

Çocuk Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Zihinsel Engelli Hastaların Başvuru Şikayetleri ve Komorbid Tanıları

Asiye Arıcı¹*, Hatice Altun¹*, FeYZa Hatice SeVgen¹*

ÖZET:

Çocuk psikiyatri polikliniğine başvuran zihinsel engelli hastaların başvuru şikayetleri ve komorbid tanılar

Amaç: Çalışmamızda çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran zihinsel engelli (ZE) hastaların sosyodemografik özellikleri, başvuru şikayetleri, komorbid tanılar ve kullanılan medikal tedavilerin etkinliği ve yan etkilerinin belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine 1 Ocak 2016 ile -1 Ocak 2017 tarihleri arasında başvuran 0-17 yaş arası 112 hastanın dosya verileri geriye dönük olarak incelendi. Yaş, cinsiyet, zeka seviyesi, başvuru şikayetleri, eşlik eden fiziksel ve psikiyatrik hastalıkları, kullanılan ilaçlar ve yan etkileri, özel eğitim durumları değerlendirildi. Dosya verileri tam olmayan hastalar çalışmaya alınmadı.

Bulgular: 112 hastanın 76 (%67.9)'sı kız 36 (%32.1)'i erkekti. Hastaların çoğunluğu 6-11 yaş (74, %66.1) arasındaydı. Kızların yaş ortalaması 9.47±2.92 yıl, erkeklerin ise 9.42±3.32 idi. Hastaların başvuru şikayetleri azalan sıklığa göre; hareketlilik %47.3, sinirlilik-hırçınlık %42, okul başarısızlığı %36.6, etrafa zarar verme %29.5, kendine zarar verme davranışı %27.7, dikkat dağınıklığı %25, etrafa karşı ilgisizlik %13.4, konuşma gecikmesi %11.6, unutkanlık %11.6, masturbasyon yapma-pipiyle oynama %6.3, altını ıslatma, iç sıkıntısı, neşe kaybı, kaygılı olma, tekrarlayan sorular sorma, kalabalıkta konuşmama gibi diğer şikayetler %17 idi. 0-5 yaş arası başvuru şikayeti en sık konuşma geriliği ve hareketlilik, 6-11 yaş arası hareketlilik, okul başarısızlığı, kendine zarar verme, etrafına zarar verme, 12-18 yaş arası ise etrafa zarar verme, okul başarısızlığı, kendine zarar verme ve dikkat dağınıklığı idi. Hastaların %56.3'ünde hafif düzeyde ZE, %32.1'inde orta düzeyde ZE, %7.1'inde ağır düzeyde ZE, %7.1 inde ise genel gelişimsel gecikme tanıları mevcuttu. En sık görülen psikiyatrik komorbid hastalıklar %23.2 davranım bozukluğu (DB), %20.5 dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) idi. 0-5 yaş ve 6-11 yaş arası en sık eşlik eden psikiyatrik komorbid hastalık DEHB, 12-18 yaş arası DB di. Hastaların %41.1'inde fiziksel komorbid hastalık mevcuttu ve en sık eşlik eden hastalık epilepsiydi. Hastaların %9.8'i herhangi bir psikotrop ilaç kullanmamaktaydı. En sık kullanılan psikiyatrik ilaçlar risperidon (%46.4) ve kısa etkili metilfenidat (%33.9) idi. Hastaların ise %88.4'ünün medikal tedaviden fayda gördüğü, kızların erkeklere göre medikal tedaviye daha çok cevap verdiği belirlendi. Çoklu ilaç kullanım oranı %79.9'du. Hastaların %14.3'ünde psikotrop ilaçların yan etki yaptığı, en sık görülen yan etkilerin sedasyon, çarpıntı ve iştahsızlık olduğu saptandı. Olguların %70.5'i özel eğitim almaktaydı.

Sonuç: Çalışmamızda en sık hafif düzeyde ZE saptanması, psikiyatrik komorbid tanısının DB ve DEHB, fiziksel komorbid tanısının ise epilepsi olması literatürle uyumludur. Bizim literatür taramamıza göre ülkemizde ZE ile ilgili yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. ZE çocukların demografik özelliklerinin, başvuru şikayetlerinin, psikiyatrik eş tanılarının ve kullanılan psikotrop ilaçların belirlenmesi özellikle ülkemizdeki bu alandaki çocuk psikiyatrisi alanındaki bilgilerimize katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar kelimeler: başvuru şikayetleri, çocuklar, DEHB, komorbid tanılar, zihinsel engellilik

Journal of Mood Disorders (JMood) 2017;7(4):199-204

ABSTRACT:

Presenting complaints and comorbid diagnoses in children with mental disabilities presented to a child psychiatry outpatient clinic

Objective: In this study, WE aimed to determine sociodemographic characteristics, presenting complaints and comorbid diagnoses as well as effectiveness and adverse effects of medical treatments employed in patients presented to our Child and Adolescent Psychiatry Outpatient Clinic with mental disability.

