

Zeka geriliği ve psikoz komorbiditesi: Tanısal gölgelemenin neresindeyiz?

İrem YALUĞ,¹ Ali Evren TUFAN²

ÖZET

Amaç: Zeka geriliği DSM-IV'te 70'in altında bir zeka bölümü (ZB, Intelligence Quotient, IQ) ile karakterize edilen normal altı bilişsel işlevler ve toplumsal ve kişisel bağımsızlığı engelleyecek işlev bozukluğu olmak üzere iki özellik ile tanımlanmaktadır. Hafif zeka geriliği olan hastalarda psikiyatrik problemler toplum geneline benzer ancak daha sıkken, daha ağır zeka geriliğinde psikiyatrik sorunların hem sıklığı, hem de görünümünü değiştirmektedir. Bu çalışmanın hedefi zeka geriliği olan hastalarda şizofreni ve psikoz oranları üzerine yapılmış çalışmaların sonuçlarını özetlemek ve bu hasta popülasyonunda psikotik belirtilerin tanınması ve yorumlanması için önerileri gözden geçirmektedir. **Yöntem:** Zeka geriliği olan bireylerde psikoz ve psikopatoloji riski için yapılmış çalışmalar PubMed veri tabanı taranarak gözden geçirilmiştir. **Sonuçlar:** Çalışmalarda zeka geriliği olan bireylerde şizofreni oranı %0-19, psikotik bozukluk oranı ise %0-24 arasında değişmektedir. Özellikle sosyal desteğin yetersizliği, biyokimyasal ve nörolojik anormalliklerin varlığı ve genetik etiyolojiler psikopatoloji riskini artırmaktadır. **Tartışma:** Çalışmaların yöntembilimsel farklılıklarının olması, çoğu çalışmanın şizofreni ve psikotik bozukluk tanımlarını ayırmaması ve bazı çalışmaların sadece davranış gözlemi ve dosya taraması yollarıyla yapılması sınırlılıkları arasındadır. Hatalı tanıyı önlemek amacıyla yakınlardan öykü alma, görüşmeyi hastanın gelişimsel düzeyine uygun biçimde yürütme ve bireyi biyopsikososyal bir bütün içerisinde değerlendirmenin önemi vurgulanmaktadır. Özellikle ağır ve ciddi zeka geriliği olan hastalarda tanı için yarı yapılandırılmış görüşmelerin kullanılmasının tanısal güvenilirlik ve geçerliliği artırabileceği, ancak tanıdan altın standardın halen klinisyenin deneyimi olduğu söylenebilir. (*Anadolu Psikiyatri Dergisi 2005; 6:267-273*)

Anahtar sözcükler: zeka geriliği, psikoz, psikopatoloji

Mental retardation and psychosis comorbidity: where do we stand in diagnostic overshadowing?

ABSTRACT

Objective: Mental retardation in DSM-IV is defined by two features; subnormal cognitive functions characterized by an intelligence quotient (IQ) less than 70 and dysfunction hampering social and personal independence. Psychiatric problems in mild mental retardation are similar but more frequent to general population but, they change both in frequency and presentation more severe mentally retarded. The objective of this study is to summarize the findings of studies done on mentally retarded patients for prevalences of schizophrenia and psychosis and review the guidelines for recognition and interpretation of psychotic findings in this patient population. **Methods:** PubMed database was searched for studies on psychosis and psychopathology risk in mental retardation and the results reviewed. **Results:** Prevalences of schizophrenia and psychoses in studies were found to be between 0-19% and 0-24% respectively. Lack of social support, biochemical and neurological abnormalities and genetic etiology increases the risk of psychopathology. **Discussion:** Differences in methodo-

¹ Yrd.Doç.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri ABD, KOCAELİ

² Arş.Gör.Dr., Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, KOCAELİ

Yazışma adresi: Metal-İş Yapı Koop. J Blok Kat.2 Daire.3 Yenikent Mah. 41900 Derince/İZMİT

E-posta: tevrenus@yahoo.com

logy, not separating the schizophrenia and psychoses diagnoses and the fact that some studies were done entirely with behavioral observation or review of records are limitations of the studies. The importance of questioning of careers, managing interview according to the developmental level of the patient and evaluation of the patient in a biopsychosocial context are highlighted to prevent misdiagnosis. Especially for patients with severe and profound mental retardation semi-structured interviews may increase reliability and validity of diagnosis but the gold standard is still the experience of the clinician. (*Anatolian Journal of Psychiatry* 2005; 6:267-273)

