

Kentsel Kesimdeki Türk İlkokul Çocuklarında Yıkıcı Davranış Bozuklukları Sıklığının İncelenmesi

Nahit M. MUKADDES, Mücahit ÖZTÜRK, Salih ZOROĞLU, Sumru BİLGE

ÖZET

Bu araştırmada 620 Türk ilkokul çocuğunda iki aşamalı olarak yıkıcı davranış bozukluklarının sıklığı incelenmiştir. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) sıklığı % 5, karşıt gelme bozukluğu % 2.2, davranış bozukluğu % 0.16 olarak bulunmuştur.

Anahtar kelimeler: Yıkıcı davranış bozukluğu, davranım bozukluğu, DEHB, karşıt gelme bozukluğu, prevalans

Düşünen Adam; 1999, 12 (2): 19-22

SUMMARY

In this study the prevalence of disruptive behavioral disorder in Turkish primary school children was investigated. According to the results; the prevalence of ADHD is found to be 5 % oppositinal defiant disorder 2.2 %, and conduct disorder to be 0.16 %.

Key words: Disruptive behavioral disorder, ADHD, conduct disorder, oppositinal defiant disorder, conduct disorder, prevalence

GİRİŞ

Yıkıcı davranış bozukluğu kavramı dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu ve karşıt gelme bozukluğu tanı kategorilerini kapsamaktadır ⁽¹⁾.

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu kategorileri DSM III'un yayınlanmasından önce farklı terimlerle olsa da çocuk psikiyatrisinde sık kullanılan tanılardan karşıt gelme bozukluğu ilk kez DSM III sınıflama sisteminde bebeklik, çocukluk ve ergenlikte başlayan bozukluklar içinde yer aldı ⁽²⁾.

DSM III yayınlandıktan sonra yıkıcı davranış bozukluğunun kapsadığı tanı kategorileri pekçok tartışmaya neden oldu. Dikkat eksikliği hiperaktivite bo-

zukluğu ve davranış bozukluğu daha çok tanı kriterlerinin özgül olmaması nedeniyle tartışılırken, karşıt gelme bozukluğunun ayrı bir klinik antite olarak varlığı bile bazı yazarlar tarafından şüpheyle karşılanmaktaydı.

Örneğin Rutter ve Shaffer (1990) bu bozukluğun normalde karşı çıkma davranışından kolay ayırıldı-
lip edilemeyeceğini sorgularken, Werry ve ark. (1983) karşıt gelme bozukluğunu davranım bozukluğunun hafif formu olarak tanımlamaktaydılar ⁽³⁾.

Son 15 yılda yıkıcı davranış bozukluğunun kapsadığı tanı kategorilerinin prevalansını, komorbidite gösterdikleri durumları ve klinik boyutlarını inceleyen pekçok çalışma yapılmıştır. Pelham (1992) 931 çocuğu kapsayan epidemiyolojik çalışmasında yıkıcı davranış bozukluğu prevalansını % 8.3 bulmuş, bun-

lardan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun prevalansının % 5-8 ve diğer iki bozukluğun da belirtilmeyecek kadar düşük oranda olduğunu bildirmiştir⁽⁴⁾.

Bird (1988) dikkat eksikliği bozukluğu prevalansını % 9.5, karşıt gelme bozukluğu prevalansını % 9.9, davranım bozukluğu prevalansını % 1.5 olarak saptamıştır⁽⁵⁾. Anderson (1987) karşıt gelme bozukluğunu en sık rastlanan çocukluk çağı psikiyatrik bozukluğu olarak belirtmektedir⁽⁵⁾.

Komorbidite ile ilgili çalışmalar bu üç bozukluk arasında komorbitenin çok sık olduğu yönündedir. Keller (1992) 51 yıkıcı davranış bozukluğu tanısı konulan çocuğu incelemiş ve 17 (% 33) olgunun iki, bir olgunun da üç tanısı birlikte aldıklarını göstermiştir⁽⁶⁾. Bird (1988) bu alandaki çalışmasında olguların % 54'ünde tek bir bozukluk, % 46'sında komorbidite bulmuştur⁽⁵⁾.

Yıkıcı davranış bozukluğu gösteren çocukların kendileri, aileleri ve toplum açısından taşıdıkları riskler gözönünde bulundurularak ülkemizde ilkökul çocuklarında bu bozukluğun prevalansı ve komorbidite durumlarını incelemek amaçlandı.

