

FİZİKSEL HASTALIKLA BİRLİKTE ZEKA GERİLİĞİ OLAN ÇOCUKLARDA PSİKOPATOLOJİ

Birim Günay Kılıç*, Ayla Aysev**

ÖZET

Amaç: Zeka geriliğinde fiziksel ve ruhsal sorunların birlikte varoluş sıklığı yüksektir. Fakat bu grupta tanı atlamalarının sık olduğu bildirilmektedir. Bu çalışmada Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na bir yıllık bir dönemde konsültasyonla yönlendirilip ilk kez zeka geriliği saptanan olguların sosyodemografik özelliklerinin, konsültasyon istem nedenlerinin ve psikiyatrik tanılarının incelenmesi amaçlanmıştır. **Yöntem:** Konsültasyon istemiyle 1.1.2004 - 1.1.2005 tarihleri arasında çocuk psikiyatrisi kliniğine yönlendirilip ilk kez Zeka Geriliği/Gelişimsel Gerilik saptanan, daha önce psikiyatrik bir tanı almamış 74 olgu çalışmanın örneklemini oluşturmuştur. Tüm olgularda psikiyatrik tanılar DSM-IV ve DC: 0-3 tanı sınıflamaları ölçütlerine bağlı kalınarak iki uzman çocuk psikiyatristi tarafından konmuştur. **Sonuçlar:** Örneklemdaki 74 çocuğun yaş ortalaması 8.34 ± 4.07 'dir (15 ay- 18 yaş). Kızlar örneklemin % 51.4'ünü (n=38), erkekler % 48.6'sını (n=36) oluşturmaktadır. Zeka Geriliği olan olguların % 74.3'ünde (n= 55) konsültasyon sadece çocuğun gelişimsel düzeyinin belirlenmesi amacıyla istenmiştir. Örnekleme giren olguların % 46'sının (n=34) ek bir psikiyatrik tanısı olduğu saptanmıştır. Tüm Zeka Geriliği düzeylerinde (hafif-orta-ağır) yaklaşık % 50 oranında Eksen I tanısı konulduğu ve gruplar arasında fark olmadığı belirlenmiştir. Sadece psikometrik değerlendirilme istemiyle konsülte edilen 55 olgunun 19'unun (% 34.5), gelişimsel değerlendirme dışı nedenler ile konsültasyon istenen 19 olgunun 15'inin (% 78.9) ek bir psikiyatrik tanısı olduğu bulunmuştur. **Tartışma:** Gelişimsel sorunları olan bu grupta, psikiyatrist olmayan hekimlerin konsültasyon isteme nedenleri ile çocukların aldıkları Eksen I tanılarını gözden geçirilerek, sonuçlar konsültasyon-liezon hizmetlerinin daha verimli sunulması bağlamında tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Zeka geriliği, fiziksel hastalık, psikopatoloji, çocuk.

SUMMARY: PSYCHOPATHOLOGY IN CHILDREN WITH MEDICAL DISEASES COMORBID WITH MENTAL RETARDATION

Objective: Both psychological and physical problems are reported to be frequent in children with mental retardation, however these diagnoses are often remained unrecognized. In this study we aimed to assess the sociodemographic features, psychiatric diagnoses, and reasons for referral to child psychiatry department in children who were referred to our Child and Adolescent Psychiatry Clinic and were diagnosed for the first time as mental retardation in a one year period. **Method:** Seventy four cases with no prior psychiatric diagnosis who were referred to child psychiatry department between 1.1.2004 - 1.1.2005 and diagnosed as having mental retardation were included in this study. Psychiatric diagnoses were based on DSM-IV criteria and DC: 0-3 classification system and confirmed by two child psychiatrists.

Results: Mean age of the sample was 8.34 ± 4.07 (Range: 15 months- 18 years), and girls constituted 51.4 % (n=38) of the sample, while boys constituted 48.6 % (n=36). In 74.3 % (n= 55) of the cases, the main reason for consultation request was just to determine the developmental level of the child. Of all cases, 46 % (n=34) had a comorbid psychiatric diagnosis. In all mental retardation IQ levels (mild-moderate- severe) percentage of patients with Axis I diagnoses were about 50 % and there were no differences between groups. Additional psychiatric diagnoses were present in 34.5 % of cases who were referred for only psychometric assessment, this was 78.9 % in patients who were referred for other reasons. **Discussion:** In this group with developmental problems, results of Axis I diagnoses of patients and reasons for referral of non-psychiatrist clinicians were discussed in the context of making a more effective usage of consultation liaison services.