Key words: mental retardation, psychosis, psychopathology

GİRİŞ

Zeka geriliği DSM-IV'te 70'in altında bir zeka bölümü (ZB, Intelligence Quotient, IQ) ile karakterize olan normal altı bilişsel işlevler ve toplumsal ve kişisel bağımsızlığı engelleyecek işlev bozukluğu olmak üzere iki özellik ile tanımlanmaktadır. DSM-IV'e göre zeka geriliği düzeyleri hafif (ZB=50-70), orta (ZB=35-49), ciddi (ZB=20-34) ve ağır (ZB<20) olarak sıralanır. Sınırdaki entelektüel işlevsellik beşinci eksenle kodlanabilmekte ve tanıda klinik yargıya bir miktar esneklik tanınmaktadır.¹ Çocuklukta zeka geriliği saptananların %85'i hafif, %10'u orta, yüzde dördü ciddi ve yüzde bir ile ikisi de ağır zeka geriliği düzeyindedir. Geçmişte ZB 50'nin üzerinde olan bireylerin öğrenim görebileceği, ZB 50'den az olanların da eğitilebileceği söylenmekteydi. Bu ayırmadan günümüzde eğitsel anlamda vazgeçilmişse de, ruh sağlığı alanında önemini yitirmemiştir. Hafif zeka geriliği olan bireylerde psikiyatrik problemler toplum geneline benzer ancak daha sıkken, daha ağır zeka geriliği olanlarda psikiyatrik sorunların hem sıklığı, hem de görünümü değişmektedir. Özgün kalıtsal sendromlar genellikle ZB 50'nin altında olan grupta, düşük sosyoekonomik durum ise hafif zeka geriliği olan bireylerin ailelerinde daha sıktır.²

Klinik olarak "psikoz" terimi, bireyin düşünce ve algılarını doğru olarak değerlendiremediği ve bunun sonucunda da dış gerçeklik hakkında yanlış çıkarımlarda bulunduğu bir durumu belirtmektedir. Tanı ölçütleri arasında varsanılar, sanrılar, dezorganize davranış ve enkoheran konuşma bulunmaktadır.¹

Genel hasta toplumu için geliştirilen psikiyatrik tanı ölçütlerinin zeka geriliği olan hastalarda uygulanması zordur. Ayrıca zeka geriliği olanlarla ilgilenen bazı klinisyenler tanının bu bireyleri gereksiz yere damgaladığını ve stigma oluşumuna katkıda bulunduğunu öne sürerek tanısal bir sınıflama sistemini desteklememektedir. Bazı yazarlar da stigmatizasyonun, tanının doğrudan bir sonucu olduğunu öne sürmektedir.^{3,4} Bu nedenle zeka geriliği olan bireylerde psikopatolojinin geçerli sınıflaması günümü-

ze kadar yapılamamıştır.⁵ Sovner'e göre, zeka geriliği olan erişkinlerdeki psikiyatrik bozuklukların tedavisi gelişimsel yetersizlikleri göz önüne alan tanı ölçütlerinin yokluğu yüzünden ciddi bir şekilde önlenmektedir.⁶ Oysa, nitelikli bir sınıflandırma klinik yönetim, araştırma ve hizmet planlamada bu hastalara avantaj sağlayabilir, böylece uygunsuz stigmatizasyonun yol açtığı dezavantajı dengeleyebilir. Zeka geriliği olan hastalarda psikozun oluşumu ve gidişi hakkında günümüze kadar yapılan yayınlar sınırlıdır.⁷⁻¹⁶ Dolayısıyla klinisyenlerin zeka geriliğinin varlığında şizofreni ve psikoz tanısı koymada özellikle tedbirli davranmaları önerilmektedir.

Bu çalışmanın hedefi zeka geriliği olan hastalarda şizofreni ve psikoz oranları üzerine yapılmış çalışmaların sonuçlarını özetleyerek psikopatoloji riskini artıran etkenleri belirlemek ve bu hasta popülasyonunda psikotik belirtilerin tanınması ve yorumlanması için önerileri gözden geçirmektedir.

YÖNTEM

PubMed

(<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>) elektronik veri tabanı zeka geriliği olan bireylerde psikoz ile ilgili yapılmış çalışmalar için 'mental retardation' ve 'psychosis' anahtar sözcükleri kullanılarak taranmıştır. Çalışmalar için tam metinlerine ulaşılabilme dışında bir sınırlama getirilmemiştir. Elde edilen sonuçlara göre 11 çalışma bu konuya odaklanmalarından ötürü seçilerek gözden geçirilmiştir. Zeka geriliği olan hastalarda psikopatoloji riskini artıran etkenler için ayrı bir PubMed taraması 'mental retardation' ve 'psychopathology' anahtar sözcükleri ile yapılmıştır.