GEREÇ ve YÖNTEM

Bu çalışma ölçeklerle değerlendirme ve klinik görüşme olmak üzere iki aşamalı olarak planlanmıştır.

Seçilen kitle: Çalışma İstanbul Fatih Milli Eğitim Müdürlüğü'ne bağlı Çapa semtinde bulunan Çapa ilkokulunun 1. ve 2. sınıf öğrencilerinden 620'sinin katılımıyla oluşmuştur. 7-9 yaşlarında olan bu öğrencilerin 286'sı kız 324'ü erkek çocuklardı.

Birinci aşamada ebeveyne çocuk davranış değerlendirme ölçeği verildi ve doldurma tekniği öğretildi. Bu ölçek Achenbach tarafından 4-5, 6-11, 12-16 yaş gruplarındaki kız ve erkekler için geliştirilmiştir⁽⁷⁾. 118 madde içeren bu ölçek çocuğun son 6 ayda gösterdiği davranış belirtilerini saptamada kullanılmaktadır. Çocuğun anne, babası ya da yakınları tarafından kendi kendilerine doldurabilecekleri dereceli bir ölçektir. Belirtiler 9 grupta boyutlandırılmış ve içe yönelim ile dışa yönelim olarak iki tanı grubuna ayrılmıştır. Belirtilerin bir kısmı kız ve erkek için ayrı

başlıkla isimlendirilirken bir kısmı ayrı gruplandırılmıştır.

Bu ölçek Akçakın tarafından Türkçeye çevrilmiş, güvenilirliği test tekrar testle saptanmıştır⁽⁸⁾. Bu ölçeğin sosyal yeterlilik ile ilgili bölümü bu çalışmada kullanılmamış 4-5 yaş için 8 skala, 6-11 yaş için 9 skalayı içeren bölümü kullanılmıştır. Bu boyutların herhangi birinde T skoru >70 olması, o alanda anlamlı psikopatolojiyi göstermektedir.

Bu ölçeğin dışa yönelim boyutları 6-11 yaş erkekler için hiperaktivite agresivite ve suçluluk 6-11 yaş kızlar için hiperaktivite, cinsel sorunlar, suçluluk, agresivite ve zalimane davranışları içermektedir. Hiperaktivite agresivite, suçluluk, zalimane davranışların herhangi birinde T>70 olan çocuklar ikinci aşamaya alındı.

İkinci aşamada çocuk ve ebeveyn klinik görüşmeye çağrıldı. Görüşme İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğinin yarı-yapılandırılmış gelişim, yakınma, öykü, özgeçmiş ve soygeçmiş içeren anamnez formu ve ayrıca DSM III-R yıkıcı davranış bozukluğu (dikkat eksikliği hiperaktivite, davranım ve karşıt gelme bozukluğu) kriterlerini içeren soru listesi doğrultusunda yapıldı. DSM III-R yıkıcı davranış bozukluğu 36 kriterini içeren soru listesi daha önce Pelham (1992) tarafından epidemiyolojik bir çalışmada kullanılmıştır. Pelham'ın kullandığı tarzda her soru 0 (hiçbir zaman), 1 (bazen), 2 (sıklıkla) şeklinde derecelendirilmiştir.

BULGULAR

Çalışmanın ilk aşamasına 286'sı kız, 334'ü erkek toplam 620 çocuk katılmıştır. Bunlardan hiperaktivite, agresivite, suçluluk, zalimane davranışlar boyutlarının herhangi birinde T>70 olan 94 olgu saptandı. Bu olgulardan 37'si kız 57'si erkekti. Olgulardan 12'si hiperaktivite, agresivite ve suçluluk, 7'si hiperaktivite ve agresivite, 5'i hiperaktivite ve suçluluk, 23'ü agresivite ve 25'i suçluluk alt ölçeklerinde eşik puanın üzerinde puan almıştır (Tablo 1).

94 olgudan 87'si ile klinik görüşme yapılabildi. 3 olguya ulaşılamadı, 4 olgu görüşmeye gelmedi. Klinik görüşmeye alınan 87 olgudan 19'unda sadece dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, 11'inde dikkat

Tablo 1.

Hiperaktivite	9
Agresivite	23
Suçluluk	25
Hiperaktivite+agresivite	7
Hiperaktivite+suçluluk	5
Agresivite+suçluluk	6
Hiperaktivite+suçluluk+agresivite	12
Zalimane davranış	1
Zalimane davranış+hiperaktivite	1
Zalimane davranış+agresivite	2
Zalimane davranış+hiperaktivite+agresivite+suçluluk	1
Zalimane davranış+agresivite+hiperaktivite	2

Tablo 2.

