

# Davranım bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde komorbidite: 6 ay süreli bir kesitin retrospektif analizi

*Comorbidity in children and adolescents with conduct disorder: A retrospective analysis of 6-month period of time*

Zeynep Göker<sup>1</sup>, Çağatay Uğur<sup>1</sup>, Gülser Dinç<sup>1</sup>, Özlem Hekim Bozkurt<sup>1</sup>, Özden Şükran Üneri<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Dr., Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi

## ÖZET

**Amaç:** Bu çalışmada 6 aylık bir zaman kesiti içinde davranım bozukluğu tanısı konan çocuk-ergenlerin klinik özellikleri incelendi. **Gereç ve Yöntem:** 1 Ocak - 30 Haziran 2015 tarihleri arasındaki toplam 6 aylık sürede davranım bozukluğu tanısı DSM-IV ölçütleri esas alınarak konulmuş toplam 71 olgunun kaydı geriye dönük incelendi. Bozukluk ile ilişkili bulguların 10 yaşın altında saptanmış olanları "erken başlangıçlı" olarak kabul edildi. Olguların toplam zeka puanı, başka bir psikiyatrik bozukluk varlığı, uygulanan tedaviler kaydedildi. Okul başarısı değişkeni olguların zeka testi sonucu ve öğretmen geribildirim ölçeklerinde yer alan akademik başarı ile ilgili bilgiler esas alınarak düzenlendi. SPSS 17.0 programı ile analiz edilen değişkenlerde  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi. **Bulgular:** Toplam 71 olgunun %66,2'si erkek ve yaş ortalaması 12,5 idi. Olguların %50,7'si DB ölçütlerini karşılıyordu. DB grubu yaş ortalaması BTA-DB grubundan yüksek bulundu ( $p=0,002$ ). Olguların %32,4'ünde bozukluğun erken-başlangıç gösterdiği saptandı. BTA-DB'li olguların %45,7'sinde bulguların erken başlangıçlı olması anlamlı bulundu ( $p=0,018$ ). Olguların %80,3'ünde ( $n=57$ ) IQ 80 puan ve üzeri olduğu, erkeklerde daha yüksek oranlarda  $IQ < 80$  dağılımı ( $p=0.025$ ) varlığı saptandı. Olguların %9,9'u en az bir madde kullanıyordu. Madde kullanım oranları DB olma ( $p=1,000$ ), erkek olma ( $p=0,682$ ), ya da bozukluğun erken başlamış olması ( $p=0,415$ ) değişkenlerinden bağımsız bulundu. Olguların %64,8'inde bir başka psikiyatrik bozukluk, en sık da dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB, %21,1) varlığı saptandı. DB'li olgularda psikiyatrik eş-tanı varlığı anlamlı olarak daha yüksekti ( $p < 0,001$ ). Olguların %59,2'sine farmakoterapi, %16'9'una psikoterapi, %12,7'sine kombine tedavi uygulandığı saptandı. DB'li gruba farmakoterapi uygulama oranları anlamlı olarak daha yüksek bulundu ( $p=0,035$ ). **Sonuç:** BTA-DB kendini 10 yaşından önce göstermektedir. DB'li olgularda psikiyatrik eş tanı varlığı daha yüksektir. DB'li olgularda farmakoterapi uygulamalarının yüksekliği eş-tanı varlığı ile açıklanabilir.

**Anahtar Sözcükler:** Erken başlangıç, IQ, davranım bozukluğu, madde kullanımı, komorbidite

(*Klinik Psikiyatri 2016;19:185-193*)

## SUMMARY

**Objective:** This study aimed to evaluate the clinical features of children and adolescents with conduct disorder diagnosed over a 6-month period of time. **Method:** Between January and June 2015, data of 71 cases with conduct disorders were analyzed retrospectively. Symptoms related to the disorder began before 10 years of age were accepted as "early onset". Total IQ, psychiatric disorders and treatment were recorded. SPSS was used for analyses. **Results:** Male sex was 66.2% of all cases and mean age was 12.5 years of age. 50.7% of all were counted as 'conduct disorder (CD)' and the rest of as 'conduct disorder-not otherwise specified (NOS)'. Mean age was higher in CD group than that of CD-NOS ( $p=0.002$ ). 32.4% of all cases had 'early-onset' of the disorder. Being 'early-onset' in CD-NOS group was found as significant compared with the CD group ( $p=0.018$ ). IQ levels of 80.3% of the cases was 80 and above and having under 80 IQ levels were found at significant rate in male sex ( $p=0.025$ ). 9.9% of the cases had any substance use. Being male ( $p=0.682$ ), having CD ( $p=1.000$ ) or early onset of the disorder ( $p=0.415$ ) were not found as related to the substance use. 64.8% of the cases had another psychiatric disorder with most frequently of attention deficit hyperactivity disorder (21.1%). Psychiatric comorbidity was higher in CD group than that of CD-NOS ( $p$  value under 0.001). 59.2% of the cases had pharmacotherapy, 16.9% of had psychotherapy and 12.7% of them had combined therapy. Pharmacotherapy was higher in CD group than that of CD-NOS ( $p=0.035$ ). **Conclusion:** CD-NOD emerges before 10 years of age. Psychiatric comorbidity is higher in CD. Pharmacotherapy applied to the CD group explains with the presence of comorbidity.

