

Otistik Bozukluğu Olan Çocukların Annelerinde Birinci Eksende Yer Alan Psikiyatrik Bozuklukların Araştırılması *

Türkay DEMİR **, Nahit Motavallı MUKADDES ***, Demet ERALP DEMİR **, Sumr BİLGE ****

ÖZET

Bu çalışmada DSM-IV'e göre otistik bozukluk tanısı alan çocukların annelerinde birinci eksende yer alan bozuklukların araştırılması amaçlanmıştır. Bunun için İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi ABD bünyesindeki Yaygın Gelişimsel Bozukluklar ve Psikozlar polikliniğine başvuran otistik çocukların anneleriyle SCID-I kullanılarak yapılandırılmış tanısız görüşme yapılmıştır. Psikiyatrik belirtiler ayrıca öz bildirime dayalı bir ölçek olan BTL-90 kullanılarak taranmıştır. Otistik çocukların annelerinde en sık görülen birinci eksen tanıları majör depresif bozukluk (% 23), distimik bozukluk (% 16.7) ve sosyal fobi (% 16.7) olarak bulunmuştur. Bu bozukluklarından genetik bir bozukluk olan otizmin otistik birey dışındaki aile üyelerinde belirli bir genetik yatkınlığın başka biçimlerdeki dışavurumları olup olamayacağı tartışılmıştır.

Anahtar kelimeler: Otistik bozukluk, anneler, birinci eksen bozuklukları

Düşünen Adam; 2000, 13(2): 82-86

SUMMARY

In this study, axis I disorders are investigated in the mothers of children with autistic disorder according to DSM-IV. To this end, structured diagnostic interviews carried out with the mothers of autistic children who were followed up at the "Psychoses and Pervasive Developmental Disorders Unit" in the Child and Adolescent Psychiatry Department of Istanbul Faculty of Medicine. Psychiatric symptoms are also investigated using Symptom Check List-90-R. The most frequent axis I disorders seen in the mothers of autistic children were major depressive disorder (23 %), dysthymic disorder (16.7 %) and social phobia (16.7 %). The idea that these disorder might be different manifestation of a certain genetic predisposition seen in the family members of autistic individuals was discussed.

Key words: Autistic disorder, mothers, axis I disorders

GİRİŞ VE AMAÇ

İkizlerle yapılan çalışmalar ve aile çalışmaları otistik bozuklukta genetik etmenlerin önemini ortaya koymuştur. Bu yüzden, otistik bozukluğa yol açan genetik etmenlerin diğer aile üyelerinde de bazı psikiyatrik dışavurumları olabileceği varsayımı ilgi çekmiştir (1,2,20). Otistik bozukluğu olan bireylerin

ailelerindeki psikiyatrik bozuklukların araştırılması, gerek bu ailelerde yığılım gösteren bozuklukların olup olmadığını anlamak için (nedensellik aileden çocuğa doğru), gerekse otistik bir çocuk sahibi olmanın aileler üzerindeki etkisini incelemek için (nedensellik çocuktan aileye doğru) gerekli görülmüştür.

Aile üyelerinde yaygın gelişimsel bozukluklarından

8. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Sapanca, 1998'de sözlü bildiri olarak sunulmuştur.*, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi **, İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı ***, Şişli Etfal Hastanesi ****

daha sık görüldüğünü bildiren çalışmalar da, normal ya da çeşitli bakımlardan eşleştirilmiş kontrol gruplarına göre bir farklılık bulunmadığını bildiren çalışmalar da vardır (10). Bazı çalışmalarda duygudurum bozukluklarının otistiklerin ailelerinde sık görüldüğü bildirilmiş, ayrıca anoreksiya nervoza, selektif mutizm, şizoafektif bozukluk ve obsesif kompulsif bozuklukla otizmin ailesel olarak birlikte bulunuşundan söz edilmiştir. Ancak belirli bazı bozuklukların otistiklerin akrabalarında daha sık görüldüğü savlarına karşın neyin kalıtsal bir geçiş gösterdiği ya da nasıl bir geçişin söz konusu olduğu konusunda kesin bilgiler yoktur (9-11).

