

DAVRANIM BOZUKLUĞU TANISI ALAN ÇOCUK ve ERGENLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

İsmail Yavaş*

ÖZET

Bu araştırmada çocuk ruh sağlığı polikliniğine başvuran 17 yaşın altındaki davranım bozukluğu tanısı alan 101 çocuk ve ergen incelenmiştir. Araştırmada DSM-IV tanı ölçütleri kullanılmıştır. Verilerin değerlendirilmesi SPSS paket programında Ki-kare ve t-testiyle yapılmıştır. Çalışmada, davranım bozukluğunun, yaş, cinsiyet ve aile yapısıyla olan ilişkisi araştırılmıştır.

Davranım bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenlerin erkek/kız oranı 5/1 olarak bulunmuştur. Erkeklerin yaş ortalaması 142.9 ay, kızlarına 170.7 aydır. Davranım bozukluğu tanısı alan çocuk ve gençlerin ebeveynlerinin % 12.6'sı boşanmıştır ve % 7.4'ü üvey ebeveynle birlikte yaşamaktadır. % 3.2'sinde boşanmış anne yasal olmayan ilişki içerisinde.

% 5.3'ünde ebeveynlerden birisi ölmüş ve % 4.3'ünde bir ebeveyn yılın büyük kısmını evden uzakta ayrı geçirmektedir.

Araştırma sonucunda elde edilen bu bulgular yazın kaynakları eşliğinde tartışılmıştır.

Anahtar sözcükler: Davranım bozukluğu, demografik özellikler.

SUMMARY: DEMOGRAPHICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CONDUCT DISORDER

In this study, 101 children and adolescents, under the age of 17, with conduct disorder were assessed in the outpatient clinic. Chi square and t-tests were calculated through the use of SPSS Pc+ package programme. In this study, the correlation between some specific variables of conduct disorder as age, sex, family structure were investigated.

The male-female ratio of children and adolescents diagnosed as conduct disorder was found 5:1. The mean age of boys was 142.9 and girls was 170.7 months. 12.6 % of the parents of children and adolescents were divorced, 7.4 % were living with stepparents and 3.2 % of the mothers were living with their boy friends. One parent was dead (5.3 %) and one parent has been away from home most of the time (4.3 %).

The findings of the study were discussed along with the relevant literature.

Key words: Conduct disorder, demographical characteristics.

DAVRANIM BOZUKLUĞU TANISI ALAN ÇOCUK ve ERGENLERİN DEMOGRAFİK ÖZELLİKLERİ

Davranım bozukluğu (DB), Amerika Birleşik Devletleri'nde yaklaşık son 25 yıldır üzerinde en çok yayın yapılan çocuk ve ergenlik dönemi sorunlarından. Bunun en önemli nedenleri arasında davranım bozukluğunun Amerika'da her geçen gün artıyor olması ve hala tanı, etioloji ve tedavi tartışmalarının bir sona ulaşmamış bulunması sayılmaktadır. Ülkemizde ise, bazı yazılarda dolaylı olarak söz edilse de, bu konuyla ilgili yeterli yayın bulunmamaktadır. Davranım bozukluğu, aileye, topluma ve bireyin kerdine verdiği zararlar yönüyle ele alındığında, diğer çocuk ruh sağlığı bozukluklarının bir çoğundan ayrılan kötü prognozlu bir bozukluktur (Özden ve Canat, 1994).

Tanım:

DSM-IV davranım bozukluğunu, başkalarının temel haklarına saldırıldığı ya da yaşa uygun başlıca toplumsal değerlerin hiçe sayıldığı, yineleyici bir biçimde ya da sürekli olarak görülen davranışlar örüntüsü olarak tanımlamaktadır (APA 1994). ICD-10 ise davranım bozukluğu, yi-

neleyici ve sürekli olan saldırgan, sosyal yönden bozuk ve başkaldırıcı davranışlarla belirlidir demektir (DSÖ 1992). Davranım bozukluğunun İngilizcesi "Conduct Disorder"dır. Öztürk, çocukta toplumun beklentilerine uyan ya da uymayan hareketleri, tutumları betimleyen bir sözcük olan İngilizcedeki "conduct" sözcüğü karşılığında yerine daha uygunu bulununcaya dek "davranım" sözcüğünün kullanılmasını önermektedir (Öztürk 1994). Davranım bozukluğu bu tür davranış gösteren çocuklarda kullanılan en son terimdir.