**Key Words:** Early onset, IQ, conduct disorder, substance use, comorbidity

DOI: 10.5505/kpd.2016.57966

## GİRİŞ

Davranım bozukluğu (DB), 18 yaş öncesi çocuk ve ergenlerin yaklaşık %4'ünde gözlenen bir bozukluktur (APA 2013). Bozukluğun seyrini olumsuz yönde etkileyen değişkenler arasında çocukluk döneminde başlangıç göstermesi (bozukluğa ait bulgulardan en az birinin 10 yaşından önce başlamış olması), düşük IQ düzeyleri, erkek cinsiyeti, madde kullanım varlığı, eşlik eden psikiyatrik komorbiditelerin varlığı sıralanabilir (Moser ve Netson 2016). Bozukluğun çocukluk döneminde saptanması ve uygun tedavi yöntemleri ile müdahalesi prognoz açısından belirleyicidir (Scott 2015; Burke ve ark. 2005). Bu çalışmada 'Davranım bozukluğu (DB) ve başka türlü adlandırılmayan davranım bozukluğu (BTA-DB)' tanısı konmuş çocuk ve ergenlerde; bozukluğun DB ya da BTA-DB olmasının, kız ya da erkek cinsiyette bulunmasının ve erken başlangıçlı olmasının klinik ve demografik değişkenler üzerine etkilerinin incelenmesi amaçlandı. Erken başlangıç gösterenlerde kliniğe eşlik eden bir başka psikiyatrik bozukluk varlığının daha çok ve okul başarısı değişkeninin daha çok etkilenmiş olması hipotezleri araştırıldı.

## GEREÇ VE YÖNTEM

1 Ocak 2015-30 Haziran 2015 tarihleri arasındaki sürede bölümümüze başvurmuş olgulardan "Davranım bozukluğu ve başka türlü adlandırılmayan davranım bozukluğu" tanıları DSM-IV-TR tanı ölçütleri (APA 2000) esas alınarak konulmuş toplam 71 olgunun geriye dönük dosyaları incelendi. WISC-R testi (Weshler 1974) ile saptanmış toplam zeka puanı, zeka testi sonuçları, eşlik eden başka psikiyatrik bozukluk varlığı, uygulanan tedavi protokolleri kaydedildi. Okul başarısında "sınıf düzeyinin gerisinde-normal beklenenin altında olma" değişkeni WISC-R zeka düzeyi ve öğretmen geri-bildirim ölçeklerinde yer alan akademik başarı ile ilgili bilgiler esas alınarak düzenlendi. Yaş ve gelişimi ile uyumlu zeka düzeyi "normal (toplam puan IQ skoru 80)" olmasına rağmen okul başarısı yaşlılarının ve sınıfının gerisinde olanlar "normalin altında okul performansı sergileyenler" olarak kabul edildi. Davranım bozukluğu ile ilişkili bulguların 10 yaşın altında saptanmış olanları "erken başlangıçlı" olarak kabul edildi. Demografik ve

klinik özelliklere ait tüm değişkenler SPSS 17.0 programı kullanılarak analiz edildi. Analizlerde Student t-testi, Mann-Whitney-U testi, Ki-kare ve Fisher's exact testler kullanıldı.  $p < 0.05$  anlamlılık düzeyi olarak kabul edildi.

## BULGULAR

Olguların %62,4'ünün ( $n=44$ ) verilen kesitler arasında ilk kez başvuran ve tanısı konulan olgular olduğu, %38'inin ( $n=27$ ) daha önceden de bölümümüzce takip edildiği saptandı. Verilen kesit süresince olguların minimum bir kez, maksimum 11 kez değerlendirildiği (ortanca değer: 2); bir kez görülenlerin tüm olguların %21,1'ini ( $n=15$ ), iki kez görülmüş olanların %39,4'ünü ( $n=28$ ), üç kez görülmüş olanların tüm kesitin %12,7'sini ( $n=9$ ) oluşturduğu saptandı.

Olguların %66,2'si ( $n=47$ ) erkek ve %33,8'i ( $n=24$ ) kız idi. Yaş ortalaması  $12,5 \pm 3,2$  (5-18 yaş) idi. Toplam 6 aylık kesite ait örnekleme 10 yaşından küçük olgular tüm olguların %18,3'ünü ( $n=13$ ) oluşturuyordu. Olguların %50,7'si ( $n=36$ ) davranım bozukluğu (DB), %49,3'ü ( $n=35$ ) başka türlü adlandırılmayan davranım bozukluğu (BTA-DB) tanı ölçütlerini karşılıyordu. Erkek ve kız cinsiyetleri arasında DB ya da BTA-DB varlığı oranları açısından anlamlı bir farklılık saptanmadı ( $\chi^2=0,344$ ,  $df=1$ ,  $p=0,557$ ). DB grubunun yaş ortalamasının BTA-DB grubundan anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ( $t(69)=-3,287$ ,  $p=0,002$ ) (Tablo 1). Yaş ortalamasının cinsiyetler arasında birbirine benzer oranlarda dağıldığı gözlemlendi ( $t(65,7)=0,491$ ,  $p=0,573$ ) (Tablo 2).

Bulguların saptanma yaşına bakıldığında olguların %32,4'ünde ( $n=23$ ) davranım bozukluğu ile ilişkili bulguların 10 yaş altında başladığı (çocukluk çağı-erken-başlangıçlı) saptandı. Buna göre DB'li olguların %19,4'ü ( $n=7$ ) ve BTA-DB'li olguların %45,7'si ( $n=16$ ) "erken başlangıçlı" nitelik taşıyordu. BTA-DB'li olguların %45,7'sinde bulguların 10 yaşından önce saptanmış olması istatistiksel olarak anlamlı bulundu ( $\chi^2=5,592$ ,  $df=1$ ,  $p=0,018$ ) (Tablo 1). "Erken başlangıçlı" değişkeninin cinsiyetler arasındaki dağılımına bakıldığında, kızların %33,3'ünde ( $n=8$ ) ve erkeklerin %31,9'unda ( $n=15$ ) bulguların 10 yaşından küçük başladığı sap-