Material and method: We reviewed medical records of 112 patients aged 0-17 years who presented to Child and Adolescent Psychiatry outpatient clinic of Kahramanmaraş Sutcu Imam University, Medicine School between January 1st, 2016 and January 1st, 2017. Age, gender, IQ, presenting complaints, comorbid physical and psychiatric disorders, medications and adverse effects, and status of special education were assessed in all patients. Patients with incomplete data were excluded.

Results: There were 112 patients including 76 girls (67.9% and 36 boys (32.1%). Most patients (74, 66.1%) were in age group of 6-11 years. Mean age was 9.47±2.92 years in girls while 9.42±3.32 years in boys. Most common presenting complaint was hyperactivity (47.3%); followed by irritability (42.0%), academic failure (36.6%); harming to surroundings (29.5%), self-harming behavior (27.7%); inattention (25.0%); apathy to surroundings (13.4%), delayed speech (11.6%), forgetfulness (11.6), masturbating-playing with genitalia (6.3%), and other complaints (17.0%) including enuresis, anxiety, loss of joy, being anxious, repetitive questions, and not willing to speak in crowd. The most common presenting complaints were speech retardation and excessive mobility in the age group of 0-5 years while hyperactivity, academic failure, self-harming behavior and harming to surroundings in the age group of 6-12 years and harming to surroundings, academic failure, self-harming behavior and inattention in the age group of 12-18 years. Mental retardation was mild in 56.3%, moderate in 32.1% and severe in 7.1% of patients; in addition, overall developmental delay was present in 7.1%. The most commonly encountered psychiatric comorbid diagnosis was conduct disorder (23.2%) and attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) (20.5%). The most common psychiatric comorbidity was ADHD in the age groups of 0-5 years and 6-11 years while conduct disorder in the age group of 12-18 years. There was physical comorbidity in 41.4% of patients as epilepsy being most common disorder. Of the patients, 9.8% were not using any psychotropic agents. Most commonly used agents were risperidone (46.4%) and short-acting methylphenidate (33.9%). It was seen that 88.4% of patients benefited from medical therapy and that girls responded to medical therapy better than boys. The rate of multi-drug use was 79.9%. It was seen that psychotropic agents were associated to adverse effects in 14.3% of patients as sedation, palpitation, and loss of appetite being most common adverse effects. Of the patients, 70.5% were attending to special education program.

Conclusions: Given the findings that most frequent mental disability was mild mental retardation, that most frequent psychiatric comorbid diagnoses were conduct disorder and ADHD and that most comorbid physical comorbid diagnosis was epilepsy, our results were consistent with the literature. To our knowledge, there is paucity in studies about mental disability in Turkey. We think that establishing demographic characteristics, presenting complaints, psychiatric comorbid diagnoses and psychotropic agents in children with mental disability will contribute to our knowledge in this field in child psychiatry.

Keywords: presenting complain, children, ADHD, comorbid diagnosis, mental disability

Journal of Mood Disorders (JMood) 2017;7(4):199-204



*Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye

Yazışma Adresi / Corresponding Author: Asiye Arıcı, Kahramanmaraş Sütçü İmam Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kahramanmaraş, Türkiye

Telefon / Phone: +90-344-300-3160

Faks / Fax: +90-344-300-3409

Elektronik posta adresi / E-mail address: asiye.arici@hotmail.com

Geliş tarihi / Date of received: 12 Ekim 2017 / October 12, 2017

Kabul tarihi / Date of acceptance: 28 Ekim 2017 / October 28, 2017

Bağıntı beyanı:

A.A., H.A., F.H.S.: Yazarlar bu makale ile ilgili olarak herhangi bir çıkar çatışması bildirmemişlerdir.

Declaration of interest:

A.A., H.A., F.H.S.: The authors reported no conflicts of interest related to this article.