Key words: Mental retardation, medical disease, psychopathology, child.

GİRİŞ

Zeka Geriliği (ZG) 18 yaşından önce var olan ve bireysel olarak uygulanan zeka testinde zeka bölümünün (ZB) yaklaşık 70 ya da altında olması ile tanımlanmaktadır. Genel nüfusun % 2-3'ünde saptanan ZG, kişinin bağlı olduğu kültürel grupta

yaşı için beklenen uyumsal davranış ölçütlerini karşılamaında yetersizlik olması ile çok boyutlu bir anlam kazanmaktadır (AACAP 1999, Bradinova ve ark. 2005). Uyumsal davranışlar, iletişim, kendine bakım, ev yaşamı, toplumsal/ kişilerarası beceriler, toplumun sağladığı olanakları kullanma, kendi kendini yönetme, okul becerileri, iş, boş zamanlar, sağlık ve güvenlikle ilgili alanları kapsamaktadır (APA 1994). ZG bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişim

* Uzm. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

** Prof. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara.

geriliği (GG) olarak ortaya çıkabilmekle birlikte nesnel tanı en iyi okul yıllarında konulmaktadır (Battaglia ve Carey 2003).

ZG ile ruhsal ve fiziksel bozuklukların birlikte var oluşu toplumsal örneklemelere göre daha yüksektir. ZG olan bireylerin % 10'unda ağır ruhsal hastalıklar saptanmakta ve tabloya epilepsi de eşlik ettiğinde psikopatoloji riskinin %50'lere yükseldiği bildirilmektedir (Kinsbourne 1997). ZG'ye özgü bir ruhsal bozukluk yoktur, her türlü psikopatolojiyle birlikte saptanabileceği vurgulanmaktadır. Öte yandan bu grupta gerek ruhsal bozukluklar gerekse fiziksel hastalıklarda tanı atlamalarının sık olduğu belirtilmektedir. (AACAP 1999).

Fiziksel hastalık ve psikiyatrik bozukluklar karşılıklı etkileşim içinde tetkik ve tedavi sürecini etkileyebilmektedir. ZG gibi rastlantısal olarak var olan psikiyatrik durumlar çocuğun fiziksel hastalığını anlamasını zorlaştırmakta ve tedaviye uyum yeteneğini olumsuz etkilemektedir (Steiner ve Shaw 2000). Bu bilgiler, gelişimsel sorunları olan çocuklar için istenen konsültasyonlar aracılığıyla gerçekleşen psikiyatrik değerlendirme ve yardımın, ruh sağlığı hizmeti sağlamada önemli bir fırsat olduğunu göstermektedir.

Bilişsel gelişim yönünden çocukların psikometrik olarak değerlendirilme isteği kliniğimizden konsültasyon istenme nedenleri arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Bu çerçevede, bu çalışmada kliniğimizden bir yıl boyunca istenen konsültasyonların değerlendirilmesi sonucunda ZG saptanan olguların sosyodemografik özellikleri, konsültasyon istem nedenleri, aldıkları psikiyatrik tanuların incelenmesi amaçlanmıştır. Böylece gelişimsel sorunları olan bu grupta, psikiyatrist olmayan hekimlerin konsültasyon isteme nedenleri ile çocukların aldıkları Eksen I tanuları gözden geçirilecek ve sonuçlar konsültasyonliyezon hizmetlerinin daha verimli sunulması bağlamında tartışılacaktır.

YÖNTEM

Örneklem

Bu araştırmanın örneklemini, 1.1.2004 - 1.1.2005 tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'na konsültasyon istemiyle yönlendirilip ilk kez ZG/GG saptanan 15 ay ile 18 yaş aralığında yer alan 74

olgu oluşturmuştur. Daha önce psikiyatrik değerlendirmeleri yapıp ZG ve /veya herhangi bir Eksen I tanısı almış olgular çalışma dışı bırakılmıştır. Değerlendirme aracı olarak klinik amaçlarla geliştirilmiş olan yapılandırılmış bir görüşme formu kullanılmıştır. Bu forma sosyodemografik özellikler, fiziksel hastalık, yatış süresi, konsültasyon istenme nedeni, psikiyatrik tanı, zeka düzeyi gibi bilgiler kaydedilmiştir. Tüm olgularda psikiyatrik tanılar DSM-IV (APA 1994) ve Bebeklik- Erken Çocukluk Dönemi Ruh Sağlığı ve Gelişimsel Bozukluklar Tanı Sınıflaması (DC: 0-3 1995) ölçütlerine bağlı kalınarak iki uzman çocuk psikiyatristi tarafından konmuştur. Klinik görüşmeler yanı sıra en az bir oyun gözlemi yapılmıştır.