Aslında, yaramazlık, haylazlık olarak bilinen başkaldırma, karşı gelme ve toplumsal değerlere ters düşen hareketler çocukların bir çoğunda görülebilen davranışlardır. Ancak bunlar normal çocuklarda genellikle süregen ve yineleyici değildir. Çocukla ilgilenildiğinde, bu hareketlerin anlamı incelenerek onunla konuşulduğunda, genellikle bu tür başkaldırmalar ve karşı gelmeler yatışmakta ve önemli bir uyum sorunu olmamaktadır. Ancak davranım bozukluğunda, çocuk veya gençteki başkaldırma, karşı gelme ve topluma aykırı davranışlar yineleyici ve inatçı bir şekilde uzayıp gitmektedir. Bu davranışlar nedeniyle çocuk ya da gencin aile ve toplumla ilişkileri belirgin derecede bozulmaktadır (Öztürk 1994). Aslında, Lewis'in bir cümlesi bize

* Yrd. Doç. Dr., G.A.T.A. Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, Ankara.

bozukluğu en güzel biçimde özetlemektedir. "Davranım bozukluğu, tanı konulması çok kolay, korunması ve sakınılması çok zor bir bozukluktur" (Lewis 1991).

Belirtiler ve tanı ölçütleri:

ICD-10 tanının temelini oluşturan davranış örnekleri olarak şunları önermektedir: Aşırı derecede kavgacılık ya da başkalarını korkutma, diğer insanlara ya da hayvanlara eziyet etme, eşyalara ciddi oranda zarar verme, yangın çıkarma, çalma, yineleyen yalan söyleme, okuldan ve evden kaçma, çok sık ve ağır öfke nöbetleri, başkaldırıcı kıskırtıcı davranışlar, sürekli ve ağır bir şekilde kurallara karşı çıkma. ICD-10'a göre tanı koymak için bu davranışlardan herhangi birinin belirgin şekilde bulunması yeterlidir. Ama tek kalan antisosyal eylemler tanı için yeterli değildir (DSÖ 1993).

Davranım bozukluğunda izlenen davranışlar DSM-IV'te dört ana başlıkta incelenmektedir. Bunlar:

1. İnsan ya da hayvanlarda fiziksel zarara neden olan ya da fiziksel zarar tehdidi olabilecek saldırgan davranış örüntüleri,
2. Mal ya da mülkte kayıp ya da zarara neden olabilen saldırgan olmayan davranış örüntüleri,
3. Dolandırıcılık ya da hırsızlık,
4. Kuralları ciddi bir biçimde bozma ya da çiğneme gibi davranış örüntüleri.

Yaş ve Cinsiyet Özellikleri:

Davranım bozukluğu, erkek çocuklarında kızlara oranla daha sık görülmektedir (Öztürk 1994). Görülme sıklığı erkeklerde kızlara oranla 4-5 kat fazladır. Yine erkek çocuklarında kızlara göre daha erken yaşta başlamaktadır. Erkek çocuklarında ortalama başlama yaşı yedi, kız çocuklarında on üçtür (Campbell ve ark. 1993). McGee ve arkadaşları (1990) 15 yaşındaki ergenlerle yaptıkları epidemiyolojik çalışmada davranım bozukluğu tanısını erkeklerde kızlardan üç kere daha fazla bulmuşlardır. Kız/erkek oranı çeşitli çalışmalarda 1/4-12 olarak bulunmuştur (Robins 1981).

Yaygınlık:

Prevalans % 5-15 arasında değişmektedir (Popper 1988). DSM-IV'te davranım bozukluğunun yaygınlığının son yıllarda arttığı ve şehirlerde, kırsal alanlardan daha sık izlendiği belirtilmektedir. Oranlar çalışmanın yöntemine ve

örneklem yapısına bağlı olarak geniş bir aralıkta değişmektedir. Erkekler için 18 yaşın altında oran % 6 ile % 16 arasındayken; kızlar için % 2 ile % 9 arasında bulunmaktadır. Davranım bozukluğu, ABD'de çocuk ruh sağlığı servisleri, poliklinik ve kliniklerinde en sık rastlanan bozukluklardan biridir (APA 1994).

1986 yılında Ankara Üniversitesi Çocuk Ruh Sağlığı Bölümüne başvuran 720 çocuk arasında davranım bozukluğu, % 4.4 sıklıkta bulunmuştur (Erol 1988). 1991 yılında aynı klinikte 415 çocuk üzerinde yapılan çalışmada % 5.1 ile yedinci sırayı almıştır (Avcı 1992). Ankara Üniversitesi Ergen Kliniğine başvuran 576 hastada ise % 7.1 ile beşinci sırayı almıştır. Yurt dışında hem Avrupa, hem Amerika kökenli araştırmalarda davranım bozukluğu, kliniğe başvurularda ve hastaneye yatışlarda hemen daima ilk sırayı almaktadır (aktaran Özden ve Canat, 1994). Özden ve Canat (1994), Ankara Üniversitesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Bölümleri'ne başvuran hastaların oranlarının az olmasını tanı koymadaki farklılıklara, hastaların gelmiyor olabileceklerine ya da ülkemizde prevalansın düşük olma olasılığına bağlamaktadırlar.

