

TÜRKİYE VE AMERİKA BİRLEŞİK DEVLETLERİNDEN İKİ MERKEZDEKİ DAVRANIM BOZUKLUĞU OLGULARININ KARŞILAŞTIRMA ÇALIŞMASI

Aykut Özden*, Özlem Erman**, Hakan Erman**, Saynur Canat***
O. Nuri Ortaer****, Uğur Ergun****, Halise Devrimci****

ÖZET

Davranım Bozukluğu (DB) pek çok ülkede ergenler arasında oldukça sık görülen önemli bir sorundur. Tanı ölçütleri, belirtileri, gidişi ve uygulanan sağaltım yaklaşımları kültürler arası farklılıklar göstermektedir. Bu çalışmanın amacı, Türkiye ve Amerika Birleşik Devletleri'nde iki merkezdeki davranım bozukluğu olguları arasındaki farklılıkları saptamaktır. Türkiyeden 42 ve ABD'den 36 olgu sosyodemografik ve psikiyatrik özellikleri, aile yapısı ve sağaltım yaklaşımları açısından karşılaştırılmıştır. Amerikalı olguların daha sorumlu olduğu, aile desteğine daha az sahip oldukları ve sağaltımında daha çok psikoaktif ilaç aldıkları saptanmıştır. Bu bulgular ve diğer sonuçlar ilişkili kaynaklar ışığında tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler : Davranım bozukluğu, ergenlik dönemi, kültürler arası karşılaştırma.

SUMMARY : A COMPARATIVE STUDY BETWEEN CONDUCT DISORDER PATIENTS FROM TWO CENTERS IN TURKEY AND THE USA

Conduct Disorder (CD) is a common and major health problem among the adolescents in various countries. Diagnostic criteria, symptoms, course of the disorder and its treatment may show cross-cultural variations. The aim of this study was to investigate such differences between CD patients from two centers in Turkey and the USA. 42 patients from Turkey and 36 from the USA are compared by their socio-demographical and psychiatric features, family backgrounds and the treatment approach they received. American cases are found to have more psychiatric problems, less family support and receiving more psychotropic medications. These and other findings were discussed along with relevant literature.

Key words : Child behavior disorders, adolescence, cross-cultural comparison

GİRİŞ VE AMAÇ

Davranım Bozukluğu (DB), yineleyici ve süregelen bir biçimde başkalarının temel haklarına saldırıda bulunan ve yaşa uygun toplumsal kuralları bozan davranış şeklidir (APA 1994). Pek çok ülkede çocuk ve ergenler arasında önemli ve sıklığı giderek artan bir sorundur (Campbell ve ark. 1992). Amerikan Psikiyatri Birliği, onsekiz yaş altındaki sıklığını erkeklerde % 6-16 ; kızlarda % 2-9 olarak bildirmiştir (APA 1994). Ülkemizde ise DB sıklığını araştıran kapsamlı bir epidemiyolojik çalışma bulunmamakla birlikte, yapılmış olan çeşitli çalışmalarda % 4.4 ile % 7.1 arasında bulunmuştur (Erol 1988, Çalışkan ve ark. 1993).

Tanı ölçütlerinin tartışmalı olması, diğer psikiyatrik bozukluklarla eşzamanlı olarak görülebilmesi ve farklı kültürel ortamlarda farklı belirtilerle ortaya çıkabilmesi tanıyı zorlaştırmakta ve

yanlış tanı olasılığı fazla olmaktadır (Lewis 1984). Bu nedenle, kültürler arası psikiyatrik çalışmalar, hasta grupları ve sağaltım yaklaşımları arasındaki farklılıkların ortaya konabilmesi açısından oldukça önemlidir. Bu çalışma farklı kültürel yapılara sahip iki ülkede DB tanısı almış olan ergenlerin sosyodemografik ve psikiyatrik özellikleri, aile yapısı ve sağaltım yaklaşımlarının karşılaştırılması amacıyla yapılmıştır. Sonuçların, tedavisi oldukça güç olduğu bilinen bu ruhsal bozukluk tanısı almış çocuk ve gençlerle çalışan klinisyenlere yol gösterebileceği düşünülmüştür.