Çocukların gelişim değerlendirmeleri ve/veya zeka düzeyleri yaş ve gelişim düzeylerine uygun olarak, Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği (Wechsler 1974, Savaşır ve Şahin 1995), Vineland Uyum Davranış Ölçeği (Sparrow ve ark. 1984, Alpas ve Akçakın 2003) ve Ankara Gelişim Tarama Envanteri (Savaşır ve ark. 1993) kullanılarak belirlenmiştir.

Tüm ana-babalardan bilgilendirilmiş onam alınmış ve çalışmanın protokolü Tıp Fakültesi Etik Kurulunca kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler bilgisayar paket programı ile gerçekleştirilmiştir (Statistical Program for Social Sciences -SPSS 11.0). Sosyodemografik verilerde tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Zeka düzeyleri, konsültasyon istem nedenleri ve psikopatoloji olup olmasına ilişkin değerlendirmelerde parametrik olmayan analizler yapılmıştır. Çoklu grup karşılaştırmalarında Bonferroni düzeltilmesi kullanılmıştır. Anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

SONUÇLAR

Belirtilen bir yıllık dönemde 80'i sadece gelişim düzeyinin belirlenmesi isteği ile olmak üzere 221 çocuk için konsültasyon istenmiştir. Bu konsültasyonların % 33.4'ü (n= 74) ilk kez ZG saptanan olgulardan oluşmaktadır. ZG olan çocukların yaş ortalaması 8.34 ± 4.07 'dir. Kızlar örneklemin % 51.4'ünü (n=38), erkekler % 48.6'sını (n=36) oluşturmaktadır. Tablo 1'de örneklemin yaş grupları ve zeka düzeylerine göre dağılımı verilmiştir.

Tablo 1: Örneklemin Yaş Grupları ve Zeka Düzeylerine Göre Dağılımı

Yaş Grupları Yıl	Hafif Düzeyde ZG	Orta Düzeyde ZG	Ağır Düzeyde ZG	Toplam (%)
0-3	8	1	2	11 (14.9)
4-6	8	6	3	17 (23.0)
7-11	10	6	6	22 (29.7)
> 12	17	2	5	24 (32.4)
Toplam (%)	43 (58. 1)	15 (2 0.3)	16 (21. 6)	74 (100)

Çocukların yaşadığı ailelerin % 87.4'ü çekirdek aile, % 12.6'sı geniş aile yapısındadır ve tümünde biyolojik anne-baba sağdır. Aileler en fazla 5 çocuktan oluşmakta ve % 45.9'unda 2 çocuk bulunmaktadır. Annelerin ve babaların büyük bir bölümü ilkökul düzeyinde eğitim almıştır (sırasıyla, % 63.5 ve % 48.6). Annelerin % 89.2'si ev hanımı, babaların % 47.3'ü memurdur. Ana-babaların eğitim durumları ve meslekleri dikkate alındığında örneklemin alt-orta sosyoekonomik düzeyi yansıttığı düşünülmüştür

Yedi yaş ve üzerinde yer alan okul çağında 46 çocuk vardır. Bunların % 54.3'ü (n= 25) bir devlet okuluna gitmekte, diğerleri yaşlarına uygun bir okula gitmemektedir. Okula giden çocukların % 84'ünde (n= 21) Hafif Düzeyde ZG vardır. Örneklemdaki çocukların hiçbirisi başvuru öncesi

özel eğitim almamaktadır. Psikiyatrik ve psikometrik değerlendirmeleri sonucunda 57 çocuk (% 77) özel eğitime başlatılmıştır. Özel eğitime yönlendirilemeyen 17 çocuğun (% 23) ailelerinin sosyal güvenceleri yoktur ve ekonomik olarak özel eğitim bedelini karşılayamamaktadırlar.

Örnekleme giren olguları konsülte eden klinikler geniş bir yelpaze oluşturmaktadır. Bu kliniklerin başında Çocuk Nörolojisi (n= 33) ve Çocuk Endokrinolojisi (n= 12) Bilim Dalı ile Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı (n= 10) yer almaktadır.