BULGULAR

1972-1997 arasında yapılmış 11 çalışma gözden geçirilmiştir. Çalışmalarda zeka geriliği olan bireylerde şizofreni oranı %0-19, psikotik bozukluk oranı ise %0-24 arasında değişmektedir. Çalışmaların yöntemsel farklılıklarının olması, çoğu çalışmanın şizofreni ve psikotik

Tablo 1. Zeka geriliği olan bireylerde şizofreni/psikotik bozukluk oranları

Çalışma	Örneklem	Yöntem	Şizofreni / Psikoz (%)
La Malfa ve ark. (1997)*	176 erişkin	DSM	4.5 / ?
Lund (1985)	302 erişkin	DSM	1.3 / 5
Meyers (1986)*	62 erişkin	DSM	19 / 24
Gillberg ve ark. (1986)	149 ergen	Davranışsal gözlem	1.0 / ?
Gath ve Gumley (1986)	154 çocuk ve ergen	ICD	-
Reid (1972)*	500 erişkin	ICD	3.2 / ?
Reid (1980)*	60 çocuk	ICD	8.3 / ?
Jacobson (1990)	42479 çocuk ve erişkin	Dosya taraması	6.0 / 7.0
Day (1985)*	357 erişkin	ICD	4.2 / ?
Grizenko ve ark. (1991)*	176 ergen ve erişkin	DSM	2.8 / 2.3
Cooper (1997)	602 yaşlı erişkin	ICD	9.0 / ?

* Klinik örneklem

bozukluk tanımlarını ayırmaması ve bazı çalışmaların yalnız davranış gözlemi ve dosya taraması yollarıyla yapılması sınırlılıkları arasındadır (Tablo 1).

SONUÇ

Psikiyatrik sorunların zeka geriliği olan hastalarda daha az önemli olarak algılanması "tanısal gölgeleme" (diagnostic overshadowing) olarak adlandırılmıştır.¹⁷ Bu durum bireyin uygun tedavi görmesine ek bir engel oluşturabileceğinden önemlidir. Bu önyargıyı engellemek amacıyla Einfeld ve Aman zeka kısıtlılığı olan bireylerde psikopatolojinin "içerik veya miktar olarak anormal olan, tek başına gelişimsel gecikme ile açıklanamayan ve hasta birey, bakım verenler veya toplumda rahatsızlık yaratan; dolayısıyla yeti yitimini artıran davranış ve duygular" olarak tanımlanmasını önermiştir.⁵ Zeka geriliği olan birey bu tanıma uygun davranış ve duygu bozukluğu gösterdiği zaman kişiye psikiyatrik olarak ek tanı konabilir. Bu şekilde bir tanım, bir tek davranışı içerebildiği gibi (örneğin, kendine zarar verme), bir psikiyatrik hastalığı oluşturan belirti kümelerini de kapsayabilir (örneğin, depresif nöbet, şizofreni).

Tanısal gölgeleme hala sürse de, günümüzde psikiyatristlerin zeka geriliği olan hastaları

değerlendirme konusunda daha çok eğitim alması ve psikopatolojinin yapılandırılmış görüşmeler ve ölçeklerle değerlendirilmesi bu önyargıyı önlemekte faydalı olabilir.^{18,19} Tanısal gölgelemeye rağmen, zeka kısıtlılığı olan bireylerde toplum geneline göre psikiyatrik hastalık riskinin arttığı bilinmektedir.²⁰ Zeka geriliği olan çocukların değerlendirildiği iki çalışmada, psikopatoloji oranları zeka geriliği olan ve olmayan çocuklarda sırasıyla %30 ve %6, %36 ve %5 olarak bulunmuştur.^{21,22} Erişkinlerde de psikopatoloji oranları benzerdir.²³ Zeka geriliğinin ciddiyeti arttıkça psikiyatrik bozuklukların sıklığı da artmakta, ancak tanı ölçütlerinin uygulanması zorlaşmaktadır. Dolayısıyla bazı araştırmacılar bunların yerine davranışsal eşdeğerlerinin önemini vurgulamaktadır.²⁴