Ailesel Özellikler:

Bu tanıyı almış çocuk ve ergenlerin ailelerinde yapılan çalışmalarda, ailelerin genellikle düşük sosyoekonomik düzeyden geldikleri ve ana baba arasında şiddetli geçimsizlik bulunduğu bildirilmiştir (Fergusson ve ark. 1992). Parçalanmış aile oranı yüksektir. Genç suçluların % 70'inin tek ana babalı ailelerden geldikleri saptanmıştır (aktaran Özden ve Canat 1994). Annede ilgisizliğe, babada duygusal uzaklığa, antisosyal kişilik bozukluğuna, alkol ve madde bağımlılığına sık olarak rastlanılmaktadır (Frick ve ark. 1992).

Biyolojik ya da üvey ebeveynde antisosyal kişilik bozukluğu ya da bir kardeşte davranım bozukluğu olduğunda çocuklarda davranım bozukluğu riski artmaktadır. Biyolojik ebeveynlerinde alkol bağımlılığı, duygudurum bozuklukları, şizofreni olan ya da geçmiş yaşantılarında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ya da davranım bozukluğu öyküsü olan anne babaların çocuklarında davranım bozukluğunun görülmesi daha sıktır. Özetle, ikiz ve evlat edinme çalışmalarından elde edilen bulgular, davranım bozukluğunun hem genetik hem çevresel et-

menlerin her ikisiyle de ilişkili olduğunu göstermektedir (APA 1994).

GEREÇ VE YÖNTEM

Araştırma Grubunun Özellikleri:

Araştırmaya, Ekim 1994 ve Ekim 1995 tarihleri arasında Hacettepe Çocuk Ruh Sağlığı Bölümüne başvuran ve DSM - IV'e göre davranım bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan, 17 yaşın altındaki tüm çocuk ve ergenler alınmıştır. Araştırma grubundaki çocuk ve ergenlerin tümüne davranım bozukluğu tanısı, çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında çalışan bağımsız iki çocuk psikiyatristi tarafından konulmuştur. Araştırma grubuna katılma ölçütleri aşağıda belirtilmiştir.

Araştırma grubunun çalışmaya katılım ölçütleri:

1. Çocuk ve ergen ruh sağlığı alanında çalışan birbirinden bağımsız iki terapist tarafından yapılan değerlendirmede davranım bozukluğu tanısının konulması,
2. Çocuk ve gençlerdeki davranım bozukluğu tanısının DSM-IV tanı ölçütlerince karşılanıyor olması,
3. Çocuk ve gençlerin 0-17 yaş aralığında olmaları,
4. WÇZÖ-R sonuçlarına göre tüm zeka bölümünün 70'in altında olmaması,
5. Sonuçları etkileyebilecek organik ve bedensel hastalıklarının olmaması,

Bu tanı ölçütlerini karşılayan araştırma grubu, 81 erkek, 20 kız olmak üzere toplam 101 çocuk ve ergenden oluşmuştur.

İstatistiksel İşlem

Verilerin istatistiksel analizi bilgisayarda SPSS (Statistical Package for Social Sciences, For Windows Release 5.0.1, SPSS Inc., 1992) paket programı kullanılarak yapılmıştır.

Sayıyla belirtilen verilerin değerlendirilmesi kare (x^2) testi ile yapılmıştır. Ölçümle belirtilen verilerin değerlendirilmesinde bağımsız iki grubun ortalamalarının karşılaştırılması t-testi ile yapılmıştır. Sonuçlar tablolar halinde sunulmuştur.

Bütün istatistiksel testlerde en düşük anlamlılık düzeyi .05 olarak alınmıştır. Tablolarda testlerdeki anlamlılık düzeyi olduğu gibi gösterilmiştir. Testin sonucunda anlamlılık düzeyi .05 den küçük ise * işaretiyle belirtilmiştir.

BULGULAR

A) Davranım Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk ve Gençlerin Cinsiyet Özellikleri:

Tablo 1: Davranım bozukluğu tanısı alan çocukların cinsiyet dağılımı.

CİNSİYET	N	%	x^2
ERKEK	81	80.2	36.84*
KIZ	20	19.9	

*p: .0000

Davranım bozukluğu tanısının erkek çocuklarında kız çocuklarından anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

B) Davranım Bozukluğu Tanısı Alan Çocuk ve Gençlerin Yaş Özellikleri:

Çocuk ve ergenlerin yaşları ay olarak değerlendirilmiştir. Davranım bozukluğu tanısı alan 101 çocuk ve ergenin yaş ortalaması 148.5 ay olarak bulunmuştur. Standart sapma 29.2 aydır. DB tanısı alan en küçük birey 65 aylık, en büyük birey 199 aylıktır. Tablo-II'de, cinsiyetlere göre yaş ortalamalarının karşılaştırılması verilmiştir.

Tablo 2: Davranım bozukluğu grubunun cinsiyetlere göre yaş ortalamalarının karşılaştırılması.

CİNSİYET	ERKEK (N: 80)		KIZ (N: 20)		t
	ort	ss	ort	ss	
YAŞ (ay)	142.9	28.2	170.7	21.9	4.75*

*p: .0000

Tabloda görüldüğü gibi davranım bozukluğu tanısı alan erkek çocukların yaş ortalaması, kız çocuklarından anlamlı düzeyde küçük olarak bulunmuştur.