Çocukların fiziksel hastalıkları incelendiğinde % 89.2'sinin (n= 66) 6 ay ve üzerinde süregelen hastalıkları olduğu saptanmıştır. Bu hastalıkların % 40'ını organik beyin patolojileri (n= 30) ve % 15'ini Epilepsi (n= 11) oluşturmaktadır.

Tablo 2: Konsültasyon İstem Nedenleri ve Ruhsal Bozukluklar

Ruhsal Tanı	Konsültasyon İstem Nedenleri							Toplam
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	
Normal	36			1	1	1	1	40
Major Depresyon	4	1	1					6
Uyum Bozukluğu	1			1				2
Somatoform Bozukluk		1						1
Psikoz							1	1
DEHB	4	2	1					7
Dürtü Kontrol Bozukluğu	1	1		1				3
Ayrılma Kaygısı Bozukluğu	1	1		1			2	5
Regülasyon Bozukluğu	2							2
Yaygın Gelişim Bozukluğu	2							2
Dışa Atım Bozuklukları	1							1
Konuşma Bozukluğu	2							2
Kooperasyon kurulamadı	1				1			2
Toplam	55	6	2	4	2	1	4	74

(1) Gelişimsel Değerlendirme; (2) Ruhsal Bozukluk Şüphesi; (3) Özkıyım Girişimi; (4) Tedavi Uyum Sorunları; (5) Aile Görüşmesi; (6) İhmal/İstismar Şüphesi; (7) Transplantasyon Öncesi Değerlendirme.

Olguların konsültasyon istem nedenleri yedi başlık altında toplanmıştır. Bunlar (1) Gelişimsel Değerlendirme; (2) Ruhsal bozukluk şüphesi; (3) Özkıyım girişimi; (4) Tedavi uyum sorunları; (5) Aile görüşmesi; (6) İhmal/İstismar şüphesi; (7) Organ aktarımı öncesi değerlendirme şeklindedir. ZG olan olguların % 74.3'ünde (n= 55) konsültasyon sadece çocuğun gelişimsel düzeyinin belirlenmesi amacıyla istenmiştir. Örneklem giren olguların % 46'sının (n=34) ek bir psikiyatrik tanı aldığı saptanmıştır. Tablo 2'de çocukların konsültasyon istem nedenleri ve konan Eksen I tanılarını özetlenmiştir.

Zeka düzeyi ile ruhsal tanı konup konmaması arasında ilişki Kruskal-Wallis Testi ile incelenmiş, her üç ZG düzeyinde yaklaşık % 50 oranında Eksen I tanısı konulduğu ve gruplar arasında fark olmadığı belirlenmiştir ($p < 0.05$). Olguların konsültasyon istem nedenleri Gelişimsel Değerlendirme ve Gelişimsel Değerlendirme Dışı Nedenler olarak iki grup halinde toplandığında, sadece psikometrik değerlendirilme istenen 55 olgunun 19'unun (% 34.5) ek bir psikiyatrik tanı aldığı saptanmıştır. Öte yandan Gelişimsel Değerlendirme Dışı Nedenler ile konsültasyon istenen 19 olgunun 15'i (% 78.9) ek bir psikiyatrik tanı almış ve psikiyatrik morbidite anlamlı olarak fazla bulunmuştur ($\chi^2 = 11.64$, $p = 0.001$). Gelişimsel Değerlendirme ve Gelişimsel Değerlendirme Dışı Nedenler olarak gruplanan konsültasyon istemlerinin zeka düzeylerine göre anlamlı olarak fark gösterdiği bulunmuştur (Kruskal-Wallis Test; $\chi^2 = 6.07$, $p = 0.01$). Mann-Whitney U Testi hafif-orta ($Z = -2.21$, $p = 0.02$) ZG düzeyleri arasında konsültasyon istem nedenlerinin anlamlı olarak farklı olduğunu, hafif-ağır ($Z = -1.81$, $p = 0.06$) ve orta-ağır ($Z = -0.54$, $p = 0.5$) ZG düzeyleri arasında böyle bir farkın olmadığını göstermiştir. Gelişimsel Değerlendirme Dışı nedenlerle konsültasyon istenen 19 çocuktan 16'sında Hafif Düzeyde ZG olduğu belirlenmiştir (Tablo 3).