Tablo 1. Davranım bozukluğu (DB ve BTA -DB) tanılı çocuk ve ergenlerin demografik ve klinik özellikleri

	<b>DB (n=36)</b>	<b>BTA-DB (n=35)</b>	<b>Toplam (n=71)</b>	<b>p değeri</b>
<b>Yaş (ort±SS) (yıl)</b>	13,7±2,5	11,3±3,5	12,5±3,2	$t=-3.287, df=69, p=0,002$
<b>Cinsiyet</b>				$\chi^2=0.344, df=1, p=0,557$
Kız	11 (30,6)	13 (37,1)	24 (33,8)	
Erkek	25 (69,4)	22 (62,9)	47 (66,2)	
<b>Bozukluk başlangıç</b>				$\chi^2=5.592, df=1, p=0,018$
10 yaş altı başlangıç	7 (19,4)	16 (45,7)	23 (32,4)	
10 yaş ve üzeri başlangıç	29 (80,6)	19 (54,3)	48 (67,6)	
<b>Okula devam</b>				$\chi^2=3.754, df=1, p=0,075^*$
Düzenli gidiyor	25 (69,4)	33 (94,3)	58 (81,7)	
Düzensiz gidiyor	7 (19,4)	2 (5,7)	9 (12,7)	
Bir işte çalışıyor	4 (11,1)	0 (0,0)	4 (5,6)	
<b>WISC-R zeka testi</b>				$\chi^2=0.003, df=1, p=0,953$
Toplam IQ≥80	29 (80,6)	28 (80,0)	57 (80,3)	
Toplam IQ<80	7 (19,4)	7 (20,0)	14 (19,7)	
<b>Okul başarısı (IQ≥80)</b>				$\chi^2=1.909, df=1, p=0,167$
Sınıf düzeyde	7 (19,4)	13 (37,1)	20 (28,2)	
Sınıf düzeyinin altında	18 (50,0)	15 (42,9)	33 (46,5)	
<b>Madde kullanımı</b>				$\chi^2=0.129, df=1, p=1,000^*$
Yok	32 (88,9)	32 (91,4)	64 (90,1)	
Var	4 (11,1)	3 (8,6)	7 (9,9)	
Sigara	2 (5,6)	3 (8,6)	5 (7,0)	$\chi^2=0.247, df=1, p=0,620$
Eroin	2 (5,6)	0 (0,0)	2 (2,8)	$\chi^2=2.001, df=1, p=0,157$
İnhalan	1 (2,8)	0 (0,0)	1 (1,4)	$\chi^2=0.986, df=1, p=0,321$
Esrar	1 (2,8)	0 (0,0)	1 (1,4)	$\chi^2=0.986, df=1, p=0,321$
<b>Komorbidite</b>				$\chi^2=14.554, df=1, p<0,001^*$
Yok	5 (13,9)	20 (57,1)	25 (35,2)	
Var	31 (86,1)	15 (42,9)	46 (64,8)	
<b>Komorbid bozukluklar</b>				
DEHB	10 (27,8)	5 (14,3)	15 (21,1)	
Depresyon	11 (30,6)	3 (8,6)	14 (19,7)	
Enürezis	2 (5,6)	0 (0,0)	2 (2,8)	
Mental retardasyon (IQ ? 69)	5 (13,9)	4 (11,4)	9 (12,7)	
Sınır kapasite (IQ=70 -79)	1 (2,8)	2 (5,7)	3 (4,2)	
ÖÖG (IQ<80)	1 (2,8)	1 (2,9)	2 (2,8)	
Antisosyal örüntü	1 (2,8)	0 (0,0)	1 (1,4)	
<b>Sonuç</b>				$\chi^2=6.445, df=3, p=0,088^*$
Farmakoterapi verilenler	23 (63,9)	19 (54,3)	42 (59,2)	
Psikoterapi uygulananlar	3 (8,3)	9 (25,7)	12 (16,9)	
Psikoterapi+Farmakoterapi	7 (19,4)	2 (5,7)	9 (12,7)	
Tetkikleri devam edenler	3 (8,3)	5 (14,3)	8 (11,3)	
<b>Tedavi tercihi</b>				
Farmakoterapi uygulaması	30 (90,9)	21 (70,0)	51 (81,0)	$\chi^2=4.455, df=1, p=0,035$
Psikoterapi uygulaması	10 (30,3)	11 (36,7)	21 (33,3)	$\chi^2=0.286, df=1, p=0,593$
<b>Farmakoterapi tercihleri</b>				
Atipik antipsikotikler	22 (61,1)	13 (37,1)	35 (49,3)	$\chi^2=3.465, df=1, p=0,063$
Antidepresanlar	13 (36,1)	7 (20,0)	20 (28,2)	$\chi^2=1.871, df=1, p=0,171$
Psikostimulanlar	3 (8,3)	3 (8,6)	6 (8,5)	$\chi^2=0.015, df=1, p=0,902$
Non-psikostimulan DEHB	2 (5,6)	1 (2,9)	3 (4,2)	$\chi^2=0.258, df=1, p=0,258$

ort: ortalama, SS: standart sapma, BTA: başka türlü adlandırılmayan, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ÖÖG: Özgül öğrenme güçlüğü. \*.Fisher's exact test

tandı. Her iki cinsiyette de bozuklukların erken başlaması açısından benzerlik içinde olduğu gözlemlendi ( $\chi^2=0.015$ ,  $df=1$ ,  $p=0.904$ )(Tablo 2).