ARAÇ VE YÖNTEM

Bu çalışma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği (AÜTF) Ergen Bölümü ve Amerika Birleşik Devletleri Maryland eyaletinden Crownsville Hospital Center (CHC) Ergen Bölümü'nde yapılmıştır. AÜTF Ergen Bölümünde öncelikli olarak ayaktan hasta izlenmektedir ve bireysel, aile ve grup psikoterapisi uygulamaları yapılmaktadır. Yatarak sağaltım gereken olgular için 110 yatak kapasiteli psikiyatri kliniğinin servisleri kullanılmaktadır. CHC, Annapolis

* Uzm. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.
** Arş. Gör. Doktor. Ankara Üniv. Tıp Fak. Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara.
*** Prof. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ergen Bl., Ankara.
**** Arş. Gör. Doktor. Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

kentinin 8 km. dışında bir devlet hastanesidir. CHC Ergen Bölümünün uygulamaları AÜTF'ye benzetmekle birlikte, yataklı bir servistir ve genel olarak "Sembolle Pekiştirme" (Token Economy) adı verilen davranışçı yaklaşım esas alınmaktadır. Bir eğitim programı çerçevesinde Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Bölümü araştırma görevlileri 2 ay süreyle gözlemci olarak buldukları CHC'de çalışmanın Amerika bölümünü gerçekleştirmişlerdir. Çalışma için gerekli izinler alınmış, hastaların isimleri her iki tarafta da saklı tutulmuştur.

Çalışmanın verileri, CHC grubu için, DB tanısı almış olan ergenlere ait kayıtların geriye dönük olarak incelenmesiyle, AÜTF grubunda ise hastalar ve aileleriyle doğrudan görüşmelerle elde edilmiştir. Örneklem, 1993-1994 yılları arasında DSM-III-R ölçütlerine göre DB tanısı almış, AÜTF'den 42 ve CHC'den 36 ergenden (13-20 yaş) oluşmaktadır. Tanısı tartışmalı olan olgular çalışma kapsamına alınmamıştır.

İstatistiksel değerlendirmeler; t-testi ve ki-kare testi kullanılarak yapılmıştır. Bunun için SPSS for Windows 5.0 paket programı kullanılmıştır.

BULGULAR VE TARTIŞMA

Çalışma kapsamına alınan 78 olgunun sosyodemografik özellikleri Tablo-1 ve Tablo-2'de gösterilmiştir. Olguların tümü bekar olduğu için medeni durum karşılaştırılması yapılmamıştır. Ortalama yaş AÜTF'de 16.5, CHC'de 15.1'dir. Ortalama eğitim yılları da hemen hemen eşittir: AÜTF'de 8.1, CHC'de 8.6 yıl. Gruplar arasında bu değişkenler açısından anlamlı fark yoktur (Tablo-1).

Tablo-1 : Yaş ve Eğitim Ortalamaları

	TÜRKİYE (n=42)	ABD (n=36)	İstatistik (t testi)
YAŞ ORTALAMASI	16.5	15.1	AD*
EĞİTİM YILI ORTALAMASI	8.1	8.6	AD

* Anlamlı Değil

CHC'deki olguların % 61.1'ini, AÜTF'deki olguların % 71.4'ünü erkekler oluşturmaktadır (Tablo-2). İki merkez arasında cinsiyet oranları açısından anlamlı fark yoktur ve çoğunluğun erkek olması kaynaklarla uyumludur (Robbins 1981, APA 1994).