Zeka geriliği olan bireylerin %25'inin belirgin psikiyatrik sorunları olabilir, bu oran davranış sorunları için daha yüksek olma eğilimindedir.²⁵ Bildirilen psikopatoloji oranları yontembilimsel farklılıkların da katkısıyla değişebilir, ancak genel psikopatoloji yaygınlığının %30-40 arasında olduğu düşünülmektedir.^{21,26,27} Zeka geriliği olan psikiyatri hastalarının gelişimsel gecikmesi olmayanlarla aynı psikiyatrik bozuklukları yaşadıkları ama bu hastalıkların dağılımlarının farklı olduğu bildirilmektedir. Genel hasta toplumu ile karşılaştırıldığında, zeka kısıtlılığı olanlarda otizm ve ilişkili bozukluklar, psikoz

270 Zeka geriliği ve psikoz komorbiditesi: Tanısal gölgelemenin neresindeyiz?

ve davranım bozuklukları tanısı daha sıkken, madde kötüye kullanımı ve duygu durumu bozukluklarının oranı daha azdır.²⁸ Zeka geriliği olan bireylerde psikopatoloji riskini artıran

etkenleri belirlemek için yapılan araştırmaların çoğu sosyal desteğin yetersizliği, biyokimyasal ve nörolojik anormalliklerin varlığı ve genetik etiyolojiler üzerinde durmuşlardır (Tablo 2).²⁹⁻⁴⁹

Tablo 2. Zeka geriliği olan bireylerde psikopatoloji için risk faktörleri

Çalışma	Bulgu
Bybee ve Zigler 1998, Dykens 1999b Zigler ve Bennett-Gates 1999	Dışa dönük ve dürtüsel kişilik özellikleri
Reis ve Havercamp 1998	Artmış veya azalmış dikkat çekme ve kabullenilme gereksinimi
Weisz 1990, Zigler ve Bennett-Gates 1999	Okulda ve günlük yaşamda başarısızlık
Evans 1998	Farklılaşmamış kendilik kavramları
Reis ve Havercamp 1997	Olumsuz davranışların desteklenmesi
Nezu ve Nezu 1994	Sınırlı iletişim yetisi
Nezu ve ark. 1995, Lunsky ve Havercamp 1999	Gergin sosyal ilişkiler
Edgerton ve Gaston 1991	Stigma
Siperstein ve ark. 1997	Arkadaşlar tarafından dışlanma
Greenspan ve Granfield 1992	Sınırlı sosyal yetiler
Ammerman 1994	Kötüye kullanım
Minnes 1998	Ailede gerginlik, ebeveyn psikopatolojisi ve ailelere desteğin sınırlı olması
Bird 1997, Caplan ve ark. 1998	Epileptik bozukluk
Peterson 1995, Robertson ve Murphy 1999	Nörolojik işlev bozukluğu
King 1993	Biyokimyasal ve nörolojik anomaliler
Dykens 1997	Genetik etiyoloji

Zeka geriliği olan hastalarda şizofreni ve psikotik bozuklukların oranı refere edilen bireylerde %2.8-24, refere edilmeyenlerde ise %1-9 arasında saptanmıştır. Değişken olsa da, bu oranlar genel toplumdaki %0.5-1 arasındaki şizofreni yaygınlığından belirgin olarak daha yüksektir.

Gelişimsel gecikmesi olan hastalarda gerçekliği değerlendirme yetisini sınamak özellikle zordur. Günümüzdeki çalışmalar hafif zeka geriliği olan

Anatolian Journal of Psychiatry 2005; 6:267-273

erişkin bireylerde şizofreni tanısının güvenilir olarak konabildiğini göstermektedir.^{50,51} ZB 45'in altındaki zeka geriliği olan bireylerde ise, derinlemesine sözel görüşme yapılamaması yüzünden şizofreni tanısının konması zorlaşmaktadır. Erken başlangıçlı şizofreni ve psikoz literatüründe, erken başlangıçlı psikozu olan çocuk ve ergenlerin yaklaşık olarak %10-20'sinin sınırdaki işlevsellik veya hafif zeka geriliği gösterdiği bil-

dirilmektedir.⁵² İzleme çalışmaları, erken başlanğıçlı şizofrenide yanlış tanı olasılığının oldukça yüksek olduğunu ve bu hastalara daha sonra bipolar affektif bozukluk veya kişilik bozukluğu tanısı konduğunu göstermiştir. Dolayısıyla zeka geriliği olan hastalarda psikoz tanısının sık ve yanlış olarak konulduğu söylenebilir.⁵³

Hatalı tanıyı önlemek amacıyla yakınlardan öykü alma, görüşmeyi hastanın gelişimsel düzeyine uygun biçimde yürütme ve bireyi biyopsikososyal bir yaklaşımla değerlendirmenin önemi vurgulanmaktadır.

