

# SINIR ENTELEKTÜEL YETERSİZLİK TANISI VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Türkü Çobanoğlu Tunalı\*, Vesile Şentürk Cankorur\*\*

\* Araştırma Görevlisi Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

\*\* Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

## ÖZET

Sınır entellektüel yetersizlik, normal zihinsel fonksiyonu zeka geriliklerinden ayıran noktada yer alır. Bilişsel yetersizliklikten kaynaklanan öğrenme, nedensel ilişki kurma, problem çözme gibi becerilerde görülen eksikliğin yanı sıra; adaptasyon becerilerinde, iletişimde, sosyal ilişkilerde, işlevsellikte kısıtlılık gözlenebilir. Bu kısıtlılıklar daha düşük hayat kalitesi ve toplumdan dışlanmaya yol açabilir. Nörogelişimsel farklılıklar ve yaşamsal zorluklar psikiyatrik hastalıklarla daha sık karşılaşmalarına neden olmaktadır. Toplumda sık görülmesine rağmen tanımı, sınıflandırılması ve değerlendirmesine ilişkin üzerinde uzlaşmamıştır. Bu bireylerle yapılan hem bilimsel araştırmalardaki hem de tanı ve tedavi süreçlerinde yardımcı olacak araçlardaki eksiklik klinisyenlerin bu durumu yönetmesini zorlaştırmaktadır. Bu yazıda sınır entellektüel yetersizliğe sahip bireylerin fark edilmesine ilişkin ipuçlarına değinilmiş, bu bireylerin duyarlılıkları ve karşılaştıkları riskler hakkında bilgi verilmiştir.

**ANAHTAR KELİMELER:** sınır entellektüel yetersizlik, tanı, klinik özellikler

## BORDERLINE INTELLECTUAL FUNCTIONING AND CLINICAL FEATURES

### ABSTRACT

Borderline intellectual functioning is placed between normal functioning and mental retardation. In addition to defects in learning, reasoning and problem solving caused by cognitive deficiency; limitations in adaptation, communication, social relations and functioning are also observed. These limitations yield low quality of life and exclusion from the society. Neurodevelopmental disorders and life challenges give cause for more psychiatric illnesses. Although it is common in population; its definition, taxonomy and assesment are not clearly described. Therefore, it is difficult for clinicians to manage this situation since scientific research is low in number and instruments used in diagnosing or treatment processes are insufficient. In these paper we mention about important points of making diagnosis and give information about vulnerabilities and risks of borderline intellectual disability.

**KEY WORDS:** borderline intellectual functioning, diagnose, clinical features

## GİRİŞ

Sınır entellektüel yetersizlik toplumda sıkça karşılaşılan bir durum olmasına rağmen ruh sağlığı araştırmalarında hak ettiği ilgiyi görememiş, az sayıda çalışma yapılmıştır. Sınır entellektüel yetersizlik ile ilgili yapılan bir gözden geçirme çalışmasında bu alanda yapılan çalışmalarda tek başına bir tanım olarak yer almadığı, genellikle hafif zeka geriliği ile birlikte ele alındığı, çocuklarda sıklıkla özgül öğrenme güçlüğüyle birlikte incelendiği gösterilmiştir (Peltopuro, Ahonen, Kaartinen, Seppälä ve Närhi, 2014). Bu gözden geçirme yazısında sınır entellektüel yetersizliğin tanımı, tanısında karşılaşılan güçlükler ve ruhsal hastalıklar ile birlikteliğine ilişkin bilgilere yer verilmiş; tanı aşamasında üzerinde durulması gereken konulara odaklanılmıştır.

## Sınır Entellektüel Yetersizliğin Tanımı

Sınır entellektüel yetersizlik, zeka geriliği ve normal zekaya sahip olma arasındaki sınırdaki gruba her iki gruba benzer özellikler gösteren, ortalama zekanın 1-2 SD altındaki grubu (intelligence quotient, IQ 70-85) ifade eder. Sınır entellektüel yetersizlik günlük ve sosyal aktivitelerde fonksiyonellikte eksiklikle karakterize heterojen bir grubu tanımlar. Zekanın toplumda normal dağıldığı düşünülürken %13,6'lık grubu temsil etmesi beklenirken bazı çalışmalarda bu sıklık %18'e varmaktadır (Salvador-Carulla vd., 2013).

