

Erişkin Zihinsel Yetersizliği ve Psikiyatri: Türkiye ve Dünyada Güncel Durum

Aynur Görmez ©

Adult Intellectual Disability and Psychiatry: Current Situation in Turkey and the World

Öz

Zihinsel yetersizlik (ZY) / Zihinsel gelişim bozukluğu (ZGB) toplumun ortalama %1'ini etkileyen nörogelişimsel ve yaşam boyu süren bir bozukluktur. Araştırmalar psikiyatrik bozuklukların bu grupta en az genel popülasyondaki kadar görüldüğünü ortaya koymaktadır. Tıbbin ilerlemesi ile yaşam beklentisinin artması erişkin psikiyatristlerinin bu hasta grubu ile daha çok karşılaşmalarına yol açmaktadır. Zihinsel yetersizliği/ zihinsel gelişim bozukluğu olan bireylerin bilişsel ve iletişim problemleri, erişkin psikiyatristlerinin gelişimsel psikopatolojide yeterli deneyimlerinin olmaması gibi birçok etken, bu grupta psikiyatrik değerlendirme yapmayı güçleştirmektedir. Bu gözden geçirme yazısının amacı ZY/ZGB'ye güncel literatür ışığında genel bir bakış sunmak ve erişkin psikiyatristlerine bu özel hasta grubu ile ilgili birtakım pratik ipuçları vermektir.

Anahtar kelimeler: mental retardasyon, zihinsel yetersizlik, zihinsel gelişim bozukluğu, erişkinlik, psikiyatri, ruh sağlığı

ABSTRACT

Intellectual Disability (ID)/ Intellectual Developmental Disorder (IDD) is a lifelong neurodevelopmental disorder which effects approximately 1% of the population. Studies reveal that psychiatric disorders are seen at least as often as in general population. Medical advances have resulted in increased life expectancy of people which led adult psychiatrists to encounter this group of patients more frequently. Various factors such as cognitive and communication problems of the individuals with ID/IDD and general psychiatrists' inadequate experience in developmental psychopathology make the psychiatric assessment difficult to perform. The aim of this review is to present a general overview of ID/IDD under the light of current literature, and provide adult psychiatrists with some practical tips about this special group of patients.

Keywords: mental retardation, intellectual disability, intellectual developmental disorder, adulthood, psychiatry, mental health

Alındığı tarih: 01.11.2019

Kabul tarihi: 01.11.2019

Yayın tarihi: 31.12.2019

Aynur Görmez
İstanbul Medeniyet Üniversitesi
İstanbul - Türkiye
✉ aynurdemirel@yahoo.com
ORCID: 0000-0002-8537-9413

GİRİŞ

Zihinsel yetersizlik (ZY)/zihinsel gelişim bozukluğu (ZGB) gelişimsel bir bozukluk olması ve yaşamın ilk yıllarında sorunların kendini göstermesi nedeniyle doğal olarak çocuk ve ergen psikiyatristlerinin ilgilendiği bir alandır. Ancak tıbbin ilerlemesi, erken tanı ve tedavi ile ZY/ZGB'li bireyler erişkin ve hatta geriatrik yaşa ulaşmaktadırlar ⁽¹⁾ ve böylece erişkin psikiyatristleri bu hasta grubu ile giderek daha fazla karşılaşmaktadırlar. Erişkin psikiyatrisi müfredatında bu özel

hasta grubuna yönelik eğitim eksikliği, dünyanın pek çok yerinde olduğu gibi ⁽²⁾, ne yazık ki ülkemiz için de geçerli bir durumdur. Bu yazının amacı, ZY/ZGB'li erişkinler ve komorbid durumları ile ilgili güncel bilgiler vermek, erişkin psikiyatristlerine bu hasta grubuna yaklaşım ile ilgili genel bir çerçeve sunmaktır.

1. Tanım ve sınıflandırma

Zihinsel yetersizlik (ZY)/zihinsel gelişim bozukluğu (ZGB) kavramsal, sosyal ve uygulamalı alanlarda hem

© Telif hakkı İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne aittir. Logos Tıp Yayıncılık tarafından yayınlanmaktadır. Bu dergide yayınlanan bütün makaleler Creative Commons Atıf-Gayri Ticari 4.0 Uluslararası Lisansı ile lisanslanmıştır.

© Copyright İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Research and Training Hospital. This journal published by Logos Medical Publishing. Licensed by Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0)

entelektüel hem de uyumsal işlev eksikliklerini kapsayan, gelişimsel evre sırasında başlayan heterojen bir bozukluk grubudur ⁽³⁾. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı olan DSM'nin 2013'te yayımlanan 5. sürümünde (DSM-5) ile mental retardasyon (MR) teriminin yerini zihinsel yetersizlik/zihinsel gelişim bozukluğu (intellectual disability/intellectual developmental disorder) terimleri almıştır. Bundan 6 yıl sonra Dünya Sağlık Örgütü tarafından 2019'da yayımlanan Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması ICD-11'de DSM-5 ile uyumlu olarak MR'yi zihinsel gelişim bozukluğu olarak değiştirmiştir. Her iki tanı sisteminde de ZY/ZGB nörogelişimsel bozukluklar çatısı altında tanımlandı ve böylece engellilik vurgusunun yerini gelişimsel sağlık sorunu almış oldu.

DSM-5'e göre ZY/ZGB tanısı için aşağıdaki üç kriterin karşılanması gerekmektedir.

- Hem klinik değerlendirme hem de bireye göre uygulanan, kabul gören bir zeka ölçümü ile doğrulanan, akıl yürütme, sorun çözme, tasarlama, soyut düşünme, yargılama, okulda öğrenme ve deneyimlerinden öğrenme gibi entelektüel işlevlerde eksiklikler.
- Kişisel bağımsızlık ve toplumsal sorumluluk için gelişimsel ve toplumsal-kültürel ölçütleri karşılamama ile sonuçlanan uyum işlevselliğinde eksiklikler. Süregiden bir dayanak sağlanmadıkça, uyumsal eksiklikler, ev, okul, iş ve toplum gibi değişik çevrelerde iletişim, toplumsal katılım ve bağımsız yaşama gibi günlük yaşamın bir ya da birden çok etkinliğinde işlevselliği kısıtlar.
- Entelektüel ve uyumsal eksiklikler gelişimsel evrede başlar.

