

Erişkin Mental Retarde Psikiyatri Hastalarında Yatış Süresini Etkileyen Faktörler

İrem Yaluğ*, Ali Evren Tufan**, Mehmet Gökbakan***, Berfu Akbaş****

* Yrd. Doç. Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

** Araştırma görevlisi Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi AD

*** Araştırma görevlisi Dr. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatrisi AD

**** Uzm. Dr. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri AD

Tel: +902623037504

E-posta: dryalug@yahoo.com

ÖZET

Amaç: Mental Retardasyon DSM-IV'de 70'in altında bir zekâ bölümü (ZB: Intelligence Quotient, IQ) ile belirlenen normâl altı bilişsel işlevler ve toplumsal ve kişisel bağımsızlığı engelleyecek işlev bozukluğu olmak üzere iki özellik ile tanımlanmaktadır. Hafif mental retarde hastalarda psikiyatrik problemlerin toplum geneline benzemekle beraber daha sık olduğu, daha ağır mental retardasyonda ise psikiyatrik sorunların hem sıklığı hem de görünümünün değiştiği bilinmektedir. Bu çalışmanın hedefi bir üniversite hastanesi psikiyatri servisinde yatırılarak tedavi edilen mental retarde hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini belirleyerek, bu hasta popülasyonunda yatış süresini etkileyen faktörleri araştırmaktır.

Yöntem: KOÜTF Hastânesi Psikiyatri servisinde Temmuz 2000-Mayıs 2005 tarihleri arasında yatırılarak tedavi edilen hastaların dosyaları geriye dönük olarak taranarak mental retardasyon ve sınırda mental işlevselliği olan hastalar saptanmıştır. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri belirlenerek ki kare testi ve deskriptif istatistikler ile analiz edilmiştir.

Bulgular: Mental retardasyon ve sınırda mental işlevselliği olan hastalar tüm hastaların %4'ünü oluşturmaktaydı. En sık tanı grubu psikotik bozukluklardı (%40). Hastaların %20'sinde yatış öncesi mental retardasyon tanınabilmişti. Yatış süresi ile intihar girişimi sayısı, yatışta işlevselliğin genel değerlendirilmesi ve kullanılan nöroleptik türü arasındaki ilişki önemli olmakla beraber istatistik olarak anlamlı seviyeye ulaşmadı. Tipik antipsikotik kullananlar daha az yatırılma eğilimindeydi.

Tartışma: Örneklemimizde intihar girişimi prevalansının yüksekliği ve intihar girişimi ile yatış süresinin ilişkisi dikkat çekicidir ve mental retardasyonu olan bireylerde intihar öyküsü alınmasının gerekliliğini vurgulanmaktadır. Tipik antipsikotik kullananların daha az yatırılma eğiliminde olması bu ilaçların daha fazla sedasyon yapmasına bağlı olabilir. Bulgularımızın ileriye dönük olarak düzenlenmiş, daha geniş örneklemelerden oluşan çalışmalarla tekrarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: mental retardasyon, psikoz, psikopatoloji

ABSTRACT

Objective: Mental retardation in DSM-IV is defined by two features: subnormal cognitive functions characterized by an intelligence quotient (IQ) less than 70 and dysfunction hampering social and personal independence. Psychiatric problems in mild mental retardation are similar but more frequent to general population but, they change both in frequency and presentation in severe mentally retarded. The objective of this study is to determine the sociodemographic and clinical characteristics of mentally retarded patients treated as inpatients in the psychiatric department of a university hospital and to investigate the factors affecting the period of hospitalization.

Method: Records of patients treated as inpatients in the Psychiatry Department of Kocaeli University Medical Faculty between July 2000 and May 2005 were retrospectively reviewed and patients with mental retardation or borderline intellectual functioning were identified. Sociodemographic and clinical characteristics of patients were analyzed with descriptive statistics and chi-square test. SPSS 10.0 program was used for statistical analysis and p=0.05 was accepted as statistically significant.

Findings: Four percent of all patients had mental retardation or borderline intellectual functioning. The most common diagnostic groups were psychotic disorders (40%). Mental retardation was diagnosed before hospitalization only in 20% of patients. Relationship between period of hospital stay and number of suicide attempts, global assessment of functioning at hospitalization and type of neuroleptic used were all important but not statistically significant (p=0.06, 0.07 and 0.09). Patients using typical antipsychotics tended to have shorter hospital stays.