Literatürde bu grubu tanımlamak için farklı terminolojiler kullanılmıştır. Sınır entellektüel yetersizliğin yanı sıra sınır entellektüel kapasite, sınır entellektüel işlevsellik, sınır zeka geriliği, yavaş öğrenen, hafif bilişsel yetersizlik, genel öğrenme güçlüğü gibi isimlerle tanımlanmıştır. Tarihsel süreçte de ayrı bir tanı olarak yer alması zaman almış, tanı üzerinde tam olarak uzlaşılammıştır.

DSM-I'de (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-I) sınır entellektüel yetersizliğe (IQ70-85), zeka gerilikleri arasında yer verilmiştir (1952). IQ değeri dışında kültürel, fizyolojik emosyonel belirleyiciler ve okul, iş ve sosyal etkinlik dikkate alınmış, fonksiyonel yetersizlik de vurgulanmıştır. DSM-II'de sınır mental retardasyon olarak , IQ 63-83 olacak şekilde ele alınmıştır (1968). Mental retardasyon için IQ kesme değeri 1973'te American Association on Mental Retardation (AAMR) tarafından 90'dan 70'e çekilmiştir. DSM-III'te sınır mental retardasyon, mental retardasyonlar arasında sınıflandırılmamış, V-code (Klinik ilgi odağı olabilecek diğer durumlar) olarak incelenmiştir. Mental retardasyon tanımlanırken işlevselliğin önemi vurgulanmışsa da sınır mental retardasyon için sadece IQ değeri belirtilmiş, işlevsellikte bozulma dikkate alınmamıştır. Ancak tanı alan grubun büyük kısmında belirgin adaptasyon sorunlarının görülüyor oluşu tanım konusunda tartışma yaratmıştır. ICD10'da (International Classification of Diseases) da mental retardasyon için "zihnin gelişiminde duraksama ya da tamamlanmama hali, zekaya katkı sağlayan becerilerde yetersizlikle karakterizedir (kognitif, dil, motor, sosyal beceriler)" ifadeleri yer almaktadır. DSM-V'te "Mental Retardasyon", "Anlıksal (entellektüel) Yetersizlik" olarak adlandırılmaya başlanmış, ağırlık düzeyi belirlenirken IQ düzeyi değil, adaptasyon becerisi vurgulanmıştır. DSM-V e göre düzenlenmiş el kitaplarında 2.tip hatalar açısından riski azaltmak adına testlerde olabilecek hata payını (%5) dikkate alarak zihinsel yetersizlik sınırının IQ= 75 alınması önerilmiştir (Greenspan, 2017).

## Sınır Entellektüel Yetersizlikte Genel Özellikler

Sınır entellektüel yetersizlikte öğrenme, nedensel ilişki kurma, problem çözme gibi entellektüel becerilerde yetersizlik, adaptasyon becerilerinde eksiklik, yaşa uygun olmayan sosyal iletişim, günlük yaşam aktiviteleri ve motor becerilerde kısıtlılık gözlenebilir. %60'ında hafif düzeyde motor sorunlar, özellikle ince motor beceriler ve dengenin etkilenmiş olduğu gösterilmiştir (Vuijk, Hartman, Scherder & Visscher ,2010).

Normal gelişim gösteren bireylerle karşılaştırıldıklarında işlem belleği ve kısa dönem bellek ile ilgili güçlüklerin yanı sıra bu becerilere ihtiyaç duyan yürütücü işlevlerde yavaşlık izlenir (Alloway, 2010). Dikkatle ilgili güçlükler görülür ve kompanse edecek beceriler de yetersizdir (Cornoldi, Giofrè, Orsini & Pezzuti , 2014). Öğrenme güçlüğü okuma ya da yazma gibi belirli bir alanda değildir, anlamakla ilgili zorluklar yaşarlar (Salvador-Carulla vd., 2013).