Erken dönemdeki çalışmalarda şizofreninin otistik bireylerin birinci derece akrabalarında daha sık bulunduğu yolunda bulgular elde edilmişse de, bunlar sonraki araştırmalarda doğrulanmamıştır (9,15). Otistik bozukluğun çocukluk çağı şizofrenisi, çocukluk çağı psikoza gibi genel terimlerden ayrılıp DSM-III'ten itibaren başka bir grupta (yaygın gelişimsel bozukluklar) ele alınmasından beri şizofreniyle otizm arasındaki sınırlar daha kalın çizgilerle ayrılmış ve aile çalışmaları da bu sürece katkıda bulunmuştur.

Bu çalışmada otistik çocukların annelerindeki birinci eksen bozuklukları araştırılmıştır. Bazı çalışmalarda gözlemlendiği gibi anksiyete bozuklukları, duygudurum bozuklukları türünden belirli bir bozukluk grubu akılda tutulmamış; yapılandırılmış bir tanısal görüşmeyle bütün psikiyatrik tanı olasılıklarının araştırılması planlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Çalışmaya İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatri Anabilim dalındaki "Yaygın Gelişimsel Bozukluklar ve Psikozlar" polikliniğinde izlenen hastaların anneleri alınmıştır. Annelerle görüşmeler, çocuğun bu poliklinikte görüldüğünü bilen ancak kesin tanısını bilmeyen iki görüşmeci (TD ve DD) tarafından yapılmıştır. Diğer çalışmacılar anneler ve çocuklarla yine çalışma ekibince hazırlanan ayrıntılı bir görüşme formu aracılığıyla çocuğun durumuna ilişkin tanısal görüşme yapmışlardır. Bu çalışmaya yalnızca DSM-IV'e göre otistik bozukluk tanısı alan çocukların anneleri alınmıştır. Çalışmaya katılan tüm annelere çalışmayla ilgili bilgi verilmiş ve yazılı

onayları alınmıştır. İki anne pratik nedenlerle çalışmaya katılamayacağını bildirmiştir.

DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu-Sağlıklı Kişi (Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Non-Patient) (SCID-I-NP): Tanısal görüşmelerde Spitzer, Williams ve Gibbon tarafından geliştirilen yapılandırılmış görüşme formu kullanıldı (23). Formun Türkçe versiyonu Sorias ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır (22). SCID formu DSM-III-R ölçütlerini esas aldığı için konan tanıları DSM-IV ile de karşılaştırılmış ve DSM-IV'e uygunlukları açısından denetlenmiştir.

Belirti Tarama Listesi-90 (Symptom Check List 90-R): Bu ölçek Derogatis ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş ve Türkçede geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Fidaner ve Fidaner (7) ve Dağ (5) tarafından yapılmıştır. Somatizasyon, obsesyon ve kompulsiyon, kişiler arası ilişkilerde duyarlılık, depresyon, anksiyete, öfke ve hostilite, fobik anksiyete, paranoid düşünce ve psikotizm olmak üzere dokuz alt bölümü vardır.

BULGULAR

Deneklerin ortalama yaşı 31.3 ± 4.7 idi (dağılım aralığı 24-42). Üçte ikisi ev hanımıydı, üçte biri daha önceleri bir işte çalışmışlardı, halen çalışmaya devam edenler ise üç kişiydi (% 10). Deneklerin yarısı lise (10 kişi) ya da yüksek okul (6 kişi) mezunuydu. İlkokul mezunu olanların sayısı 10, ortaokul mezunu olanların sayısı ikidir, iki denek hiç okula gitmemiştir.

Otistik çocukların yaşları 2-8 yaş aralığında olup ortalama yaşları 4.6 ± 1.3 'tür. Annelerin otistik çocuğun doğumundaki ortalama yaşlarıysa 26.7 ± 4.4 'tür (dağılım aralığı: 20-37). Ortalama evlilik süresi 11 yıldır. Toplam çocuk sayıları 1.7 ± 0.7 , otistik çocuğun sırası ile 1.5 ± 0.7 'dir.