GİRİŞ

Zihinsel engellilik (ZE), bireyin kavram, iletişim, özbakım, kişiler arası beceriler, ev yaşamı, eğitim-öğretimle ilgili işlevsel yetiler gibi sosyal ilişkiler, pratik alanlar, toplumsal imkanların kullanımı, insiyatif alabilme, iş, boş zamanlarını değerlendirebilme, sağlık ve güvenlik alanındaki becerilerden en az ikisinde eksiklik bulunmasıyla birlikte genel anlksal işlevselliğin ortalamanın altında olması olarak tanımlanmıştır (1,2). The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM)-V’de ZE tanı kriterlerinde bazı değişiklikler yapılmıştır. DSM-IV’deki kriterlerden; zeka geriliği terimi ZE olarak değiştirilmiş, yetersizliğin düzeyini belirlerken yalnız zeka katsayısına göre değil uyumu bozan alanların işlevselliklerinin de değerlendirilmesi gerektiği bildirilmiştir. Yani DSM-V’teki tanımlamada zeka katsayısının, Intelligence Qutient (IQ) 70’in altında olması yanında uyuma yönelik işlevsellikte değerlendirilmelidir. 18 yaşından önce gelişim döneminde “genel zihinsel işlevin çok belirgin bir şekilde ortalamanın altında olması” şeklinde tanımlanan ZE kriterindeki 18 yaş öncesinde başlama şartı ‘zihinsel ve uyum sorunları gelişimsel evre sırasında başlar’ şeklinde değiştirilmiştir. Ayrıca önceki sınıflamadaki eksen 2’de kodlama koşulu kaldırılarak diğer eksenlerle eşit ağırlık kazandırılmıştır. Okul öncesi dönemde zihinsel işlevin değerlendirilemediği veya zihinsel işlevden emin olunamadığı durumlarda ya da damgalamayı önlemek için DSM-V’te “genel gelişimsel gecikme” tanısına yer verilmiştir (3). ZE etyolojisinde genetik, biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenler yer almaktadır (4,5). Dünyada ZE yaygınlığı %1-%3 arasındadır. Erkek ve kız oranı ise yaklaşık 1.5 olup hem çocuk ve ergen hem de yetişkinlikte erkeklerde daha sıktır (6). En sık hafif düzeyde ZE görülmektedir. ZE hastaların hem psikiyatrik hem de fiziksel komorbidite oranı yüksektir. Davranım bozukluğu (DB), stereotipik davranışlar, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), otizm spektrum bozukluğu (OSB), duygudurum bozuklukları, yaygın anksiyete bozukluğu (YAB), psikotik bozukluk ve yeme bozuklukları en sık görülen psikiyatrik komorbid hastalıklardır. Fiziksel komorbid durumlar ise epilepsi, görme bozuklukları, işitme kaybı, konuşma ve dil sorunları, serebral palsi (CP), hipotroidi ve sendromik hastalıklardır (1). ZE olan hastalarda sıklıkla eşlik eden komorbid duruma göre ilaç tedavisi uygulanmaktadır. Bizim yazın taramamıza göre ülkemizde ZE olan bireylerle ilgili çalışma sayısı yetersiz olması nedeniyle bu çalışma planlanmıştır.

Çalışmamızda çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniğine başvuran ZE hastaların sosyodemografik özelliklerinin, polikliniğine başvuru şikayetlerinin, eşlik eden psikiyatrik ve fiziksel hastalıklarının, uygulanan psikofarmakolojik tedavilerin ve yan etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER

Kahramanmaraş Sütçü İmam üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine 01.01.2016-01.01.2017 tarihleri arasında başvuran, DSM-V ve bilişsel becerilerinin değerlendirilmesi amacıyla yaşına uygun yapılan zeka testleri sonucuna göre ZE tespit edilen 0-17 yaş arası 112 (76 erkek, 36 kız) hastanın dosya verileri retrospektif olarak incelendi. Tüm olguların yaşı, cinsiyeti, özgeçmişi, başvuru şikayetleri, ZE seviyeleri, komorbid psikiyatrik ve fiziksel hastalıkları, özel eğitim alma durumu, kullanılan psikotrop ilaçlar ve yan etkileri, tedaviye cevap verme durumu değerlendirildi. Değerlendirilen verileri eksik olan dosyalar çalışmaya alınmadı. Zeka testi olarak 6 yaş öncesi çocuklara Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE), 6 yaş ve üstü çocuklara Weschler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R) uygulanmıştır. Çalışma için Sütçü İmam Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır.

Ankara Gelişim Tarama Envanteri (AGTE): 0-6 yaş aralığındaki çocukların gelişim ve becerileri; anneler, babalar ya da çocuğun gelişimini yakından izleyip çocuğu iyi tanıyan bakıcılardan alınan bilgilere göre değerlendirilir. Envanterin uygulanması çocuğun takvim yaşı ile becerilerine bağlı olsa da yaklaşık 30-45 dakikada tamamlanır. Farklı yaş aralıklarına göre düzenlenen envanter bakım verene sorularak “Evet, Hayır, Bilmiyorum” şeklinde yanıtlanan 154 maddeyi içeren dil-bilişsel, ince motor, kaba motor ve sosyal beceri-özbakım olmak üzere 4 gelişim alanından oluşmakta ve toplam gelişim puanı elde edilmektedir (7).