Yakınlardan bilgi alma tüm psikiyatrik hastalar için önemli olsa da; özellikle sözel yetileri sınırlı olan, dolayısıyla içsel duygusal yaşantılarını aktarmakta zorlanan ağır zeka geriliği olan hastalarda önemi artmaktadır. Hafif zeka geriliği olan bireyler bile psikiyatrik olarak hasta olduklarında deneyimlerini ve belirtileri tam olarak aktaramayabilirler. Zeka geriliği olan birey anne-babasıyla yaşamayabilir, bu durumda öykü bakım ekibinden alınabilir. Bakım verenlerden alınan öykülerin doğruluğu bakım verenin hastayı ne zamandır ve ne kadar tanıdığı, beraber ne kadar zaman geçirdikleri, bakım ekibinin üyeleri arasında bilgi alışverişinin niteliği, bakım verenin deneyimi ve gözlem yetisi gibi etkenlerden etkilenir. Belirtilerin doğru olarak tanınması kişideki değişimi gözlemlenmesi mümkün olduğundan bakım veren, bireyin gelişimi ve premorbid kişiliği hakkında bilgi sahibi olmalıdır. Hasta, bakım kurumları arasında nakiller yaşamışsa, bu bilgileri almak daha da zorlaşmaktadır. Bütün etkenler göz önüne alındığında zeka geriliği olan bireyi değerlendiren psikiyatristin hastanın yanı sıra birden fazla bakım verenle de görüşmesinin gerekli olduğu söylenebilir. Bakım verenler, kendileri için en çok sorun yaratan davranışı vurgulama eğilimindedir. Doğru tanıya ulaşabilmek için bu önyargının farkında olunmalı ve psikopatolojinin tam bir değerlendirmesi yapılmalıdır. Özellikle sosyal çekilme, ilgi kaybı ve yeti yitimi bakım verenler için daha az sorun çıkardığından bildirilmeme eğilimindedir; oysa bu belirtiler psikoz gelişimi için yaşamsal önemdedir. Dolayısıyla klinisyen bu belirtileri sorgulamalıdır. Ayrıca bakım verenlerin aktardığı varsanılar veya sanrıların yorumlanması sonucu yanlış tanıya götürülebilir ve bu durum zeka kısıtlılığı olan hastalarda olduğu kadar tipik hasta grubunda da bildirilmiştir.

Zeka geriliği olan bireyle görüşürken, sorular kişinin gelişimine uygun bir dille sorulmalıdır. Psikiyatrist bu soruları sorarken telkine yatkınlığı da göz önüne almalıdır. Dolayısıyla görüş-

menin gidişi psikopatolojinin değerlendirilmesini etkileyebilir. Örneğin, hasta görüşme sırasında sanrılarının geçerli olmadığına ikna olmuş görünebilir, ancak telkin ortadan kalktıktan sonra bu belirtiler geri dönebilir. Bu fenomenin tanınması ve mümkün olduğu kadar ortadan kaldırılmaya çalışılması için görüşmenin dış uyaranların olmadığı sakin bir ortamda yapılması, mümkün olduğu kadar açık uçlu sorular kullanılması ve soruları açıklayarak ve ifadeleri değiştirerek tekrarlama önerilmektedir. Psikopatolojiyi aydınlatmak için doğrudan soru sormak gerekebilir, ancak klinisyen bu şekilde elde edilen bilgilerin sınırlılığının da farkında olmalıdır.