Okula devam etme değişkeninin analizinde, olguların büyük kısmının (%86,6) okuluna devam ettiği, gitmeyip herhangi bir yerde çalışanların %5,6 ( $n=4$ ) oranında kaldığı ve hepsinin de erkek olduğu saptandı. Okula gitmeyenlerin dışlanarak yapılan analizde hem DB hem BTA-DB grubundaki çocuk ve ergenlerin benzer oranlarda okula düzensiz devam ettikleri saptandı ( $\chi^2=3.754$ ,  $df=1$ ,  $p=0,075^*$  Fisher's exact test)(tablo1). Benzer sonuç erkek ve kızların benzer oranlarda okula devamsızlık yaptıkları gözlemlendi ( $\chi^2=0.836$ ,  $df=1$ ,  $p=0,472^*$  Fisher's exact test) (tablo 2). Okula devam etme, bozuklukların erken başlamış olma değişkeninden de etkilenmemiş bulundu (okul devamsızlığı yapan erken başlangıçlı nitelikteki olguların oranı %4,3;  $\chi^2=2.486$ ,  $df=1$ ,  $p=0,149^*$  Fisher's exact test) (Tablo 3).

WISC-R zeka testi değerlendirme sonucuna göre olguların %80,3'ünün ( $n=57$ ) toplam IQ skorunun 80 puan, %19,7'sinin ( $n=14$ ) IQ skorunun <80 puan olduğu saptandı. IQ toplam skoru <80 puan olan toplam 14 olgunun mental retardasyon (toplam IQ skoru?69) başta olmak üzere ( $n=9$ ), sınır bilişsel işlevsellik (toplam IQ skoru=70-79)( $n=3$ ) ve özgül öğrenme bozukluğu ( $n=2$ ) tanılarına sahip oldukları saptandı (Tablo 1). IQ düzeylerinin DB ve BTA-DB arasında birbirine benzer oranlarda dağıldığı gözlemlendi ( $\chi^2=0.003$ ,  $df=1$ ,  $p=0.953$ ). Bununla birlikte, IQ skor dağılımlarının cinsiyetler arasında fark gösterdiği, DB ya da BTA-DB'li kızların sadece %4,2'sinde ( $n=1$ ) IQ toplam skoru <80 puan iken, bu durumun erkeklerin %27,7'si ( $n=13$ ) için geçerli olduğu saptandı ( $\chi^2=5.539$ ,  $df=1$ ,  $p=0.025^*$  Fisher's exact test)(Tablo 2). IQ düzeylerinin dağılımı bozukluğun erken başlangıçlı nitelikte olanları açısından da birbirine benzer bulundu ( $\chi^2=0.116$ ,  $df=1$ ,  $p=0,733$ )(Tablo 3).

Okul başarısında "sınıf düzeyinin gerisinde- beklenenin altında olma" değişkeni, WISC-R zeka toplam skoru 80 olup okuluna düzenli ya da düzensiz bir şekilde devam edenler ( $n=53$ ) arasında analiz edilerek değerlendirildi. Bu olgulardan, öğret-

men geri-bildirim ölçeklerinde "sınıf düzeyinin gerisinde" bilgisini taşıyanlar, toplam 71 çocuk ve ergenden oluşan kesitin %46,5'ini ( $n=33$ ) oluşturuyordu. Bir işe devam eden ( $n=4$ ) olgular dışlanarak yapılan analizde, okul başarısı "sınıf düzeyinin gerisinde olma" değişkeninin DB ya da BTA-DB olma arasında fark göstermediği ( $\chi^2=1.909$ ,  $df=1$ ,  $p=0.167$ )(tablo 1) ve cinsiyetler arasında benzer oranlarda dağıldığı ( $\chi^2=1.761$ ,  $df=1$ ,  $p=0,185$ )(Tablo 2), bozukluğun erken başlamış olması değişkeninden de etkilenmediği ( $\chi^2=0.478$ ,  $df=1$ ,  $p=0,489$ )(Tablo 3) saptandı.

Olguların %9,9'u ( $n=7$ ) DSM-IV-TR madde kullanım bozukluğu ölçütlerini karşılıyordu. DB ve BTA-DB'li olgular arasında madde kullanım oranları dağılımları açısından fark yoktu ( $\chi^2=0.129$ ,  $df=1$ ,  $p=1,000^*$ Fisher's exact test) (Tablo 1). Kız ve erkekler arasında benzer oranlarda kullanım varlığı saptandı ( $\chi^2=0.285$ ,  $df=1$ ,  $p=0,682^*$ Fisher's exact test) (Tablo 2). Benzer bulgu bozukluğun erken başlangıç gösteren grubu için de geçerli bulundu ( $\chi^2=1.163$ ,  $df=1$ ,  $p=0,415^*$  Fisher's exact test)(Tablo 3).

Olguların %35,2'sinde ( $n=25$ ) eşlik eden başka bir bozukluk olmadığı, en sık eşlik eden bozuklukların dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB, %21,1;  $n=15$ ), depresif bozukluk (%19,7;  $n=14$ ) ve mental retardasyon (MR, IQ düzeyleri?69; %12,7;  $n=9$ ) olduğu saptandı. DB'li olgularda psikiyatrik eş-tanı varlığının BTA-DB'li olgulardan anlamlı olarak daha yüksek olduğu ( $\chi^2=14.554$ ,  $df=1$ ,  $p<0,001^*$ Fisher's exact test) saptandı (tablo 1). Eş-tanı varlığı dağılımı cinsiyetler arasında ( $\chi^2=1.793$ ,  $df=1$ ,  $p=0,181$ )(Tablo 2) ve erken başlangıç gösterenlerle göstermeyenler arasında ( $\chi^2=1.019$ ,  $df=1$ ,  $p=0,313$ )(Tablo 3) benzer oranlarda dağıldığı gözlemlendi.