WISC-R: 6-16 yaş aralığındaki çocukların genel zihinsel gelişim seviyelerini tespit edebilmek için ilk kez D. Wechsler tarafından 1949 senesinde geliştirilmiştir. Zeka katsayısı ölçümü ve bilişsel gelişim basamaklarıyla ilgili araştırmalarda yaygın olarak tercih edilir. 1974’te Wechsler WISC-R adını vererek ölçeği yeniden düzenlemiştir. Testin Türkçe standardizasyonu ve geçerlik güvenilirlik çalışmaları Savaşır ve Şahin tarafından yapılmıştır (8). Giderek zorlaşan soruları

içerip farklı zihinsel işlevleri ölçebilen test, sözel ve performans olmak üzere 2 bölüm ve 12 alt testten oluşur.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analiz için Statistical Packade fort he Social Sciences (SPSS) for Windows 22.0 programı kullanıldı. Sayı, ortalama±standart sapma, yüzde sıklıklar ve tablolar halinde verildi. Zihinsel engellilik varlığı ve derecesi ile sosyodemografik veriler, yaş grubu, cinsiyet ve başvuru şikayetlerine dağılımı, eşlik eden psikiyatrik ya da psikiyatrik olmayan ek hastalıkları, psikofarmakoterapide uyguladığımız medikal tedaviler ve fayda görülme oranları tanımlayıcı analiz ve ki-kare testi kullanılarak incelendi.

BULGULAR

Bir yıllık süreçte polikliniğimize başvuran 0-17 yaş arası 112 hastadan 76 (% 67.9)'sı erkek, 36 (%32.1)'i ise kız idi. En küçük yaş 3, en büyük yaş 17 idi. Kızların yaş ortalaması 9.47±2.92 yıl, erkeklerin yaş ortalaması 9.42±3.32 yıl idi. 0-5 yaş arası 10 (%8.9) hasta, 6-11 yaş arası 74 (%66.1), 12-18 yaş arası 28 (%25) hasta vardı. Hastaların başvuru şikayetleri azalan sıklığa göre; hareketlilik %47.3, sinirlilik-hırçınlık %42, okul başarısızlığı %36.6, etrafa zarar verme %29.5,

kendine zarar verme davranışı %27.7, dikkat dağınıklığı %25, etrafa karşı ilgisizlik %13.4, konuşma gecikmesi %11.6, unutkanlık %11.6, mastürbasyon yapma-pipiyle oynama %6.3, altını ıslatma, iç sıkıntısı, neşe kaybı, kaygılı olma, tekrarlayan sorular sorma, kalabalıkta konuşamama gibi diğer şikayetler %17 idi. Cinsiyete göre başvuru şikayetleri değerlendirildiğinde; kızlarda en sık kendine zarar verme %47.2, hareketlilik %41.7, sinirlilik-hırçınlık %36.1, erkeklerde ise hareketlilik %50, sinirlilik-hırçınlık %44.7, okul başarısızlığı %42.1 idi. Yaş gruplarına göre başvuru şikayeti değerlendirildiğinde ise; 0-5 yaş arası en sık konuşma geriliği ve hareketlilik, 6-11 yaş arası hareketlilik, okul başarısızlığı, kendine zarar verme, 12-18 yaş arası ise etrafa zarar verme, okul başarısızlığı, kendine zarar verme idi (Tablo 1).

Hastaların %56.3'ünde hafif düzeyde ZE, %32.1'inde orta düzeyde ZE, %7.1'inde ağır düzeyde ZE, %7.1'inde ise genel gelişimsel gecikme tanılarının saptandığı belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre de ZE seviyeleri belirtilmiştir (Tablo 2).

Kızların %58.3'ünde, erkeklerin %50'sinde en sık konulan tanı hafif düzeyde ZE'dir. Genel gelişimde gecikme ve orta düzeyde ZE erkeklerde, hafif ve ağır düzeyde ZE kızlarda daha sık görülmüştür. Eşlik eden psikiyatrik hastalık oranı %81.2'dir. En sık görülen psikiyatrik komorbid hastalıklar DB (%23.2), DEHB (%20.5), DEHB+DB (%13.4), DEHB+OSB (%5.4), DB+OSB (%5.4), OSB (%3.6) idi. Daha az sıklıkta ise