C. Aile Yapısı ve Özellikleri:

Anne babası ölen, boşanan ya da ayrılmış olanlar anne babası ya da yasal olmayan ebeveyni bulunanların oranları Tablo-III'de gösterilmektedir.

Tablo 3: Ailenin Demografik Özellikleri

AİLE YAPISINA ÖZGÜ DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER					
VAR - YOK	BOŞANMA	ÜVEY	Yasal Olmayan İlişki	AB AYRILIĞI	ÖLÜM
+	12.6	7.4	3.2	4.3	5.3
-	87.4	92.6	96.8	95.7	94.7

DB tanısı alan çocuk ve ergenlerin anne babalarının eğitim düzeyleri ve oranları ise Tablo-IV'te görülmektedir.

Tablo 4: Ebeveynlerin Eğitim Düzeyleri

EĞİTİM DÜZEYİ	EBEVEYNLER	
	ANNE (%)	BABA (%)
CAHİL	6.1	0
OKUR YAZAR	1	2
İLK OKUL	38.8	19.2
ORTA OKUL	18.4	25.3
LİSE	21.4	25.3
YÜKSEK OKUL	10.2	24.2
ORTA OKUL TERK	3.1	4
LİSE TERK	1	0
TOPLAM	100	100

Annelerin, % 45.5'inin ilkokul ve daha alt eğitim düzeyinde (okur yazar ya da cahil) oldukları görülmüştür. Yüksek okul mezunu annelerin oranı yalnızca % 10.1'dir. Annelerin mesleki özellikleri incelendiğinde ise % 65.7'sinin ev hanımı olup çalışmadıkları, % 23'ünün de memur olarak görev yaptıkları saptanmıştır.

Babaların % 21.2'sinin ilkokul ve daha alt düzeyde eğitimlerinin olduğu, % 24.2' sinin yüksek okul mezunu oldukları öğrenilmiştir. Babaların % 73.7 sinin orta direği oluşturan memur, işçi, emekli kesiminden oldukları görülmüştür. Babalardan birinin kumarhane, birinin bar işletmekte olduğu; üçünün işsiz, ikisinin de sık sık iş değiştirdiği öğrenilmiştir. Ebeveynlerden alınan öyküye göre, halen işsiz olan üç babanın ikisinin de eskiden kumarhane işlettikleri anlaşılmıştır.

Çocuk ve gençlerin %64.9'unu ilk randevüye tek ebeveynleri getirmiştir. DB tanısını alan çocuk ve gençlerin % 55.6'sı yalnızca anneleriyle, % 9.3'ü yalnızca babalarıyla gelmişlerdir. Her iki ebeveyniyle gelen çocuk oranı % 23.7'dir. Çocuk ve gençlerin yaklaşık onda birinin ilk randevüye her iki ebeveyni de gelmemiştir. % 9.3 oranında çocuk ve genç birinci derece akrabalarıyla, bir çocuk da yuva öğretmeniyle gelmiştir.

Çocukların % 50'sinin ailenin ilk çocuğu olduğu ve ortalama kardeş sayısının 2.67 olduğu saptanmıştır. DB tanısı alan çocuk ve gençlerin % 19.2'sinin kendisiyle birlikte dört ve daha fazla kardeş oldukları, % 31.3'ünün üç kardeş, % 40.4'ünün iki kardeş oldukları ve % 9.1'inin tek çocuk olduğu bulunmuştur. Çocuk ve gençlerin % 57.17'sinin kendi cinsiyetiyle aynı cinsiyette bir kardeşinin daha olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA

Davranım bozukluğu tanısı, erkek çocuklarında kız çocuklarından daha fazla görülmektedir (Öztürk 1994). Görülme sıklığı erkeklerde kızlara oranla 4-5 kat daha fazladır. Çeşitli çalışmalarda kız / erkek oranı 1 / 4- 12 olarak bulunmuştur (Robins 1981). Ülkemizde davranım bozukluğu tanısı almış 101 çocuk ve ergen üzerinde yapılan bu çalışmada da yurt dışı çalışmalarinkine benzer sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada davranım bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenlerde erkek / kız oranı 5 / 1 olarak bulunmuştur. Yalnızca davranım bozukluğu değil, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi diğer yıkıcı davranış bozuklukları da erkeklerde daha sık olarak görülmektedir (Öztürk 1994). Yıkıcı davranış bozukluklarının erkeklerde daha çok görülmesinin nedenleri büyük olasılıkla genetik bilimi ilerledikçe ortaya konabilecektir. Ancak sosyal ve çevresel etmenler üzerinde de durulmalıdır.