Zeka geriliği olan bireylerde psikopatolojiyi değerlendirirken içeriğe bireyin gelişim düzeyinin ve önceki yaşam olaylarının etkisi de göz önüne alınmalıdır. Sovner, zeka kısıtlılığında psikiyatrik hastalıkların görünümünde özelliklerden birinin "psikososyal maskeleyme" (psychosocial masking) olduğunu vurgulamıştır.⁶ Bu terim, belirtilerde içeriğin somutluğunu ve imajinasyon yoksunluğunu bildirmektedir. Bazı belirgin düşünce biçimi ve algı bozuklukları çocukça bir şekilde ortaya çıkabilir ve bu da bireyin zeka yaşını ve deneyimini gösterebilir. Varsanı ve sanrıların hemen her zaman anormal olduğu ve içerikleri ne olursa olsun ciddi bir psikiyatrik hastalığı gösterdikleri unutulmamalıdır. Zeka geriliği olan bir hasta tedavi ekibinin veya arkadaşlarının kendisine düşman olduğundan yakınabilir. Bu yakınmaların sanrı veya varsanı olarak değerlendirilmesinde temkinli olunmalı, bu bireylerin gerçek yaşamda da çeşitli kötüye kullanımlara açık olduğu unutulmamalıdır. Bilişsel yetersizlik kişiyi bu olasılıklara yatkınlaştırdığı gibi, diğerlerinin söylediklerini yanlış algılamasına ve tehdit edildiğini sanmasına da neden olabilir. Bu yanlış anlama açıklama ve güvence verme ile aşılabılır. Zeka geriliği olan hastalarda sık olarak varsanı olarak değerlendirilen diğer bir gözlem de kendi kendine konuşmadır. Bu belirti nadiren bir varsanıyla gösterebilir, ancak sıklıkla sosyal olarak uygunsuz bir sesli düşünmeden kaynak alır. Sesli düşünme özellikle hasta için önem taşıyan olayları içerir. Sosyal olarak uygunsuz olsa da bir varsanı değildir. Sesli düşünme ile varsanının ayırımında, sesli düşünme sırasında hastanın konuşmanın her iki tarafını da canlandırması ancak varsanıda hayali bir sesin konuşmasına yanıt vermesi faydalı olabilir.

Bazı tanılar için vücut algısı, suçluluk duygusu, ölüm ve umutsuzluk gibi bilişsel olarak karmaşık kavramlara gereksinme duyulmaktadır. Suçluluk ve ölüm gibi kavramları tam olarak

anlayabilmek yaklaşık olarak 7 yaşında bir çocuğunkine eşdeğer gelişim düzeyini gerektirmektedir. Ağır zeka geriliği olan bir birey yaşamı boyunca öğrenme ve gelişmeyi sürdürebilse de bu zeka yaşına erişemez. Bunun yerine hastanın bilişsel yetileri semptomatolojiyi etkiler (patoplastik etki) ve psikiyatrik bozukluğun görünümünü değiştirir. Sovner bu fenomeni "entelektüel distorsiyon" olarak adlandırmaktadır.⁶ Patoplastisite nedeniyle suçluluk hissi gibi bazı belirtiler ortaya çıkmazken, genel popülasyonda daha nadir olan saldırganlık ve benzeri problem davranışlar daha sık gözlenmektedir. Dolayısıyla ağır zeka kısıtlılığı ve psikiyatrik hastalığı olan bir bireyde bu tür belirtiler yerine davranışsal eşdeğerleri aranabilir (örneğin kendine zarar verme, içe kapanma, iştah değişiklikleri gibi).

Günümüze kadar zeka geriliği olan bireyler üzerinde psikotik bozuklukların yaygınlığı ve

tanınması için yapılan çalışmaların sonuçları özetlendiğinde, yöntembilimsel farklılıkların olması, şizofreni ve psikotik bozukluk tanımlarını ayırmamanın ve bazı çalışmalarda tanı için davranış gözlemi ve dosya taramasına başvurma sınırlılıkları arasında olduğu ve özellikle ağır ve ciddi zeka geriliği olan hastalarda tanı için DC-LD (Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation - Öğrenme Yetersizlikleri/Zeka Geriliği Olan Erişkinlerde Psikiyatrik Bozukluklar için Tanısal Ölçütler) veya PAS-ADD (Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability - Gelişimsel Yetersizlikleri olan Erişkinler için Psikiyatrik Değerlendirme Ölçeği) gibi yarı yapılandırılmış görüşmelerin kullanılmasının tanısal güvenilirlik ve geçerliliği artırabileceği söylenebilir. Ancak günümüzde tanıda altın standart halen klinisyenin deneyimidir.^{54,55}