Çalışma belleğindeki sorunlar sınıfta kendini yönergeleri hatırlama ya da takip etme güçlüğü olarak gösterebilir. Gündelik yaşantıda hedefler doğrultusunda organizasyon, geri bildirimleri uygulama güçlüğü, dürtü kontrol güçlükleri görülebilir. Sınıf entellektüel yetersizliği olan çocuklar okulda yavaş öğrenen olarak adlandırılırlar ,yaşıtlarından 1-2 yıl geriden gelirler. Bilgi işleme süreçlerindeki gelişimsel bozulma, nörofizyolojik çalışmalarda cevabın oluşmasına kadar geçen süredeki artışla da kendini gösterir (Hassiotis, 2015). Sınır entellektüel yetersizliği olan bireylerin bilgiyi genelleştirmede ve yeni durumlara uygulamada, yeni bilgileri organize etmede ve özümsemeye, uzun süreli hedefleri yönetme ve zamanı kullanmada zorlandıkları bildirilmektedir. Somut kavram ve yöntemlerle daha iyi öğrenmektedirler; ayrıca zor görevler için özel bir desteğe ihtiyaç duymaktadırlar (Shaw, 2010). Sınır entellektüel yetersizlikte soyut düşüncenin kullanıldığı durumlarda daha immatür teoriler üretilir (Mahler,

2005). Bu bireyler nedensellik açıklamalarında niyet ile ilişkili mekanizmaları kullanmaktadırlar; çocuğumun mavi gözlü olmasını dilersem mavi gözlü olur gibi. Öğrenme stratejileri de yaşitlarından daha az gelişmiştir. Örneğin bir göreve genel olarak bakmaktansa tek bir noktaya odaklanırlar, global stratejinin yerine izolasyon stratejisini kullanırlar (Swanson,1994). Ayrıca sınır entellektüel yetersizliği olanlar ipuçlarını iyi algılayamayabilirler. Yüz ifadesini tanıma konusunda konusunda mental retardasyondan iyi ancak normal zekaya sahip çocuklardan kötü performans sergiledikleri yönünde çalışmalar vardır (Peltopuro vd., 2014).

## **Sınır Entellektüel Yetersizlik ve İlişkili Sendromlar**

Sınır entellektüel yetersizlik nörogelişimsel bir süreçtir. Öğrenme, motor ve davranış işlevlerinde anormal gelişim gözleendiği nörogörüntüleme çalışmaları ile ortaya konmuştur. Sınır entellektüel yetersizlik gözlenen çocukların kontrollere göre bilateral sensorimotor ve sağ posterior temporal kortekste artmış; sağ parahipokampal girustada azalmış gri madde hacmine sahip oldukları gösterilmiştir. Gri madde hacmindeki değişimin IQ değeri ile ilişkili olduğu tespit edilmiştir (Baglio vd., 2014).

Bu bireylerin genetik ve davranışsal fenotipler açısından değerlendirilmesi önemlidir. Bu değerlendirme ile sınır entellektüel kapasite ile birlikte seyreden sendromlar belirlenebilir:

**Prader-Willi Sendromu:** Kısa boylu, kısa kol ve bacakları olan, obezitesi ve strabismusu olan bireylerdir. Çoğunlukla orta düzeyde zeka geriliği ile izlense de bazı alttiplerinde %50'ye varan oranda IQ>70 olarak değerlendirilmektedir; belirgin öğrenme güçlüğü olabilir. Yaklaşık yarısında davranışsal sorunlar görülür, hospitalizasyon ihtiyacı olabilir. Anksiyete ve deri yolma bozukluğu göreceli olarak sıktır (Putnam, 2009). Depresyon ve paranoya da nadir değildir, bazılarında halüsinasyonlar eşlik edebilir (Gentile, 2012).

**Williams Sendromu:** Kromozom 7 ile ilgili bir bozukluktur. Kısa geniş alın, belirgin çene, düz burun, geniş ve yukarı dönük burun delikleri, hipoplastik dişler görünen özellikleridir. Çoğunlukla hafif-orta zeka geriliği ile seyretse de zeka çok ileri zeka geriliğinden normal düzeye kadar olan aralıkta olabilir. Kişiler arası ilişkilerde sınır tanımamalarından ötürü yaşadıkları sorunlar nedeni ile başvurabilirler. Görsel-uzaysal algıları göreceli olarak geridir. Yaygın anksiyete bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuna sık rastlanır (Gentile, 2012).

