

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUK VE ERGENLERİN ORTAM
TERAPİSİNDEN FAYDALANIMININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Oğuzhan ŞİMŞEK

UZMANLIK TEZİ

İZMİR-2021

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
ÇOCUK VE ERGEN RUH SAĞLIĞI
VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUĞU OLAN
ÇOCUK VE ERGENLERİN ORTAM
TERAPİSİNDEN FAYDALANIMININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

Dr. Oğuzhan ŞİMŞEK

UZMANLIK TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. Aynur AKAY

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER.....	I
TABLO LİSTESİ.....	IV
TEŞEKKÜR	VII
ÖZET	VIII
ABSTRACT	X
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	2
2.1 Davranım Bozukluğu.....	2
2.1.1 Tanım ve Tarihçe	2
2.1.2 Epidemiyoloji	4
2.1.3 Etiyoloji	5
2.1.4 Tanı, Tedavi ve Prognoz.....	10
2.2 Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu.....	15
2.2.1 Tanım ve Tarihçe	15
2.2.2 Epidemiyoloji	16
2.2.3 Etiyoloji	17
2.2.4 Tanı ve Değerlendirme	20
2.3 ORTAM TERAPİSİ	22
2.3.1 Tarihçe	22
2.3.2 Uygulanma Şekli	23
3. YÖNTEM	24
3.1 Çalışma Örnekleme	24
3.2 Çalışma Deseni	25
3.3 Uygulama.....	25
3.4 Veri Toplama Araçları.....	25
3.4.1 Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (The Children's Global Assessment Scale-CGAS)	25
3.4.2 HoNOSCA-TR Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeği (Health of the Nation Outcome Scales - Children and Adolescents):.....	25
3.4.3 Bireysel Risk Değerlendirmesi	26
3.4.4 Ailesel Risk Değerlendirmesi	26

3.5 İstatiksel Analiz	26
4. BULGULAR.....	27
4.1 Örneklem Tanımı.....	27
4.2 Örneklem Sosyodemografik Özellikleri.....	27
4.2.1 Aile Özellikleri	27
4.2.2 Anne Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumu	28
4.2.3 Baba Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumu	28
4.2.4 Soygeçmiş Özellikleri.....	29
4.3 Örneklem Klinik Özellikleri.....	30
4.3.1 Servis Yatış Özellikleri.....	30
4.3.2 Akademik Özellikler.....	30
4.3.3 Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar	30
4.3.4 Eşlik Eden Psikososyal Zorluklar	31
4.3.5 Ölçek Puanları	32
4.4 Sosyodemografik Verilerin Gruplar Arası Karşılaştırılması	32
4.4.1 Sosyodemografik Verilerin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	32
4.4.2 Sosyodemografik Verilerin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması.....	35
4.4.3 Sosyodemografik Verilerin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	37
4.5 Klinik Özelliklerin Gruplar Arası Karşılaştırılması	39
4.5.1 Klinik Özelliklerin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	39
4.5.2 Klinik Özelliklerin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması	43
4.5.3 Klinik Özelliklerin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	46
4.6 Servisten Yararlanımın İncelenmesi.....	50
4.6.1 Tüm Örneklemde Yararlanımın İncelenmesi	50
4.6.2 Yararlanımın Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	51
4.6.3 Yararlanımın Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	51
4.6.4 Yararlanımın DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	52
4.6.5 Yararlanımın Ebeveyn Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	52
4.7 Korelasyonlar.....	53
4.7.1 Bireysel ve Ailesel Risklerin Ölçek Puanlarına Etkisi	53
4.7.2 Yatış Süresi ve Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....	54
4.7.3 Yaş ve Ölçek Puanlarının Korelasyonu.....	55
4.7.4 Ölçek Puanlarının Birbirleri İle Korelasyonu.....	55