Zekâ ölçümü kişinin bulunduğu kültürde geçerlik ve güvenilirliği olan, yaşına uygun, bireysel olarak uygulanan IQ (zekâ katsayısı) testleri ile ölçülür. Genel olarak ortalamanın 2 standart sapma altı (IQ=< 70) ZY/ZGB olarak değerlendirilir. DSM-5'te de belirtildiği gibi IQ testleri kavramsal işlevselliğin "yaklaşık" bir ölçütüdür ve gerçek yaşam deneyimlerindeki akıl yürütme ya da pratik beceri kazanımlarını ölçmede yetersizdir. Örneğin, IQ skoru 70'in üzerinde olan bir kişinin sosyal anlama, yargılama ve diğer uyumsal işlevlerdeki davranış sorunları IQ puanı daha düşük olan kişilerden daha alt seviyede olabilir. Bu nedenle zekâ düzeyini değerlendirirken klinik yorumlama önemlidir ⁽³⁾.

DSM-5 önceki sürümlerde olduğu gibi ZY/ZGB'yi ağırlık düzeyine göre hafif, orta, ağır ve çok ağır olarak 4 gruba ayırır. Ancak DSM-5'te IQ puanı değil, günlük yaşam becerileri/uyumsal işlevler dikkate alınarak ağırlık derecesi belirlenir. Bu yaklaşımın amacı ZY/ZGB'li bireylere sunulacak akademik, sosyal ve pratik desteği belirlemede uyumsal işlevlerin daha belirleyici olabilmesidir. Uyumsal işlevler ideal şartlarda kişinin bulunduğu kültüre uygun, psikometrik olarak geçerli bir enstrüman ile ölçülmelidir. Ancak ülkemizde ZY/ZGB'li bireyler değerlendirilirken uyumsal işlev ölçekleri rutin olarak kullanılmamaktadır ve ZY/ZGB düzeyini belirlemede IQ puanı daha belirleyici olmaktadır. Poliklinik şartlarında yapılandırılmış bir uyumsal işlev ölçeği uygulamak için vakit bulmak da her zaman mümkün değildir. Uyumsal davranışlar günlük yaşam içinde öğrenilen ve uygulanan kavramsal, sosyal ve pratik becerileri kapsar. Klinisyenler aşağıdaki alanları sorgularken kişinin içinde bulunduğu sosyo-kültürel yapıyı göz önünde bulundurmalıdırlar.

- Kavramsal (ya da akademik):** Dil ve okuma yazma becerileri, para, sayı ve zaman kavramları, pratik bilgiler, sorun çözme ve yeni durumlarda muhakeme yetisi.
- Sosyal beceriler:** Kişiler arası ilişki (empati becerisi dâhil), sosyal sorumluluk, öz değer, kolay kandırılabilme, saflık/toyluk, sosyal sorunları çözme, kurallara/ yasalara uyma becerisi ve kötüye kullanıma/istismardan kaçınabilme yetisi.
- Pratik (uygulamalı) beceriler:** Günlük yaşam aktiviteleri (öz bakım), mesleki beceriler, sağlık, seyahat, günlük rutin, güvenlik, para kullanımı, telefon kullanımı, eğlenme, kendini idare etme yetileri.

Zihinsel yetersizliği olan bireylerin %85'i hafif, %10'u orta, %4'ü ağır ve %2'si ise çok ağır düzeydedir ⁽⁴⁾. Aşağıdaki tabloda farklı seviyedeki bireylerin genel özellikleri özetlenmiştir.

2. Epidemiyoloji

Farklı çalışmalarda belirtilen prevalans oranları genellikle %1 ile %3 arasında değişmektedir ⁽⁵⁾. Yakın zamanda yapılan, batı ülkelerinin yanı sıra dünyanın diğer bölgelerindeki yayınları da içeren bir meta-analiz çalışmasında ZY/ZGB'nin genel toplumun yaklaşık %1'ini oluşturduğu ortaya konulmuştur. Prevalans, çocuklarda erişkinlere göre biraz daha yüksek bulunmuştur, bu da ZY/ZGB'li bireylerin erken

ölümü ile ya da çocukluk çağında akademik beklentiler nedeniyle daha çok tanı koyulması ile ilişkili olabilir. Gelişmiş ülkelere göre düşük-orta gelirli ülkelerde prevalans değerleri daha yüksek bulunmuştur. Bu durumun, örneklem seçimi, gelişmiş ülkelerde IQ puanının yanı sıra uyumsal işlevselliğin de ölçülerek tanı koyulması, antenatal, postnatal bakımın ve beslenmenin daha iyi olması gibi birçok nedeni olabilir. Türkiye’de 2002 yılında Türkiye İstatistik Kurumu tarafından yapılan, ülkenin 7 bölgesindeki hem kent- sel hem kırsal alanı kapsayan, Türkiye özürlüler araştırmasında herhangi bir engeli olan bireylerin toplu- mun %12.3’ünü oluşturduğu, ZY/ZGB prevalansının ise %0,48 olduğu belirlenmiştir ⁽⁶⁾. Elbette bulunan ZY/ZGB figürü mevcut durumu eksik yansıtmaktadır. Burada olasılıkla ZY/ZGB’li bireyler ya başka bir engel kategorisinde sınıflandırılmıştır ya da önemli bir kısmı farklı sebeplerden dolayı tanı almamıştır.

Erkelerde kadınlara oranla ZY/ZGB biraz daha sık görülür ve bu durum Frajil X sendromunda olduğu gibi X’e bağlı resesif geçişli hastalıklarla kısmen açıklanabilir ⁽⁷⁾.

3. Etiyoloji

Zihinsel yetersizliğin ağırlığı arttıkça, etiyoloji belirle- yebilme olasılığı da artmaktadır. Ancak artık tanısız ve genetik testlerin gelişimi ile üçüncü basamağa yönlendirilen ZY/ZGB’li bireylerin, bilişsel düzeylerin- den bağımsız olarak, %50’sinde bir etiyojinin belir- lenebildiği bildirilmiştir ⁽⁸⁾. Etiyolojik faktörler genel- likle zamanlamasına göre prenatal, perinatal ve post- natal olarak sınıflandırılır:

- a. **Prenatal faktörler:** Prenatal faktörler multi- faktöriyel olabileceği gibi genetik aktarım veya de novo mutasyondan da kaynaklanabilir. Gebelikte maruz kalınan toksin ya da teratojenler, enfeksi- yonlar ya da annedeki metabolik bozukluklar ve fetusun gelişimini etkileyen faktörler bu grup içindedir.
- b. **Perinatal faktörler:** Perinatal dönem, doğumdan önceki 1 hafta ve doğum sonrasındaki 4 haftayı kapsar. Bu dönemdeki enfeksiyonlar, hipoksik/ iskemik hasar ve prematüriteye bağlı komplikas- yonlar önemli risk faktörleridir.
- c. **Postnatal faktörler:** Bu dönemdeki enfeksiyonlar, toksik madde maruziyeti, merkezi sinir sistemi tümörleri, kazalar sayılabilir.