Değerlendirme sonuçlarının analizinde olguların %11,3'ünün ( $n=8$ ) değerlendirilmek üzere test ve formlarının verilip sürecin henüz tamamlanmadığı (ya hasta kontrolüne gelmediği ya da henüz yeni tarihli bir değerlendirmeye tabi olduğu için), %59,2'sine ( $n=42$ ) farmakoterapi uygulandığı, %16,9'una ( $n=12$ ) psikoterapi başlandığı, %12,7'sine ( $n=9$ ) psikoterapi ve farmakoterapi kombinasyonunun uygulandığı saptandı. Tetkikleri

Tablo 2. Davranım bozukluğu tanılı çocuk ve ergenlerde c insiyete göre demografik ve klinik özellikler

	Kız (n=24)	Erkek (n=47)	Toplam (n=71)	p değeri
<b>Yaş (ort±SS) (yıl)</b>	12,8±2,3	12,4±3,7	12,5±3,2	$t=0.491, df=65.7, p=0,573$
<b>Bozukluk başlangıç</b>				$\chi^2=0.015, df=1, p=0,904$
10 yaş altı başlangıç	8 (33,3)	15 (31,9)	23 (32,4)	
10 yaş ve üzeri başlangıç	16 (66,7)	32 (68,1)	48 (67,6)	
<b>Okula devam</b>				$\chi^2=0.836, df=1, p=0,472^*$
Düzenli gidiyor	22 (91,7)	36 (76,6)	58 (81,7)	
Düzensiz gidiyor	2 (8,3)	7 (14,9)	9 (12,7)	
Bir işte çalışıyor	0 (0,0)	4 (8,5)	4 (5,6)	
<b>WISC-R zeka testi</b>				$\chi^2=5.593, df=1, p=0,025^*$
Toplam IQ≥80	23 (95,8)	34 (72,3)	57 (80,3)	
Toplam IQ<80	1 (4,2)	13 (27,7)	14 (19,7)	
<b>Okul başarısı (IQ≥80)</b>				$\chi^2=1.761, df=1, p=0,185$
Sınıf düzeyde	11 (47,8)	9 (26,5)	20 (28,2)	
Sınıf düzeyinin altında	12 (52,2)	21 (61,8)	33 (46,5)	
<b>Madde kullanım</b>				$\chi^2=0.285, df=1, p=0,682^*$
Yok	21 (87,5)	43 (91,5)	64 (90,1)	
En az bir madde v arlığı	3 (12,5)	4 (8,5)	7 (9,9)	
Sigara	3 (12,5)	2 (4,3)	5 (7,0)	$\chi^2=1.650, df=1, p=0,199$
Eroin	0 (0,0)	2 (4,3)	2 (2,8)	$\chi^2=1.051, df=1, p=0,305$
İnhalan	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (1,4)	$\chi^2=0.518, df=1, p=0,472$
Esrar	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (1,4)	$\chi^2=0.518, df=1, p=0,472$
<b>Komorbidite</b>				$\chi^2=1.793, df=1, p=0,181$
Yok	11 (45,8)	14 (29,8)	25 (35,2)	
Var	13 (54,2)	33 (70,2)	46 (64,8)	
<b>Komorbid bozukluklar</b>				
DEHB	4 (16,7)	11 (23,4)	15 (21,1)	
Depresyon	7 (29,2)	7 (14,9)	14 (19,7)	
Mental retardasyon (IQ ?69)	1 (4,2)	8 (17,0)	9 (12,7)	
Sınır kapasite (IQ=70-79)	0 (0,0)	3 (6,4)	3 (4,2)	
ÖÖG	0 (0,0)	2 (4,3)	2 (2,8)	
Enürezis	1 (4,2)	1 (2,1)	2 (2,8)	
Antisosyal örüntü	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (1,4)	
<b>Sonuç</b>				$\chi^2=2.653, df=3, p=0,448$
Farmakoterapi verilenler	12 (50,0)	30 (63,8)	42 (59,2)	
Psikoterapi uygulananlar	6 (25,0)	6 (12,8)	12 (16,9)	
Psikoterapi+Farmakoterapi	4 (16,7)	5 (10,6)	9 (12,7)	
Tetkikleri devam edenler	2 (8,3)	6 (12,8)	8 (11,3)	
<b>Tedavi tercihi</b>				
Farmakoterapi uygulaması	16 (72,7)	35 (85,4)	51 (81,0)	$\chi^2=1.483, df=1, p=0,223$
Psikoterapi uygulaması	10 (45,5)	11 (26,8)	21 (33,3)	$\chi^2=2.235, df=1, p=0,135$
<b>Farmakoterapi tercihleri</b>				
Atipik antipsikotikler	7 (29,2)	28 (59,6)	35 (49,3)	$\chi^2=7.714, df=1, p=0,005$
Antidepresanlar	11 (45,8)	9 (19,1)	20 (28,2)	$\chi^2=5.198, df=1, p=0,023$
Psikostimulanlar	0 (0,0)	6 (12,8)	6 (8,5)	$\chi^2=3.558, df=1, p=0,059$
Non-psikostimulan DEHB	2 (8,3)	1 (2,1)	3 (4,2)	$\chi^2=1.397, df=1, p=0,237$

ort: ortalama, SS: standart sapma, BTA: başka türlü adlandırılmayan, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, OOG: Özgül öğrenme güçlüğü. \*:Fisher's exact test

devam eden olgular dışlanarak yapılan analizde DB'li gruba farmakoterapi uygulama oranlarının BTA-DB'li gruptan anlamlı olarak yüksek olduğu saptandı ( $x^2=4.455$ ,  $df=1$ ,  $p=0,035$ ). Psikoterapi uygulamaları açısından her iki gruba benzer oranlarda uygulandığı saptandı ( $x^2=0.286$ ,  $df=1$ ,  $p=0,593$ ). Cinsiyetin farmakoterapi ( $x^2=1.483$ ,  $df=1$ ,  $p=0,223$ ) ya da psikoterapi tercihi ( $x^2=2.235$ ,  $df=1$ ,  $p=0,135$ ) açısından fark göstermediği; bozuklukların erken başlamış olmasının da farmakoterapi ( $x^2=0.463$ ,  $df=1$ ,  $p=0,496$ ) ya da psikoterapi uygulaması ( $x^2=0.000$ ,  $df=1$ ,  $p=1,000$ ) açısından farklılık içermediği saptandı.