5. TARTIŞMA.....	56
5.1 Sosyodemografik Veriler.....	56
5.1.1 Tüm Örneklemin Sosyodemografik Verilerinin Tartışılması.....	56
5.1.2 Sosyodemografik Verilerin Yaş Gruplarına Göre Tartışılması.....	59
5.1.3 Sosyodemografik Verilerin Cinsiyete Göre Tartışılması	60
5.1.4 Sosyodemografik Verilerin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	62
5.2 Klinik Verilerin Tartışılması.....	63
5.2.1 Klinik Verilerin Tüm Örnekleimde Tartışılması	63
5.2.2 Klinik Verilerin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması.....	68
5.2.3 Klinik Verilerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	70
5.2.4 Klinik Verilerin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması.....	72
5.3 Ortam Terapisinden Yararlanımın Tartışılması.....	73
5.3.1 Yararlanımın Tüm Örnekleimde Tartışılması.....	73
5.3.2 Yararlanımın Yaş Gruplarına Göre Tartışılması	75
5.3.3 Yararlanımın Cinsiyete Göre Tartışılması.....	75
5.3.4 Yararlanımın DEHB Eşlik Durumuna Göre Tartışılması.....	76
5.3.5 Yatış Süresi ve Yararlanım İlişkisinin Tartışılması.....	76
5.3.6 Ölçek Puanları ile Yararlanım İlişkisinin Tartışılması	76
5.3.7 Bireysel ve Ailesel Riskler ile Yararlanımın İlişkisinin Tartışılması.....	77
6.SONUÇLAR.....	77
7.KISITLILIKLAR.....	79
KAYNAKLAR	80
EKLER	98
Ek 1. HONOSCA Ölçeği Puan Tablosu	98
Ek 2. Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (CGAS)	99
Ek 3. Bireysel Risk Değerlendirmesi.....	100
Ek 4. Ailesel ve Çevresel Risk Değerlendirmesi.....	101
Ek 5. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Kararı	102

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: DSM-5 Davranım Bozukluğu Tanı Ölçütleri	10
Tablo 2: ICD-10 Davranım Bozukluğu Tanı Ölçütleri	11
Tablo 3: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri	20
Tablo 4: Örneklemin Aile Özellikleri	27
Tablo 5: Örneklemin Kardeş Özellikleri	27
Tablo 6: Anne Eğitim Düzeyi	28
Tablo 7: Anne Çalışma Durumu	28
Tablo 8: Baba Eğitim Düzeyi	29
Tablo 9: Baba Çalışma Durumu	29
Tablo 10: Birinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik Bozukluk Öyküsü	29
Tablo 11: Olguların Yaş ve Yatış Özellikleri	30
Tablo 12: Olguların Akademik Özellikleri	30
Tablo 13: Olgulara Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar	31
Tablo 14: Olguların Psikososyal Zorlukları	31
Tablo 15: Olguların Yatıştaki Ölçek Puanları	32
Tablo 16: Olguların Taburculuk Ölçek Puanları	32
Tablo 17: Olguların Cinsiyetlerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 18: Aile Özelliklerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	33
Tablo 19: Ebeveyn Eğitim Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 20: Ebeveyn Çalışma Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	34
Tablo 22: Olguların Yaşlarının Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması	35
Tablo 23: Aile Özelliklerinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması	35
Tablo 24: Ebeveyn Eğitim Düzeyinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması	36
Tablo 25: Ebeveyn Çalışma Durumlarının Cinsiyetler Arası Karşılaştırılması	36
Tablo 26: Olguların Yaşlarının DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 27: Cinsiyetlerin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 28: Aile Özelliklerinin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	37
Tablo 29: Ebeveyn Eğitim Düzeylerinin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	38
Tablo 30: Ebeveyn Çalışma Durumlarının DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	39