Yine dış yayınlarda davranım bozukluğunun erkek çocuklarında kız çocuklarından daha erken yaşta başladığı belirtilmektedir. Erkek çocuklarında ortalama başlama yaşı yedi, kız çocuklarında on üçtür (Campbell ve ark. 1993). Bu çalışmada da davranım bozukluğu tanısı alan erkek çocuklarının bize başvurma yaşı 142 ay, kız çocuklarının başvurma yaşı ise 170 ay olarak bulunmuştur. Bu sayılar yaklaşık olarak erkek çocuklarında 12, kız çocuklarında 14 yaşa denk düşmektedir. Ülkemizde de, yurt dışında da davranım bozukluğu belirtileri kızlarda erkeklerden daha ileri yaşlarda görülmektedir. Elbette bu sayıların, çocuk ruh sağlığı bölümüne başvurma yaşını içerdiği göz ardı edilmemelidir. Asıl belirtiler genellikle çok daha önce başlamakta ancak ebeveynler sorunlar dayanılmaz bir durum alınca psikiyatrik yardıma başvurmaktalardır. Ülkemizde erkek çocuklarında görülen yıkıcı davranış bozuklukları belirtileri genellikle "Erkek çocukları yaramaz olur. Büyüdükçe akıllanır, uslanır." denilerek umursanmamakta ve çoğu kez de çocuk ruh sağlığı bölümlerine, belir-

tiler başladıktan çok sonra başvurumaktadırlar. Bu çalışmada kız çocuklarıyla ilgili bulunan sayılar yazındaki çalışmaların sonuçlarına benzerdir. Ülkemizde aileler gençlik çağına girmekte olan kızlarında davranım bozukluğu belirtileriyle karşılaştıklarında telaşa kapılarak hemen psikiyatrik yardım almaya koşmaktadır. Aileler erkek çocuklarında görülen davranım bozukluğu belirtilerini bir süre için geçer düşüncesiyle normal olarak değerlendirmektedirler. Ancak kültürel etmenlerin de etkisiyle kız çocuklarına bu belirtiler yakıştırılmamakta ve bu da psikiyatrik yardımın hemen alınmasına neden olmaktadır. Örneğin: Evden kaçan bir erkek çocuğusa sorun ilk olarak aile içinde çeşitli önlemlerle çözülmeye çalışılmaktadır. Ancak evden kaçan bir genç kız ise belki de kültürel etmenlerin de etkisiyle bu belirti ailede ciddi bir travmaya neden olmaktadır.

McGee ve arkadaşları (1990) 15 yaşındaki ergenlerle yaptıkları epidemiyolojik çalışmada davranım bozukluğu tanısını erkeklerde kızlardan üç kez daha fazla bulmuşlardır. Görüldüğü gibi erkek kız oranı yaş ilerledikçe küçülmektedir. Bu çalışmanın bulguları yazındaki çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur.

Bu çalışmada DB Tanısı alan çocuk ve gençlerin ebeveynlerinin % 12.6'sı boşanmıştır ve % 7.4'ü üvey ebeveynle birlikte yaşamaktadır. % 3.2'sinde boşanmış anne yasal olmayan bir baba ile ilişki içerisinde. % 5.3'ünde ebeveynlerden birisi ölmüş ve % 4.3'ünde bir ebeveyn (sıklıkla baba) yılın büyük kısmını evden uzakta ayrı geçirmektedir. Tartışmanın bu bölümünde aile yapısının davranım bozukluğu gelişimindeki rolü üzerinde durulacaktır.

Rutter ve arkadaşları (1975) çocukluk ruhsal bozukluklarında aile ile ilgili altı risk etmeninin belirgin şekilde etkili olduğunu saptamışlardır. Bunlar, ciddi evlilik anlaşmazlıkları, düşük sosyoekonomik düzey, geniş aile yapısı, baba suçluluğu, anne ruhsal bozukluğu ve üvey ebeveyn yanında yaşamaktır. Rutter'ın belirlediği olumsuz ailesel ve çevresel risk etmenlerinin sayısı arttıkça çocuklarda ruhsal bozukluk riskinin de arttığı izlenmiştir. Biederman ve arkadaşları 1995 yılında yaptıkları çalışmada, Rutter'ın ailesel risk etmenlerinin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu üzerindeki etkilerini incelemişlerdir. Bu çalışmada ailesel risk etmenlerinin sayısı arttıkça, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğuyla birlikte görülen davranım bozukluğu, depresyon, anksiyete bozukluğu gibi ruhsal sorunların eşlik etme oranının da arttığı bu-

lunmuştur (Biederman ve ark. 1995). Görüldüğü gibi dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuklarda ek olarak ailesel risk etmenleri de varsa davranım bozukluğu gelişme riski artmaktadır. Gerçekten de, davranım bozukluğunda bireysel, psikolojik ve sosyal etmenler çok iç içedir.