En sık önerilen farmakoterapotik ajanların atipik antipsikotikler (%49,3;  $n=35$ ) olduğu, bunu anti-depresanların (%28,2;  $n=20$ ) ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tedavisinde kullanılan ajanların (metilfenidat ve atomoksetin; %12,7;  $n=9$ ) takip ettiği saptandı. Tetkikleri devam eden olgular dışlanarak analiz edildiğinde; tedavi ajanı olarak antipsikotik ilaçların tercih edilmesinin erkek ( $x^2=7.714$ ,  $df=1$ ,  $p=0,005$ ), antidepresan ilaç tercihinin kız ( $x^2=5.198$ ,  $df=1$ ,  $p=0,023$ ) cinsiyetinde anlamlı düzeyde önde olduğu, erken nitelikli bozukluklarda antidepresanların tercih edilmemesi anlamlı bulundu ( $x^2=4.432$ ,  $df=1$ ,  $p=0,035$ ).

## SONUÇ

DB ve BTA-DB'li olgulara ait 6 ay süreli kesitten oluşan toplam 71 olgunun %66,2'sini erkek cinsiyeti oluşturuyordu. Davranım sorunları ve bozukluğunun cinsiyetler açısından değerlendirildiği çalışmaların tümünde erkek cinsiyetinin baskın olduğu bildirilmiştir (Loernzo ve ark. 2015; Jayaprakash ve ark. 2014; Moffitt ve ark. 2001). Yaşam boyu süreçte DB gelişimi riski erkek cinsiyetinde iki ila dört kat daha fazla oranda rapor edilmiştir (Eme 2007). Bir çalışmada DB tanısı ICD-10 ölçütleri esas alınarak konulan 6-18 yaş arasındaki toplam 60 çocuğun %88,3'ünün erkek olduğu (erkek/kız oranı=7.5) bildirilmiştir (Jayaprakash ve ark 2014). Bizim kesitimizde bu oran 1.9 bulundu (E/K=47/24).

Bozukluğun başlangıcı esas alındığında, kabaca her üç olgudan birinin (%32.4) "çocukluk çağında-

başlangıç" nitelik (bozukluğa ait bulgulardan en az birinin 10 yaşından önce başlamış olması) taşıdığı ve bunun BTA-DB'li olgulardaki oranının anlamlı olarak yüksek olduğu bulundu. DB tanı ölçütlerini karşılamayan ve başka bir psikiyatrik bozuklukla daha iyi açıklanamayan BTA-DB'li olgularda davranışla ilişkili sorunların 10 yaşından önce başlamış olması hem anne-baba hem klinisyenler için uyarıcı nitelikte olabilir. Çocukluğun erken dönemlerinde davranım sorunları varlığını araştıran çalışmalar farklı oranlar ve farklı sonuçlar rapor etmişlerdir. Bir kohort çalışmasında, Murray ve arkadaşları (2015), çocukluk çağındaki davranım sorunlarının ergenliğin geç dönemlerinde suç işleme davranışını predikte ettiğini rapor etmişlerdir. Bu çalışmada 11 yaş grubundaki çocukların 18 yaşındaki değerlendirme raporları esas alınmıştır. Jayaprakash ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında %70 olgunun erken-dönem başlangıçlı DB olduğu bildirilmiş ve bunun aile psikopatolojisi, eşlik eden komorbid bir başka bozukluğun varlığı ve DB semptom profili ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bozukluğun daha ileri boyutlara taşıyıp DB'ye evrilmemesi BTA-DB'li olgulara erken dönemde doğru müdahaleler ile sağlanabilir.

Okul başarısı bir diğer analiz edilen değişken olup cinsiyetin, bozukluğun erken dönemde başlamış olmasının ya da DB ya da BTA-DB olmasının okul başarısı üzerine belirleyici bir etkisinin olmadığı saptandı. Erkek cinsiyetinin DB'li olgularda düşük okul başarısıyla daha ilişkili olduğunu bildiren yayınlara literatürde rastlanmıştır (Jayaprakash ve ark 2014; Loernzo ve ark 2015). Kesitimizdeki olguların yaklaşık beşte birini (%19,7) IQ düzeyi 80'nin altında olan olguların oluşturması, analizde bu oranın dışlanmış olması sonucumuzu etkilemiş görünmektedir. Bununla birlikte toplam IQ skor dağılımlarının cinsiyetler arasında fark gösterdiği, DB ya da BTA-DB'li erkeklerin IQ<80 olma oranlarının kızlara oranla daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Bu durum davranış örüntülerindeki bozuklukların IQ test sonucuna olumsuz yansımış olması kadar, altta yatan bir kognitif bozulmanın erkek cinsiyetindeki bir işaretçisi de olabilir.