Discussion: The increased prevalence of suicide attempts and relationship between suicide attempts and period of hospital stay in our population are both significant and underlie the importance of taking a suicide history in mentally retarded patients. The tendency of patients using typical antipsychotics to have shorter hospital stays may be due to increased sedative effects of these drugs. Our results need to be replicated with prospective studies using larger populations.

Keywords: mental retardation, psychosis, psychopathology

GİRİŞ

Mental Retardasyon DSM-IV'de 70'in altında bir zekâ bölümü (ZB: Intelligence Quotient, IQ) ile kendini gösteren normâl altı bilişsel işlevler ve toplumsal ve kişisel bağımsızlığı engelleyecek işlev bozukluğu olmak üzere iki özellik ile tanımlanır. DSM-IV'e göre mental retardasyon seviyeleri hafif (ZB 50-70), orta (ZB 35-49), ciddi (ZB 20-34) ve ağır (ZB <20) olarak sınırlanmaktadır. Sınırdaki entellektüel işlevsellik ikinci eksende kodlanabilmekte ve tanıda klinik yargıya bir miktar esneklik tanınmaktadır (Amerikan Psikiyatri Birliği 2000). Çocuklukta mental retardasyon tesbit edilenlerin %85'i hafif, %10'u orta, %4'ü ciddi ve %1 ilâ 2'si de ağır zekâ geriliği seviyesindedir. Hafif mental retardasyonu olan bireylerde psikiyatrik problemlerin toplum geneline benzemekle beraber daha sık olduğu, daha ağır mental retarde olanlarda ise psikiyatrik sorunların hem sıklığının hem de görünümünün değiştiği bilinmektedir. Özgül kalıtsal sendromlar genellikle ZB 50'nin altında olan grupta, düşük sosyoekonomik durum ise hafif mental retarde bireylerin âilelerinde daha sıktır (Szymanski ve King 1999).

Genel hasta toplumu için geliştirilen psikiyatrik tanı ölçütlerinin mental retarde hastalarda uygulanması zordur. Ayrıca mental retardasyonu olanlarla ilgilenen bazı klinisyenler psikiyatrik tanının bu bireyleri gereksiz yere damgalayarak stigma oluşumuna katkıda bulunduğunu öne sürmekte ve tanısalla bir sınıflama sistemini desteklememektedir. Bazı yazarlar da stigmatizasyonun mental retardasyon tanısının doğru bir sonucu olduğunu öne sürmektedir (Sushinsky ve Werner 1975, Reiss ve Trenn 1984). Bu nedenle mental retardasyonu olan bireylerde psikopatolojinin geçerli bir sınıflaması günümüze kadar yapılamamıştır (Einfeld ve Aman 1995). Sovner'in (1986) bildirdiğine göre, mental retarde erişkinlerdeki psikiyatrik bozuklukların tedavisi gelişimsel yetersizlikleri göz önüne alan tanı ölçütlerinin bulunmaması yüzünden ciddi bir şekilde ihmâl edilmektedir. Oysa nitelikli bir sınıflandırma klinik yönetim, araştırma ve hizmet plânlamada bu hastalara avantaj sağlayabilir, böylece uygunsuz stigmatizasyonun yol açtığı dezavantajı dengeleyebilir.

Bu çalışmanın da hedefi bir üniversite hastânesinin psikiyatri servisinde yatırılarak tedavi edilen mental retarde hastaların sosyodemografik ve klinik özelliklerini özetleyerek yatış süresini etkileyen faktörleri belirlemek ve bu hasta popülasyonunda psikiyatrik belirtilerin tanınması ve tedavisi için önerileri gözden geçirmektedir.