TARTIŞMA

Bu çalışmanın örneklemini oluşturan olguların %58'inde hafif düzeyde ZG saptanmıştır. Toplumda bilişsel işlevlerin normal dağılım gösterdiği düşünüldüğünden hafif düzeyde ZG olgularının tüm ZG'lerinin % 85'ini oluşturduğu belirtilmektedir (Volkmar ve Dykens 2002). Bu çalışma süregelen hastalığı olan ve büyük oranda organik beyin patolojileri ve epilepsinin eşlik ettiği olgularda yürütüldüğünden, orta ve ağır düzeyde ZG olgularının da toplumda görülüş sıklığına göre daha fazla oranda olması beklenen bir sonuçtur.

Bu çalışmada psikiyatrik değerlendirmeler sonucunda örneklemdaki çocukların % 46'sına ek bir Eksen I tanısı konmuştur. Süregelen fiziksel hastalıkları olan çocukların % 18-20'sinin duygusal ve davranışsal sorunu olduğu bildirilmektedir (Knapp ve Harris 1998). Öte yandan ZG'de eşlik eden ruhsal bozuklukların yaygınlığının % 30-70 arasında olduğu tahmin edilmektedir (AACAP 1999). ZG'ye ek bir ruhsal bozukluk olmasının kişinin toplum yaşamına uyumunu, yaşam kalitesini ve işlevselliğini sınırlayan önemli bir etken olabileceği bildirilmektedir (Reiss ve Valenti-Hein 1994). Örneklemi oluşturan çocukların bilişsel düzeyleri dikkate alınmadan da uyum ve işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen süregelen fiziksel hastalıkları olduğu ve buna eşlik eden ZG'leri dikkate alındığında % 46 oranında psikopatoloji saptanmış olması beklenen bir durumdur.

ZG'de psikiyatrik değerlendirmenin, normal bilişsel düzeydeki bir kişinin değerlendirmesinden daha fazla zaman aldığı, sadece yıkıcı davranışların sağaltımına odaklanılmaması ve bütüncül bir yaklaşımı gerektiği vurgulanmaktadır (AACAP 1999). Sözel becerileri iyi ve hafif düzeydeki ZG olgularının psikiyatrik görüşme ve değerlendirmesine oranla ZG'nin düzeyi ağırlaştıkça psikiyatrik tanı koyma sürecinin zorlaştığı belirtilmek-

Tablo 3: Zeka Düzeyi ve Konsültasyon İstem Nedenlerine Göre Ruhsal Muayene

	Zeka Düzeyi			χ^2	p
	Hafif	Orta	Ağır		
Ruhsal Muayene				1.98	a.d.
Eksen I tanısı yok	20	10	10		
Eksen I tanısı var	23	5	6		
Konsültasyon İstem Nedeni					
Gelişimsel Değerlendirme	27	14	14	11.64	0.001
Gelişimsel Değerlendirme Dışı Nedenler	16	1	2		

a.d.= anlamlı değil.

tedir. Ayrıca psikopatoloji yaygınlığının da zeka düzeyi ile ilişkili olduğu ve daha ağır düzey ZG'de ruhsal bozukluk riskinin daha fazla olduğu ileri sürülmektedir (Kaplan ve Sadock 1998). Bu çalışmada zeka düzeyleri ile psikiyatrik tanı alma arasında bir ilişki saptanmamıştır. Bu durum tanı alan olgu sayısının azlığına ve sadece konsülte edilen olguları kapsamasına bağlı olabileceği gibi ZG ağırlaştıkça tanılama sürecinde kullandığımız araç ve yöntemlerin yeterli duyarlılığa sahip olmamasına da bağlı olabilir.

Bu çalışmada bir yıl boyunca tüm konsültasyon istemlerinin 1/3'ünün gelişimsel değerlendirme amacıyla yapıldığı saptanmıştır. Bu oran 1992 yılı konsültasyon istemlerinin değerlendirildiği çalışmada saptanan oranla aynıdır (Aysev ve Kerimoğlu 1995). Bu durum psikiyatri dışı hekimlerin süregelen fiziksel hastalığı olan çocukların gelişimsel sorunlarına karşı duyarlı olduklarının bir göstergesi olarak ele alınabilir. Bu yönde Batı ülkelerinde çocuk hekimlerinin eğitiminde gelişimsel konuların daha fazla vurgulanışı ile gelişimsel sorunlara yaklaşımda olumlu gelişmeler olduğunu saptayan boylamsal karşılaştırmalı çalışmalar bulunmaktadır (Dobos ve ark. 1994). Öte yandan çocukların birincil bakım aldıkları kliniklerde psikometrik yönden değerlendirmesini yapacak ruh sağlığı çalışanlarının yetersizliği de bu oranda etkilidir. Çocukların psikometrik değerlendirmelerinin birincil bakım aldıkları kliniklerde yapılması sağlandığında, çocuğun bilişsel kapasitesini dikkate alarak hastalığa yönelik yapılacak açıklama ve girişimler tedaviye uyumu arttıracak gibi psikiyatri konsültasyonlarının daha etkin kullanımını da sağlayacaktır.