Tanı	Kız	Erkek	Toplam olgu sayısı
DEHB	9	10	19
Karşıt gelme bozukluğu	1	1	2
DEHB+karşıt gel.bozuk.	2	9	11
DEHB+dav.boz.+karşıt gel.boz.	1	-	1
Toplam	13	20	33

eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve karşıt gelme bozukluğu, 2'sinde sadece karşıt gelme bozukluğu ve 1'inde her üç bozukluk birden saptanmıştır (Tablo 2).

Çalışmamız sonucunda dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun prevalansı % 5, karşıt gelme bozukluğunun prevalansı % 2.2 ve davranım bozukluğunun prevalansı % 0.16 ve genelde yıkıcı davranış bozukluklarının prevalansı ise % 5.5 olarak bulunmuştur. 33 olgudan % 33'üne iki, % 3'üne de üç tanı konmuştur. Komorbidite oranı % 36'dır.

TARTIŞMA

Klinik başvurusu olamayan ilkokul çocuklarında yapılan çalışmada, çocuk davranış değerlendirme ölçeği agresivite, hiperaktivite, suçluluk, zalimane davranışlar boyutlarının herhangi birinden 94 çocuğun eşik üstü puan alması oldukça dikkat çekicidir.

Çalışma kapsamına alınan çocukların yaşları gözönüne alındığında, 7-9 yaş arası çocuklarda yıkıcı davranış bozukluklarının azaldığı bilindiğinden bu sayının fazlalığı düşündürücüdür. Yapılan çeşitli çalışmalarda 8 yaşındaki çocuklarda görülen agresivitenin ergenlikte ortaya çıkan yıkıcı davranış bozuk-

luklarının ön belirtisi olduğu gösterilmektedir. Bu açıdan çalışmamızda saptanan çocukların risk grubunu oluşturdukları düşünülebilir (10).

Çocuk davranış değerlendirme ölçeğinde dışı yönetim boyutlarının herhangi birinde T>70 bulunan 94 çocuktan klinik görüşme ile 33'ünün DSM-III-R'a göre yıkıcı davranış bozukluğu tanısı alması (ortalama % 35) bu iki sistem arasında anlamlı bağlantı olduğunu göstermektedir. Bu da daha önce Bird (1988) (5) ve Stienhard (1992) (10)'ın çalışmalarında vardıkları sonucu hatırlatmaktadır.

Yıkıcı davranış bozukluklarından DEHB'unun prevalansı % 5, davranım bozukluğunun % 0.16 ve karşıt gelme bozukluğu % 2.2 olarak saptanmıştır. Bizim sonuçlarımız Pelham'ın (1992) aynı kriterleri ve benzer metodolojiyi kullanarak 931 ilk ve ortaokul çocuğunda total olarak yıkıcı davranış bozukluğu prevalansını % 8.3, DEHB % 5.8 olarak belirttiği çalışma sonucuna benzemektedir (4).

Rutter (1970) Wight adası çalışmasında 10-11 yaş çocuklarda hiperkinetik sendrom prevalansını % 0.1, davranım bozukluğu prevalansını % 4 olarak belirtmiştir (11). Rutter'in çalışmasında hiperkinetik sendromun prevalansının bizim ve benzer çalışmalara kıyasla çok düşük ve davranım bozukluğu prevalansının çok yüksek olması kısmen kullanılan farklı tanı kriterleri, İngiliz araştırmacıların impulsiviteyi davranım bozukluğu temel belirtisi olarak görmeleri ve hiperkinetik sendromu daha dar bir çerçevede ele almaları ile ilgiliyken kısmen de Rutter'in incelediği yaş grubu ile bizim incelediğimiz yaş grubunda agresivite ve suçluluğun farklı şiddette seyretmesi ile ilgili görünmektedir.

Bird (1988) bizim çalışmamıza benzer bir metodoloji ile Puerto Rico da yaptığı çalışmada DEHB prevalansını % 9.5 ve karşıt gelme bozukluğu prevalansını % 9.9 olarak belirtmiştir (5). Bird ve ark. bu çalışmanın sonuçlarının diğer ülkelerde yapılan çalışmaların sonuçlarına kıyasla çok yüksek olduğunun farkına vararak bunun Puerto Rico'lu annelerin çocuklarının yakınmalarını abartılı yansıtması ile ilgili olduğunu belirtmişlerdir.