YÖNTEM

KOÜTF Hastânesi Psikiyatri Servisi'nde Temmuz 2000 ilâ Mayıs 2005 tarihleri arasında yatırılarak tedavi edilen 500 hastanın dosyaları geriye dönük olarak bir psikiyatri uzmanı tarafından gözden geçirilerek mental retardasyonu veya sınırdaki entellektüel işlevsellik olan hastalar belirlenmiştir. Hastaların cinsiyetleri, medenî durumları, doğum tarihi ve yaşları, yıl olarak eğitim süreleri, yatırıldıkları mevsim, ay ve yıl, izlemlerinin hangi polikliniklerce yapıldığı, psikiyatrik tedaviye uyumsuzluklarının olup olmadığı, psikoaktif madde kullanımlarının olup olmadığı, varsa hangi maddeyi kullandıkları, eşlik eden fiziksel hastalıkları olup olmadığı, başvuru şikâyetleri, ay olarak şikâyet süreleri, şikâyetlerinin başlangıç şekli (âni/ sinsi), askerlik durumları, şikâyetler öncesi stresör varlığı, yatırılmadan önceki psikiyatrik tanıları, yatırıldıkları süre içinde yapılan biyokimya, hemogram, tiroid ve karaciğer işlev testleri, hemogram, elektrokardiyografi (EKG), elektroensefalografi (EEG), akciğer ve kraniyal görüntüleme sonuçları, psikiyatri servisine başvuru şekilleri (âcil / psikiyatri polikliniği ve diğer polikliniklerden), intihar veya kendine zarar verme öyküleri, taburcu edildikten sonraki altı ay içerisinde tekrar yatırılıp yatırılmadıkları, elektrokonvülsif terapi (EKT) uygulanıp uygulanmadığı, çıkış şekilleri (hâliyle / salâh / şifâ), yatırıldıkları ve çıkarıldıkları sırada işlevselliklerinin genel değerlendirilmesi, taburcu edildiklerinde kullanmakta oldukları ilaç sayıları ve tipleri, yatırıldıkları süre içinde kullanılan nöroleptik tipleri ve klorpromazin eşdeğeri olarak günlük dozları (Semple ve ark. 2005), SSRI (seçici serotonin geri alım inhibitörü) veya duygudurum dengeleyicisi kullanılıp kullanılmadığı, âilelerinde psikiyatrik öykü bulunup bulunmadığı, yatışta ve çıkışta Pozitif ve Negatif Symptom Ölçeği (PANSS) puanları ve yatıştan önce

Tablo 1. KOÜTF Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde Yatırılarak Tedavi Edilen Mental Retarde veya Sınırdaki Entellektüel İşlevselliği olan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri

Cinsiyet	%70 kadın (n=14) %30 erkek (n=6)
Medenî durum	%65 bekâr (n=13) %23 evli (n=5) %5 dul (n=1) %5 ayrı (n=1)
Psikiyatri servisine yatış sayısı	%60 ilk yatış (n=12) %15 ikinci yatış (n=3) %15 üçüncü yatış (n=3) %5 beşinci yatış (n=1) %5 altıncı yatış (n=1)
Yatış mevsimi	%30 kış (n=6) %25 ilkbahar (n=5) %25 yaz (n=5) %20 sonbahar (n=4)
Poliklinik izlemi	%70 diğer (n=14) %30 KOÜTF (n=6)
Zekâ seviyesi	%75 Mental Retarde (n=15) %25 Sınırdaki entellektüel işlevsellik (n=5)
Psikoaktif Madde Kullanımı	%60 kullanmıyor (n=12) %40 kullanıyor (n=8)
Eşlik eden fiziksel hastalık mevcudiyeti	%60 mevcut (n=12) %40 nâmevcut (n=8)
Başvuru şikâyetleri	%65 irritabilite (n=13) %60 psikotik (n=12) %30 bedensel (n=6) %25 depresif (n=5) %20 anksiyete (n=4)
Başlangıç şekli	%70 sinsi (n=14) %30 âni (n=6)
Stresör varlığı	%55 var (n=11) %45 yok (n=9)
Psikiyatri servisine başvuru şekli	%70 psikiyatri polikliniği (n=14) %25 diğer poliklinikler (n=5) %5 âcil (n=1)
Taburculuk şekli	%75 salâh (n=15) %15 hâliyle (n=3) %10 şifa (n=2)

kullandıkları psikotrop ilaçlar kaydedilerek SPSS 10.0 paket programı ile analiz edilmiştir. Analizlerde deskriptif istatistikler ve ki-kare testi kullanılmış ve p=0.05 değeri istatistik olarak anlamlı kabul edilmiştir.