Tablo 1: Hastaların yaş aralığına göre başvuru şikayetleri*

	0-5 yaş % (n)	6-11 yaş % (n)	12-18 yaş % (n)
Dikkat dağınıklığı	20.0 (2)	25.7 (19)	25.0 (7)
Konuşma geriliği	60.0 (6)	9.5 (7)	0.0 (0)
Kendine zarar verme	10.0 (1)	29.7 (22)	28.6 (8)
Etrafa zarar verme	10.0 (1)	27.0 (20)	42.9 (12)
Okul başarısızlığı	10.0 (1)	41.9 (31)	32.1 (9)
Unutkanlık	0.0 (0)	12.2 (9)	14.3 (4)
Mastürbasyon yapma- Pipiyle oynama	0.0 (0)	5.4 (4)	10.7 (3)
Etrafa karşı ilgisiz olma	10.0 (1)	17.6 (13)	3.6 (1)
Diğer şikayetler	0.0 (0)	13.5 (10)	32.1 (9)

*Bazı olgularda birden fazla başvuru şikayeti olduğu için, toplam başvuru şikayeti sayısı olgu sayısından fazladır.

Tablo 2: Hastaların yaş gruplarına göre zihinsel engellilik seviyesi

	0-5 yaş % (n)	6-11 yaş % (n)	12-18 yaş % (n)
Zihinsel engellilik			
Hafif	0 (0)	58.1 (43)	57.1 (16)
Orta	0 (0)	32.4 (24)	39.3 (11)
Ağır	0 (0)	9.5 (7)	3.6 (1)
Genel gelişimde Gecikme	8.9 (10)		

Tablo 3: Zihinsel engelli hastalardaki psikiyatrik komorbid tanılar

Komorbid tanı	(n)	(%)
DB	26	23.2
DEHB	23	20.5
Komorbid tanı yok	21	18.8
DEHB+DB	15	13.4
DEHB+OSB	6	5.3
DB+OSB	6	5.3
OSB	4	3.6
KOKGB	2	1.8
DEHB+anksiyete bozukluğu	2	1.8
DB+depresif nöbet	2	1.8
Diğer	5	4.5
Komorbid tanı yok	21	18.8

DB: Davranım bozukluğu, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, OSB: otistik spektrum bozukluğu, KOKGB: Karşıt olma karşı gelme bozukluğu

Tablo 4: Zihinsel engelli hastalardaki fiziksel komorbid hastalıklar

Fiziksel hastalıklar	(n)	(%)
Komorbid Hastalık Yok	66	58.9
Epilepsi	18	16.1
Hipotroidi	4	3.5
Cerebral Palsi	4	3.5
Febril Konvülsiyon	3	2.7
Göz Anomalisi	3	2.7
Merkezi Sinir Sistemi Anomalisi	3	2.7
Sendromik Hastalıklar	3	2.7
Allerjik Astım	2	1.8
Kas Hastalığı	2	1.8
Epilepsi+Hipotroidi	2	1.8
Kardiyak Anomali	2	1.8

DB: Davranım bozukluğu, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, OSB: otistik spektrum bozukluğu, KOKGB: Karşıt olma karşı gelme bozukluğu

DB+depresif nöbet, karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), DEHB+YAB, depresif nöbet, YAB, trikotillomani, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), sosyal fobi, kekemelik, enürezis nokturna (EN) tanılarının saptandığı bulundu (Tablo 3).

Erkeklerde kızlara göre sık görülen eş tanılar sırasıyla DB, DEHB, KOKGB idi. 0-5 yaş arası en sık eşlik eden psikiyatrik komorbid hastalık DEHB, 6-11 yaş arası DEHB ve DB, 12-18 yaş arası DB ve DEHB idi. Hastaların %41.1'inde fiziksel komorbid bir hastalık mevcuttu. En sık komorbid fiziksel hastalıklar epilepsi, CP ve hipotroidi idi (Tablo 4).

Hastaların %9.8'i herhangi bir psikotrop ilaç kullanmaktaydı. En sık kullanılan psikiyatrik ilaçlar sırasıyla risperidon (%46.4), kısa etkili metilfenidat (%33.9), aripiprazol (%18.8), uzun etkili metilfenidat (%14.3), atomoksetin (%13.4), fluoksetin (%5.4), ketiapin (%4.5), rivotril (%4.5), sertraline (%3.6) idi. Çoklu ilaç kullanım oranı %79.9 idi.

Hastaların %14,3'ünde psikotrop ilaçlara karşı yan etki görülmüştür. En sık görülen yan etkiler sedasyon, çarpıntı ve iştahsızlık, daha seyrek olarak döküntü, boğaz ağrısı, kulak çınlaması, nöbet geçirme ile rijidite idi. Hastalarımızın %12.5'i kullanılan psikotrop ilaçlardan fayda görmemiştir. %7.1 oran ile fayda görülmediği için değiştirilen en fazla ilaç risperidon'dur. Fayda sağlamayan diğer ilaçlar kısa etkili metilfenidat (%2.7) ve aripiprazol (%2.7) dır. Kızlar erkeklerle oranla medikal tedaviye daha çok cevap verdiği saptandı. Olguların %70.5'i özel eğitim almaktaydı.