KAYNAKLAR

1. Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı. Gözden geçirilmiş dördüncü baskı (DSM-IV-TR), E Köroğlu (2000'den çev.), Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2001.
2. Szymanski L, King BH. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. J Am Acad of Child Adolesc Psychiatry 1999; 38(Suppl.12):5-31.
3. Sushinsky LW, Werner R. Distorting judgments of mental health. J Nerv Ment Dis 1975; 161:82-89.
4. Reiss S, Trenn E. Consumer demand for outpatient mental health services for mentally retarded people. Ment Ret 1984; 22:112-115.
5. Einfeld SL, Aman M. Issues in the taxonomy of psychopathology in mental retardation. J Autism Dev Disord 1995; 25:143-167.
6. Sovner R. Limiting factors in the use of DSM-III with mentally ill/ mentally retarded persons. Psychopharmacol Bull 1986; 22:1055-1059.
7. La Malfa G, Notarelli A, Hardoy MC, Bertelli M, Cabras PL. Psychopathology and mental retardation: an Italian epidemiological study using the PIMRA. Res Dev Disabil 1997; 18:179-184.
8. Lund J. The presence of psychiatric co-morbidity in mentally retarded adults. Acta Psychiatr Scand 1985; 72:563-570.
9. Meyers BA. Psychopathology in hospitalized developmental disabled individuals. Compr Psychiatry 1986; 27:115-126.
10. Gillberg C, Persson E, Grufman M, Themmer U. Psychiatric disorders in mildly and severely mentally retarded urban children and adolescents: epidemiological aspects. Br J Psychiatry 1986; 149:68-74.
11. Gath A, Gumley D. Behaviour problems in retarded children with special reference to Down's syndrome. Br J Psychiatry 1986; 149:156-161.
12. Reid AH. Psychiatric disorders in mentally handicapped children: a clinical and follow-up study. J Ment Defic Res 1980; 24:287-298.
13. Jacobson JW. Do some mental disorders occur less frequently among persons with mental retardation? Am J Mental Retard 1990; 94:596-602.
14. Day K. Psychiatric disorder in the middle-aged and elderly mentally handicapped. Br J Psychiatry 1985; 147:660-667.
15. Grizenko N, Cvejic H, Vida S, Sayegh L. Behavior problems in the mentally retarded. Can J Psychiatry 1991; 36:712-717.
16. Cooper SA. Epidemiology of psychiatric disorders in elderly compared with younger adults with learning disabilities. Br J Psychiatry 1997; 170:375-380.
17. Reiss S. Handbook of Challenging Behavior: Mental Health Aspects of Mental Retardation. IDS Publishing, Worthington, 1994
18. White MJ, Nichols CN, Cook RS, Spengler PM, Walker BS, Look KK. Diagnostic overshadowing and mental retardation: a meta-analysis. Am J Mental Retard 1995; 100:293-298.
19. Day K. Professional training in the psychiatry of mental retardation in the UK. N Bouras (ed), Psychiatric and Behavioural Disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, s.439-457.
20. Tonge BJ. Psychopathology of children with developmental disabilities. N Bouras (ed), Psychiatric and Behavioural Disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, s.157-174.
21. Rutter M, Tizard J, Yule W, Graham P, Whitmore K. Research report: Isle of Wight studies, 1964-1974. Psychol Med 1976; 6:313-332.