Boşanma, ebeveyn ölümü ve ayrılığının hepsinde de ortak temel nokta çocuğun bir ebeveyninden ayrı yaşamasıdır. Boşanma her ne kadar temelde "ebeveyn ayrılığı"nu içeriyorsa da, ölüm ya da diğer nedenlere bağlı ebeveyn ayrılıklarından çok daha travmatik bir yaşam olayıdır. Beraberinde üvey ebeveynle birlikte yaşama zorunluluğunu, ebeveynlerde ruhsal sorunların oluşumunu, boşanma öncesince ana baba anlaşmazlıklarıyla dolu bir yaşantıyı da getirebilen travmatik bir yaşam olayıdır. Tüm bunlar çocuk ya da gençlerde davranım bozukluğu belirtilerinin gelişimini kolaşştırmaktadır. Böyle bir ortamda büyüyen çocuğun denetimi güçleşmekte, çocuk daha serbest ve denetimsiz davranabilmekte, anne baba uyumsuzluklarının olduğu bir ailede anne ve babadan çocuğa çifte mesajlar gidebilmekte, ruhsal sorunu olan ebeveyn çocuğuyla yeterince ilgilenememekte, aileye yeni katılan üvey ebeveyn ile çocuğun uyuma güçlükleri gündeme gelebilmekte ve daha bir çok olumsuz koşul çocukta davranım bozukluğu belirtilerinin oluşumunu kolaylaştırıcı bir etkiye neden olmaktadır (Yavaş 1995)

Davranım bozukluğunun tedavisinde ilaç tedavisinin yanısıra, olumsuz ailesel ve çevresel koşulların etkisinin göz ardı edilmemesi gereklidir. Biederman ve arkadaşları, 1995 yılında yaptıkları çalışmada, olumsuz ailesel etmenlerin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda ve bu bozukluğun gidişinde önemli bir rol aldığını göstermişlerdir. Genellikle dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğunun öncesinde, onun bir öncüsü (prekürsörü) olarak düşünülmektedir. Kısacası hiperaktivite, davranım bozukluğuna giden yollardan biridir. Rutter ailesel olumsuzlukların yolun akışının belirlenmesine yardımcı olduğunu söylemektedir (Taylor 1995). Gerçekten de bireysel risk etmenleri kadar ailesel, toplumsal, çevresel etmenler bazı hiperaktif çocuklarda davranım bozukluğu gelişimini kolaylaştırıcı rollere sahiptirler. Bir çok davranım bozukluğu tedavi yönteminin de aile ve akran ilişkilerine kenetlenmiş olması ve bu yollarla başarının elde ediliyor olması bunun en iyi göstergesidir. Bireysel faktörler ilaçla ancak kısa bir süre baskılanabilmektedir. İlaç terapiste, yalnızca çocuğu ya da genci eğitebil-

mek için zaman kazandırmaktadır. ABD ve Avrupa'da davranım bozukluğu çocuk ruh sağlığı polikliniklerine başvuruda ilk sırada yer alırken bizim toplumumuzda genellikle ilk dört bozukluk arasına bile girmemesi kültürel etmenlerin yani toplumun ve ailenin davranım bozukluğu gelişimindeki yerine işaret eden nedenler olarak görülebilir (Yavaş 1995).

Yukarıda sözü edilen çeşitli çalışmaların bulgu ve alıntılarında ailesel ve çevresel olumsuz etmenlerin çocuk ve gençleri kötü yönde etkilediği ve psikiyatrik bozuklukların gelişimine yol açtığı anlaşılmaktadır. DB tanısı alan bir çocuk ya da genç, ailesel ve toplumsal olumsuz ama kolaylaştırıcı etmenlerin de etkisiyle arzu ettiği bir şeye kavuşamamanın doğurduğu kaygıyla savaşmayı ve bekleyerek elde etmeyi değil, dürtüsel yapılarının da etkisiyle kolay yolu-yanı kaygısıyla savaştıktan kaçmayı-seçmektedir. Genellikle aile ve çevre de onu bu yanlış seçiminde doğruya yönlendirebilecek durumda değildir. Böylece yavaş yavaş davranım bozukluğu belirtileri gelişmekte ve yerleşmektedir. Bu noktada olumlu toplumsal ve ailesel etmenler devreye girer ve çocuğu düzeltme yoluna gidilirse davranım bozukluğu belirtilerinin oluşumu engellenecektir. Ama olumsuz aile içi ilişkilerinin olduğu, ebeveyn anlaşmazlıklarının bulunduğu, annenin çocuk eğitiminde yalnız kaldığı, çocuğun yeterince izlenmediği bir aile ortamında ve öğretmenlerin çocukları değil maaşlarıyla bir ayı nasıl geçireceklerini düşündüğü, çocukları kötü yöne yönlendirebilecek kişi ve olanakların hazır olduğu bir okul ortamında ve herkesin kendi derdine düştüğü bir toplumda, çocuk ve gençlerde davranım bozukluğu belirtilerinin gelişimine giden kapılar da açılacaktır.