BULGULAR

Temmuz 2000 ilâ Mayıs 2005 tarihleri arasında KOÜTF Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde yatırılarak teda-

Tablo 2. KOÜTF Hastanesi Psikiyatri Servisi'nde Yatırılarak Tedavi Edilen Mental Retarde veya Sınırdaki Entellektüel İşlevselliği olan Hastaların Eksen I Tanıları

Eksen I Tanısı	Prevalans (n)
Şizofreni	%25 (5)
BTA Psikotik Bozukluk	%15 (3)
BTA Duygudurum Bozukluğu	%10 (2)
Uyum Bozukluğu (Depresif Özellikli)	%10 (2)
Konversiyon Bozukluğu	%10 (2)
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	%5 (1)
Majör Depresif Bozukluk	%5 (1)

vi edilen hastalardan %4'ünde mental retardasyon veya sınırdaki entellektüel işlevsellik saptanıyordu. Hastaların %94'ü hafif derecede mental retardeydi. Hastaların ortalama yaşı 28 (SD=10.8), ortalama eğitim yılları ise 5.3'tü (SD=2.7). Ortalama yatış süresi 30.8 (SD=11.7) gündü. Daha önceki yatışları da göz önüne alındığında, bu süre 30.7 (SD=78.9) gün olarak değişiyordu. Hastalar ortalama olarak 0.9 (SD=1.4) kere yatırılarak tedavi edilmişlerdi. Şikâyet süreleri ortalama 98.8 (SD=110.04) aydı. Hastaların %70'i (n=14) birden fazla şikâyet getirmekteydi. En sık yatış yapılan ay Mayıs (%20), en sık yatış yapılan yıl ise 2003'tü (%40). Hastaların %60'ı (n=12) psikiyatrik tedavilere bağlılık göstermiyordu. En sık kullanılan psikoaktif madde sigaraydı. Hastaların %40'ı (n=8) sigara içmekteydi. Günde içtikleri ortalama sigara sayısı 7,01'di (SD 12.6).

Tablo 1.

Hastalarda birinci eksen tanısı olarak en sık psikotik bozukluklar (%40), ikinci sırada ise duygudurum bozuklukları (%25) görülmekteydi. Anksiyete bozuklukları hastaların %15'inde görülürken, %20'si ise birinci eksen tanısı almamaktaydı.

Tablo 2.

Fiziksel hastalıklar arasında en sık nörolojik (%25) ve romatolojik (%25) olanlar görülmekteydi. Hastaların %25'inde (3) deformite, %16.7'sinde (2) hipertiroidi saptanıyordu.

Hastaların %85'i daha önce psikiyatrik tanı almıştı. Psikiyatri servisine yatırılmadan önce en sık alınan tanı Majör Depresif Bozukluk'tu. Hastaların sadece %20'sinde yatış öncesi mental retardasyon fark edilebiliyordu.

Tablo 3. Hastaların Daha Önce Aldıkları Psikiyatrik Tanılar

Tanı	Prevalans (n)
Majör Depresif Bozukluk	%40 (8)
Mental Retardasyon	%20 (4)
BTA Psikotik Bozukluk	%20 (4)
Bipolar Afektif Bozukluk	%15 (3)
Distimik Bozukluk	%5 (1)
BTA Anksiyete Bozukluğu	%5 (1)
Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Bozukluğu	%5 (1)
Davranım Bozukluğu	%5 (1)
Şizofreni	%5 (1)

Tablo3.

Hastaların %65'i daha önce antipsikotik, %60'ı antidepressan, %25'i ise duygudurum dengeleyici tedavi kullanmıştı. Hastaların %20'sinde (n=4) kraniyal görüntüleme ile patoloji saptanıyordu. Saptanan patolojiler frontal, temporal, parietal loblar ve beyin sapında eşit orandaydı.