Tablo-2 : Cinsiyet, Eğitim ve İş Durumları

	TÜRKİYE (n=42)		ABD (n=36)		İstatistik	
	n	%	n	%	x	Anlamlılık
CİNSİYET (Erkek)	30	71.4	22	61.1	0.9 (SD=1)	AD
OKULDA YIL KAYBI	20	47.6	7	19.4	4.4 (SD=1)	p < .05
İŞ					2.6 (SD=2)	AD
Öğrenci	26	61.9	27	75		
Çalışan	7	16.7	2	5.5		
Çalışmayan	9	21.4	7	19.4		

* Serbestlik Derecesi

Türk olguların % 61.9'u, Amerikalıların % 75'i öğrenci ve her iki grupta yaklaşık % 20'si boşta-
dır. Bu açılarından gruplar arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı değildir. Bununla birlikte, okulda yıl kaybetme araştırıldığında, Amerikalı DB hastalarının beşte birinin, Türk olguların ise yaklaşık yarısının en az 1 yıl kaybettiği görülmektedir ve bu fark anlamlıdır (p < .05). DB olgularının okul başarılarının düşük olduğu önceki yayınlarda da bildirilmiştir (Virkkunen ve Nuutila 1976, Hinshaw 1992, Offord ve Bennett 1994). Amerikalı grubun problem davranışlarının daha fazla olmasına karşın (Tablo-4 ve 7), okulda yıl kayıplarının Türkler kadar olmaması dikkat çekicidir. Bu bulgu eğitim sistemlerinin farklılığından kaynaklanıyor olabilir. Örneğin, DB belirtileri okul başarısını Türkiye'de daha çok etkiliyor olabilir veya ABD'de okullarda sınıf geçmek Türkiye'dekinden daha kolay olabilir. Tablo 1 ve 2'de gözlenen sonuçlar özetle, her iki grubun (okulda yıl kaybı dışında) benzer olduğunu düşündürmüştür.

Aile özelliklerine bakıldığında (Tablo-3), gruplar arasında önemli farklılıklar olduğu görülmektedir. Amerikalı olguların daha fazla oranda kurumda büyütüldüğü gözlenmekle birlikte aradaki fark anlamlı bulunmamıştır. Öte yandan, olguların en son durumda kimlerle yaşadığı araştırıldığında Türk grubun % 90.5'inin, Amerikalı grubun ise % 61'inin aileleriyle birlikte yaşamakta olduğu dikkat çekmektedir. Büyütme ve şu an kimle yaşadıkları birbirini izleyen olgulardır. Türk grupta 35 kişi aileleri tarafından büyütülmüş, bu sayı daha sonra 38'e çıkmıştır. Bunun nedeni, akrabalara (2 olguda anneanne, bir olguda hala) verilen 3 çocuğun daha sonra geri alınmasıdır. Bir olgu yine akrabada (babaanne) kalmış, biri de kuruma verilmiştir. ABD'de ise akrabaların büyüttüğü 3 çocuk kuruma verilmiştir. Bu sonuçlar bize, Türkiye'de ailelerin çocuklarına DB olmasına rağmen sahip çıkmayı

sürdürdüğünü düşünürmüştür. Bu sonucun prognoz açısından olumlu olduğu düşünülebilir. Bunun yanı sıra önemli bir toplumsal farklılığı vurguladığı da söylenebilir.

Tablo -3 : Olguların Aile Özellikleri

	TÜRKİYE (n=42)		ABD (n=36)		İstatistik*	
	n	%	n	%	x ²	Anlamlılık
BÜYÜTEN					3.1 (SD=2)	AD
Ailesi	35	83.3	27	75		
Akrabaları	5	11.9	3	8.3		
Kurum	2	4.8	6	16.7		
KİMİNLE YAŞIYOR					11.2 (SD=2)	p<.001
Ailesi	38	90.5	22	61.1		
Akrabaları	1	2.4	3	8.3		
Kurum	3	7.1	11	30.6		
PARÇALANMIŞ AİLE	7	16.7	29	80.5	31.8 (SD=1)	p<.001
AİLEDE PSİKİYATRİK BOZUKLUK	9	21.4	21	58.3	13.1 (SD=1)	p<.001

* Gereken yerlerde Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır.