Bu çalışmada gelişimsel değerlendirme dışı nedenlerle konsültasyon isteminin daha çok hafif düzeyde ZG olguları için yapıldığı, ZG düzeyi düştükçe sadece psikometrik değerlendirme istendiği saptanmıştır. Bu durum hafif düzeyde zeka geriliğinde uyumsuz işlevselliğin daha iyi oluşu ve bu grubun duygusal ve davranışsal belirtilerini daha açık bir biçimde sergilemesiyle ilişkili olabilir.

ZG'ye eşlik eden ruhsal bozukluk belirtilerinin ZG'ye ikincil bulgular olarak değerlendirilip, ruhsal bozukluk tanılarının atlanması eğilimini tanımlamakta "tanısal gölgelenme" (diagnostic overshadowing) terimi kullanılmaktadır (Reis ve ark. 1982). Bu araştırmada sadece gelişimsel değerlendirme amacıyla gönderilmiş olgularda

% 34 gibi yüksek bir oranda psikopatoloji saptanmış olması da "tanısal gölgelenme" terimi kapsamında değerlendirilebilir.

Normal zeka düzeyindeki bireylerde olduğu gibi ZG'de de sağaltım psikososyal girişimler ve ilaç sağaltımı gibi biyopsikososyal bileşenleri içermektedir. Bu bileşenlerden birindeki yeter-sizlik bireyin toplumsal uyumunu ve sağaltımını başarısız kılmaktadır (AACAP 1999; Volkmar ve Dykens 2002). Ruh sağlığı, eğitim gibi farklı disiplinlerde çalışanların ve anababaların işbirliği ZG olan çocukların hak ettikleri hizmetleri almalarında önemlidir. Günümüzde ZG olan çocukların özel eğitimle desteklenmesi yanı sıra yaşlarına uygun sınıflarda kaynaştırma programlarına alınmaları kabul görmüş bir yaklaşımdır. Bu çalışmada okul çağı çocuklarının yarısının yaşlarına uygun bir okula devam edemediği saptanmıştır. ZG ile süregelen fiziksel hastalığın birlikteliğinin okula devam edememekte etkili olduğu düşünülmüştür. Süregelen hastalığı olan çocuklarda, hastalık ve sağaltım sürecine bağlı okul devamsızlığı ve akademik olarak yaşitlarına göre gerilik olabilmektedir. Öte yandan hastalık ve/veya tedavilere bağlı fiziksel ve nörolojik sınırlılıklar da okula devam etmeyi engelleyebilmektedir (Sexson ve Madan-Swain 1993). Bu çalışmada süregelen hastalık gibi önemli bir çevresel stres etkenine uyum sağlama sürecinde olan ZG çocukların 1/4'ünün özel eğitim desteği de alamayacak durumda olduğu belirlenmiştir. Bu durum fiziksel hastalığı olup olmadığına bakılmaksızın özel eğitim desteği gereken tüm bireylerin bu haklarını kullanabilecekleri yasal düzenlemelere gereksinim olduğunu göstermektedir.

Çalışma örneklemini oluşturan olguların süregelen hastaların ele alındığı, organ aktarımı gibi ileri tedavilerin yapıldığı, hastanede kalış sürelerinin çok uzun olduğu bir eğitim hastanesinden geldiği ve sadece istenen konsültasyonlarla sınırlı kaldığı dikkate alındığında bulguların tüm ZG olan çocuklara genellenemeyeceği açıktır. Psikiyatrik değerlendirmelerde DSM-IV tanı ölçütlerine sadık kalınmakla beraber ülkemizde yakın zamanda kullanıma giren yapılandırılmış psikiyatrik görüşme formları ve ölçeklerin kullanılmamış olması da bir diğer kısıtlılık kaynağıdır.