Hastaların %30'unda (n=6) intihar, %40'ında (n=8) ise kendine zarar verme öyküsü vardı. Hastaların %35'i (n=7) intihar girişiminde bulunmuştu. Ortalama intihar girişimi sayısı 0.6 (SD=0.9)'ydı. Hastalardan %10'u (n=2) taburcu edildikten altı ay sonra tekrar yatırılmış, %15'ine de EKT uygulanmıştı (n=3). Uygulanan ortalama EKT seans sayısı 1.3'tü (SD=2.8). 10 hasta (%50) taburculukları sırasında iki ayrı gruptan ilaç kullanmaktaydılar. Hastalar taburculuklarında ortalama olarak 1.9 ilaç kullanıyorlardı (SD=0.8). Taburculukta en sık reçete edilen ilaç antipsikotiklerdi (%75). İkinci sırada ise duygudurum dengeleyiciler gelmekteydi (%55). Hastaların %85'i (17) yatış sırasında antipsikotik kullanmıştı. En sık kullanılan antipsikotikler atipiklerdi (%82.4). Klorpromazin eşdeğeri olarak günlük nöroleptik dozu ortalama 164.4 mg (SD=144.6) idi. Yatışta duygudurum dengeleyici kullanma prevalansı %60' tı. En sık kullanılan duygudurum dengeleyici valproik asid'di (%50).

Yatışta işlevselliğin genel değerlendirilmesi ortalama 35.8 (SD=13.6), çıkışta ise 52.05 (SD=12.6) olarak bulundu. Yatışta ortalama PANSS puanı 82.5 (SD=29.6), çıkışta ise 68.2 (SD=24.8) idi.

Hastaların %30'unda (n=6) yatış nedeni ayırıcı tanı, geri kalanında ise tedavi düzenlenmesiydi. Hastaların %55'inin (n=11) âilesinde psikiyatrik bozukluk

öyküsü bulunmaktaydı. Aile öyküsünde en sık mental retardasyon (%20), psikoz (%15) ve duygudurum bozukluğu (%15) saptanıyordu.

Yatış süresi ile sosyoekonomik değişkenler, birinci eksen tanısı, mental retardasyonun derecesi, günde içilen sigara sayısı, fiziksel hastalık varlığı, başvuruda şikâyet tipi, şikâyet süresi, stresör varlığı, önceki tanılar, laboratuvar değerleri, psikiyatri servisine geliş şekli, intihar öyküsü, kendine zarar verme, EKT uygulanması, çıktıktan sonra 6 ay içinde yatış, yatarak tedavi sırasında nöroleptik kullanımı, klorpromazin eşdeğeri olarak nöroleptik dozu, SSRI veya duygudurum dengeleyicisi kullanımı, yatış nedeni, âilede psikiyatrik öykü varlığı, yatışta PANSS puanı ve daha önce psikotrop tedavi alma arasında ki-kare testi ile ilişki bulunamadı. Yatış günü ile intihar girişimi sayısı ve yatışta işlevselliğin genel değerlendirilmesi arasındaki ilişki önemli olmakla beraber istatistik olarak anlamlı seviyeye ulaşmadı (sırasıyla p=0.06 ve p=0.07). Yatış günü ile kullanılan nöroleptik türü arasındaki ilişki önemliydi ancak anlamlı seviyeye ulaşmadı (tipik nöroleptik kullananlar daha az yatırılma eğilimindeydi, p=0.09).

SONUÇ

Zekâ kısıtlılığı olan bireylerde toplum geneline göre psikiyatrik hastalık riskinin arttığı bilinmektedir (Tonge 1999). Mental retarde çocukların değerlendirildiği iki çalışmada psikopatoloji oranları zekâ geriliği olan ve olmayan çocuklarda sırasıyla %30 ve %6, %36 ve %5 olarak bulunmuştur (Rutter ve ark. 1976, Koller ve ark. 1983). Erişkinlerde de psikopatoloji oranları benzerdir (Gostason 1985). Mental retardasyon ciddiyeti arttıkça psikiyatrik bozuklukların sıklığı da artmakta ancak tanı ölçütlerinin uygulanması zorlaşmaktadır; dolayısıyla bazı araştırmacılar bunlar yerine davranışsal eşdeğerlerinin önemini vurgulamaktadır (Corbett 1979). Mental retarde bireylerin %25'inin belirgin psikiyatrik sorunları olabilir, bu oran davranış sorunları için daha yüksek olma eğilimindedir (Jacobson 1999). Bildirilen psikopatoloji oranları yöntem-bilimsel farklılıkların da katkısıyla değişkendir ancak genel psikopatoloji yaygınlığının %30 ilâ %40 arasında olduğu düşünülmektedir (Rutter ve ark.1976, Reis1990, Einfeld ve Tonge 1996). Çalışmamızda hastaların %80'inde psikiyatrik bozukluk saptanmıştır. Bu oran sayılan çalışmalara oranla belirgin olarak yüksektir ve açıklanması gerekmektedir. Örneklemimizdeki artmış prevalans KOÜTF Hastanesi psikiyatri servisine süregelen hastalığı olan bireylerin başvurmasına bağlı olabilir. Nitekim örneklemimizde ortalama