Tablo 31: Servis Yatış Süresinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	39
Tablo 32: Okul Devamlılığının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	39
Tablo 33: Eşlik Eden Psikiyatrik Tanıların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	40
Tablo 34: Eşlik Eden Psikososyal Zorlukların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	41
Tablo 35: HONOSCA-TR Toplam Ölçek Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	41
Tablo 36: HONOSCA-TR Alt Ölçek Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 37: CGAS Ölçek Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 38: Bireysel ve Ailesel Risklerin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 39: Serviste Yatış Süresinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması	43
Tablo 40: Okul Devamlılığının Cinsiyetler Arası Karşılaştırılması	43
Tablo 41: Eşlik Eden Psikiyatrik Tanıların Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 42: Eşlik Eden Psikososyal Zorlukların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	44
Tablo 43: HONOSCA-TR Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	45
Tablo 44: HONOSCA-TR Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	45
Tablo 45: CGAS Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	46
Tablo 46: Bireysel ve Ailesel Risklerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	46
Tablo 47: Servis Yatış Süresinin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	46
Tablo 48: Okul Devamlılığının DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	47
Tablo 49: Eşlik Eden Psikiyatrik Tanıların DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	47
Tablo 50: Eşlik Eden Psikososyal Zorlukların DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	48
Tablo 51: HONOSCA-TR Toplam Ölçek Puanlarının DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 52: HONOSCA-TR Alt Ölçek Puanlarının DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 53: CGAS Ölçek Puanlarının DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	49
Tablo 54: Bireysel ve Ailesel Risklerin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	50

Tablo 55: Tüm Örneklemde Yararlanımın İncelenmesi	50
Tablo 56: Yararlanımın Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 57: Yararlanımın Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	51
Tablo 58: Yararlanımın DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması	52
Tablo 59: Yararlanımın Anne Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 60: Yararlanımın Baba Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması	53
Tablo 61: Risk Puanlarının Ölçek Puanlarına Etkisi	54
Tablo 62: Yatıştaki Ölçek Puanları ile Yatış Süresinin Korelasyonu	54
Tablo 63: Ölçek Puanlarındaki Değişim ile Yatış Süresinin Korelasyonu	54
Tablo 64: Yaş ve Yatıştaki Ölçek Puanlarının Korelasyonu	55
Tablo 65: Yaş ve Ölçek Değişimlerinin Korelasyonu	55
Tablo 66: Ölçek Puanlarının Birbirleri ile Korelasyonu	56

TEŞEKKÜR

Başta uzmanlık eğitimim süresince desteğini her daim hissettiğim değerli danışmanım Prof. Dr. Aynur Akay olmak üzere çocuk psikiyatri hekimliği bilgi ve becerisini kendilerinden öğrendiğim bölümdeki hocalarım Prof. Dr. Neslihan İnal, Prof. Dr. Şahbal Aras, Doç. Dr. Hüseyin Burak Baykara, Doç. Dr. Sevay Alşen Güney, Doç. Dr. Burcu Serim Demirgören ile asistanlığımın bir kısmında çalışma imkanı bulduğum, şimdi bölümden ayrılmış olan Prof. Dr. Süha Miral, Prof. Dr. Özlem Gencer, Doç. Dr. Taner Güvenir, Doç. Dr. Aylin Özbek'e,

Asistanlığımın ilk gününden bugüne kadar birlikte çalışmaktan çok keyif aldığım, bir kısmı şu an farklı şehirlerde uzman hekim olarak görev yapmakta olan tüm asistan arkadaşlarıma,

Kliniğimizin değerli psikologları, hemşireleri, sekreterleri ve personellerine,

Asistanlığımın ilk gününden beri desteğini her zaman yanımda hissettiğim, değerli ekürim Dr. Bahar Şen'e,

Psikiyatri rotasyonunda tanıştığım ve hayatıma güzel bir şekilde dâhil olan değerli eşim Dr. Mervegül Ertekin Şimşek'e,

Hayatım boyunca bana yaptıkları tüm katkılar için annem, babam ve kardeşime çok teşekkür ederim.

