

Bölüm 40

ÇOCUKLUK ÇAĞI DAVRANIM BOZUKLUKLARI YÖNETİMİ

Ayla UZUN ÇİÇEK¹

Davranım bozuklukları otoriteye karşı gelme, kurallara uymak istememe, çabuk hiddetlenme, düşmanca tavırlar sergileme, saldırganlık, başkalarının haklarının ihlal etme, yalancılık ve hırsızlık, mala zarar verme gibi çok çeşitli davranış sorunları ile kendini gösteren ve genellikle zaman içerisinde ilerleme gösteren davranış örüntüleridir. Oldukça sık olarak görülen davranım bozuklukları çocuk ve ergen psikiyatrisi polikliniklerine en sık başvuru sebeplerinden birini oluşturmaktadır (1-4).

Önceki sınıflama sisteminde “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları” kategorisinde yer alan davranım bozukluklarında Amerikan Psikiyatri Birliğinin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının beşinci baskısının (DSM-5) 2013 yılında yayınlanmasıyla birtakım değişikliklere gidilmiştir (5, 6). Öncelikle bu sınıflamada yer alan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) «Nörogelişimsel Bozukluklar» kategorisine alınmıştır. Yine bu kategoride yer alan Davranım Bozukluğu (DB) ve Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu (KOKGB) “Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetim ve Davranım Bozuklukları” başlığı altında toplanmıştır. Bu bölümde davranım bozuklukları “Davranım Bozukluğu” ve “Karşıt Olma Karşıt Gelme Bozukluğu” alt başlıkları ile ele alınacaktır.

DAVRANIM BOZUKLUĞU

Tanım

Ev ve okul işlevselliğini bozan, başta çocuğun kendisi olmak üzere aile ve toplumu önemli derecede etkileyen Davranım Bozukluğu (DB) başkalarının temel haklarının çiğnenmesi, toplumsal ve ahlaki norm ve kuralların tekrarlayıcı olarak saldırıya uğratılması ile karakterizedir. Belirtiler çok çeşitli ortamlarda ve dört temel boyutta yaşanmaktadır: insanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık, mala zarar verme, kuralları büyük ölçüde çiğneme, yalancılık veya hırsızlık (1-3, 5).

Epidemiyoloji

Çocukluk ve ergenlik döneminde oldukça sık görülen DB'nin görülme sıklığı çalışmalarda ki metodolojik farklılıklara bağlı olarak % 1-16 arasında değişmektedir. Prevalans 15-16 yaşına kadar yaşla birlikte artmakta ve sonrasında sabit hale gelmektedir. DB erkek/kız oranı 4-12/1 olarak tüm yaş gruplarında erkeklerde daha sık görülmekte ve belirtileri daha erken yaşlarda ortaya çıkmaktadır (1-3).

DB toplumun her kesiminde görülmekle birlikte sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerden ve sosyal düzensizliğe sahip, suç oranının yüksek olduğu elverişsiz bölgelerden gelen çocuk ve ergenlerde daha sık gözlenmektedir (7). Bununla birlikte, son yıllarda DB'nin her iki cinsiyette de

¹ Dr. Öğr. Üyesi., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı., dr.f.ayla@hotmail.com

KOMORBİDİTE

En sık DEHB olmak üzere sıklıkla eşlik eden tanımlar arasında anksiyete ve duygudurum bozuklukları, iletişim ve öğrenme bozuklukları, alkol-madde kullanım bozuklukları yer alır. Bu komorbid durumlar davranışsal sorunların daha şiddetli görülmesi, suça yönelme için daha yüksek risk, sosyal çevresi tarafından daha fazla reddedilme, aile, okul ve sosyal işlevselliklerinin daha çok bozulması ile ilgilidir (1, 4, 22).

Ayırıcı Tanı

Ayırıcı tanıda en önemli nokta normal çocukluk özellikleridir. Belirtilerden birçoğu özellikle 2-4 yaşları arası ve ergenlik döneminde normal gelişim gösteren çocuklarda da görülebilmektedir, ancak KOKGB'li çocuklarda belirtiler daha süregelen niteliktedir ve işlevsellikte bozulmaya yol açmaktadır. KOKGB ve DB ortak özellikler göstermesinin yanı sıra KOKGB DB gelişimi için risk faktörüdür, saldırganlık, mala zarar verme, hırsızlık ve başkalarının haklarını ihlal etme gibi DB'ye özgü belirtilerin KOKGB'de olmaması iki tanının ayırımında önemlidir (1, 22).