ZG olan çocuklarda psikiyatrik morbiditeyi belirlemek ve nedensel ilişkileri saptayabilmek için koruyucu ve risk etkenlerini birlikte değerlendiren ve yapılandırılmış görüşme tekniklerinin

KILIÇ VE AYSEV

kullanıldığı kapsamlı araştırmalara gereksinim vardır. Gelecekte yapılacak bu tip çalışmalar ZG'de psikopatoloji riskinin artışının nedenlerine ışık tutacağı gibi aynı zamanda yaşam boyu sürmesi gereken girişimlerin erken dönemde devreye sokulmasını da sağlayacaktır.

KAYNAKLAR

Alpas B, Akçakın M (2003) Vineland Uyum Davranış Ölçeği-Araştırma Formu'nun doğumdan 47 aylığa kadar olan Türk bebekleri için uyarılama, güvenilirlik ve geçerlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi* 18 (52): 57-71.

American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1999) AACAP official action. Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with Mental Retardation and comorbid mental disorders. *Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38(12 supp): 5-31.

Amerikan Psikiyatri Birliği (1996) Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Dördüncü Baskı (DSM-IV), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 1994'ten çeviren E Köroğlu, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Aysev A, Kerimoğlu E (1995) Çocuk psikiyatrisinden istenen konsültasyonların bir yıllık değerlendirilmesi. Çocuk Psikiyatrisinde Konsültasyon Liyezon içinde, E Kerimoğlu (ed) Üniversitesi Tıp Fakültesi Basımevi, Ankara, s:39-46.

Battaglia A, Carey JC (2003) Diagnostic evaluation of developmental delay/mental retardation: an overview. *Am J Med Genet C Semin Med Genet* 117: 3-14.

Bradnova I, Shopova S, Simeonov E (2005) Mental retardation in childhood: clinical and diagnostic profile in 100 children. *Genet Couns* 16(3): 239-248.

Diagnostic Classification Task Force (1995) Diagnostic Classification: 0-3. Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood. Washington: Zero to Three / National Center for Clinical Infant Programs.

Dobos AE Jr, Dworkin PH, Bernstein BA (1994) Pediatricians' approaches to developmental problems: has the gap been narrowed? *J Dev Behav Pediatr* 15(1):34-38.

Kaplan HI, Sadock BJ (1998) *Mental Retardation. Synopsis of Psychiatry'nin içinde*, Williams & Wilkins, Baltimore, s:1137-1154.

Kinsbourne M (1997) Mental retardation. *Behavioral Neurology and Neuropsychology içinde*, TE Feinberg ve MJ Farah (ed) McGraw-Hill, s: 809-815.

Knapp PK, Harris ES (1998), Consultation-liaison in child psychiatry: a review of the past 10 years. Part I: clinical findings. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 37(1):17-25.

Reiss S, Levitan GW, Szyszko J (1982) Emotional disturbance and mental retardation: diagnostic overshadowing. *Am J Ment Defic* 86: 567-574.

Reiss S, Valenti-Hein D (1994) Development of psychopathology rating scale for children with mental retardation. *J Consult Clin Psychol* 62: 28-33.

Savaşır I, Sezgin, N, Erol, N (1993) Ankara Gelişim Tarama Envanteri (Ankara Developmental Screening Inventory) (2. Baskı) Ankara: Türk Psikologlar Derneği.

Savaşır I, Şahin N (1995) Wechsler Çocuklar için Zeka Ölçeği (WISC-R). Ankara: Türk Psikologlar Derneği.

Sexson SB, Madan-Swain A (1993) School reentry for the child with chronic illness. *J Learn Disabil* 26: 115-137.

Sparrow SS, Balla DA, Cicchetti DV (1984) Vineland Adaptive Behavior Scales (Survey Form). Circle Pines, Minn: American Guidance Service.

Steiner H, Shaw R (2000) Psychiatric assessment and management of medically ill children. *Psychiatric Care of the Medical Patient içinde*, A Stoudemire, BS Fogel, DB Greenberg (ed). Oxford University Pres, s: 1097-1110.

Volkmar FR, Dykens E (2002) Mental retardation. *Child and Adolescent Psychiatry içinde* M Rutter, E Taylor (ed) Blackwell Publishing Ltd, Oxford, s:697-710.

Wechsler D (1974) Wechsler Intelligence Scale for Children-Revised. Psychological Corporation, New York.