şikâyet süresi 98.8 ay olarak bulunmuştur. Örneklemi-mizdeki yüksek tedavi uyumsuzluğu da süregelenliği ve prevalansı arttırabilir.

Mental retardasyonu olan psikiyatri hastalarının gelişimsel gecikmesi olmayanlarla aynı psikiyatrik bo-zuklukları yaşadıkları ama bu hastalıkların dağılımla-rının farklı olduğu bildirilmektedir. Genel hasta toplu-mu ile karşılaştırıldığında, zekâ kısıtlılığı olanlarda otizm ve ilişkili bozukluklar, psikoz ve davranım bo-zuklukları tanısı daha sıkken, madde kötüye kullanı-mı ve duygudurum bozukluklarının oranı daha azdır (Moss ve ark. 1997). Mental retarde hastalarda şizof-reni ve diğer psikotik bozuklukların oranı refere edi-len bireylerde %2.8 ilâ %24, refere edilmeyenlerde ise %1 ilâ %9 arasında saptanmıştır. Değişken olsa da bu oranlar genel toplumdaki %0.5 ilâ %1 arasındaki şizof-reni yaygınlığından belirgin olarak daha fazladır. Çalışmamızdaki örnekleme de şizofreni prevalansı top-lum geneline göre belirgin olarak fazla olarak bulunur-ken, duygudurum bozukluğu oranı toplum geneline yakındır. Örneklemimizde şizofreni ve başka bir psiko-tik bozukluk oranları sırasıyla %25 ve %40 olarak bu-lunmuştur. Bu prevalans yüksekliğinin de örneklemi-mizin özelliğine bağlı olduğu düşünülmektedir.

Hastaların sâdece %20'sinde yatış öncesi mental retardasyonun tanınabilmiş olması önemlidir.

Bu durum erişkin psikiyatrisi pratiğinde mental retardasyonun vurgulanmaması ve çocuk ve ergen ruh sağlığı alanına özgü bir tanı olarak düşünülmesin-den kaynaklanabilir. DSM-IV'ün mental retardasyon tanısı ilk kez çocukluk ve ergenlik döneminde konan bozukluklar grubunda ele alması da bu önyargıyı pe-kıştirmiyor olabilir. Dolayısıyla, erişkin psikiyatri prati-ğinde de mental retardasyon ayırıcı tanıda düşünül-melidir. Özellikle ağır ve ciddi mental retarde hasta-larda tanı için DC-LD (Diagnostic Criteria for Psychi-atric Disorders for Use with Adults with Learning Di-sabilities / Mental Retardation, Öğrenme Yetersizlik-leri / Mental Retardasyonu olan Erişkinlerde Psikiyat-rik Bozukluklar için Tanısal Kriterler) veya PAS-ADD (Psychiatric Assessment Schedule for Adults with De-velopmental Disability, Gelişimsel Yetersizlikleri olan Erişkinler için Psikiyatrik Değerlendirme Çizelgesi) gibi yarı yapılandırılmış görüşmelerin kullanılması-nın tanısal güvenilirliği ve geçerliliği artırabileceği söylenebilir (Cooper ve ark. 2003, Moss ve ark. 1996).

Örneklemimizde intihar girişimi prevalansının yüksekliği ve intihar girişimi ile yatış süresinin istatis-tik olarak anlamlı olmasa da ilişkisi dikkat çekicidir ve mental retardasyonu olan bireylerde intihar öyküsü-

nün iyi alınmasının gerekliliğini vurgulamaktadır. Ya-tış günü ile sosyodemografik ve klinik değişkenler arasında ilişki bulunamamasına rağmen tipik antipsi-kotik kullananların daha az yatırılma eğiliminde ol-ması bu ilaçların daha fazla sedasyon yapmasına bağ-lı olabilir.