Belirtileri oldukça benzer olan yıkıcı duygudurumu düzenleyememe bozukluğu (YDDDB) ile KOKGB'nin ayırt edilmesi güç olabilir. Ancak gelişim düzeyi ile tutarsız öfke patlamaları ve duygudurum dalgalanmaları YDDDB'de daha sık ve şiddetlidir (5).

Stres verici veya olumsuz bir yaşam olaylarına ikincil olarak veya uyum bozukluğunda gelişen KOKGB belirtilerinin KOKGB ile ayırımında belirtilerin ne kadar süredir var olduğu göz önüne alınmalıdır. Ayrıca KOKGB'de olumsuz yaşam olaylarının etiyolojik yeri olsa da, belirtiler sıklıkla tek bir stresli olay sonrasında gelişmemektedir. Depresyon ve bipolar bozuklukla da ortak belirtiler gösteren KOKGB'nin ayırımında belirtilerin süresi yanı sıra bu bozukluklara özgü KOKGB'de olmayan ek belirtilerin varlığı önemlidir (1, 22).

Tedavi

Tedavi DB'de olduğu gibi çocuk, aile, okul ve yakın çevrenin birlikte ele alındığı çok yönlü, multidisipliner, bütüncül bir yaklaşım gerektirir. Esas olarak psikososyal yaklaşımlar uygulan-

maktadır. Bu noktada ebeveynlerin eğitimi ve aile odaklı yaklaşımlar büyük önem taşımaktadır. Ebeveyn-çocuk etkileşim terapisi, öfkeyle başa çıkma ve problem çözüme becerilerini geliştirmeye yönelik terapiler, danışmanlık ve rehberlik programları, okulu içeren müdahaleler, psikoeğitim ve psikoterapi uygulanan tedaviler arasındadır. DB'de olduğu gibi özgün bir farmakolojik tedavi yoktur, tedavide eşlik eden bozuklukların dikkate alınması önerilmektedir. Eşlik eden tanıya göre stimulanlar, atipik (ikinci kuşak) antipsikotikler, atomoksetin, antidepressanlar, lityum ve antikonvulsanlar kullanılabilmektedir (1, 4, 22, 23).

Gidiş ve Prognoz

KOKGB'de prognozu belirleyen faktörler belirtilerin başlangıç yaşı, şiddeti ve sıklığı, koruyucu ve risk faktörlerinin varlığı ve komorbid durumlar olarak sıralanmaktadır. Önemli bir kısmının yıllar sonra büyük sorunlara yol açmadan yaşamlarına devam ettikleri ve tanı ölçütlerini karşılamadığı bilinmektedir. KOKGB şiddetli ve erken başlangıçlı ise, risk faktörlerini ve komorbid durumları barındırıyorsa belirtiler süreklilik göstermekte ve DB, alkol-madde kullanım bozukluğu, suça yönelme ve antisosyal kişilik bozukluğu gelişme riski artmaktadır (1, 4, 22).

Anahtar Kelimeler: davranım bozukluğu, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, çocuk ve ergenler, yaklaşım, müdahale

Kaynaklar

1. Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2016). Kaplan & Sadock Psikiyatri: Davranış Bilimleri ve Klinik Psikiyatri (Ali Bozkurt Çev. Ed.). Ankara: Güneş Tıp Kitapevi.
2. Ardic, Ü. A., Ercan, E. S., & Durak, S. (2016) Davranım Bozukluğu. Aynur Pekcanlar Akay, Eyüp Sabri Ercan (Eds.) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde (s. 75-80). Ankara: Türkiye Çocuk ve Genç Psikiyatrisi Derneği Yayınları.
3. Scott, S. (2012). Conduct disorders. In J. M. Rey (ed), IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health (p. D3). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Profession.
4. Ardic, Ü. A., Ercan, E. S., & Durak, S. (2016) Karşıt olma karşıt Gelme Bozukluğu. Aynur Pekcanlar Akay, Eyüp Sabri Ercan (Eds.) Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları içinde (s. 81-86).
5. Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. (Ertuğrul Köroğlu Çev. Ed.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