Öte yandan, bu çalışma sırasında Türk DB olgularının daha çok geniş ailelerden geldikleri şeklinde bir izlenimimiz olmuştur. CHC grubunda ise "geniş aileye" rastlanmamıştır. İleride Türkiye'de yapılan çalışmalarda DB olgularının ne oranda geniş veya çekirdek ailelerden geldiğini sistemli bir şekilde araştırılması gerektiği düşünülmüştür. Belki de bu iki gruba bir de "geniş aileden kopup çekirdek aile olmaya giden" üçüncü grup eklenip, büyük şehirlere yapılan göçün aile üzerindeki bir başka etkisi incelenebilir.

AÜTF'deki olguların 7'si (%16.7), CHC'dekilerin 29'u (%80.5) parçalanmış ailelerden gelmektedir. Parçalanmış ailelerin DB oluşumundaki rolü önceki çalışmalarda da ortaya konmuştur (Kay ve Kay 1986, Lewis 1989, Adler 1994). Ayrıca, ailenin parçalanması bu çocukların aileden uzaklaştırılıp, kuruma yerleştirilmelerinin önemli bir nedenidir. Öte yandan Amerikalı grubun ailelerinde, başta alkol ve madde bağımlılığı olmak üzere psikiyatrik sorunların daha fazla olduğu görülmektedir. Aile patolojilerinin DB'nun gidişine olumsuz etkileri daha önce yayınlanmıştır (Frick 1992, Lewis 1992). Sonuç olarak CHC grubunun aile açısından daha olumsuz koşullar taşıdığı söylenebilir. Bu sonuç ABD'de aile kurumunun uzun yıllardır uğramaya başladığı çözülmenin bir yansıması olarak değerlendirilebilir (Guidibaldi ve Perry 1985, Turgay 1988).

Tablo-4 : Olguların Psikiyatrik Özellikleri

	TÜRKİYE (n=42)		ABD (n=36)		İstatistik*	
	n	%	n	%	x ² SD=1	Anlamlılık
ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI	8	19.1	21	58.3	12.8	p<.001
MADDE KÖTÜYE KULLANIMI**		11.9	19	52.8	15.2	p<.001
CİNSEL SÖMÜRÜ ÖYKÜSÜ	2	4.8	14	38.9	13.8	p<.001
YASAL SORUN ÖYKÜSÜ	11	26.2	28	77.8	20.6	p<.001
İNTİHAR GİRİŞİMİ ÖYKÜSÜ	8	19.1	18	50.0	8.3	p<.01
DiĞER PSİKİYATRİK TANILAR***	14	38.9	28	66.7	6.0	p<.05

* Gereken yerlerde Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır.

** Alkol dışı

*** Dikkat Eksikliği Hiperaktivite, Mental Retardasyon, Depresyon, Enürezis Nokturna...

Olguların psikiyatrik özellikleri Tablo-4'de verilmiştir. Amerikalı grupta alkol ve madde kötüye kullanımı, cinsel sömürüye uğramış olma, yasal sorunlar, intihar girişimi ve diğer psikiyatrik tanuların (özellikle depresyon, zeka geriliği ve dikkat eksikliği hiperaktivite) Türk olgulardan anlamlı derecede fazla olduğu görülmektedir. Bütün bu değişkenlerin, bozukluğun gidişini olumsuz yönde etkilediği bilinmektedir (Lahey ve ark. 1992, Walker ve ark. 1992). Ayrıca, bu sonuçlar CHC'deki DB olgularında çok fazla ruhsal sorun olduğunu düşündürmektedir. Aynı merkezde yatan ergenlerle yapılan bir başka karşılaştırma çalışmasında, CHC'nin hem ruhsal hem de ailesel özellikleri açısından daha sorunlu bir hasta popülasyonuna sahip olduğu bulunmuştur (Özden ve Canat 1994).