**Fragile X Sendromu:** Erkeklerde orta-ileri evre mental retardasyon gözlenirken taşıyıcı olan kadınlarda hafif düzeyde bilişsel yetersizlik gözlenir. Emosyonel labilite ile başvurabilirler (Gentile,2012). İfade edici dilde güçlükler, anksiyete, depresyon, sosyal kaçınma görülebilir. Çoğu olguda (% 80) dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu kriterleri karşılanmaktadır (Putnam, 2009).

**Klinefelter Sendromu:** İmpuls kontrol sorunları görülebilir.

**Neurofibromatosis :** Anksiyete ve depresyon nedeniyle başvurmaları olasıdır (Putnam, 2009). Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve öğrenme güçlüğü ile sıklıkla birliktelik gösterir.

**Tuberoskleroz :** Bu tanıyla takip edilen bireylerin zeka düzeylerinin, normal düzeyden ağır düzeyde geriliğe kadar değişebilen geniş bir aralıkta olduğu bilinmektedir. Yaklaşık yarısında otistik özelliklere rastlanır. Psikiyatriye başvuruları agresif ya da yıkıcı davranışlar, stereotipler, uyku bozuklukları ile olabilir. Psikotik bozukluk açısından da risk altındadırlar (Putnam, 2009).

**Velo-kardio-fasiyel sendrom:** Küçük kulaklar, yarı damak dudak, asimetric yüz görünümü, küçük ağız ve çene görülür. Davranış problemleri ile hafif düzeyde gelişimsel gerilik ve öğrenme güçlüğü görülür. Erişkin hayatta şizofreni (1/3) ve bipolar bozukluk gelişimi sıktır (Feinstein, Eliez, Blasey & Reiss, 2002).

**Sturge-Weber Sendromu:** Yüzde vasküler malformasyon karakteristiktir. Hepsinde olmasa da bir kısmında entellektüel yetersizlik izlenebilir. Nöbet geçirenlerde daha yüksek oranda olmak üzere skleroza bağlı ilerleyici öğrenme güçlükleri görülebilir. Psikiyatri başvuruları genellikle davranışsal sorunları ile ilgili olur (Gentile,2012).

**Tourette sendromu:** Motor ve vokal tiklerin belirgin olduğu bu rahatsızlıkta zeka geriliği sıklığı belirgin olmasa da yapılan bir çalışmada ortalama IQ 88.8 bulunmuştur, bilişsel performansta hafif eksiklikler olduğu düşünülmektedir (Debes, Hansen, Skov & Larsson ,2011). Büyük kısmında özgül öğrenme

güçlüğü, dil sorunları görülmektedir. Yarısından fazlasında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yaklaşık yarısında anksiyete bozukluğu vardır. Depresyon, obsesif kompulsif bozukluk ve kendine zarar verici davranışlar görülebilir. Hastalar otizm spektrum bozukluğu tanısı açısından değerlendirilmelidir.

**Yaygın gelişimsel bozukluk:** Tanı alanların neredeyse üçte biri orta-ağır mental retardasyon, üçte biri de hafif yetersizlik gösterir. Atipik psikoz, bipolar affektif bozukluk, dürtü kontrol sorunları görülebilir.