Deneklerden ikisi (% 6.7) kronik ya da önemli bir bedensel sağlık sorunu tanımlamıştır. Herhangi bir ruhsal sağlık sorunu bildirenlerin oranıysa altıda birdir ($n=5$, % 16.7). Denekler eşleriyle ilgili olarak % 13.3 oranında ($n=4$) kronik ya da önemli sağlık sorunu bildirdiler. Yalnızca bir denek eşiyile ilgili herhangi bir ruhsal sorundan söz etti. Diğer çocuklarının fiziksel sağlığıyla ilgili sorun bildiren ol-

Tablo 1. Annelerdeki birinci eksen tanılarının dağılımı.

	Geçmişte (n-%)		Var (n-%)		Eşik altı (n-%)	
Majör Dep. B.	5	16.7	2	6.7		
Distimik B.			5	16.7		
Sosyal Fobi			5	16.7		
Basit Fobi			2	6.7		
Obsesif-K. B.					1	3.3
Yaygın A. B.					1	3.3
Andif. Som. B.			1	3.3		
Uyum B.			1	3.3		
Diğer B.			4	13.3		

Tablo 2. BTL-90 alt ölçek puanları.

	ort	ss	min	maks
Fobik anksiyete	.34	.62	0	3
Psikotizm	.43	.47	0	1.70
Anksiyete	.57	.63	0	2.80
Paranoid düşünce	.67	.66	0	2.33
Hostilite	.69	.70	0	3.17
Somatizasyon	.72	.61	0	2.33
Kişilerarası duy.	.72	.65	0	2.67
Obsesif-kompulsif	.90	.76	0	2.80
Depresyon	.99	.85	0	3.46
Genel belirti düzeyi	.69	.59	0.02	2.51
Pozitif belirti düzeyi	1.53	.48	1.67	2.76
Pozitif belirti toplamı	35.44	21.79	3	82

ort: ortalama, ss: standart sapma, min: en küçük değer, maks: en yüksek değer

mazken, bir denek diğer çocuğunda ruhsal sorun bildirdi.

Annelerde en sık görülen birinci eksen tanıları depresif bozukluklar ve sosyal fobi idi. Tanıların dağılımı Tablo 1'de görülmektedir (Tablo 1).

Yaşamboyu herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısı almayanlar % 43.3 oranında (n=13), bir psikiyatrik bozukluk tanısı alanlar % 30 oranında (n=9) iki psikiyatrik bozukluk tanısı alanlar % 26.7 (n=8) oranındadır.

Özbildirime dayalı olarak psikiyatrik belirtilerinin dağılımı BTL-90 ile araştırılmıştır ve sonuçlar Tablo 2'de özetlenmiştir. Buna göre en yüksek puan ortalamalarının depresif ve obsesif-kompulsif belirtilerle ilgili olduğu görülmektedir. Ancak bütün alt ölçek puanlarında ortalama 1'in altındadır ve genel belirti düzeyi de 0.69'dur. Ayrıca pozitif belirtilerin ortalama şiddeti de düşük olup 1.53'tür. Bu so-

nuçlara göre denekler kendileri için çok sayıda psikiyatrik belirti bildirmemişler ve bildirdikleri belirtilerin de kendilerini hafif-orta düzeyde etkilediğini ifade etmişlerdir (Tablo 2).

TARTIŞMA

Otistik bozukluğu olan çocukların anneleriyle yapılan bu çalışmada yapılandırılmış tanınal görüşmeler sonucunda en sık görülen psikiyatrik bozuklukların depresif bozukluklar ve sosyal fobi olduğu belirlenmiştir. Majör depresif bozukluğun yaşam boyu prevalansı % 23, nokta prevalansı % 6.7'dir. Distimik bozukluk ve sosyal fobi beşer denekte saptanmıştır ve oran her ikisi için de % 17'dir.

Depresif bozukluklar otistik bireylerin aile üyelerinde en sık gözlenen psikiyatrik bozukluklardır. Bu, birçok çalışmanın ortak bulgusudur (8,10,12,13). Depresif bozuklukların sık görülmesinin önemli nedenlerinden birisi olarak kronik bir psikiyatrik bozukluğu olan çocuğun varlığı vurgulanmıştır. Bununla birlikte bazı çalışmalarda kronik başka rahatsızlıklarla karşılaştırıldığında otistik çocukların ana-babalarında daha sık depresyona rastlandığı bildirilmiştir. Bu durum, otistik çocuğun, aile üyelerine diğer kronik bozukluklara (kistik fibroz, Down sendromu) göre daha fazla yük bindirdiği, ya da bozukluğun yarattığı stresin ötesinde iki bozukluk arasında içsel bir bağ olduğu biçimindeki savlarla açıklanmaya çalışılmıştır (3,8).