ÖZET

YIKICI DAVRANIŞ BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUK VE ERGENLERİN ORTAM TERAPİSİNDEN FAYDALANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Dr. Oğuzhan ŞİMŞEK, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve
Hastalıkları Anabilim Dalı, İnciraltı/İZMİR

Amaç: Yıkıcı davranış bozuklukları, çocuk ve ergenlerde psikiyatri başvurularının en sık nedenlerinden biridir. Çocuk ve ergenlerde yıkıcı davranış bozuklukları ailesel, akademik ve toplumsal alanlarda ciddi bozulmalara yol açmaktadır. Bu bozukluklar tedavi edilemediğinde yarattığı sorunlar yetişkin hayatta da artarak devam etmekte, suç davranışlarına ve antisosyal kişilik bozukluklarına sebebiyet vermektedir. Yıkıcı davranış bozukluklarının ortaya çıkardığı bu durum, bu bozuklukların etkin tedavisinin önemini ortaya koymaktadır. Bu çalışmanın amacı, Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları yataklı tedavi biriminde yıkıcı davranış bozukluğu tanısı ile takip edilmiş çocuk ve ergenlerde ortam terapisinden faydalanımın incelenmesidir.

Gereç ve Yöntem: Çalışmanın örneklem grubunu Dokuz Eylül Üniversitesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı yataklı tedavi biriminde DSM-IV veya DMS-V'e göre davranım bozukluğu veya karşıt olma karşı gelme bozukluğu tanısı ile takip edilmiş çocuk ve ergenler oluşturmuştur. Hastaların dosyaları geriye dönük olarak taranarak çalışma için gerekli verilere ulaşılmıştır. Çalışmaya 78 olgu alınmıştır. Olguların servisten yararlanımları Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (The Children's Global Assessment Scale-CGAS) ve HoNOSCA-TR Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeği (Health of the Nation Outcome Scales - Children and Adolescents) ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Servis tedavisi sonunda olguların ortalama CGAS ölçek puanları 34,19'dan 53,08'e yükselmiş, ortalama HONOSCA-TR ölçek puanları 30'dan 19,94'e inmiştir. İki ölçekteki değişim de anlamlı düzeydedir ($p < ,001$). Yararlanım 13 yaş ve üzeri olgularda, 13 yaşın altındaki olgulara göre anlamlı düzeyde yüksektir ($p = ,046$). Yararlanım cinsiyetlere, DEHB eşlik durumuna, ebeveyn eğitim düzeyine göre farklılık göstermemektedir. Bireysel ve ailesel risk puanları yararlanıma anlamlı düzeyde etki etmemektedir. Yatış sırasındaki yüksek

HONOSCA-TR puanı HONOSCA-TR değişim puanı ile pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı şekilde korelasyona ($p < ,001$), CGAS değişim puanı ile pozitif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı düzeyde korelasyona sahiptir ($p = ,031$). Yatış süresi ile CGAS değişim puanları pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyona ($p = ,002$), HONOSCA-TR değişim puanları pozitif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı korelasyona ($p = ,015$) sahiptir.

Sonuç: Çalışmamızda yıkıcı davranış bozukluğu tanısı ile servise yatırış yapılan çocuk ve ergenlerin ortam terapisinden faydalandıkları bulunmuştur. Literatürde ortam terapisinin çeşitli psikiyatrik bozukluklara etkisini araştıran çalışmalar mevcut olsa da, yıkıcı davranış bozukluklarına etkisini araştıran çalışma sayısı oldukça kısıtlıdır. Çalışmamızın sonuçlarına göre olgular sadece yıkıcı davranış bozuklukları semptomları açısından değil, işlevselliğın birçok alanında ortam terapisinden fayda görmektedir. Bu bulgular, yıkıcı davranış bozukluklarının tedavisinde ortam terapisinin diğer tedavi yöntemlerine bir alternatif olduğunu göstermektedir. Çalışmamızda faydalanımın ebeveynin eğitim düzeyinden ve bireysel ve ailesel risklerden etkilenmediği bulunmuştur. Bu bulgu da ortam terapisinin geniş bir hasta popölasyonuna uygulanabilir olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yıkıcı davranış, Davranım bozukluğu, Karşıt olma karşı gelme bozukluğu, Ortam terapisi, Yataklı servis

