basmakalıp ve yineleyici davranış örüntülerinin olması, C) toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında klinik olarak belirgin sıkıntının olması, D) dil gelişiminde klinik açıdan önemli genel bir gecikme olmaması, E) Bilişsel gelişimde ya da yaşına uygun kendi kendine yetme becerilerinin gelişiminde, uyumsal davranışta (toplumsal etkileşim dışında) ve çocuklukta çevreyle ilgilenme konusunda klinik açıdan belirgin bir gecikme olmamasıdır (10). Olguların AB tanısı açısından her belirti kümesinden yeterli sayıda belirtiyi karşıladığı görülmektedir. Erken dönem dil gelişimi normal olan hastaların sosyal uyum güçlükleri bazen ilkökul bazen de daha geç ortaya çıkmış ve artarak devam etmişti. Hastaların sosyal etkileşimde ve empati yapmaktaki güçlüklerine karşın arkadaşlıklar kurmaya ve ilgilerini -sıra dışı olsalar da- paylaşmaya istekli oldukları görüldü. Zekası normal sınırlarda olan hastaların akademik alanda genellikle zorlukları olmadığı görüldü.

Okul reddi görülen çocuklarda en sık saptanan tanılar sırası ile depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve DEHB'dir (6). Bizim olgu serimizde bir çocuk DEHB, bir çocuğumuz OKB, Trikotillomani ve Tourette tanılarını aldı. Okul reddi alanında yapılan çalışmalarda tanı dağılımı ile bizim olgu serimizdeki farklılığının hastaların AB olmasından kaynaklanabileceği düşünüldü. Okul reddi olan çocuklarda % 5-23 arasında Yıkıcı Davranış Bozukluğu görülmektedir (6). Olgularımızdan bir tanesinde DEHB tedavisini almadığı dönemde okul

reddi geliştiği görölmüştür. Bilindiği üzere DEHB, tedavi almadığı süreçte akademik sorunlara yol açabildiği, bu durum da çocuğun okula devamsızlığına neden olabilmektedir (6). Olgumuzda var olan Asperger Bozukluğu belirtilerine ek olarak DEHB belirtilerinin eklenmesinin işlevselliğini etkilediği, bu nedenle de okula gitmek istememe durumunun ortaya çıkmış olabileceği düşünölmüştür.

Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu(AAB) da dahil olmak üzere anksiyete bozuklukları okul reddi olan çocuk ve ergenlerde en sık görölen komorbid psikiyatrik bozukluklar olmasına karşın bizim olgularımızda bu durum gözlenmemiştir (9). Bilindiği gibi değişime direnç nedeniyle primer bakım verenden ayrılmak istememe görölen Otizm Spektrum Bozukluğu hastalarında Ayrılık Anksiyetesi Bozukluğu tanısı koyulamamaktadır. Bu nedenle bu hastalara AAB tanısı koyulma sıklığı azalmış ve sıklığını etkilenmiş olabilir. Ancak bu konuda daha büyük hasta gruplarının olduğu çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Birçok çalışmada okul reddinin iki cinsiyette eşit oranda göröldüğu bildirilmektedir (9). Ancak ölkemizde, Özcan ve arkadaşları okul reddi olan çocuklarda bu tanının erkek çocuklarda daha sık olduğunu saptamıştır (9). Benzer şekilde bizim olgu serimizde de erkek hastalar çok daha sık olarak göröldü.

Okul reddi gelişmesinde tetikleyici faktörler rol alabilmektedir. Okul ya da sınıf değişikliği, ilkokuldan ortaokula, ortaokuldan liseye geçişler, okuldaki bir arkadaşını kaybetmesi, okuldaki diğer çocuklarla yaşanan güçlükler, okulda öğretmen tarafından fiziksel ya da ruhsal olarak örselenmesi, ağır ev ödevleri, kapasitesini aşan eğitimsel ve sosyal etkinlikler okulla ilişkili etmenler arasındadır (9). Olgularımızdan bir tanesi ilkokula, bir tanesi de ortaokula başladığı yıl okul reddi görölmüştü. Bu şekilde tetikleyici faktör sonucu gelişen olgularımızda destekleyici görüşmeler ve sistematik duyarsızlaştırma tedavilerinin etkili olduğu göröldü.