Kesitimizdeki DB ve BTA-DB'li kız ve erkek ergenlerin %9,9'u madde kullanıyordu. DSM-IV ölçütleri ile tanılanmış bozuklukların yaşam boyu

Tablo 3. Davranım bozukluğunun erken başlangıçlı nitelikli olması ile ilişkili değişkenlerin analizi

	<b>Erken başlangıç (n=23)</b>	<b>Diğer (n=48)</b>	<b>Toplam (n=71)</b>	<b>p değeri</b>
<b>Okula devam</b>				$\chi^2=2.486, df=1, p=0,149^*$
Düzenli gidiyor	22 (95,7)	36 (75,0)	58 (81,7)	
Düzensiz gidiyor	1 (4,3)	8 (16,7)	9 (12,7)	
Bir işte çalışıyor	0 (0,0)	4 (8,3)	4 (5,6)	
<b>WISC-R zeka testi</b>				$\chi^2=0.116, df=1, p=0,733$
Toplam IQ $\geq$ 80	19 (82,6)	38 (79,2)	57 (80,3)	
Toplam IQ<80	4 (17,4)	10 (20,8)	14 (19,7)	
<b>Okul başarısı (IQ<math>\geq</math>80)</b>				$\chi^2=0.478, df=1, p=0,489$
Sınıf düzeyde	7 (19,4)	13 (37,1)	20 (28,2)	
Sınıf düzeyinin altında	18 (50,0)	15 (42,9)	33 (46,5)	
<b>Madde kullanım</b>				$\chi^2=1.163, df=1, p=0,415^*$
Yok	22 (95,7)	42 (87,5)	64 (90,1)	
En az bir madde varlığı	1 (4,3)	6 (12,5)	7 (9,9)	
Sigara	1 (4,3)	4 (8,3)	5 (7,0)	$\chi^2=0.377, df=1, p=0,539$
Eroin	0 (0,0)	2 (4,2)	2 (2,8)	$\chi^2=0.986, df=1, p=0,321$
İnhalan	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (1,4)	$\chi^2=0.486, df=1, p=0,486$
Esrar	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (1,4)	$\chi^2=0.486, df=1, p=0,486$
<b>Komorbidite</b>				$\chi^2=1.019, df=1, p=0,313$
Yok	10 (43,5)	15 (31,3)	25 (35,2)	
Var	13 (56,5)	33 (68,8)	46 (64,8)	
<b>Komorbid bozukluklar</b>				
DEHB	6 (26,1)	9 (18,8)	15 (21,1)	
Depresyon	2 (8,7)	12 (25,0)	14 (19,7)	
Mental retardasyon (IQ ?69)	2 (8,7)	7 (14,6)	9 (12,7)	
Sınır kapasite (IQ=70 -79)	2 (8,7)	1 (2,1)	3 (4,2)	
Enürezis	1 (4,3)	1 (2,1)	2 (2,8)	
ÖÖG (IQ<80)	0 (0,0)	2 (4,2)	2 (2,8)	
Antisosyal örüntü	0 (0,0)	1 (2,1)	1 (1,4)	
<b>Sonuç</b>				$\chi^2=1.113, df=3, p=0,774$
Farmakoterapi verilenler	14 (60,9)	28 (58,3)	42 (59,2)	
Psikoterapi uygulananlar	5 (21,7)	7 (14,6)	12 (16,9)	
Psikoterapi+Farmakoterapi	2 (8,7)	7 (14,6)	9 (12,7)	
Tetkikleri devam edenler	2 (8,7)	6 (12,5)	8 (11,3)	
<b>Tedavi tercihi</b>				
Farmakoterapi uygulaması	16 (76,2)	35 (83,3)	51 (81,0)	$\chi^2=0.463, df=1, p=0,496$
Psikoterapi uygulaması	7 (33,3)	14 (33,3)	21 (33,3)	$\chi^2=0.000, df=1, p=1,000$
<b>Farmakoterapi tercihleri</b>				
Atipik antipsikotikler	12 (52,2)	23 (47,9)	35 (49,3)	$\chi^2=0.032, df=1, p=0,858$
Antidepresanlar	3 (13,0)	17 (35,4)	20 (28,2)	$\chi^2=4.432, df=1, p=0,035$
Psikostimulanlar	3 (13,0)	3 (6,3)	6 (8,5)	$\chi^2=0.829, df=1, p=0,363$
Non-psikostimulan DEHB	1 (4,3)	2 (4,2)	3 (4,2)	$\chi^2=1.397, df=1, p=0,237$

BTA: başka türlü adlandırılmayan, DEHB: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ÖOG: Özgül öğrenme güçlüğü.

\*:Fisher's exact test

prevalansı ve başlama yaşı dağılımlarının araştırıldığı bir çalışmada madde kullanım bozukluğu prevalansı %14.6 ve başlama yaşı medyan değeri 20 yaş olarak bildirilmiştir (Kessler ve ark 2005). Bir başka çalışmada toplum örnekleminde alınan ve davranım bozukluğu bulunmayan toplam 1165 ergende madde kullanımının ortalama 14,6 yaşında başladığı, davranım bozukluğu saptanan toplam 194 ergende ise ortalama 15.3 yaşın madde kullanmaya başlama yaşı olduğu rapor edilmiştir (Hopfer ve ark 2013). Kesitimizin ortalama yaşı 12.5 göz önünde bulundurulursa oranın küçüklüğünün sebebi anlaşılabilir. Bir diğer sebep ergenlerin gerçekte madde kullanma durumlarını saklamış olmalarından kaynaklanmış olabilir. Madde kullanımının kız ve erkekler arasında benzer oranlarda olduğu saptandı. Davranım bozukluğunda erkek cinsiyetin madde kullanım açısından risk faktörü olduğunu söyleyen çalışmalar ağırlıktadır. Hopfer ve arkadaşları (2013) toplum kesitinden aldıkları örnekleme DB bulunmayan erkek ergenlerin %47,9'unun madde kullanırken, DB saptanan erkek ergenlerin %73,7'sinin madde kullandıklarını göstermişlerdir. Loerzo ve arkadaşları (2015) geriye dönük 5 yıllık bir periyodu inceledikleri bir çalışmada, acil servise ergen başvurularını ve bunlardan hastaneye yatış gerektirenlerini incelemişler ve erkek ve kızlarda birbirlerine benzer oranlarda madde kullanımı varlığını rapor etmişlerdir.