Serotonin kan düzeyi gibi bazı değişkenlerin otistik çocukların ana-babalarını alt gruplara ayırabileceğini düşündüren bir çalışmada, Cook ve arkadaşları otistik çocukların ana-babalarını hiperserotonemik olanlar ve olmayanlar diye ikiye ayırmış ve hiperserotonemik ana-babaların depresyon ölçeği puanlarının anlamlı biçimde yüksek olduğunu bulmuşlardır. Obsesif kompulsif belirtilerin sorgulandığı ölçekte ise iki grup arasında farklılık bulunmamıştır. Bununla birlikte hiperserotonemik ana-babaların Down sendromlu çocukların ana-babalarından anlamlı biçimde daha fazla obsesif kompulsif belirti bildirdikleri belirlenmiştir (4).

Piven ve arkadaşlarının anababalarla yaptığı çalışmada en sık gözlenen bozukluklar depresif bozukluklardır. Majör depresif bozukluğun oranı % 27,

distimik bozukluğun oranı % 16 olarak belirlenmiştir. Bunlardan sonra en sık görülen bozukluk yaygın anksiyete bozukluğudur. Daha sonra sosyal fobi ve basit fobi gelmektedir (15). Bu sonuçlar, yaygın anksiyete bozukluğunun yeri dışında bizim çalışmamızla büyük ölçüde uyumludur. Ancak Piven ve arkadaşlarının çalışmasında anne ve babaların psikiyatrik durumları ayrı ayrı ele alınmamıştır. İki çalışma arasındaki en belirgin farklılık Piven ve arkadaşlarının % 12.3 oranında "alkolizm" bildirmelerine karşın, çalışmamızdaki deneklerde alkol kötüye kullanımını ya da bağımlılığa rastlanmamasıdır. Bu farklılık Batı kültüründe hem alkolle ilgili sorunların daha yaygın olmasına, hem de stresle başa çıkma yolu olarak alkol kullanımının daha sık görülmesine bağlı olabilir.

Piven ve arkadaşlarının bildirdiklerine yakın sonuçların elde edildiği bir çalışma Smalley ve arkadaşları tarafından yapılan ve otistiklerin birinci derece akrabalarında birinci eksen tanıları araştıran çalışmadır (21). Bu çalışmaya göre ana-babalarda en sık görülen birinci eksen tanısı majör depresif bozukluktur (% 37.5), ardından sosyal fobi gelmektedir (% 20). Yazarlar bu bozuklukların genetik bozukluklar, tuberöz skleroz ve epilepsi hastalarının ana-babalarından oluşan kontrol grubuna göre anlamlı ölçüde fazla görüldüğünü bildirmişlerdir. Ayrıca sosyal fobi olgularının tümünün, depresif bozukluklarınsa üçte ikisinin otistik çocuğun doğumundan önce başladığını bildirmişlerdir. Bu çalışma sosyal fobinin otistiklerin akrabalarında yüksek oranda görüldüğünü bildiren ilk çalışma olmuştur. Ardından Piven ve Palmer'in daha yeni bir çalışmasında birden fazla otistik çocuğu olan ana-babalarda birinci eksen bozuklukları araştırılmıştır. Ailede birden fazla otistik çocuk bulunmasının çoğul etiyolojiye sahip olduğu düşünülen otizmde genetik etmenin ağır bastığı olguların seçimini sağlayacağı varsayılmıştır. Çalışmanın kontrol grubu Down sendromlu çocukların ana-babalarıdır. Bu çalışmanın sonuçlarına göre ana-babalarda majör depresif bozukluğun yaşamboyu oranı % 33, sosyal fobininki % 14.6'dır (19). Alkol kötüye kullanımı yazarların önceki çalışmalarına göre biraz daha düşük bulunmuştur ve diğer bozuklukların görülme oranı da bizim sonuçlarımıza yakındır.