ABSTRACT

ASSESSMENT OF IMPROVEMENT FROM MILIEU THERAPY OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH DISRUPTIVE BEHAVIOR DISORDERS

Dr. Oğuzhan ŞİMŞEK, Dokuz Eylül University Child and Adolescent Psychiatry
Department, İnciraltı/İZMİR

Purpose: Disruptive behavior disorders are one of the most common reasons for psychiatric referrals in children and adolescents. Disruptive behavior disorders in children and adolescents lead to serious impairments in familial, academic and social areas. When these disorders left untreated, the problems they cause continue to increase in adult life, causing criminal behavior and antisocial personality disorders. This situation brought about by destructive behavior disorders reveals the importance of effective treatment of these disorders. The purpose of this study is to examine the use of milieu therapy in children and adolescents who have been followed up with the diagnosis of destructive behavioral disorder in Dokuz Eylül University Child and Adolescent Mental Health and Disorders Department inpatient treatment unit.

Material and Method: The sample group of the study consisted of children and adolescents who were followed up with the diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder according to DSM-IV or DMS-V in the inpatient treatment unit of the Department of Child and Adolescent Mental Health and Disorders at Dokuz Eylül University Hospital. The necessary data for the study were obtained by scanning the patients' files retrospectively. 78 cases were included in the study. The improvements of the patients from the service were evaluated with The Children's Global Assessment Scale (CGAS) and the HoNOSCA-TR Clinical Outcome Scales (Children and Adolescents).

Findings: At the end of treatment, the average CGAS scale scores of the cases increased from 34.19 to 53.08, and the average HONOSCA-TR scale scores decreased from 30 to 19.94. The change in both scales was statistically significant ($p < .001$). Improvement was significantly higher in cases 13 years of age and older than cases younger than 13 years of age ($p = .046$). Improvement did not differ according to gender, ADHD comorbidity, and parental education level. Individual and familial risk scores did not significantly affect improvement. High HONOSCA-TR score at admission had a positive, moderate level, statistically significant correlation with the HONOSCA-TR change score ($p < .001$), a positive, low level, and

statistically significant correlation with the CGAS change score ($p = ,031$). The duration of hospitalization and CGAS change scores have a positive, moderate level, statistically significant correlation ($p = ,002$), and HONOSCA-TR change scores have a positive, low level, statistically significant correlation ($p = ,015$).

Results: In our study, we found that children and adolescents who were hospitalized with a diagnosis of destructive behavior disorder benefited from milieu therapy. Although there are studies investigating the effects of milieu therapy on various psychiatric disorders in the literature, the number of studies investigating its effect on disruptive behavior disorders is quite limited. According to the results of our study, patients benefit from milieu therapy not only in terms of symptoms of destructive behavioral disorders, but also in many areas of functionality. These findings show that milieu therapy is an alternative to other treatment modalities in the treatment of disruptive behavioral disorders. In our study, it was found that improvement was not affected by the education level of the parents and by individual and family risks. This finding suggests that milieu therapy is applicable to a large patient population.