Elbette bu çalışmada, davranım bozukluğu tanısı alan 101 çocuk ve gencin hepsinin de ebeveynlerinde boşanma, ölüm, ayrılık, üveylilik gibi olumsuz ailesel etmenler yoktur. Ancak burada önemli olan bu olumsuz etmenlerin varlığı değil, bunların doğurduğu elverişsiz eğitim ortamıdır. Böyle bir ortamda çocukların eğitimi güçleşmektedir. Çalışmadaki 101 çocuk ve ergenin tümünün ailesel özellikleri öykü alımı sırasında sorgulanmış, bir çoğu da uzunca bir süre izlenmiştir. Bu çocuk ve gençlerin büyük bir kısmının ebeveynlerinde boşanma, üveylilik, ölüm ve ayrılık gibi olumsuz etmenler olmasa da, sıklıkla şiddetli ebeveyn geçimsizlikleri, aile bireyleri arasında iletişimsizlik sorunları, ebeveynlerden çocuğa farklı mesajların gitmesi, bir ebeveynin çocuğun eğitiminde yalnız kalması, otoritenin sağlanamaması gibi bir çok olumsuz et-

men bulunmaktaydı. Burada önemli olan boşanma, ölüm, ayrılık ve üveyliliğin kendisi değil, bunların doğurduğu olumsuz ve yetersiz eğitim ortamıdır. Her ne kadar ölüm ya da boşanma nedeniyle bir çok çocuk ve genç tek ebeveyn ile yaşamak zorunda kalıyorsa da her çocukta davranım bozukluğu gelişmemektedir. Bu çocuk ve gençlerde de, davranım bozukluğu riski artmış olmasına karşın ebeveynlerin yeterli ve uygun bir eğitim ortamı sağlaması nedeniyle bozukluğa giden yollar kapanmaktadır.

DB tanısı alan çocuk ve ergenlerin annelerinin yarıya yakını ilkökul ve daha düşük eğitim düzeyinde bulunmuştur. Annelerin % 65.7'si ev hanımıdır. Babaların, yaklaşık üçte biri orta dereği oluşturan meslek grubunda yer almaktadır. Yazında da, DB tanılı gençlerin alt sosyoekonomik düzeyden geldiği bildirilmektedir (Lewis 1991). Bu çalışmanın bulguları da benzer sonucu göstermektedir. Burada önemli olan alt sosyoekonomik düzeyin beraberinde getirdiği olumsuz koşulların, çocuk ve gencin eğitimi güçleştirmesidir.

Çocuk ve gençlerin % 64.9'unu ilk randevüye tek ebeveynleri getirmiştir. Bu, ebeveynler arasındaki iletişim kopukluklarını gösteren bir bulgudur. Bu bulgu randevüye gelmeyen ebeveynin çocuğuyla yetersiz ilgisi olduğunu da gösterebilmektedir. Bu sonuç, çocuk ve gençlerin DB belirtilerini daha çok ebeveynlerden birine yansıttığını ve çocuğuyla uğraşmaktan bıkan dertli ebeveynin psikiyatrik yardıma tek başına da olsa başvurduğunu gösterebilir. Nitekim, çocuk ve gençlerin % 55.6'sı yalnızca anneleriyle gelmektedir. 101 çocuk ve ergenle yapılan görüşmelerin sonucunda oluşan genel kanı bu çocuk ve gençlerin eğitiminde genellikle annelerin yalnız kaldığıdır. % 65.7'si ev hanımı olan anneler tek başlarına çocuklarıyla başa çıkamadıkları görülmüştür. Asıl üzülen ve çocuklarının karşısında yetersiz kalan annelerdir. Çocuk ve gençlerin yalnızca dörtte biri her iki ebeveyniyle ilk randevüye gelmiştir. İlginç olan, kimi çocuk ve gençlerin babalarını ilk randevüden sonraki görüşmelere birçok kez çağırılmamıza karşın gelmemeleridir. Bu çocuk ve gençlerin babalarının, aile içi ilişkilerinin düzene girmesi için gelmeleri gerekliydi.

Çocukların % 50'sinin ailenin ilk çocuğu olmasının, ilk çocuğun yetiştiriliş biçimiyle ve kardeş kıskançlığıyla ilişkisi üzerinde araştırma yapılması gereken bir konudur. Örneklemin yaklaşık % 40'ı iki kardeştir. Niçin iki kardeş oranının bu kadar yüksek olduğu araştırılması gereken bir konudur.

Ortalama kardeş sayısı 2.67 olarak saptanmıştır. DB tanısı alan çocuk ve gençlerin % 19.2'sinin kendiyile birlikte dört ve daha fazla kardeş, % 31.3'ünün üç kardeş, % 40.4'ünün iki kardeş oldukları ve % 9.1'inin de tek çocuk olduğu bulunmuştur. DB tanılı çocuk ve gençlerin anne, baba, kardeş ilişkileri üzerinde mutlaka durulmalı ve bu konuda daha fazla araştırma yapılmalıdır.