6. American Psychiatric Association. (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.
7. Piotrowska PJ, Stride CB, Croft SE, et al. Socioeconomic status and antisocial behaviour among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2015; 35:47-55. doi: 10.1016/j.cpr.2014.11.003.
8. Bornovalova MA, Cummings JR, Hunt E, et al. Understanding the relative contributions of direct environmental effects and passive genotype-environment correlations in the association between familial risk factors and child disruptive behavior disorders. *Psychol Med*. 2014;44(4):831-44. doi: 10.1017/S0033291713001086.
9. Waltes R, Chiocchetti AG, Freitag CM. The neurobiological basis of human aggression: A review on genetic and epigenetic mechanisms. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*. 2016;171(5):650-75. doi: 10.1002/ajmg.b.32388.
10. Thompson DF, Ramos CL, Willett JK. Psychopathy: clinical features, developmental basis and therapeutic challenges. *J Clin Pharm Ther*. 2014;39(5):485-95. doi: 10.1111/jcpt.12182.
11. Bakker-Huvenaars MJ, Greven CU, Herpers P, et al. (2018). Saliva oxytocin, cortisol, and testosterone levels in adolescent boys with autism spectrum disorder, oppositional defiant disorder/conduct disorder and typically developing individuals. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2018;7. pii: S0924-977X(18)30280-3. doi: 10.1016/j.euroneuro.2018.07.097.
12. Fairchild G, Hagan CC, Walsh ND, et al. Brain structure abnormalities in adolescent girls with conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(1):86-95. doi: 10.1111/j.1469-7610.2012.02617.x.
13. Portnoy J, Farrington DP. Resting heart rate and antisocial behavior: An updated systematic review and meta-analysis. *Aggression and Violent Behavior*. 2015;22:33-45. doi: 10.1016/j.avb.2015.02.004.
14. Noordermeer SDS, Luman M, Weeda WD, et al. Risk factors for comorbid oppositional defiant disorder in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2017;26(10):1155-1164. doi: 10.1007/s00787-017-0972-4.
15. Murray J, Farrington DP. Risk factors for conduct disorder and delinquency: key findings from longitudinal studies. *The Canadian Journal of Psychiatry* 2010;55(10):633-642. doi: 10.1177/070674371005501003.
16. Hoffmann MS, Pan PM, Manfro GG, et al. Cross-Sectional and Longitudinal Associations of Temperament and Mental Disorders in Youth. *Child Psychiatry Hum Dev*. 2019;50(3):374-383. doi: 10.1007/s10578-018-0846-0.
17. Theule J, Germain SM, Cheung K, et al. Conduct Disorder/Oppositional Defiant Disorder and Attachment: A Meta-Analysis. *J Dev Life Course Criminology*. 2016; 2: 232-255 doi: 10.1007/s40865-016-0031-8.
18. Docherty M, Kubik J, Herrera CM, et al. Early maltreatment is associated with greater risk of conduct problems and lack of guilt in adolescence. *Child Abuse Negl*. 2018;79:173-182. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.01.032.
19. Johnson VA, Kemp AH, Heard R, et al. Childhood- versus adolescent-onset antisocial youth with conduct disorder: psychiatric illness, neuropsychological and psychosocial function. *PLoS One*. 2015;2;10(4):e0121627. doi: 10.1371/journal.pone.0121627.
20. Colins OF, Andershed H. The DSM-5 with limited prosocial emotions specifier for conduct disorder among detained girls. *Law Hum Behav* 2015; 39:198-207. doi: 10.1037/lhb0000108.
21. Ilomäki E, Hakko H, Ilomäki R, et al. Gender differences in comorbidity of conduct disorder among adolescents in Northern Finland. *Int J Circumpolar Health*. 2012;20;71:17393. doi: 10.3402/ijch.v71i0.17393.
22. Quay, K., & Stringaris, A. (2012). Oppositional defiant disorder. In J. M. Rey (ed), *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health* (p. D2). Geneva: International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.
23. Khan S, Down J, Aouira N, et al. Current pharmacotherapy options for conduct disorders in adolescents and children. *Expert Opin Pharmacother*. 2019;20(5):571-583. doi: 10.1080/14656566.2018.