Birçok olguda etiyoloji, çevresel ve genetik faktörle- rin etkileşimi ile multifaktöriyel bir süreçtir. Bu bağ- lamda psikososyal faktörler, örneğin yoksulluk, anne- nin bakım verme becerilerini etkileyen ağır psikiyat- rik hastalıklar, aslında prenatal, perinatal ve postnatal tüm evreleri kapsayan göz ardı edilmemesi gereken, özellikle düşük-orta gelirli ülkeleri etkileyen önemli bir etkidir.

4. Tıbbi eş tanılar

Pek çok çalışmada ZY/ZGB’li popülasyonda tıbbi eş tanıların daha yüksek olduğu ve yaşam beklentisinin genel popülasyondan düşük olduğu gösterilmiştir ⁽⁹⁾. En çok eşlik eden sorunlar işitme (%10-28) ve görme sorunları (%10-44), ağız ve diş hastalıkları (%20-29), obezite (%9,8-44), epilepsi (%14-44), inkontinans (% 13-49,3) ve solunum sistemi hastalıkları (%43-75) olarak sayılabilir ⁽¹⁰⁾. Bunların içinde epilepsi nöropsi- kiyatrik sonuçları nedeniyle psikiyatri hekimlerince de mutlaka sorgulanması gereken çok önemli bir eş tanıdır. ZY/ZGB’si olan bireylerde genellikle birden çok nöbet tipi bir arada bulunur ve tedaviye direnç oranı yüksektir. Ayırıcı tanıda özellikle temporal lob epilepsisi gibi kompleks parsiyel nöbetleri, panik atak, davranış sorunları gibi psikiyatrik durumlardan ayırt edebilmek önemlidir. Epileptik nöbetlerin yanı sıra antiepileptiklerin nöropsikiyatrik yan etkileri konusunda da dikkatli olunmalıdır. Genel olarak ZY/ ZGB’li bireylerde çoklu komorbiditenin getirdiği has- talık yükü yanı sıra pek çok psikotrop ilacın nöbet eşliğini düşürme riski gibi, ilaç yan etkileri ve etkile- şimleri de dikkatlice sorgulanmalıdır ^(11,12).

5. Psikiyatrik değerlendirme

ZY/ZGB’li bireyler nörogelişimsel faktörler, iletişim kısıtlılıkları, sosyal izolasyon ve damgalanma gibi nedenlerden dolayı psikiyatrik bozukluklar için daha fazla risk taşırlar. Çalışmalarda erişkin ZY/ZGB’li kişi- lerde psikiyatrik bozuklukların prevalansı %13,9 ile %75,2 gibi geniş bir aralıkta değişmektedir ⁽¹³⁾. Literatürdeki bu farklı bulguların ZY/ZGB ve ruhsal hastalık için kullanılan farklı tanımlamalar, örneklem seçimi, psikiyatrik değerlendirmede izlenen yöntem- ler, farklı tanı kriterlerinin kullanılması gibi pek çok nedeni olabilir. Ancak şu artık kabul edilmektedir ki, ZY/ ZGB’li bireyler en az genel popülasyon kadar ruh sağlığı sorunları yaşamaktadır.

ZY/ZGB’li bireylerde psikiyatrik değerlendirme yap-

Tablo 1. ZY/ZGB'nin seviyeleri ve genel özellikleri*.

Ağırlık düzeyi	Mental yaş	Kavramsal alan	Toplumsal alan	Uygulamalı alan
Hafif	9-12	Okul öncesinde fark edilebilir kavramsal farklılıklar olmayabilir. Okul çağında ve erişkinlikte yaşına uygun akademik beklentileri karşılama güçlükleri vardır. Erişkinlikte soyut düşünme, kısa dönem bellek, yürütücü işlevler ve akademik becerileri kullanma alanlarında sorunlar vardır.	Sosyal etkileşimlerde olgun değildir. İletişim daha somuttur, sosyal ipuçlarını anlamakta güçlük çeker. Duygu ve davranışlarını düzenlemekte güçlükler vardır. Yargılaması zayıftır ve kolay kanar.	Karmaşık günlük işlerde desteğe ihtiyaç duyar. Erişkinlikte ev ihtiyaçlarını karşılama /yönetmede güçlükler yaşar. Sağlık, yasal konular ve mesleki beceri kazanmada desteğe ihtiyaç duyar. Çocuk büyütme için desteğe ihtiyaç duyar
Orta	6-9	Dil, akademik becerileri yaşitlarına göre belirgin olarak yavaştır. Erişkinlikte akademik beceri ilkökul düzeyindedir ve günlük kavramsal alanlarda sürekli desteğe ihtiyaç duyar.	Yaşitlarından belirgin farklılıklar gösterir. Dili çok daha basit kullanır. İlişki kurma yeterliği vardır. Toplumsal yargılama ve karar verme yetileri sınırlıdır. İş yerinde belirgin sosyal ve iletişim desteği gerekir.	Kişisel bakım becerileri kazanabilir, ancak çok uzun süre ve yoğun eğitim ya da hatırlatmalar gerektirir. Toplumsal beklentiler, iş ulaşım, sağlık alanlarında önemli düzeyde desteğe ihtiyaç duyar.
Ağır	3-6	Sınırlı kazanım sağlar. Yazı dili, sayılar, miktar, zaman ve para kavramlarını çok az anlar.	Grammer ve kelime dağarcığı olarak çok sınırlı konuşma dili vardır. Aile ve tanıdıklarla yakın ilişkiden zevk alır.	Bütün günlük yaşam becerilerinde desteğe gereksinim duyar. Sürekli gözetim altında olması gerekir.
Çok ağır	<3	Kavramsal beceriler sembolik değil fiziksel dünyayı kapsar.	Konuşma ve beden dilini çok kısıtlı düzeyde anlar. Bazı basit yönergeleeri anlayabilir, istek ve duygularını özel olmayan ve sembolik olmayan iletişimle anlatır. Çok yakın aile bireyleri ya da bakım verenle ilişkiden zevk alır	Bütün yönleri ile başkalarına bağımlıdır. Duyusal ve motor sorunlar birçoğunda eşlik eder.