Keywords: Disruptive behaviour, Conduct disorder, Oppositional defiant disorder, Milieu therapy, Inpatient unit

1. GİRİŞ VE AMAC

Yıkıcı davranış bozuklukları (YDB) ruh sağlığı ve hastalıkları kliniklerine en sık yatış sebepleri içinde yer almaktadır. DSM-IV-TR tanı rehberinde YDB içinde davranım bozukluğu (DB), karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB), dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB) ve YDB tanımlanmamış tanıları yer alırken [1], DSM-5 ile DEHB bu gruptan çıkarılmıştır [2]. YDB tanısı olan çocuk ve gençler, akademik, mesleki, ailevi ve akran çevresi ile ilgili işlevselliklerinde şiddetli bozulma yaşamakta, özellikle DB’de olmak üzere çevrelerindeki insanlara ve diğer canlılara zarar vermekte, hırsızlık, gasp, darp, tehdit etme gibi suç içeren davranışlara yönlenebilmektedirler. Bu sebeplerle bu bozukluklar hem bireyin kendisi için, hem aileleri hem de tüm toplum için ağır bir yük haline gelmektedir. Bu bozuklukların çocuk ve ergenlik döneminde tedavi edilmeden kalması, ilerleyen dönemde depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, madde kullanım bozukluğu gibi bozuklukları ortaya çıkarabilmesinin yanında, antisosyal kişilik bozukluğu gibi yetişkin yaşamda hayatın tüm alanlarını etkileyecek durumlara da sebebiyet verebilmektedir. Yine tedavi edilmeden kalan bu bozukluklar, bireyin yetişkin hayatında iş yaşamında, yakın ilişkilerinde ve adli kurumlarla ilişkilerinde belirgin sıkıntılar yaşamasına neden olmaktadır. YDB’nin yanında getirdiği tüm bu sorunlar sebebiyle, tedavisine yönelik çabalar fazlasıyla önem kazanmaktadır. YDB’nin tedavisiyle ilgili yapılan çalışmalar ve kılavuzlar, bu bozukluklarda ilk tedavi seçeneği olarak, aileye, çocuğa ve çocuğun daha geniş çevresine yönelik uygulanan psikososyal müdahaleleri önermektedir. Psikososyal müdahalelerin yetersiz kaldığı durumlarda ise psikofarmakolojiye başvurulması önerilmektedir.

Bu çalışmada, DB ve/veya KOKGB tanısıyla Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları servisinde yatarak tedavi gören çocuk ve ergenlerde, servise yatış ve taburculuk sırasında uygulanan ve hastanın semptom şiddeti ile işlevselliğini ölçen ölçekler aracılığıyla ortam terapisinin iyileşmeye olan etkisinin ölçülmesi amaçlanmaktadır.

Çalışmanın birinci hipotezi; Yıkıcı davranış bozukluğu olan olgular ortam terapisinden faydalanmaktadır.

Çalışmanın ikinci hipotezi; Yıkıcı davranış bozukluğu olan ve ortam terapisinden faydalanımı yüksek olan olguların sosyodemografik özelliklerinde daha yüksek sosyoekonomik düzey, daha eğitilmiş aile vardır.

Çalışmanın üçüncü hipotezi; Bireysel risk puanları daha yüksek olgular ortam terapisinden daha az faydalanır.

Çalışmanın dördüncü hipotezi: Ailesel risk puanları daha yüksek olgular ortam terapisinden daha fazla faydalanır.

Çalışmanın beşinci hipotezi; Yıkıcı davranış bozukluğu olan olgularda servis yatış süresi arttıkça yararlanım artmaktadır.

2. GENEL BİLGİLER

YDB, bireyi otorite figürleriyle şiddetli çatışmalara sürükleyen veya başkalarının haklarını ve/veya toplumsal normları ihlal etmeye yol açan, duygu ve/veya davranış düzenlemedeki bireysel problemleri içerir. Yıkıcı davranım bozuklukları içinde karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) ve davranım bozukluğu (DB) yer alır ve bu bozukluklar DSM-5 içinde yıkıcı bozukluklar, dürtü denetimi ve davranım bozuklukları bölümü içinde yer alır. KOKGB ve DB sıklıkla örtüşüp semptomları yüksek korelasyon gösterse de, bu iki bozukluk göreceli olarak ayrı boyutlarda psikopatolojilerdir.