TARTIŞMA

Çalışmamızda 1 yıl içinde polikliniğimize başvurup ZE tanısı alan 112 hastanın, polikliniğimize başvuru şikayetleri, sosyodemografik özellikleri, ZE düzeyi, eşlik eden psikiyatrik hastalıkların yaş aralığına ve cinsiyete göre dağılımı, fiziksel komorbid tanıları ve görülme sıklıkları, tercih ettiğimiz psikofarmakoterapiler ve yan etkileri, özel eğitim alma durumu incelenmiştir. ZE sıklığının erkeklerde kızlara oranla yaklaşık 1.5 kat fazla olduğu bilinmektedir, bulgularımıza göre de bu oran yaklaşık olarak 2 idi (6,9-11). Çalışmamızda olguların çoğunun 6-11 yaş aralığında başvurduğu saptanmıştır. Bu durum okula başlama ile birlikte belirtilerin farkına varılması, yaşlarına göre beklenen akademik becerilerinde gecikme nedeniyle öğretmenlerin aileleri yönlendirmesinin etkisi ile olabilir. Hastalarımızın çoğunluğunda hafif düzeyde ZE görülmesi literatür bulguları ile uyumlu oldu (12-14). Her iki cinsiyette de hafif düzeyde ZE en sık saptanan zeka seviyesi iken, genel gelişimde gecikme ve orta düzeyde ZE'nin erkeklerde, ağır düzeyde ZE'nin ise kızlarda daha sık görüldüğü belirlenmiştir. Her iki cinsiyette de hareketlilik, sinirlilik-hırçınlık ilk üç başvuru şikayeti arasında ortaktı. Ancak erkeklerde okul başarısızlığı, kızlarda ise kendine zarar verme şikayetleri farklılık göstermekteydi. 0-5 yaş arası konuşma gecikmesi ve hareketlilik en sık başvuru şikayetleriydi. Özellikle konuşma geriliğinin aileler için önemli ve üzerinde durulması gereken bir belirti olduğu ve doktora başvurma nedeni olduğu düşünülmüştür. Ayrıca konuşma geriliği ile başvuran çocuklarda ZE tanısının göz ardı edilmemesi çocuğun ilerleyen yaşamı açısından son derece önemlidir. Çalışmamızda 6-11 yaş arası çocuklarda dikkat dağınıklığı ve okul başarısızlığı, 12-17 yaş arası çocuklarda ise kendine ve etrafındakilere zarar verme gibi davranış problemleri ön planda olan şikayetlerdi. Ergenlik döneminde bu çocukların yaşadıkları sıkıntıları fark edip

daha fazla depresif belirti ve anksiyete belirtisi sergilemeleri; toplumun bu çocuklara yönelik tutum ve davranışları ayrıca kendilerinden beklenen becerileri tam olarak yerine getirmedeki başarısızlıkları nedeniyle öz saygılarında yetersizlik, saldırgan ve yıkıcı davranışlar gibi daha fazla dışa dönük hareketler sergilemeleri ile ilişkili olabilir. ZE'nin uyum sorunu olan bireylerin sorunlarıyla başa çıkma becerisini azaltması nedeniyle bu bireylerde daha fazla psikiyatrik problemler ortaya çıktığı düşünülmektedir. Çalışmalarda %27-%71 oranında ruhsal sorunların gözlemlendiği bildirilmiştir. ZE çocuklardaki psikopatoloji zeka seviyesi normal olan çocuklara göre yaklaşık 3-6 kat fazla bulunmuştur (1,15,16). Bizim çalışmamızda komorbid ruhsal hastalık oranı %81.1 olarak bulunmuştur. ZE çocuklarda DEHB görülme olasılığı normal popülasyona göre daha fazladır (17). Normal popülasyonda DEHB %2-%18 gibi geniş bir aralıktadır, çalışmamızda da %20.5 oranında olup çalışmalarla uyumluydu (18). Fidan ve arkadaşları ZE olan 167 çocuk ve ergenle yaptıkları çalışmada %28.7 KOKGB ve %13.3'ünde DB bulmuşlar ancak bizim çalışmamızda KOKGB oranı düşüktü (19,20). 0-5 yaş ve 6-11 yaşları arasında en sık DEHB komorbiditesi mevcut iken 12-17 yaş arasında DB komorbiditesi daha yüksekti. Bu durum yaş ilerledikçe hareketlik şikayeti nin azaldığını ve davranış problemlerinin ön planda olduğunu göstermektedir. Literatürde ZE ve EN birlikteliği daha sık gözlenmekte iken bizim çalışmamızda bu desteklenmemiştir (21). Çocuk ve ergenlerde anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi sıklığını araştıran çalışmalara ZE olan hastalar çoğu zaman dahil edilmediği için ZE'ye eşlik etme oranları tam olarak bilinmemektedir. Bizim çalışmamızda anksiyete bozukluğu ve sosyal fobi oranı yüksek değildi. Çalışmamızda en sık görülen fiziksel komorbid hastalıkların epilepsi, CP, hipotiroidi olması literatür ile uyumludur. ZE olan bireylerde %15-%18 oranında epileptik nöbet görüldüğü saptanmıştır. Epilepsiye kızlarda ve erkeklerde en sık eşlik eden temel bozukluğun ZE olduğu bilinmektedir. Bizim çalışmamızda %16.1 oranında epilepsi eşlik etmekteydi (22,23). ZE