Üç tanı kategorisi arasında komorbidite gözden geçirildiğinde DEHB'lu 31 olgudan 11'inde ayrıca kar-

şit gelme bozukluğu ve birinde de üç tanının aynı anda bulunması, komorbiditenin (% 36) yüksek olduğunu düşündürmektedir. Bu oran Keller'in (1992) 51 yıkıcı davranış bozukluğu tanısı alan vakasındaki % 33'lük komorbidite düzeyine yakın görünmektedir (6). Bird'in çalışmasında ise oran biraz daha yüksektir (% 46). Ancak bu çalışmaya 4-16 yaşlarında çocuklar katıldığından bu beklenir bir sonuçtur.

Sadece karşıt gelme bozukluğu tanısı alan çocuk sayısının azlığı (% 0.3) bu tanı kategorisi ile ilgili soru işaretlerini tekrar akla getirmektedir. Anderson (1987) epidemiyolojik bir çalışma sonucunda bu bozukluğu en sık rastlanan çocukluk çağı bozukluğu olarak belirtmesine karşın (12), bizim çalışmamızın sonucu bu görüşe uymamaktadır. DEHB tanısı alan çocukların üçte birinde bu tanının da konulabilmesi, bu tanının sıklıkla DEHB'na eşlik eden ikincil belirtiler gibi algılanması gerektiğini veya ergenlikte gelişebilecek muhtemel davranım bozukluğunun erken görünümü düşüncesini akla getirmektedir.

Davranım bozukluğunun % 0.16 oranında görülmesi ve bu olguda üç bozukluğun aynı anda bulunması davranım bozukluğu tanısının bu yaş grubunda kolay konulamayacağını düşündürmektedir. Ayrıca epidemiyolojik çalışmaların metodolojisinin getirdiği kısıtlılıklar çerçevesinde davranım bozukluğu tanısına yönelmenin kolay olmadığı akla gelmektedir.

Yıkıcı davranım bozukluğu tanı kategorilerinin nosolojik bağlamda tartışmaları devam etmektedir. Ancak çalışmamızda saptanan klinik başvurusu olmayan çocuklar arasında yıkıcı davranışların boyut

ve şiddeti, bu konuda duyarlı olmamız ve toplumsal alanda yeni başatme yolları geliştirmemiz gerektiğini göstermektedir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3 rd (ed). Revised Washington DC American Psychiatric Association Press, 1987.
2. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3rd (ed). Revised Washington DC American Psychiatric Association Press, 1980.
3. Rey JM, Plapp JM: Quality of perceiver parenting in oppositional and conduct disordered adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 3:382-85, 1990.
4. Pelham WE, Gnagy EM, Grenslade KE, Milich R: Teacher rating of DSM III-R symptoms for the disruptive behavior disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2:210-18, 1992.
5. Bird HR, et al: Estimates of the prevalence of childhood maladjustment in a community survey in Puerto Rico. *Arch Gen Psychiatry* 45:1120-26, 1988.
6. Keller et al: The disruptive behavioral disorder in children and adolescents comorbidity and clinical course. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2:204-9, 1992.
7. Achenbach T, Edelbroch C: Manual for the child behavioral checklist and revised child behavior profile. Barlington University of Vermont Department of Psychiatry, 1983.
8. Akçakın M: Çocukların davranışlarını değerlendirme ölçeğinin tanıtımı ve güvenilirlik çalışması. *Psikoloji Dergisi* 18:3-6, 1985.
9. Lewis DO: Conduct disorder. *Child and adolescent psychiatry second edition*. Melvin L (ed). Williams and Wilkins, Baltimore 564-77, 1996.
10. Steingard R, Biederman J, Boyle AO, Sprich-Buckminster S: Psychiatric comorbidity in attention deficit disorder. Impact on the interpretation of child behavior checklist results. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31:449-54, 1992.
11. Wolf S: Non-delinquent disturbances of conduct. *Child Adolescent psychiatry*. Rutter M, Hersov L (eds). Blackwell Sciences Publication London, 1985.
12. Felton E: Oppositional-defiant and conduct disorder child and adolescent psychiatry. Third edition (Rutter M, Taylor E, Hersov L) Blackwell Science Ltd 308-30, 1995.
13. Werry JS, Reeves JC, Elkind GS: Attention deficit, conduct, oppositional and anxiety disorders in children. Review of research on differentiating characteristics. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2:133-43, 1987.