Özetle denebilir ki, hem çevreden, hem de çocuğun iç dünyasından kaynaklanan çeşitli etmenler çocuklarda agresyona neden olmaktadır. Burada önemli bir nokta da, çocukların deneyerek agresyonu öğrenmeleri konusudur. Saldırgan davranışlarda bulunan bir çocuğa, iyi ve yeterli bir eğitim verebilecek düzenli bir aile ve toplum yapısı yok ise, saldırgan davranışlar artarak devam edecek ve çocuğun doğal davranışı haline gelecektir.

SONUÇ

- DB tanısı alan çocuk ve ergenlerin erkek/kız oranı 5 / 1 olarak bulunmuştur.
- DB tanısı alan çocuk ve gençlerin yaş özellikleri incelendiğinde, erkeklerin yaş ortalaması 11 yaş 9 ay, kızlarınsa 14 yaş 4 ay olarak bulunmuştur.
- DB tanısı alan çocuk ve gençlerin ebeveynlerinin % 12.6'sı boşanmıştır ve % 7.4'ü üvey ebeveynle birlikte yaşamaktadır. % 3.2'si boşanmış anne ve yasal olmayan ilişki içerisinde. % 5.3'ünde ebeveynlerden birisi ölmüş ve % 4.3'ünde bir ebeveyn (sıklıkla baba) yılın büyük kısmını evden uzakta, ayrı geçirilmektedir.

TEŞEKKÜR

Bu çalışmanın yapılmasında büyük katkı ve emekleri bulunan, Yrd. Doç. Dr. Birsen SONUVAR'a, Doç. Psk. Dr. Ferhunde ÖKTEM'e ve Hacettepe Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nın tüm çalışanlarına teşekkür ederim.

KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition)*. Washington, D.C., s: 85-91.
- Avcı A (1992) *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine Başvuran Hastaların Belirti Dağılımı ve Sosyodemografik Özellikleri*. Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi. Ankara.

Biederman J, Milberger S, Faraone ve ark. (1995) *Family environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity*. Arch Gen Psychiat. 52: 464-470.

Campbell M, Nilda M, Gonzales M (1993) *Davranış bozuklukları ve öfke patlamalarının farmakolojik tedavisi*. Pediyatrik Psikiyatrik Psikofarmakoloji içinde D Shaffer (ed). Çevirenler: P Gökalg ve ark. İstanbul. Bilimsel ve Teknik Yayınları Çeviri Vakfı. s: 89-111.

Dünya Sağlık Örgütü (1993) *ICD - 10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması (Klinik Tanımlamalar ve Tanı Klavuzları)*. Çeviri Yayın Yöneticileri: MO Öztürk ve B Uluğ. Ankara. Medikomat Basım Yayın San. ve Tic. Ltd. Şti.

Erol N (1988) *Çocuk psikiyatrisinde demografik özellikler ve belirti dağılımı*. Ankara Tıp bülteni. 13-14.

Fergusson DM- Horwood LJ, Yynskey MT (1992) *Family change, parental discord and early offending*. J Child Psychol Psychiatry. 33: 1059 - 1075.

Frick PJ, Lahey B, Loeber R ve ark. (1992) *Familial risk factors to oppositional defiant disorders and conduct disorders*. J Consult Clin Psychol. 60: 49-55.

Lewis DO (1991) *Conduct Disorder. Child and Adolescent Psychiatry içinde*. M. Lewis (ed), Williams and Wilkins, Baltimore. s: 561 - 573.

McGee R, Feehan M, Williams S ve ark. (1990) *DSM - III Disorders in a large sample of adolescents*. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 29: 611 - 619.

Özden A, Canat S (1994) *Davranım bozukluğu tanı ve etiyojoli: bir gözden geçirme*. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 1 : 1. 40 - 50.

Öztürk M (1994) *Çocukluk Çağı Ruhsal Sorunları ve Bozuklukları*. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları içinde. (derleyen) MO Öztürk. Ankara. Medikomat Basım Yayın San. ve Tic. Ltd. Şti. s: 421 - 451.

Popper CW (1988) *Conduct Disorder. Textbook of Psychiatry içinde*. JA Talbott ve ark. (eds), Washington. American Psychiatric Press. s: 644 - 670.

Robins LN (1981) *Epidemiological approaches to natural history research: Antisocial disorders in children*. J am Acad Child Adolesc Psychiatr. 20: 566 - 580.

Rutter M, Cox A, Tupling C ve ark. (1975) *Attainment and adjustment in two geographical areas. I: The prevalence of psychiatric disorders*. Br J Psychiat. 126: 439 - 509.

Taylor E (1995) *Syndromes of Attention Deficit and Overactivity*. Child and Adolescent Psychiatry Modern Approaches Third Edition içinde. M. Rutter ve ark. (eds), Bath Press. s: 285 - 307.

Yavaş İ (1995) *Davranım Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Depresyon ve Anksiyete Bozuklukları Birlikteliği*. GATA Tıp Fakültesi Çocuk Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanlık Tezi. Ankara.