hastalarda psikotrop ajanların kullanımı siktir ve toplumun en fazla ilaç kullanan hasta popülasyonlarından. Bu hastalarda kullanılan ilaçlar komorbid durumların tedavisi içindir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde ilaç kullanımı oranı %81.2 idi. En sık ilaç kullanılan ilaçlar antipsikotikler ve psikostimulanlardı. Bu durum aynı zamanda çalışmamızda en sık görülen psikiyatrik komorbid tanıların DB ve DEHB olması ile ilişkili olabilir. Çünkü bu iki ilaç grubu da sıklıkla DB ve DEHB tedavisinde kullanılmaktadır (24). ZE çocukların tedavisinde özel eğitim önemlidir. Bizim çalışmamızda olguların %70.5'i özel eğitim almaktaydı. ZE iyileşme de olguların çoğunda uyum becerileri, destekleyici çevre, sosyal ve duygusal becerilere özgü eğitimler ile ilerleyen yaş sayesinde artmaktadır (25). ZE seviyesi ağırlaşıkça komorbid durumları tanımak zorlaşsa da ZE şiddeti artması ve komorbid tanılar prognozu kötüleştirirken erken yaşta başlanan eğitimsel destek prognozda büyük iyileşme sağlar (9,26). Araştırmanın retrospektif olması, dosya taraması şeklinde yapıldığı için risk etmenlerinin ayrıntılı değerlendirilmemesi çalışmanın sınırlılıklarıdır. Tek bir kliniğin verileri olduğu için bütün ZE olan bireyleri temsil etmemektedir. Bu konuda daha geniş örneklem grubunu içeren toplum temelli çalışmalara ihtiyaç vardır. Bununla birlikte çalışmamızın ülkemizdeki ZE olan bireyler ile ilgili verilere katkı sağlayacağını düşünmekteyiz. Sonuç olarak; çalışmamızda ZE olan bireylerin çoğunluğunun erkek olması, hafif düzeyde ZE tanısının daha sık bulunması, psikiyatrik ve fiziksel komorbid hastalıkların yüksek olması, DB ve DEHB'nin en sık görülen komorbid psikiyatrik hastalık olması ayrıca özellikle bu komorbid durumların tedavisi için kullanılan antipsikotikler ve psikostimulanların en sık kullanılan medikal tedaviler olması literatür bulgularıyla uyumluydu. Literatür taramamıza göre ülkemizde bu konuda yeterli çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmanın ZE olan bireylerle ilgili ülkemizde yapılacak çalışmalara ve çocuk psikiyatristleri olarak bu alandaki bilgilerimize katkı sağlaması açısından önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynaklar:

1. Durukan İ. Zeka Geriliği (Zihinsel Engellilik). Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Akay AP, Ercan ES, Perçinel İ, Ardıç ÜA, Güney SA, Demirkaya SK, Güler AS, Yazıcı KU, editörler. Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları; 2016. s. 114-25.
2. Şengül ŞS. Zekâ geriliği olan çocuklarda tamamlayıcı ve alternatif tedavi uygulamaları. Anadolu Psikiyatri Derg. 2009;10(1): 24-5.
3. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth Edition (DSM-V) American Psychiatric Publishing; Washington DC, London England; 2013.
4. Lakin KC, White CC, Hill BK, Bruininks RH, Wright EA. Longitudinal change and inter state variability in the size of residential facilities for persons with mental retardation. Ment Retard. 1990;28(6):343-51.