CHC'deki ergenlerin daha fazla psikiyatrik probleme sahip olması, toplumsal nedenler dışında, her iki kliniğe yapılan hasta başvurularının farklılığından kaynaklanıyor olabilir. CHC'nin, AÜTF'nin tersine daha çok yatarak tedavisi gereken hastalara hizmet veriyor olması, bu kliniğe diğer ayaktan tedavi merkezlerinde sağaltımı yapılamayan "zor" olguların toplanmasına yol açmış olabilir. Ancak diğer bir etken de, ülkemizde suç işleyen gençlerin daha çok yasa kurumları tarafından ele alınması ve cezalandırma yoluyla "islah edilmeye" çalışılması ve psikiyatrik yardım aranmaması olabilir.

Tablo-5: Hastaneye Yatış Sayısı Ve İlk Başvuru Yılı

	TÜRKİYE (n=42)	ABD (n=36)	İstatistik (t testi)
HASTANAYE YATIŞ SAYISI*	0.1	2.7	p<.001
PSİKİYATRİYE İLK BAŞVURU KAÇ YIL ÖNCE YAPILMIŞ*	0.7	2.9	p<.001

* Ortalama

Hastaneye yatış sayıları ve ilk başvuru zamanları karşılaştırıldığında (Tablo-5), Amerikalı olguların, ortalama 2.7 hastaneye yatış sayısı ile, ortalama yatış sayıları 0.1 olan Türk olguları geçtiği görülmektedir. Aynı zamanda bu grubun ilk psikiyatrik başvuruları da Türk gruptan daha öncedir. İstatistiksel olarak anlamlı olan bu iki bulgu yine Amerikalı grubun psikiyatrik açıdan daha "sorunlu" olgulardan oluştuğunu düşündürmektedir. Fakat, aynı zamanda tedaviye daha hızla ulaşıklarının da bir göstergesi olabilir.

Tablo-6: Kullanılan Psikotrop İlaçlar*

	TÜRKİYE (n=42)		ABD (n=36)		İstatistik**	
	n	%	n	%	χ^2	Anlamlılık
ANTI PSİKOTİK	16	38.1	15	41.7	23.4	p<.001
ANTI DEPRESAN	3	7.1	8	22.2	(SD=4)	
KARBAMAZEPİN	3	7.1	8	22.2		
DİĞER***	3	7.1	21	58.3		
KULLANMIYOR	19	45.2	6	16.7		

* Bazı hastalar birden çok ilaç kullanmaktadır

** Fisher'in Kesin Ki-kare Testi

*** Lityum, Antihistaminik, Metilfenidat, Benzodiazepin

Uygulanan ilaç tedavileri açısından da her iki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (Tablo-6). Amerika'daki merkezde antihistaminikler gibi ilaçların daha fazla kullanıldığı, Türkiye'de ise ilaç tedavisine daha az başvurulduğu ve çoğunlukla düşük doz thioridazin kullanıldığı saptanmıştır. Bu fark, Türk olguların daha hafif düzeyde belirti profillerinin olması ya da kliniğimizde bu tür olgularda psikotrop ilaç başlanmasından çekinilmesinden kaynaklanmış olabilir; AÜTF'de olguların %45'ine ilaç başlanmamıştır. DB'a özgül bir ilaç bulunmamakla birlikte, ilaç tedavisinin çoğu olguda gerekli olduğu bildirilmektedir (Lewis 1989, Campbell ve ark. 1992, Lavin ve Rifkin 1993). AÜTF'de ilaç tedavisinden çekinilmesinin

nedeni; hastaların ilaç alımlarının yataklı servislerde olduğu gibi kontrol edilemeyeceği ve bu olgularda sık rastladığımız "ilaçlarla yola getirilmeye çalışıyorum" şeklindeki inançlardır. İlaç tedavisi DB'da gerekli olabilir, fakat anti psikotiklerin şizofreni veya anti depresanların depresyon hastalarında sağladığı başarıya "yaklaşan" herhangi bir ilaç olmadığı için, hastaların tedavide tutulması ve olumlu bir hasta-doktor ilişkisi kurulması, ilaç kullanma konusunda hastayla sürtüşmeye girmekten daha önemli tutulmuştur.