*DSM-5'ten adapte edilmiştir.

mak bu grubun doğası gereği klinisyenler için zorlayıcı olabilir. İletişim sorunları, ZY/ZGB'nin ağırlık düzeyi, eşlik eden gelişimsel sorunlar (Örneğin, otizm spektrum bozuklukları) ve duysal sorunlar (Örneğin, işitme, görme sorunları) klinik tabloyu karıştırabilir ve yanlış tanıya ya da psikiyatrik tanıyı tamamen atlamaya yol açabilir. Ruh sağlığı sorunları atipik semptomlarla, örneğin, davranış sorunları olarak kendini gösterebilir. ZY/ZGB'li bireylerde her türlü davranış, ZY/ZGB'nin doğal bir sonucu olarak değerlendirilip, "tanısal gölgelemeye" yol açabilir. Diğer bir zorlayıcı faktör ise genel popülasyon için oluşturulmuş tanısal sistemlerin bu grupta ne kadar geçerli olduğudur ⁽¹⁴⁾.

ZY/ZGB'li bireylerin psikiyatrik değerlendirmesi genel psikiyatrik muayene formatına benzer, ancak ek olarak dikkat edilmesi gereken noktalar vardır. Her şeyden önce güvenilir bir psikiyatrik değerlendirme için daha fazla vakit ayırma ve daha çok kaynaktan (aile, bakım veren, okul, rehabilitasyon merkezi) bilgi toplamak neredeyse bir zorunluluktur. Örneğin, İngiltere'de ilk muayeneye ayrılan süre genel psikiyatri hastası için 45 dk. iken, bu süre ZY/ZGB'li bireyler için 60-90 dk. arası değişir.

Psikiyatrik değerlendirme sırasında hastanın zihinsel engelinin seviyesi, iletişim becerileri, işlevselliği, toplumsal katılım düzeyi, zihinsel engelinin etiolojisi, tıbbi eş tanılar -özellikle epilepsi- hakkında bilgi toplanır. Tüm bunlarla beraber psikiyatrik bozuklukların varlığı araştırılır. Psikiyatrik bozuklukların genel etiopatogenezi düşünüldüğünde, psikiyatrik değerlendirmeye biyo-psiko-sosyal yaklaşım bu grup hastada daha da önemlidir. Eski değerlendirmeler ve tıbbi kayıtlara erişim yok ise hasta yakınlarından istenmeli ve incelenmelidir.

Hastanın zihinsel yetersizliği hangi seviyede olursa olsun, hasta ile iletişim kurmaya çalışılmalıdır. Eğer sözel becerisi varsa kişinin sorunlarını dile getirmesine fırsat verilmeli ve ruhsal durum muayenesi yapılmalıdır. Kişinin zihinsel engelinin yanı sıra nörolojik sorunlar, görme/işitme gibi duysal sorunlar, psikiyatrik eş tanılar, ilaçların yan etkisi, sosyal şartları gibi başka birçok faktörün de iletişimini etkileyeceği unutulmamalıdır. Hafif engeli olan bireyler bile olayları hatırlama ve zamansal ilişki kurmada sorun yaşayabilirler. Diğer bir konusu ise ZY/ZGB'li bireylerin telkine açık olmalarıdır. Kişi sosyal onay kaygısı ile bazı semptomlarını gizleyebilir. Bu nedenle mümkün olduğunca açık uçlu sorular sorulmalıdır.

Özellikle yetişkin birinin geçmişi ile ilgili aileden bilgi toplamak kolay bir iş değildir. Ancak, bu bilgileri edinmek çok önemlidir. Gelişim basamaklarına beklenen zamanda ulaşmış ulaşmadığı, ne kadar gecikme olduğu, normal gelişimden sonra regresif bir döneme girip girmediği, ilişkili olabilecek faktörlerle birlikte sorgulanmalıdır. Çocukluk dönemine ait olumsuz deneyimleri, kazanımları, ilişkileri gibi onu şekillendiren faktörleri anlamaya yardımcı olacak bilgiler alınmalıdır. Kişinin mizacı, alışkanlıkları, davranış ve işlevselliğini belirlemeye yönelik bilgi toplamak, yani “premorbid” özelliklerini belirlemek, yeni ya da semptom sayılabilecek davranışları ayırt edebilmek için son derece önemlidir. Hastanın aile dışında bakım veren varsa ya da kurumda bakılıyorsa, bakımının kişi ile ne kadar zaman geçirdiği, ne kadar tanıdığı, bakım ekibi arasında bilgi paylaşımının ne kadar olduğu sorgulanmalıdır.

Psikopatoloji gelişim seviyesinden etkilenir. Dolayısı ile ZY/ZGB’li bireylerle çalışırken diğer önemli bir husus gelişim seviyesinin patoplastik etkisidir. Kişinin zihinsel engelini ağırlığı arttıkça patoplastik etki o kadar belirgin olur. Örneğin, suçluluk duygusu gibi karmaşık kavramları anlamak için en az 7 yaşında olmak gerekir. Çok ağır ZY/ZGB’si olan erişkin bir birey, yaşam deneyimlerinden öğrenecek, bazı beceriler geliştirecek ve erişkin kişinin dürtü ve isteklerine sahip olacak (dolayısı ile mental yaşı 0-3 arası olan bir çocuk gibi olmayacak) ama daha yüksek gelişimsel seviye gerektiren soyut kavramları anlamayacaktır. Benzer şekilde umutsuzluk, değersizlik, suicidal düşünce, genellikle daha ağır ZY/ZGB’li bireyler tarafından tanımlanamaz. Bazı psikopatolojilerin tarif edilmesi de sözel beceri gerektirir. Örneğin, psikotik semptomlar çok ağır ZY/ZGB’li bireylerde ortaya konulamayabilir ^(10,15). Ancak, genel popülasyonda olmayan bazı semptomlar da, psikiyatrik bozukluklarla ilişkili olarak ZY/ZGB’li bireylerde görülebilir. Örneğin, beceri kaybı, iletişim becerisinde gerileme ve davranış sorunlarının ortaya çıkması ya da stereotipik davranışların artması ya da azalması gibi. Gelişim düzeyi semptomların içeriğini de etkiler, örneğin, sanrıların içeriği çocuksu olabilir. Bazıları için ise gelişimsel evre modeli, örneğin, mental yaşı 2 olan birinde karşı gelme davranışı gibi, semptomu açıklayabilir. Altta yatan etiyolojiyi belirleme, olası komorbiditelerin erken belirlenmesi ve önlenmesi için de gelişimsel öykü gereklidir. Bunun yanı sıra terapötik müdahaleleri planlarken gelişim dönemi göz önünde bulundurulmalıdır ^(15,16).