## **Sınır Entellektüel Yetersizlik ve Ruhsal Hastalıklar**

Gelişim sürecinde zihinsel yetersizlik gösteren kişilerin emosyonel yatkınlık yaratan olumsuz olaylarla daha çok karşılaştığı gösterilmiştir. Kötü ebeveyn davranışıyla karşılaşma konusunda risk altındadırlar. Anneleri daha az pozitif ve duyarlıdır; güvenli bağlanma ve uyum becerilerinin gelişiminde aksaklıklar olabilir (Wieland, 2016). Anneden ayrışma ve bireyselleşmenin uygun gerçekleşmemesi ile bağımlılığın daha belirgin oluşu, çocukluk çağındaki basamakların geçişinde duraksama ve yavaşlamalar, otonominin daha zor kazanılması, algısal sorunlar nedeniyle sosyal cevaplarda kısıtlılık, dil gelişiminin geri kalması, iç ve dış uyaranlara artmış duyarlılık, anksiyete ve dürtülerle baş etme becerisinin yetersiz olması gibi durumların olumsuz olaylarla karşılaşma ihtimalini arttırdığı düşünülmektedir. Bu bireylerde emosyonel dayanıklılık azalır, daha çok krizle karşılaşılır ve üstesinden gelme süreçleri uzar ya da yarım kalır (Menolascino & Stark , 2012).

Entellektüel yetersizlikte daha düşük anksiyete eşiği görülür (Sovner, 1986). Anksiyete, kısıtlı entellektüel kaynakların kullanımını engeller. Performanslarının değerlendirilmesi gerektiğinde yapabileceklerinin altında performans sergilerler. Anksiyetenin panik ya da psikotik dekompanasyona karşı koruyucu mekanizmaları harekete geçirme gücü zayıftır.

Savunma mekanizmalarında da farklılıklar görülür. Sublimasyonlar ilkindir, reaksiyon formasyonlarında rasyonalizasyon olmaksızın yetersiz bir biçim değişikliği olmaktadır, entellektüalizasyon neredeyse hiç görülmez. Rasyonalizasyonlar zayıftır ve gerçek nedensellik görünür hale gelir. İnkna edici olmayan rasyonalizasyon gözlenir (ör: Çocuklarla basketbol oynuyorum çünkü çevrede yaşımda kimse yok). Rasyonalizasyonu etkili kullanamadıkları için daha az adaptif mekanizmalara başvururlar: inkar ve kaçamak cevaplar, kompensatuar övünme ve basit abartılar, projeksiyon gibi. İntrapsişik çatışmalar bazen halüsinasyon olarak da dışavurulabilir. Borderline kişilik bozukluğuna benzer şekilde iyi ve kötü algısında splitting görülebilir (Paniagua & De Fazio,1983).

Hazları erteleme, yaptıklarının sonucunu algılama, davranışsal alternatifler üretme konusunda zorluk yaşarlar. Tekrarlayan girişimlerde başarısızlık hayal kırıklığı yaratabilir. Hoşa gitmeyen kendilik imajı da hayat kırıklığına yol açabilir. Sorunlu bireyler olarak değerlendirilip gerçekçi olmayan beklentilerle karşılaşabilirler, yüksek beklentiler ve sürekli olarak onaylanmama olumsuz imajı arttırır (Menolascino & Stark, 2012). Kişilik entegrasyonun sağlandığı geç çocukluk döneminde okulla ilgili sembolik soyutlamalar ve sosyal adaptif beklentilerin karmaşıklığının algılanması, kişilerarası başetme becerileri geliştirme ve kendilikle ilgili yanlış atıflarının düzeltilmesi konularında yakınlarından yeterince destek göremeyebilirler. Ailelerin bu konudaki tutumu önem taşımaktadır; inkar, fazla korumacı yaklaşım, infantilizasyon durumu kötüleştirir.

Sınır entellektüel yetersizlik olan kişiler toplum içerisinde daha bireysel yer almakta, yaşlılarıyla grup oyunlarına daha az katılmaktadırlar. Aile, akran ve toplumdaki izolasyon psikiyatrik hastalık açısından risk yaratmaktadır. Akranların zorbalığı da üzerine eklenebilir. Philips, kişilik gelişimi sürecinde kişilerarası ilişkilerinde edindikleri olumsuz tecrübelerin kişilikle ilgili sorunlara yol açtığını söylemiştir (Philips ,1967).

Sonuç olarak sınır entellektüel yetersizlik toplumda sık görülen ve gerek sendrom olarak gerek ruhsal hastalık belirtileri ile genel tıp uygulamalarında sıklıkla karşılaşılan bir tablodur. Ancak konuya ilişkin bilgi birikiminin sınırlı olduğu anlaşılmaktadır. Tıp uygulamalarının bu alanda yapılacak araştırma bulguları ile iyileştirilmesine gereksinim göstermektedir.