22. Koller H, Richardson S, Katz M, McLaren J. Behavioural Disturbance since childhood among a 5-year birth cohort of all mentally retarded young adults in a city. *Am J Ment Defic* 1983; 87:386-395.
23. Gostason R. Psychiatric illness among the mentally retarded: a Swedish population study. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 71(Suppl.318):1-117.
24. Corbett JA. Psychiatric morbidity and mental retardation. FE James, RF Smith (eds), *Psychiatric Illness and Mental Handicap*, London, Gaskell, 1979, s.11-25.
25. Jacobson JW. Dual diagnosis services: history, progress and perspectives. N Bouras (ed), *Psychiatric and Behavioural disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, s.329-358.
26. Reiss S. Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago metropolitan area. *Am J Mental Retard* 1990; 94:578-588.
27. Einfeld SL, Tonge BJ. Population prevalence of psychopathology in children and adolescents with intellectual disability. II. Epidemiological findings. *J Intellect Disabil Res* 1996; 40:99-109.
28. Moss Sc, Emerson E, Bouras N, Holland A. Mental disorders and problematic behaviors in people with intellectual disability: future directions for research. *J Intellect Disabil Res* 1997; 41:440-447.
29. Bybee J, Zigler E. Outerdirectedness in individuals with mental retardation: a review. J Burack, RM Hodapp, E Zigler (eds), *Handbook of Mental Retardation and Development*, New York, Cambridge University Press, s.434-461.
30. Dykens EM. Personality-motivation: new ties to psychopathology, etiology and intervention. E Zigler, D Bennett-Gates (eds), *Personality Development in Individuals with Mental Retardation*, New York, Cambridge University Press, 1999, s.249-270.
31. Zigler E, Bennett-Gates D, *Personality Development in Individuals with Mental Retardation*. New York, Cambridge University Press, 1999.
32. Reiss S, Havercamp SH. Toward a comprehensive assessment of functional motivation: factor structure of the Reiss profiles. *Psychol Assess* 1998; 10: 97-106
33. Weisz JR. Cultural-familial mental retardation: a developmental perspective on cognitive performance and 'helpless' behavior. RM Hodapp, JA Burack, E Zigler (eds), *Issues in the Developmental Approach to Mental Retardation*, New York, Cambridge University Press, 1990, s.137-168.
34. Evans DW. Development of the self-concept in children with mental retardation: organismic and contextual factors. JA Burack, RM Hodapp, E Zigler (eds), *Handbook of Mental Retardation and Development*, New York, Cambridge University Press, s.462-480.
35. Reiss S, Havercamp SH. The sensitivity theory of motivation: why functional analysis is not enough. *Am J Mental Retard* 1997; 101:553-566.
36. Nezu CM, Nezu AM. Outpatient psychotherapy for adults with mental retardation and concomitant psychopathology: research and clinical imperatives. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62:34-42.
37. Nezu CM, Nezu AM, Rothenberg J, DelliCarpi L, Groag I. Depression in adults with mild mental retardation: are cognitive variables involved? *Cognit Ther Res* 1995; 19:227-239.
38. Lunskey Y, Havercamp SM. Distinguishing low level of social support and social strain: implications for dual diagnosis. *Am J Mental Retard* 1999; 104:200-204.
39. Edgerton RB, Gaston MA. 'I've Seen It All': Lives of Older Persons with Mental Retardation Living in the Community. Baltimore, Paul H Brookes, 1991.
40. Siperstein GH, Leffert JS, Wenz-Gross M. The quality of friendships between children with and without learning problems. *Am J Mental Retard* 1997; 102:111-125.
41. Greenspan S, Granfield J M. Reconsidering the construct of mental retardation: implications of a model of social competence. *Am J Mental Retard* 1992; 96:442-453.
42. Ammerman RT, Hersen M, Van Hasselt VB, Lubetsky MJ, Sieck WR. Maltreatment in psychiatrically hospitalized children and adolescents with developmental disabilities: prevalence and correlates. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1994; 33:567-576.
43. Minnes P. Mental retardation: the impact on the family. JA Burack, RM Hodapp, E Zigler (eds), *Handbook of Mental Retardation and Development*, New York, Cambridge University Press, 1998, s.693-712.
44. Bird J. Epilepsy and learning disabilities. O Russell (ed), *Seminars in the Psychiatry of Learning Disabilities*, London, Gaskell, 1997, s.223-244.
45. Caplan R, Arbelle S, Magharious W, Guthrie D, Komo S, Shields WD ve ark. Psychopathology in pediatric complex partial and primary generalized epilepsy. *Dev Med Child Neurol* 1998, 40:805-811.
46. Peterson BS. Neuroimaging in child and adolescent neuropsychiatric disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:1560-1576.
47. Robertson D, Murphy D. Brain imaging and behavior. N Bouras (ed), *Psychiatric and Behavioural Disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation*, Cambridge, Cambridge University Press, 1999, s.49-70.
48. King BH. Self-injury by people with mental retardation: a compulsive behavior hypothesis. *Am J Mental Retard* 1993; 98:93-112.
49. Dykens EM, Hodapp RM. Treatment issues in genetic mental retardation syndromes. *Prof Psychol Res Pr* 1997; 28:263-270.
50. Reid AH. Schizophrenia in mental retardation: clinical features. *Res Dev Disabil* 1989; 10:241-249.
51. Meadows G, Turner T, Campbell L, Lewis SW, Reveley MA, Murray RM. Assessing schizophrenia in adults with mental retardation. *Br J Psychiatry* 1991; 158:103-105.
52. McClellan J, Werry J. Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with schizophrenia. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001; 40(Suppl.7):4-23.
53. Hurley AD. The misdiagnosis of hallucinations and delusions in persons with mental retardation: a neurodevelopmental perspective. *Semin Clin Neuropsychiatry* 1996; 1:122-133.
54. Cooper S-A, Melville CA, Einfeld SL. Psychiatric diagnosis, intellectual disabilities and Diagnostic Criteria for Psychiatric Disorders for Use with Adults with Learning Disabilities/Mental Retardation (DC-LD) *J Intellect Disabil Res* 2003; 47(Suppl.1):3-15.
55. Moss SC, Prosser H, Goldberg DP. Validity of the schizophrenia diagnosis of the Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD). *Br J Psychiatry* 1996; 168:359-367.