Tablo-7: Dsm-iv Davranım Bozukluğu Tanı Ölçütlerinin Dağılımı

	TÜRKİYE (n=42)		ABD (n=36)		İstatistik*	
	n	%	n	%	χ^2 SD=1	Anlamlılık
1. KABADAYILIK, GÖZDAĞI VERME...	16	38.1	10	45.5	0.3	AD
2. KAVGA DÖVÜŞ BAŞLATMA	19	45.2	18	81.8	7.9	p<.01
3. SİLAHLA ZARAR VERME	11	26.2	0	0	7.0	p<.01
4. SALDIRIP SOYGUN YAPMA	2	4.8	3	13.6	1.6	AD
5. İNSANLARA ACIMASIZ DAVRANMA	9	21.4	5	22.7	0.1	AD
6. HAYVANLARA ACIMASIZLIK	1	2.4	1	4.5	2.4	AD
7. CİNSEL İLİŞKİYE ZORLAMA	0	0	1	4.5	1.9	AD
8. ÇIKAR İÇİN YALAN SÖYLEME	37	88.1	7	31.8	21.2	p<.001
9. GECEYİ İZİNSİZ DIŞARDA GEÇİRME	30	71.4	15	68.2	0.1	AD
10. SAHTEKARLIK, HİRSİZLİK	24	57.1	10	45.5	0.7	AD
11. KASITLI YANGIN ÇIKARMA	1	2.4	6	27.3	9.1	p<.01
12. BAŞKASININ MALINA İSTYEREK ZARAR VERME (Yangın hariç)	5	11.9	2	9.1	0.1	AD
13. EVDEN KAÇMA (En az 2 kez)	25	59.5	15	68.2	0.4	AD
14. SIK SIK OKULDAN KAÇMA	35	83.3	17	77.3	0.3	AD
15. BAŞKASININ EVİNE (vb.) GİRME	3	7.1	0	0	1.6	AD
ON YAŞTAN ÖNCE BAŞLANGIÇ	6	14.3	13	59.1	13.9	p<.001

* Gereken yerlerde Fisher'in Kesin Ki-kare testi kullanılmıştır.

Olguların gösterdikleri DB belirtilerinin dağılımı Tablo-7'de gösterilmiştir. Türk olgular Amerikalı gruptan daha fazla silah kullanıp, yalan söylerken, Amerikalı olgular daha fazla kavga başlatma ve yangın çıkartma belirtileri göstermektedir. Diğer belirtiler açısından aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu sonuçlar bazı kültürler arası farklılıklardan kaynaklanmış olabilir. Ülkemizde DB olgularını kliniklere yalan söyleme, okuldan ve evden kaçma ya da gece dışarda kalma gibi nedenlerle getirilmektedir. Belki de bu davranışlar Amerikalı olgularda çoğunlukla patolojik olarak kabul edilmemekte, ancak fiziksel saldırılar ve yangın çıkarma gibi belirtiler önemli sayılmaktadır. Pek çok çalışmada Batılı Kültürlerde şiddet kullanımının DB tanısı için