Birçok ülkede olduğu gibi ülkemizde de psikiyatrik hizmetlerden yararlanabilmenin şartı psikiyatrik tanı almaktır. Ancak ZY/ZGB’li bireyler bazen psikiyatrik hastalıkları olsa da tanı alamamakta ya da yanlış tanı ile uygunsuz tedavi almaktadır. Burada kilit bir sorun da ICD ve DSM sınıflandırmalarının gelişimsel düzeye yeterince duyarlı olmaması ve klinisyenlerin bu kılavuzlarla ZY/ZGB’li bireylere psikiyatrik tanı koyma çabasıdır. Bu engeli kaldırmak ve bu grupta da güvenilir bir tanısal sistem oluşturmak amacı ile oluşturulmuş ICD ve DSM’ye dayalı tanı kılavuzları geliştirilmiştir. Bunlardan biri 2001 yılında İngiliz Psikiyatri Derneği tarafından ZY/ZGB alanındaki uzmanlar tarafından geliştirilen DC-LD (Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation: ZY/ZGB’li yetişkinlerde psikiyatrik bozukluklar için tanı kriterleri) tanı kılavuzudur. Bu kılavuz özellikle orta ve daha ağır ZY/ZGB grubu için hazırlanmıştır ⁽¹⁷⁾. Diğerisi ise, 2007 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği ve NADD (The National Association for Dually Diagnosed/Dual Tanılılar için Ulusal Dernek) tarafından geliştirilmiş olan DM-ID-2 (A Clinical Guide for Diagnosing Mental Disorders in Persons with Intellectual Disability: Zihinsel yetersizliği olan bireylerde psikiyatrik bozuklukları tanıma kılavuzu) tanı kılavuzudur ⁽¹⁸⁾. DM-ID-2 yakın zamanda DSM-5’e uyumlu olmak amacı ile güncellenmiştir. Bu kılavuzlar dilimize çevrilmediği gibi kendi oluşturduğumuz yerli bir tanı sistemi de maalesef mevcut değildir.

6. Davranış sorunları

Zihinsel yetersizliği olan bireylerle ilgili önemli bir araştırma konusu da davranış sorunlarıdır. Bu popülasyondaki davranış sorunları literatürde “zorlayıcı (challenging) davranış” ya da “sorun davranış” olarak nitelendirilir. Zorlayıcı davranışlar, “içinde bulunan kültürle uyumsuz, yoğunluğu, süresi ve sıklığı göz önünde bulundurulduğunda kişinin kendisinin ya da başkalarının güvenliğini ciddi düzeyde tehdit eden veya toplumsal katılımını sınırlandıran veya engel olan davranışlar” olarak tanımlanır. Bu davranışlar genel olarak kendine zarar verme, başkasına zarar verici agresif davranışlar, eşyaya zarar veren yıkıcı davranışlar, sosyal açıdan uygunsuz, örneğin, cinsel davranışlar olarak sınıflandırılabilir ⁽¹⁹⁾.

Literatürde psikiyatrik sorunlarla davranış sorunları arasındaki ilişki konusunda farklı bulgu ve görüşler vardır. Emerson’a göre davranış sorunları, psikiyatrik

sorunların davranışsal eşdeğeri olabilir, psikiyatrik sorunlara ikincil gelişmiş olabilir ya da ruh sağlığı sorunları önceden var olan davranış sorunlarını sürdürmekte rol alabilir⁽¹⁹⁾. Bu görüşü destekleyen pek çok çalışma olsa da^(20,21) davranış sorunları ile psikiyatrik bozuklukların birbirinden bağımsız durumlar olduğu sonucuna varan araştırmalar da vardır^(22,23).

Davranış sorunları bireyin hayatını pek çok açıdan olumsuz yönde etkiler, toplumsal olanaklardan mahrum kalma, bakım evleri gibi kurumlara yerleştirilme ve kötü muameleyle maruz kalma riskinde artış gibi.

Çalışmalarda, sorun davranışların prevalansının ZY/ZGB'li grupta %10-45 arasında değiştiği bulunmuştur⁽²⁴⁻²⁶⁾. Çalışılan grup ve problem davranış tanımındaki farklılıklara bağlı olarak bu aralık daha da genişletilebilmektedir. Türkiye'de bakımevleri, rehabilitasyon merkezleri ve psikiyatri polikliniğine ilk başvuruda bulunan 151 ZY/ZGB'li erişkin bireyle yaptığımız bir çalışmada zorlayıcı davranış oranı %34,4 olarak bulunmuştur⁽²⁷⁾.

7. Davranış fenotipleri

Genetik çalışmaların ilerlemesi ile giderek daha fazla ZY/ZGB'li bireyde etiyojolojiye yönelik tanı koyulabilmektedir. Belli bir genetik ya da kromozomal sendrom ile ilişkili olarak ortaya çıkan karakteristik davranış kalıpları "davranış fenotipi" olarak adlandırılır. Davranış fenotipinin içinde mizaç, dikkat süresi, sıra dışı ilgi alanları, stereotipler, uyku-yeme alışkanlıkları gibi farklı sosyal, linguistik, kognitif ve motor profillerin fizyolojik ve davranışsal bileşenleri vardır⁽¹⁶⁾. Davranış fenotiplerine Lesh-Nyhan sendromundaki dudak ısırma, Smith Magenis sendromunda görülen el ve ayak tırnaklarını çekme, Prader Willi sendromundaki hiperfaji, Frajil X sendromunda görülen verbal IQ'nun performans IQ'dan yüksek olması ve Angelman sendromunda görülebilen aşırı gülme/gülümseme gibi davranışlar örnek olarak verilebilir.

Elbette bunun anlamı tüm davranış genetiğe indirgemek ya da ZY/ZGB'li bireyleri kategorize etmek değildir. Hatta bu endişe ile bazı araştırmacılar davranış fenotiplerinin çalışılmasının yararlı olmadığını, etiketlemeye yol açabileceğini ileri sürmektedirler. Davranış; genetik ile beraber, çevre, psikososyal durum, zihinsel yetersizliğin derecesi, eşlik eden psikiyatrik/tıbbi bozukluklar gibi çoklu faktörlerle şekillenen bir süreçtir. Davranış fenotiplerini tanımlanma-

sındaki amaç kişinin güçlü ve zayıf yanlarını öngörebilmek, gereksinimlerini daha iyi belirleyip kişiye özel hizmetler planlayabilmektir⁽²⁸⁾.

8. Psikotrop ilaç kullanımı

Zihinsel yetersizliği olan erişkinlerde psikotrop kullanımı yaygındır. Kurumlarda yaşayanlarda bu oran %30-40, toplum içinde yaşayanlarda ise %10-20 civarında bulunmuştur⁽²⁹⁾. Aslında burada endişe verici olan, hastaların önemli bir oranında, psikiyatrik tanı olmadan bu ilaçların reçete edilmesidir. Ülkemizde yaptığımız ve yayın için değerlendirme aşamasında olan bir çalışmada, rehabilitasyon merkezleri, bakım evleri, aile hekimliği merkezleri, sağlık kurulları ve psikiyatri polikliniğinden ulaştığımız 771 ZY/ZG'li erişkinde oluşan bir örneklem oluşturduk. Bu örneklem yaklaşık yarısında psikiyatrik semptomlar, 1/3'ünde zorlayıcı davranışlar vardı ve yaklaşık 1/3'i de psikotrop ilaç kullanmaktaydı⁽³⁰⁾.