Gerek sözü edilen üç çalışmada, gerekse bizim ça-

lışmamızda deneklerin depresif bozukluklarının otistik bozukluğu olan çocuğun durumunun farkedilmesiyle ilişkisi sınırlı görünmektedir. Smalley ve arkadaşlarının çalışmasında ana-babaların üçte ikisi majör depresif epizodların ilkinin otistik çocuğun doğumundan önce geçirmişlerdir. Diğer iki çalışmada da durum benzerdir. Çalışmamızda ilk majör depresif bozukluk epizodunun deneklerin çoğunda (4/7) otistik çocuğun doğumundan önce ortaya çıktığı belirlenmiştir. Birçok anne ayrıca, çocuğun durumunu öğrendikten sonraki dönemde genellikle depresif belirtilerle giden uyum güçlükleri tanımlamışlardır. Çalışmada kullanılan araç olan SCID-I'nin yalnızca haldeki uyum bozukluğu tanısına olanak tanımasından dolayı uyum bozukluğu görülme oranı düşük bulunmuştur. Yukarıda sözü edilen son iki çalışmada, kullanılan araç (SADS: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) uygun iken, yüksek psikiyatrik morbiditeye ve özellikle majör depresif bozukluk oranına karşın hiç distimik bozukluk tanısı konmamış olması şaşırtıcıdır, ancak bu durum yazarlarca tartışılmamıştır. Bizim çalışmamızda distimik bozukluğun başlama zamanına bakıldığında başlangıcın beş denekten üçünde otistik çocuğun doğumundan sonra olduğu gözlenmektedir. Bunun majör depresif bozukluğun otistik bozuklukla daha içsel bir bağlantısı olduğu ve distimik bozukluğunda kronik psikiyatrik bozukluğu olan bir çocuk sahibi olmaya bağlı ikinci bir durum olduğu biçiminde yorumlanmasının doğru olup olmadığı araştırılmaya değer görünmektedir.

Aynı deneklerde kişilik özelliklerini ve bozukluklarını araştırdığımız çalışmanın sonuçları da burada elde edilen sonuçla ilişkili görünmektedir. Annelerde en sık görülen iki kişilik bozukluğu kaçınan kişilik bozukluğu ve şizoid kişilik bozukluğudur (6). Kaçınan kişilik bozukluğu sosyal fobiyle içsel bir bağlantısı olan bir bozukluktur ve iki psikiyatrik durum çok yüksek oranda komorbidite göstermektedir. Bu psikiyatrik durumların sosyal beceri eksikliğinin temel bir öge olarak yer aldığı bozukluklar olması dikkat çekicidir. Otistik bozukluk ve sosyal fobi/kaçınan kişilik bozukluğu altta yatan aynı genetik yatkınlığın farklı ifadeleri olarak düşünülebilir. Diğer bir varsayım ise otistik bireylerin ailelerinde yığılım gösterdiği bildirilen bilişsel eksikliklerin ve belirli kişilik özelliklerinin (14,16-18) onları anksiyete bozukluklarına yatkın kıldığıdır.

Konunun önde gelen uzmanlarından Volkmar'ın editörlüğünü yaptığı yakın tarihli bir kitapta Volkmar ve arkadaşları otizmin çocuk psikiyatrisindeki bozukluklar arasında en sağlam sınırlarla belirlenmiş bozukluklardan birisi olduğunu ve birçok başka bozuklukta görüldüğünün aksine "normalin içine doğru uzanmadığını" öne sürmektedirler (24). Ancak şimdilik az sayıda çalışmanın konusunu oluşturmuş olsa da, özellikle J. Piven'in araştırmalarıyla geçerliliği yoklanan "geniş anlamıyla otizm fenotipi" yaklaşımı otizmi de (diğer yaygın gelişimsel bozukluklarla sınırlı olmayan bir anlamda) psikiyatride giderek güncellik kazanan spektrum bozuklukları düşüncüsü içinde değerlendirmeyi gündeme getirmektedir.