Çalışmamızın sınırlılıkları arasında geriye yönelik dosya taraması şeklinde olması ve örneklemin sınırlı-lığı sayılabilir. Sayılan özellikler istatistik analizlerin gücünü sınırlayabilir ve sosyodemografik ve klinik değişkenler arasındaki bağlantının gösterilmesini en-gelleyebilir. Bulgularımızın ileriye dönük olarak dü-zenlenmiş, daha geniş örneklemlerden oluşan çalış-malarla tekrarına ihtiyaç vardır. Bütün bu sınırlılıklara rağmen, bulgularımız erişkin psikiyatrisinde men-tal retardasyonun göz önünde tutulmasını ve erişkin mental retarde bireylerde intihar öyküsü alınmasının önemini vurgulamaktadır.

KAYNAKLAR

- Amerikan Psikiyatri Birliği (2000) Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı: Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Köroğlu E, Çeviren. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Cooper S-A, Melville CA, Einfeld SL (2003) Psychiatric diag-nosis, intellectual disabilities and diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning dis-abilities/ mental retardation (DC-LD). J Intellect Disabil Res; 47 (Supp. 1): 3-15.
- Corbett JA (1979) Psychiatric morbidity and mental retardation. FE James, RF Smith, editors. Psychiatric Illness and Mental Handicap, London: Gaskell, 11-25
- Einfeld SL, Aman M (1995) Issues in the taxonomy of psychopa-thology in mental retardation. J Autism Dev Disord; 25: 143-167.
- Einfeld SL, Tonge BJ (1996) Population prevalence of psychopa-thology in children and adolescents with intellectual disabil-ity. II. Epidemiological findings. J Intellect Disabil Res; 40: 99-109.
- Gostason R (1985) Psychiatric illness among the mentally retar-ded: a Swedish population study. Acta Psychiatr Scand; 71 (Suppl. 318): 1-117.
- Jacobson JW (1999) Dual diagnosis services: history, progress and perspectives. Bouras N, editor. Psychiatric and Behavioural disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation. Cambridge: Cambridge University Press, 329-358.
- Koller H, Richardson S, Katz M, McLaren J (1983) Behavioural Disturbance since childhood among a 5-year birth cohort of all mentally retarded young adults in a city. Am J Ment Defic; 87: 386-395.
- Moss Sc, Emerson E, Bouras N, Holland A (1997) Mental disor-ders and problematic behaviors in people with intellectual disability: future directions for research. J Intellect Disabil Res; 41: 440-447.

-
- Moss SC, Prosser H, Goldberg DP (1996) Validity of the schizophrenia diagnosis of the Psychiatric Assessment Schedule for Adults with Developmental Disability (PAS-ADD). *Br J Psychiatry*; 168: 359-367.
- Reiss S (1990) Prevalence of dual diagnosis in community-based day programs in the Chicago metropolitan area. *Am J Mental Retard*; 94: 578-588.
- Reiss S, Trenn E (1984) Consumer demand for outpatient mental health services for mentally retarded people. *Ment Ret*; 22: 112-115.
- Rutter M, Tizard J, Yule W, Graham P, Whitmore K (1976) Research report: Isle of Wight studies, 1964-1974. *Psychol Med*; 6: 313-332.
- Semple D, Smyth R, Burns J, Darjee R, McIntosh A (2005) *Oxford Handbook of Psychiatry*. Oxford: Oxford University Press, 217.
- Sovner R (1986) Limiting factors in the use of DSM-III with mentally ill/ mentally retarded persons. *Psychopharmacol Bull*; 22: 1055-1059.
- Sushinsky LW, Werner R (1975) Distorting judgments of mental health. *J Nerv Ment Dis*; 161: 82-89.
- Szymanski L, King BH (1999) Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents and adults with mental retardation and comorbid mental disorders. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Working Group on Quality Issues. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*; 38 (Suppl. 12): 5-31.
- Tonge BJ (1999) Psychopathology of children with developmental disabilities. Bouras N, editor. *Psychiatric and Behavioural Disorders in Developmental Disabilities and Mental Retardation*. Cambridge: Cambridge University Press, 157-174.