Psikiyatrik bozukluklar için tedavi kılavuzları çoğunlukla genel popülasyonda yapılan ve ZY/ZGB'li bireylerin dâhil edilmediği çalışmalara dayanmaktadır. ZY/ZGB'li hasta grubuna yönelik tedavi kılavuzları ise genellikle konsensüse dayalı kanıt düzeyi düşük kılavuzlardır. Buna örnek "erişkin ZY/ZGB'li bireyler için Frith reçete rehberi" verilebilir⁽³¹⁾. Davranış sorunları için psikotrop kullanımı ise, otizm spektrum bozukluğundaki irritabilite ve bazı davranışsal semptomlar dışında, çoğu zaman kanıta dayalı değildir^(31,32).

ZY/ZGB'li bireyler arasındaki fiziksel yapı ve fizyolojik işlevlerdeki farklılıklar, genel popülasyondakinden daha büyüktür. Bu faktörlerin ilaçların farmakokinetikini ve farmakodinamiğini etkilemesi oldukça olasıdır. Zihinsel yetersizlik çoğu zaman beyin hasarı ya da beyindeki yapısal farklılıklar sonucu olduğundan, psikotrop ilaçların etkinliğinde farklılıklar ya da optimum dozu belirlemede güçlükler olabilir. Genel olarak ZY/ZGB'li bireylerin daha çok yan etki yaşadıklarına dair anekdotal bilgi mevcuttur⁽³¹⁾. Yine de multimorbidite ve buna eşlik eden çoklu ilaç kullanımı ZY/ZGB'li bireyleri ilaç yan etkileri ve etkileşimleri açısından daha riskli gruba sokmaktadır. Bu nedenle genel prensip, küçük dozlarla başlayıp, yavaş ilerlemek ve çoklu ilaç kullanımından kaçınmaktır. Genel olarak elimizdeki kanıtlar çok yetersiz olduğundan, farmakolojik müdahaleler risk-yarar analizi yaparak, kişi bazında planlanmalıdır⁽³³⁾.

9. Psikolojik tedaviler

Uzun süre psikolojinin rolü bu bireylerde psikometrik testler yapmak ya da davranışçı terapilerle müdahalede bulunmak idi. Ancak Avrupa’da, uzun dönem kalınan kurumların kapatılması, ZY/ZGB’li bireylerin toplum içine dönmesi ile birlikte psikolojik tedavilere vurgu yapılmaya başlanmış ve 1990’lardan itibaren terapötik çalışmalarda artış olmuştur. Aslında ZY/ZGB’li bireylerin ruh sağlığı gereksinimleri anlaşıldıkça bu gruba yönelik terapötik yaklaşımlar artmıştır⁽³⁴⁾. Psikolojik müdahaleler, yeni tedavi sunmaları yanında, ZY/ZGB’li grubun psikoterapiye uygun olmadığı mitini de ortadan kaldırmıştır.

Psikolojik müdahaleler ya bireyle direkt çalışarak ya da bakım veren kişi ya da kurumlara yönelik olabilmektedir. Genel olarak şöyle sınıflandırılabilir: Davranış terapisi ve fonksiyonel analiz, bilişsel davranış terapisi, psikodinamik terapi, sistemik terapi, kurumlara bu terapi modellerinden biri çerçevesinde çalışma, bakım verenleri eğitime⁽¹⁰⁾. Zihinsel yetersizliği olan bireylerle yapılan terapi çalışmaları çoğalmakta ve bu bireyler için psikoterapinin etkinliğini destekleyen kanıtlar oluşmaktadır⁽³⁵⁻³⁷⁾.

10. Zihinsel yetersizliği/zihinsel gelişim bozukluğu olan bireyler için sağlık hizmetleri

Günümüzde ZY/ZGB’li bireylere yönelik hizmet ve bakım yaklaşımlarının temel prensibi normalizasyondur. Normalizasyon 1960’lı yıllarda İskandinav ülkelerinde geliştirilen ZY/ZGB’li bireylere olabildiğince normale yakın bir yaşam tarzı sunmayı amaçlayan bir yaklaşımdır. Böylece ZY/ZGB’li bireylerin tümü toplum içinde yaşayacak, normal etkinlik ve ilişkilere katılacak, seçim/ tercih haklarını kullanabilecek ve sosyal olanakların hepsine sahip olacaklardır. Çocuklar olabildiğince ailelerince bakılacak ve erişkinlere ise bağımsız yaşam sürme olanakları sunulacaktır. Özel sosyal ya da sağlık gereksinimi olan küçük bir grup için ise olabildiğince aile yaşamına benzeyen yaşam yeri ve etkinlikler organize edilecektir⁽³⁸⁾. Yapılan araştırmalar ile toplum temelli hizmetlerin, kurumsal bakımdan daha iyi sonuçlar verdiği de gösterilmiştir^(39,40).

Dünyada sağlık hizmetlerinin yapılanması ve ZY/ZGB’li bireylerin hizmetlere erişim düzeyleri arasında önemli farklılıklar vardır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) araştırmalarına göre, dünyanın birçok yerinde özel-

likle de düşük-orta gelirli ülkelerde ZY/ZGB’li bireylerin sağlık hizmetlerine erişimleri daha düşük düzeydedir ve özelleşmiş hizmetler belirgin olarak azdır⁽⁴¹⁾. DSÖ, bazı durumlarda özelleşmiş hizmetlere gereksinim olabileceğini göz önünde bulundurmakla beraber, ZY/ZGB’li bireylerin olabildiğince genel sağlık hizmetlerinden yararlanmalarını önermektedir. Bu nedenle özelleşmiş psikiyatri hastaneleri yerine, genel hastanelerin, toplum ruh sağlığı merkezlerinin ve birinci basamak hizmetlerinin iyileştirilmesini ve erişimin kolaylaştırılmasını teşvik etmektedir⁽⁴²⁾. Birçok gelişmiş ülkede genel ruh sağlığı hizmetlerinin yanı sıra akut ve riskli psikiyatrik bozuklukların yönetimi için kısa dönemli yataklı servisler mevcuttur⁽⁴¹⁾. Bu hasta grubunun yüksek düzeyde sosyal sorun ve gereksinimleri gereği, yüksek gelirli ülkelerde sosyal hizmetler çoğunlukla hizmet ağının önemli bir parçasıdır.