hemen hemen tek ölçüt olduğu gösterilmiştir (Lewis 1991). Ancak ülkemizdeki DB olgularında silahla zarar vermenin daha yaygın bulunması ilginçtir. Bunun nedeni, bilgi toplama yanlışlığı olabilir. "Silah" olarak taş ve sopa da kabul edilmektedir ve ülkemizdeki olgular bu şekilde, ateşsiz silahlarla yapılan yaralamalara katılmışlardır. Öte yandan bu tip saldırılar, ayrıca "yalan söyleme" ve "kabadayılık" gibi belirtiler Amerikalı olgularda gözardı edilmiş olabilir. %81.8 olgunun "sıklıkla kavga dövüş başlatıp", sadece % 45.5'inin "kabadayılık gözdağı vericilik" yapması çelişkilidir. Aynı şekilde, %27'sinin kasıtlı yangın çıkardığı, %45'inin hırsızlık yaptığı Amerikalı grubun sadece %32'sinin yalan söylüyor olarak bildirilmesi de ilginçtir. AÜTF grubunda ailelerin bilgi toplama aşamasında kullanılması, öte yandan CHC grubunda dosyaların taranmış olması ve bu dosyalarda ailelerle yapılan görüşmelerin çoğunda eksik olması (zaten % 61'i ailesiyle yaşıyor), "yalan" konusunun CHC'de gözardı edilmesine yolaçmış olabilir. Yalan konusundaki farklılığın bir nedeni de ülkemizde gençlere uygulanan kuralların daha katı olması yüzünden gençlerin (özellikle de DB olanların) daha çok yalan söylemek zorunda kalması olabilir. Fakat bu varsayımı doğrulamak bu araştırma koşullarında güçtür.

DB başlangıcı karşılaştırıldığında, Amerikalı olguların %59.1'inde belirtilerin 10 yaştan önce başladığı, bizde ise bu oranın % 14.3 olduğu ve farkın anlamlı olduğu görülmektedir. Bu farkın nedeni olarak, CHC grubunun daha ağır hastalardan oluşması veya ülkemizde bu sorunların uzun süre aile tarafından farkedilmemesi ve bu nedenle başlangıcın daha geç sanılması sayılabilir. Bozukluğun erken yaşta başlaması DSM-IV'de "Çocuklukta Başlayan Tıp" diye adlandırılır (APA 1994) ve ileride antisosyal davranışların gelişimine ve olumsuz bir gidişe neden olmaktadır (Lahey ve ark. 1992).

SONUÇ

Türkiye ve ABD'den iki merkezdeki DB olgularının karşılaştırıldığı bu çalışmada merkezler arasında hem tutum hem de hasta grupları açısından farklılıklar olduğu saptanmıştır. CHC'ye kabul edilen DB tanılı ergenlerin, aileleri tarafından daha az kabul edildiği ve daha sorunlu ailelerden geldiği, alkol ve madde kötüye kullanımı, cinsel sömürü, intihar ve yasal sorun öyküsü gibi önemli sorunlarının daha fazla olduğu, daha çok hastaneye yatırıldığı ve ilk başvurunun daha erken yapıldığı saptanmıştır. Yaş, cinsiyet, me-

deni durum ve eğitim gibi özellikler ise benzerdir. Tanı ölçütleri açısından da her iki merkezin farklı noktalara önem verdiği saptanmıştır. AÜTF'de yalan söyleme en sık karşılaşılan belirtidir, onu okuldan kaçma ve gece izinsiz dışarıda kalma izlemiş, CHC'de ise kavga çıkarma ilk sırada, sonra okuldan ve evden kaçma gelmiştir. Tedavi olarak da CHC ilaç tedavisine AÜTF'den daha çok öncelik vermiş ve daha çok çeşit ilaç kullanmıştır.

Bu sonuçlar bizim görece daha az sorunlu bir popülasyonla çalıştığımızı düşündürmüştür. Bunun nedeni ailelerin koruyucu yaklaşımı olabileceği gibi, sorunlu olanların psikiyatriye (en azından bizim kliniğimize) getirilmemeleri de olabilir. Gittikçe "Amerikanlaşan" toplumumuzda gelecekte daha sorunlu ve sağaltımı güç DB olgularıyla karşılaşmamak için toplumsal bilgilendirme ve sorunlu gençlere yönelik çoklu yaklaşımlı sağaltım merkezleri kurulması uygun olabilir. Bu merkezler belki de birçok gencin hapse düşmeden, yani sabikalı damgası yemeden topluma kazandırılmalarını sağlayabilir. Ayrıca, bizim de belki DB tanısı koyarken daha seçici olmamız ve bu tanının damgalayıcı bir yönü olduğu için (Lewis 1984) yalan söyleme, okuldan kaçma ve babasının cüzdanından 1-2 kez para alma (veya "çalma") gibi aslında çocuk ve gençler arasında çok yaygın fakat geçici olabilen durumlarla bu tanıyı koymama yönünde düşünmemiz gerekmektedir.