## Kaynaklar

- Alloway, T. P. (2010). Working memory and executive function profiles of individuals with borderline intellectual functioning. *Journal of Intellectual Disability Research, 54*(5), 448-456.
- Baglio, F., Cabinio, M., Ricci, C., Baglio, G., Lipari, S., Griffanti, L., ... & Blasi, V. (2014). Abnormal development of sensory-motor, visual temporal and parahippocampal cortex in children with learning disabilities and borderline intellectual functioning. *Frontiers in human neuroscience, 8*, 806.
- Cornoldi, C., Giofre, D., Orsini, A., & Pezzuti, L. (2014). Differences in the intellectual profile of children with intellectual vs. learning disability. *Research in Developmental Disabilities, 35*(9), 2224-2230.
- Debes, N. M., Hansen, A., Skov, L., & Larsson, H. (2011). A functional magnetic resonance imaging study of a large clinical cohort of children with Tourette syndrome. *Journal of child neurology, 26*(5), 560-569.
- Feinstein, C., Eliez, S., Blasey, C., & Reiss, A. L. (2002). Psychiatric disorders and behavioral problems in children with velocardiofacial syndrome: usefulness as phenotypic indicators of schizophrenia risk. *Biological psychiatry, 51*(4), 312-318.
- Gentile, J. P., & Gillig, P. M. (Eds.). (2012). *Psychiatry of Intellectual Disability: A Practical Manual*. John Wiley & Sons.
- Greenspan, S. (2017). Borderline intellectual functioning: an update. *Current opinion in psychiatry, 30*(2), 113-122.
- Hassiotis, A. (2015). Borderline intellectual functioning and neurodevelopmental disorders: prevalence, comorbidities and treatment approaches. *Advances in Mental Health and Intellectual Disabilities, 9*(5), 275-283.
- Mähler, C. (2005). Acquiring a theory of biology: Knowledge about inheritance in children with lower intelligence. *Swiss journal of psychology, 64*(3), 173-182.
- Menolascino, F. J., & Stark, J. A. (Eds.). (2012). *Handbook of mental illness in the mentally retarded*. Springer Science & Business Media.
- Paniagua, C., & De Fazio, A. (1983). Psychodynamics of the mildly retarded and borderline intelligence adult. *Psychiatric quarterly, 55*(4), 242-252.
- Peltopuro, M., Ahonen, T., Kaartinen, J., Seppälä, H., & Närhi, V. (2014). Borderline intellectual functioning: a systematic literature review. *Intellectual and developmental disabilities, 52*(6), 419-443.
- Philips, I. (1967). Psychopathology and mental retardation. *American Journal of Psychiatry, 124*(1), 29-35.
- Putnam, C. (2009). Guidelines for understanding and serving people with intellectual disabilities and mental, emotional, and behavioral disorders. *Florida Developmental Disabilities Council, Inc. Contract, (732HC08B)*, 1-30.
- Salvador-Carulla, L., García-Gutiérrez, J. C., Gutiérrez-Colosía, M. R., Artigas-Pallarès, J., Ibáñez, J. G., Pérez, J. G., ... & Poole, M. (2013). Borderline intellectual functioning: consensus and good practice guidelines. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition), 6*(3), 109-120.
- Shaw, S. R. (2010). Rescuing Students from the Slow Learner Trap. *Principal leadership, 10*(6), 12-16.
- Sovner, R. (1986). Limiting factors in the use of DSM-III criteria with mentally ill/mentally retarded persons. *Psychopharmacology Bulletin, 22*(4), 1055.

Swanson, H. L. (1994). The role of working memory and dynamic assessment in the classification of children with learning disabilities. *Learning Disabilities Research & Practice*.

Vuijk, P. J., Hartman, E., Scherder, E., & Visscher, C. (2010). Motor performance of children with mild intellectual disability and borderline intellectual functioning. *Journal of intellectual disability research*, 54(11), 955-965.

Wieland, J. (2016). *Psychopathology in borderline intellectual functioning: explorations in secondary mental health care*. Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Leiden University Medical Center (LUMC), Leiden University.