Ülkemizde ZY/ZGB’lilere özelleşmiş sağlık hizmetleri yoktur ve genel sağlık hizmetlerinden yararlanmaları beklenmektedir. Son yıllarda engelli bireylere randevu önceliği, bazı durumlarda evden hastaneye transportun ayarlanması ve aile hekimlerinin ev vizitesi yapabilmeleri gibi sağlık hizmetlerine erişimi kolaylaştıracak bir takım uygulamalar olsa da gelişmiş ülkelere kıyasla toplum ruh sağlığı merkezlerinden faydalanma, sosyal hizmetlerle ortak ve multi-disipliner çalışma gibi birçok eksikimiz bulunmaktadır. Yine Türkiye’de “umut evleri” örneğinde olduğu gibi aile yanında yönetilemeyen ya da ailesi olmayan bir grup için toplum içi yaşam modelleri uygulanmaya başlamıştır. Aslında ülkemizin sosyokültürel yapısı gereği zaten ZY/ZGB’li bireylerin büyük çoğunluğu aileleriyle ve toplum içinde yaşamaktadırlar. Avrupa ve ABD’ye kıyasla ülkemizde ZY/ZGB’li bireyler kurumsal yaşam, aileden ayrılma, sterilizasyon gibi olumsuz muamelelere çok daha az düzeyde maruz kalmışlardır⁽⁴³⁾. Ancak, akademik alanda bu hasta grubu ile ülkemizde daha çok çalışma yapmaya gereksinim vardır. Çocuk ve ergen ZY/ZGB’li bireylere yönelik bazı araştırmalar olsa da^(44,45), erişkin ZY/ZGB’li grup neredeyse tamamen ihmal edilmiş durumdadır.

Sonuç

Yaşam beklentisinin artması, ülkemizde psikiyatriye başvuru eşliğinin düşmesi, sağlık kurulu muayeneleri gibi pek çok nedenle ZY/ZGB’li grup giderek daha çok erişkin psikiyatristlerince muayene edilmektedir. Erişkin psikiyatristleri için görece farklı olan bu alanda eksikleri ve gereksinimleri belirleyip, buna yönelik

psikiyatri müfredatını gözden geçirmek, tanısal gölgelemeyi önleyecek, hastaların ve bakım verenlerin yaşam kalitesini artıracaktır. Genel popülasyondan daha çok sağlık sorunları olan bu grubun hizmetlere erişimleri ve aldıkları hizmetin niteliği, dünyadaki birçok ülke gibi, Türkiye için de araştırılması ve yeni politikalar üretilmesi gereken bir alan gibi durmaktadır.

Çıkar Çatışması: Herhangi bir çıkar çatışması yoktur.

Conflict of Interest: There is no conflict of interest.

KAYNAKLAR

1. Coppus A. People with intellectual disability: what do we know about adulthood and life expectancy? *Developmental disabilities research reviews*. 2013;18(1):6-16.
<https://doi.org/10.1002/ddrr.1123>
2. van Karnebeek CD, Scheper FY, Abeling NG, Alders M, Barth PG, Hoovers JM, et al. Etiology of mental retardation in children referred to a tertiary care center: a prospective study. *American Journal on Mental Retardation*. 2005;110(4):253-67.
[https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2005\)110\[253:EO MRIC\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2005)110[253:EO MRIC]2.0.CO;2)
3. Salvador-Carulla L, Martínez-Leal R, Heyler C, Alvarez-Galvez J, Veenstra MY, García-Ibáñez J, et al. Training on intellectual disability in health sciences: the European perspective. *International Journal of Developmental Disabilities*. 2015;61(1):20-31.
<https://doi.org/10.1179/2047387713Y.0000000027>
4. Association AP. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*: American Psychiatric Pub; 2013.
5. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. *Comprehensive textbook of psychiatry*: lippincott Williams & wilkins Philadelphia; 2000.
6. Harris JC. *Intellectual disability: Understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment*: Oxford University Press; 2006.
7. Tüik. *Türkiye Özürlüler Araştırması*. Ankara: Türkiye İstatistik Kurumu; 2002.
8. Maulik PK, Mascarenhas MN, Mathers CD, Dua T, Saxena S. Prevalence of intellectual disability: a meta-analysis of population-based studies. *Research in Developmental Disabilities*. 2011;32(2):419-36.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.018>
9. Cooper S-A, McLean G, Guthrie B, McConnachie A, Mercer S, Sullivan F, et al. Multiple physical and mental health comorbidity in adults with intellectual disability: population-based cross-sectional analysis. *BMC Family Practice*. 2015;16(1):110.
<https://doi.org/10.1186/s12875-015-0329-3>
10. Hassiotis A, Barron DA, Hall I. *Intellectual disability psychiatry: a practical handbook*: John Wiley & Sons; 2013.
11. Kerr M, Bowley C. Evidence-Based Prescribing in Adults with Learning Disability and Epilepsy. *Epilepsia*. 2001;42:44-5.
<https://doi.org/10.1046/j.1528-1157.2001.00515.x>
12. Kerr M, Bowley C. Multidisciplinary and multiagency contributions to care for those with learning disability who have epilepsy. *Epilepsia*. 2001;42:55-6.
<https://doi.org/10.1046/j.1528-1157.2001.00519.x>
13. Buckles J, Luckasson R, Keefe E. A systematic review of the prevalence of psychiatric disorders in adults with intellectual disability, 2003-2010. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2013;6(3):181-207.
<https://doi.org/10.1080/19315864.2011.651682>
14. Matson JL, Belva BC, Hattier MA, Matson ML. Scaling methods to measure psychopathology in persons with intellectual disabilities. *Research in developmental disabilities*. 2012;33(2):549-62.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2011.10.023>
15. Cooper S-A, Simpson N. Assessment and classification of psychiatric disorders in adults with learning disabilities. *Psychiatry*. 2006;5(9):306-11.
<https://doi.org/10.1053/j.mppsy.2006.06.009>
16. O'Brien G. Behavioural phenotypes: causes and clinical implications. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2006;12(5):338-48.
<https://doi.org/10.1192/apt.12.5.338>
17. Psychiatrists RCo, Group DDW. *DC-LD: Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation*: Springer Science & Business; 2001.
18. Fletcher R, Barnhill J, Cooper S. *DM-ID 2. Diagnostic manual-intellectual disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2016:29.
19. Emerson E. *Challenging behaviour: Analysis and intervention in people with learning disabilities*: ERIC; 1995.
20. Moss S, Emerson E, Kiernan C, Turner S, Hatton C, Alborz A. Psychiatric symptoms in adults with learning disability and challenging behaviour. *The British Journal of Psychiatry*. 2000;177(5):452-6.
<https://doi.org/10.1192/bjp.177.5.452>
21. Painter J, Hastings R, Ingham B, Trevithick L, Roy A. Associations between mental health problems and challenging behavior in adults with intellectual disability.