5. Zahir FR, Mwenifumbo JC, Chun HE, Lim EL, Van Karnebeek CDM, Couse M, et al. Comprehensive whole genome sequence analyses yields novel genetic and structural insights for Intellectual Disability. *BMC Genomics* 2017;18(1):403. [\[CrossRef\]](#)
6. Volkmar FR, Dykens E. Mental Retardation. In: Levis M, ed. Köroğlu E, (çev). *Child and adolescent psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2003:603-11.
7. Savaşır I, Sezgin N, ve Erol N. *Ankara Gelişim Tarama Envanteri El Kitabı*. Ankara: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi; 1995.
8. Savaşır I, Şahin N. *Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R)*. Türk Standardizasyonu. Ankara: Milli Eğitim Basımevi; 1988.
9. Sadock BJ, Sadok VA. *Zeka Geriliği*. Kaplan and Sadock Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Kısaltılmış Temel Kitabı . Pataki CS, Ahmad S. (Eds). Türkbay T. (çev). Ankara Güneş Tıp Kitapevleri; 2012:13-32
10. Günay Kılıç B, Gürkan K, Kerimoğlu E. *Zihinsel Gelişim Bozukluğu*. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları, Öztürk MO, Uluşahin NA (editörler). 13.Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, 2015:572-6.
11. Maulik PK, Mascarenhas MN , Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Res Dev Disabil*. 2011;32(2):419-36. [\[CrossRef\]](#)
12. Strømme P, Diseth TH. Prevalence of psychiatric diagnoses in children with mental retardation: data from a population-based study. *Dev Med Child Neurol*. 2000;42 (4):266-70. [\[CrossRef\]](#)
13. Ke X, Liu J. Intellectual disability. *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, Rey JM, ed. 2012:chapter C1.
14. Einfeld S, Emerson E. Intellectual disability. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Rutter MJ, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson JS, Taylor EA, Thapar A, editors. 5th ed. Wiley-Blackwell; 2008:820-40. [\[CrossRef\]](#)
15. Dharmadhikari AS, Sinha VK. Psychiatric comorbidity in children with epilepsy: A cross-sectional 5 years rural prevalence study. *J Neurosci Rural Pract*. 2017;8(2):179-84. [\[CrossRef\]](#)
16. Lakhan R. The coexistence of psychiatric disorders and intellectual disability in children aged 3–18 years in the Barwani District, India. *ISRN Psychiatry*. 2013;2013:875873. [\[CrossRef\]](#)
17. İçmeli C, Özçetin A, Ataoğlu BB, Ankaralı H. Zekâ geriliği olan çocuk ve ergenlerde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun özellikleri. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*. 2015;5(2):12-8.
18. Rowland AS, Lesesne CA, Abramowitz AJ. The epidemiology of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): A public health view. *Ment Retard Dev Disabil Res Rev*. 2002;8(3):162-70. [\[CrossRef\]](#)
19. Fidan T, Kirpınar I, Oral M, Koçak K. Is there a relationship between attention deficit/hyperactivity disorder and manic symptoms among children with mental retardation of unknown etiology. *Compr Psychiatry*. 2011;52(6):644-9. [\[CrossRef\]](#)
20. Lahkan R, Kishore MT. Behaviour problems in children with intellectual disabilities in a resource-poor setting in India – Part 1: Association with age, sex, severity of intellectual disabilities and IQ. *J Appl Res Intellect Disabil*. 2016;10.1111/jar.12278. [\[CrossRef\]](#)
21. Eremiş S, Aydın C. Çocuk ruh sağlığı yönünden entüresis. Ben Hasta Değilim, Ekşi A, ed. Nobel Tıp Kitapevleri; 1999. p. 109-18.
22. Forsgren L. Prevalance of epilepsy in adults in northern Sweden. *Epilepsia*. 1992;33(3):450-8. [\[CrossRef\]](#)
23. Bharucha NE, Bharucha EP, Bharucha AE, Bhise AV, Schoenberg BS. Prevalence of epilepsy in the Parsi community of Bombay. *Epilepsia*. 1988;29(2):111-5. [\[CrossRef\]](#)
24. Nottestad JA, Linaker OM. Psychotropic drug use among people with intellectual disability before and after deinstitutionalization. *J Intellect Disabil Res*. 2003;47(6):464-71. [\[CrossRef\]](#)
25. Zyga O , Russ SW , Meeker H , Kirk J. A preliminary investigation of a school-based musical theater intervention program for children with intellectual disabilities. *J Intellect Disabil*. 2017;1-7. [\[CrossRef\]](#)
26. Majnemer A. Benefits of early intervention for children with developmental disabilities. *Semin Pediatr Neurol*. 1998;5(1):62-9. [\[CrossRef\]](#)