Kesitimizdeki olguların %64,8'inde DB ya da BTA-DB bozukluğuna eşlik eden başka bir psikiyatrik bozukluk varlığı saptandı. DB'li olgularda psikiyatrik eş-tanı varlığı BTA-DB'li olgulardan anlamlı olarak daha yüksekti. DB'li ve BTA-DB'li olgularda eş-tanı varlığının kız ve erkeklerde benzer dağıldığı bulundu. Saptanan psikiyatrik komorbiditeler sıklık sırasına göre DEHB, depresif bozukluk ve mental retardasyon (MR) idi. DEHB'nin DB'ye en sık eşlik eden bozukluk olduğu önceki çalışmalarda da bildirilmiştir (Jayaprakash ve ark 2014). Murray ve arkadaşları (2015), davranım sorunlarına eşlik eden en büyük değişkenin hiperaktivite-impulsivite olduğunu ve eşlik eden bu bozukluğun varlığında suç işlemenin anlamlı olarak arttığını göstermişlerdir.

Davranım bozukluğunun tedavi unsurları arasında ailenin katılımı, ergenin güçlü yanlarının ortaya

çıkartılmasının sağlanması, komorbid durumların uygun tedavisi, okul ve öğrenme ortamına katılımının sağlanması gibi esasları içerir (Scott 2015). Kesitimizdeki olguların %59,2'sine farmakoterapi, %16,9'una psikoterapi, %12,7'sine psikoterapi ve farmakoterapi kombinasyonu uygulandığı saptandı. En sık önerilen farmakoterapötikler atipik antipsikotikler (başlıca risperidon ve aripiprazol) idi. Bunu antidepresanlar (başlıca fluoksetin ve sertralin) ve DEHB tedavisinde kullanılan ilaçların (metilfenidat ve atomoksetin) takip ettiği saptandı.

Çalışmamızın tasarımının geriye dönük oluşu, kesite ait verdiğimiz sonuçların ileriye dönük izlemlerinin yapılmamış oluşu bu çalışmanın kısıtlılıklarını oluşturmaktadır. Sonuç olarak kliniğe başvuran ergenlerde BTA-DB bozukluğu kendini 10 yaşından önce göstermektedir. BTA-DB'li olgulara erken dönemde doğru müdahaleler, bozukluğun prognozunu etkilediği için önemlidir. Etiyolojiye ve tedavi protokollerine yönelik ileri çalışmalar bozukluğun daha iyi tanınmasına ve daha iyi müdahalelere ışık tutacaktır.

Yazışma adresi: Dr. Zeynep Göker. Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Psikiyatrisi Bölümü, Ankara zeynepgoker@hotmail.com

#### KAYNAKLAR

- American Psychiatric Association (2000) Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fourth edition - text revision (DSM-IV-TR), Arlington VA, American Psychiatric Publishers.
- American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders - fifth edition (DSM-5), Arlington VA, American Psychiatric Publishers.
- Burke JD, Loeber R, Lahey BB ve ark. (2005) Developmental transitions among affective and behavioral disorders in adolescent boys. *J Child Psychol Psychiatry*, 46(11):1200-1210.
- Di Lorenzo R, Cimino N, Di Pietro E ve ark. (2016) A 5-year retrospective study of demographic, anamnestic, and clinical factors related to psychiatric hospitalizations of adolescent patients. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 18;12:191-201.
- Eme RF (2007) Sex differences in child-onset, life-course-persistent conduct disorder. A review of biological influences. *Clinical Psychology Review*, 27(5): 607-627.
- Grant JD (2015) The role of conduct disorder in the relationship between alcohol, nicotine and cannabis use disorders. *Psychol Med*, 45(16):3505-3515.
- Hopfer C, Salomonsen-Sautel S, Mikulich-Gilbertson S, Min SJ, McQueen M, Crowley T, Hoffenberg A (2013) Conduct disorder and initiation of substance use: a prospective longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52(5): 511-518.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE (2005) Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication." *Archives of General Psychiatry*, 62(6):593-602.
- Moffitt TE, Caspi A, Rutter M, Silva PA (2001) Sex differences in antisocial behaviour: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin Longitudinal Study. New York, NY: Cambridge University Press.
- Moser ES, Netson KL (2016) Behavioral problems in children and adolescents. *Textbook of Family Medicine*. Rakel RE, Rakel DP (eds), ninth edition, Elsevier. p.452-467.
- Murray J, Menezes AM, Hickman M ve ark. (2015) Childhood behaviour problems predict crime and violence in late adolescence: Brazilian and British birth cohort studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 50(4):579-89.
- Jayaprakash R, Rajamohan K, Anil P (2014) Determinants of symptom profile and severity of conduct disorder in a tertiary level pediatric care set up: A pilot study. *Indian J Psychiatry*, 56(4):330-6.
- Scott S (2015) Conduct Disorder. IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health, Rey JM (Ed). Geneva, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions.e-pages of D3.1-21.
- Wechsler D (1974). WISC-R, Wechsler intelligence scale for children, revised. Psychological Corporation.