- lities: A test of the behavioral equivalents hypothesis. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2018;11(2):157-72.
<https://doi.org/10.1080/19315864.2018.1431747>
22. McCarthy J, Hemmings C, Kravariti E, Dworzynski K, Holt G, Bouras N, et al. Challenging behavior and co-morbid psychopathology in adults with intellectual disability and autism spectrum disorders. *Research in Developmental Disabilities*. 2010;31(2):362-6.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.10.009>
 23. Sappok T, Budczies J, Dziobek I, Bölte S, Dosen A, Diefenbacher A. The missing link: Delayed emotional development predicts challenging behavior in adults with intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. 2014;44(4):786-800.
<https://doi.org/10.1007/s10803-013-1933-5>
 24. Emerson E, Kiernan C, Alborz A, Reeves D, Mason H, Swarbrick R, et al. The prevalence of challenging behaviors: A total population study. *Research in Developmental Disabilities*. 2001;22(1):77-93.
[https://doi.org/10.1016/S0891-4222\(00\)00061-5](https://doi.org/10.1016/S0891-4222(00)00061-5)
 25. Myrbakk E, von Tetzchner S. Screening individuals with intellectual disability for psychiatric disorders: Comparison of four measures. *American Journal on Mental Retardation*. 2008;113(1):54-70.
[https://doi.org/10.1352/0895-8017\(2008\)113\[54:SIWIDF\]2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0895-8017(2008)113[54:SIWIDF]2.0.CO;2)
 26. Grey I, Pollard J, McClean B, MacAuley N, Hastings R. Prevalence of psychiatric diagnoses and challenging behaviors in a community-based population of adults with intellectual disability. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2010;3(4):210-22.
<https://doi.org/10.1080/19315864.2010.527035>
 27. Görmez A, Kirpınar İ. Zeka geriliği olan yetişkinlerde psikiyatrik bozuklukların yaygınlığı ve ilişkili etkenler. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*. 2017;18(4).
 28. Waite J, Heald M, Wilde L, Woodcock K, Welham A, Adams D, et al. The importance of understanding the behavioural phenotypes of genetic syndromes associated with intellectual disability. *Paediatrics and Child Health*. 2014;24(10):468-72.
<https://doi.org/10.1016/j.paed.2014.05.002>
 29. Hemmings C, Deb S, Chaplin E, Hardy S, Mukherjee R. Review of research for people with ID and mental health problems: A view from the United Kingdom. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*. 2013;6(2):127-58.
<https://doi.org/10.1080/19315864.2012.708100>
 30. Gormez A, Kurtulmus A, Ince Z, Torun P, Uysal O, Citak S. Psychiatric Symptoms, Challenging Behaviour, Utilization of Psychiatric Services among Adults with Intellectual Disabilities in Turkey. (under review for publication).
 31. Bhaumik S, Gangadharan SK, Branford D, Barrett M. *The Frith prescribing guidelines for people with intellectual disability*: Wiley Online Library; 2015.
<https://doi.org/10.1002/9781118897164>
 32. Doyle CA, McDougle CJ. Pharmacologic treatments for the behavioral symptoms associated with autism spectrum disorders across the lifespan. *Dialogues in clinical neuroscience*. 2012;14(3):263.
 33. Molina-Ruiz RM, Martín-Carballeda J, Asensio-Moreno I, Montañés-Rada F. A guide to psychopharmacological treatment of patients with intellectual disability in psychiatry. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2017;52(2):176-89.
<https://doi.org/10.1177/0091217417720896>
 34. Hatton C. Psychosocial interventions for adults with intellectual disabilities and mental health problems: A review. *Journal of Mental Health*. 2002;11(4):357-74.
<https://doi.org/10.1080/09638230020023732>
 35. Beail N. What works for people with mental retardation? Critical commentary on cognitive-behavioral and psychodynamic psychotherapy research. *Mental Retardation*. 2003;41(6):468-72.
[https://doi.org/10.1352/0047-6765\(2003\)41<468:WWFPWM>2.0.CO;2](https://doi.org/10.1352/0047-6765(2003)41<468:WWFPWM>2.0.CO;2)
 36. Taylor JL, Lindsay WR, Willner P. CBT for people with intellectual disabilities: emerging evidence, cognitive ability and IQ effects. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 2008;36(6):723-33.
<https://doi.org/10.1017/S1352465808004906>
 37. Willner P. The effectiveness of psychotherapeutic interventions for people with learning disabilities: a critical overview. *Journal of Intellectual Disability Research*. 2005;49(1):73-85.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2005.00633.x>
 38. Harrison P, Fazel M. *Shorter Oxford Textbook of Psychiatry*: Oxford university press; 2017.
<https://doi.org/10.1093/med/9780198747437.001.0001>
 39. Kozma A, Mansell J, Beadle-Brown J. Outcomes in different residential settings for people with intellectual disability: a systematic review. *American journal on intellectual and developmental disabilities*. 2009;114(3):193-222.
<https://doi.org/10.1352/1944-7558-114.3.193>
 40. Rubin IL, Merrick J, Greydanus DE, Patel DR. *Health care for people with intellectual and developmental disabilities across the lifespan*: Springer; 2016.
<https://doi.org/10.1007/978-3-319-18096-0>
 41. Bhaumik S, Kiani R, Michael DM, Gangavati S, Khan S, Torales J, et al. Intellectual disability and mental health: An overview. *International Journal of Culture and Mental Health*. 2016;9(4):417-29.
<https://doi.org/10.1080/17542863.2016.1228687>

42. Organization WH. World report on disability 2011: World Health Organization; 2011.
43. Munir KM. Analysis of service and legislative frameworks in Turkey across the lifespan. Health care for people with intellectual and developmental disabilities across the lifespan: Springer; 2016. p. 529-35. https://doi.org/10.1007/978-3-319-18096-0_46
44. Aktepe E, Sönmez Y, editors. Bir Üniversite Hastanesinde Zekâ Geriliği Tanisi Konulan Çocuk ve Ergenlerde Psikiyatrik ve Organik Eş Tanılar. Yeni Symposium; 2012.
45. Kaya N, Cilli A, Aşkın R, Şahinoğlu D. Psychiatric symptoms in mentally retarded children. Genel Tıp Dergisi. 1997;4(1):19-23.