KAYNAKLAR

1. Bailey A, LeCouteur A, Gottesman I, et al: Autism as a strongly genetic disorder: evidence from a British twin study. *Psychol Med* 25:63-77, 1995.
2. Bolton P, Macdonald H, Pickles A, et al: A case-control family history study of autism. *J Child Psychol Psychiatry* 35:877-900, 1994.
3. Bouma R, Schweitzer R: The impact of chronic childhood illness on family stress: a comparison between autism and cystic fibrosis. *J Clin Psychol* 46:722-730, 1990.
4. Cook EH JR, Charak DA, Arida J, et al: Depressive and obsessive-compulsive symptoms in hyperserotonemic parents of children with autistic disorder. *Psychiatry res* 52:25-33, 1994.
5. Dağ İ: Belirti Tarama Listesi (SCL-90-R)'nin üniversite öğrencileri için güvenilirliği ve geçerliliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2:5-12, 1991.
6. Demir T, Demir D, Motavallı N, Bilge S: Otistik bozukluğu olan çocukların annelerindeki kişilik özellikleri ve kişilik bozuklukları. 8. Ulusal Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kongresi, Sapanca, 1998.
7. Fidaner H, Fidaner C: SCL-90 ruh sağlığı testinin uygulanması ve metodolojik sorular. XX. Psikiyatrik ve Nörolojik Bilimler Kongresi'ne sunulmuş bildiri. Bursa, 1984.

8. Fisman S, Wolf LC, Noh S: Marital intimacy in parents of exceptional children. *Can J Psychiatry* 34:519-525, 1989.
9. Folstein SE, Piven J: Etiology of Autism: Genetic influences. *Pediatrics* 87 Supplement (5):767-773, 1991.
10. Gillberg C, Gillberg IC, Steffenburg S: Siblings and parents of children with autism: a controlled population-based study. *Dev Med Child Neurol* 34:389-398, 1992.
11. Kerimoğlu E, Özatalay E: Etyoloji. Otizm, Ed: Kerimoğlu E içinde, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara 23-47, 1993.
12. Koegel RL, Schreibman L, Los LM, et al: Consistent stress profiles of children with autism. *J Autism Dev Disord* 22:205-216, 1992.
13. Konstantareas MM, Homatidis S: Assessing child symptom severity and stress in parents of autistic children. *J Child Psychol Psychiatr* 30:459-470, 1989.
14. Landa R, Piven J, Wzorek MM, et al: Social language use in parents of autistic individuals. *Psychol Med* 22:245-254, 1992.
15. Piven J, Landa R, Gayle J: Psychiatric disorders in the parents of autistic individuals. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 30:471-478, 1991.
16. Piven J, Palmer P, Jacobi D, et al: The broader autism phenotype: evidence from a family study of multiple-incidence autism families. *Am J Psychiatry* 154:185-190, 1997.
17. Piven J, Palmer P, Land R, et al: Personality and language characteristics in parents from multiple-incidence autism families. *Am J Med Genet* 74:398-411, 1997.
18. Piven J, Palmer P: Cognitive deficits in parents from multiple-incidence autism families. *J Child Psychol Psychiatry* 38:1011-1021, 1997.
19. Piven J, Palmer P: Psychiatric disorder and the broad autism phenotype: Evidence from a multiple-incidence autism families. *Am J Psychiatry* 156:557-63, 1999.
20. Smalley S, Asarnow R, Spence M: Autism and genetics: a decade of research. *Arch Gen Psychiatry* 45:953-961, 1988.
21. Smalley S, McCracken J, Tanguay P: Autism, affective disorders, and social phobia. *Am J Med Genet* 60:19-26, 1995.
22. Soria S, Saygılı R, Elbi H ve ark.: DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, (SCID) Kullanım Kılavuz, Ege Üniversitesi Yayinevi, İzmir, 1990.
23. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M: Structured Clinical Interview for DSM-III-R (SCID). New York State Psychiatric Institute-Biometrics Research, New York, 1987.
24. Volkmar FR, Klin A, Marans WD, et al: Autistic disorder. *Psychoses and Pervasive Developmental Disorders in Childhood and Adolescence*, Ed: Volkmar FR içinde, APA, Washington DC, 129-190, 1996.