KAYNAKLAR

- Adler J(1994) Kids growing up scared. *Newsweek* 123, (2) : 37-43
- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition*, APA Press, Washington DC.
- Campbell M, Gonzales L, Silva R (1992) Pharmacologic treatment of conduct disorders and rage outbursts. *Psychiatric Clin North America* 15, 1, 16-85.
- Çalışkan D, Cöl M, Bilgin Y ve ark. (1993) Psikiyatri kliniği adolesan bölümüne yapılan başvuruların SCL-90-R tarama sonuçları 3. Halk Sağlığı Günlerinde sunulmuştur. Ankara.
- Erol N (1988) Çocuk Psikiyatrisinde demografik özellikler ve belirti dağılımı. *Ankara Tıp Bülteni* 10, 3'e ek, 13-24.
- Frick PJ, Lahey B, Loeber R ve ark. (1992) Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Consult Clin Psychol* 60, 49-55.
- Guidibaldi J, Perry JD (1985) Divorce and mental health sequelae for children : A two year follow-up of a nationwide sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 24, 531-535.

- Hinshaw S (1992) Externalizing behavior problems and academic under achievement in childhood and adolescence : Causal relationships and underlying mechanisms. *Psychol Bull* 111, 127-155.
- Kay RL, Kay J (1986) Adolescent conduct disorder. *Annual Review of Psychiatry* Vol. 5. (ed.. Frances AJ, Hales RE) APA Press, Washington DC, 480-496.
- Lahey BB, Loeber R, Quay HC ve ark. (1992) Oppositional defiant disorder and conduct disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31, 539-546.
- Lavin MR, Rifkin A (1993) Diagnosis and pharmacotherapy of conduct disorder. *Progress in Neuropsychopharm and Biol Psychiat* 17, 875-885.
- Lewis DO (1984) Conduct disorders and delinquency. *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 4. Basım (Ed., Kaplan H, Saddock B) Williams & Wilkins, Baltimore.
- Lewis DO (1989) Toward a theory of genesis of violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 28, 431-436.
- Lewis DO (1991) Conduct Disorder. *Child and Adolescent Psychiatry, Comprehensive Textbook*. (Ed. Lewis M) Williams & Wilkins, Baltimore, 561-573.
- Lewis DO (1992) From abuse to violence : psychological consequences of maltreatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31, 383-391.
- Offord R, Bennett K (1994) Conduct disorder : Long-term outcomes and intervention effectiveness. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 33, 1069-1078.
- Özden A, Canat S (1994) Yatırılarak tedavi edilen ergenler, iki ülkeden birer hastane arası karşılaştırmalı bir çalışma. *Psikiyatri, Psikoloji, Psikofarmakoloji (3P)* 2, 1, 24-32.
- Robbins LN (1981) Epidemiological approaches to natural history research : Antisocial Disorders in Children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 20, 566-580.
- Turgay A (1988) Children and families of divorce. *Contemporary Pediatrics* 4, 1-8.
- Virkkunen N, Nuutila A (1976) Specific reading retardation, hyperactive child syndrome and juvenile delinquency. *Acta Psychiatr Scand* 54, 25-28.
- Walker JL, Lahey BB, Russo MF ve ark. (1992) Anxiety, inhibition and conduct disorders in children. *J Am Acad Child Adolescent Psychiatry* 30, 187-191.