AB olan bireyler, sosyal ilişki ve kabul görmenin özellikle önemli olduğu ergenlik döneminde kendi farklılık ve zorluklarının daha fazla farkına varmakta ve yaşıt baskısı ve dışlanmayı daha fazla hissetmektedirler (6). Hastalarımızda da sıklıkla gördüğümüz şey yaşıtları tarafından istenmemek ve dalga geçilmek idi. Bizim hasta grubumuzda gelişen okul reddinde en sık gördüğümüz tablo yaşıtlarıyla uygun ilişki geliştirememeye bağlı dışlanmışlık hissi idi.

Okul reddi ile ilgili yapılan çalışmalarda Otizm Spektrum Bozukluğunun sıklığı konusunda herhangi bir veri bulunamamıştır. Ancak bu 5 olguda en çok göze çarpan ortak özellik bu hastalarda okul reddi gelişmesinde en önemli predispozan faktörün Asperger Bozukluğunun klinik özellikleri olduğu görüldü. Hastalarda yaşın ilerlemesi ile görülen yaşıtlarıyla uygunsuz ilişkilerin gelişmesi bir sebepti. Ayrıca sınırlı ilgi alanı ve etkinlikleri gerçekleştirmek amacıyla okula gitmemek de bir diğer etkileyen faktördü. Yine otizm spektrum bozukluklarında görülen değişime direnç ve motor manyerizmler bir diğer tetikleyici faktör olarak görüldü.

Sonuç olarak, özellikle okul reddi gibi klinik sorunlar, AB olan bireylerde klinik değerlendirmenin tedavî planının bir parçası olmalıdır. Yazında sıklığı ile ilgili bir veri bulunmasa da okul reddi gelişen çocuk ve ergenlerde AB'nun da sık olarak görülebileceği ve bu hasta grubuna özel müdahaleler belirlemek gerektiği konusu dikkate alınmalıdır. AB ve okul reddi birlikteliğiyle ilgili az sayıdaki çalışma göz önüne alındığında, bu olgu sunumu ile ruh sağlığı alanında çalışanların bu konuya dikkatlerinin çekilmesi amaçlanmıştır.

#### KAYNAKLAR:

- 1.Amerikan Psikiyatri Birliği (1994) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı. 4. Baskı (DSM-IV) (Çev. Ed.: E. Köroğlu) Hekimler Yayın Birliği. Ankara; 1995.

2. Fombonne E. Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: an update. *J Autism Dev Disord.* 2003; 33: 365-382.
3. Volkmar FR, Klin A. Pervasive Developmental Disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA (ed) *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*, Lipincott Williams &Wilkins Publishers. 2000: 2659-2678.
4. Schnur J. Asperge syndrome in children. *J Am Acad Nurse Pract.* 2005;17: 302-308.
5. Walker DR, Thompson A, Zwaigenbaum L, Goldberg J, Bryson SE, Mahoney WJ, Strawbridge CP, Szatmari P. Specifying PDD-NOS, Asperge Syndrome, and Autism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2004; 43:172-180.
6. Yorbık Ö. Asperger bozukluğu. *Psikiyatri Temel Kitabı*, Koroğu E, Güleç C (ed). 2. baskı, Ankara, Hekimler Yayın Birliği. 2007: 817-82.
7. Leyfer OT, Folstein SE, Bacalman S, Davis NO, Dinh E, Morgan J, Tager-Flusberg H, Lainhart JE. Comorbid psychiatric disorders in children with autism: interview development and rates of disorders. *J Autism Dev Disord.* 2006; 36: 849-861.
8. Holzer L, Halfon O. The school refusal. *Arch Pediatr.* 2006; 13:1252-1258.
9. Bahalı K, Tahiroğu AY, Avcı A. Okul reddi olan çocuk ve ergenlerin klinik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.* 2009; 10: 310-317.