Boyutsal olarak bakıldığında bu bozukluklar dışa yönelim spektrumu ile ilişkilidir ve dizinhibisyon, düşük kısıtlanma ve olumsuz duygusallık kişilik boyutlarını içerir. YDB genellikle çocukluk veya ergenlikte başlar ve genelde erkeklerde Kızlara göre daha yaygındır.

Birlikte düşünüldüğünde bu bozukluklar, ruh sağlığı ve hastalıkları birimlerine en sık başvuru sebeplerindendir. Bu bozukluklar yaygındır ve yüksek morbiditeye, yüksek oranda ilişkili psikopatolojiye sahiptir ve topluma maliyeti yüksektir. Bu bozukluklar, depresyon, bipolar bozukluklar, kaygı bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, madde kullanım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi diğer psikiyatrik bozukluklarla sıklıkla komorbid olarak görülmekte veya bu hastalıkların ortaya çıkma riskini artırmaktadır [3].

2.1 Davranım Bozukluğu

2.1.1 Tanım ve Tarihçe

Davranım bozukluğu sıklıkla çocuklukta veya ergenlikte ortaya çıkar ve insanlara veya hayvanlara karşı fiziksel şiddet uygulama, hırsızlık, çevreye zarar verme ve kuralları ihlal etme gibi, başkalarının haklarına saldırı içeren davranışlarla karakterizedir [4]. Okul çağı çocuklarda

DB prevalansı yaklaşık %3'tür ve ruh sağlığı birimlerine en sık başvuru nedenlerinden biridir [4, 5].

DB özellikle yüksek bir toplumsal ve ekonomik yüke sahiptir ve küresel sağlık yükü açısından otizm spektrum bozukluğunu (OSB) ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğunu (DEHB) geride bırakmaktadır [6]. Bunun yanında, ruhsal bir bozukluk geliştiren erişkinlerin %60 kadarında erken dönemde, DB veya DB'nin gelişimsel öncüsü olan karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KOKGB) bulunmaktadır [7]. DB depresif bozukluk gibi net dönemlere sahip, epizodik bir bozukluk değildir. Bu yönüyle daha çok kişilik bozukluklarını andırır. Etkilenen kişilerin yaklaşık %50'si semptomlarda remisyon gösterse de, kalan grupta semptomlar kronikleşir ve erişkin hayatta kişilik bozuklukları ve kriminal davranışlarla sonuçlanır [8].

DB'nin klinik tanı kriterleri, psikiyatristlerin uzun zamandır tanıdığı ve tedavi etmeye çalıştığı kişilik özelliklerine ve davranış örüntülerine sahip bir insan tipini tarifler. Davranış problemleri olan, antisosyal davranış gösteren gençlere ait tanımlamalar çocuk ve ergen psikiyatrisi diye bir alan daha ortada yokken dahi yapılmıştır. 1837 yılında Prichard, açık bir şekilde psikotik olmayıp tekrarlayan antisosyal davranış örüntüleri gösteren genç yetişkinleri tanımlamak için "ahlaki delilik" tabirini kullanmıştır. Amerikan psikiyatrisinin kurucularından Benjamin Rush "doğuştan gelen, anormal ahlaki bozulma" gösteren vakalar tanımlamış ve bu hastaların "zihnin ahlaki işlevlerinde" eksikliğe sahip olduğunu öne sürmüştür.

20. yüzyılın başlarında psikiyatri alanında değişen bakış açısı, antisosyal davranış gösteren bireylerde çevrenin ve zorlayıcı koşulların etkisini göz önüne almaya başlamıştır. O dönem popülerite kazanan yeni psikanalitik ve psikodinamik terapiler, çocukluktaki zorlu yaşantıların etkisinin ortadan kaldırılabileceğine, antisosyal davranış gösteren gençlerin tedavi edilebileceğine dair umutları artırmıştır. Böylelikle Amerika Birleşik Devletlerinde suç davranışı gösteren gençlerin rehabilitasyonuna yönelik enstitüler kurulmaya başlamıştır [3].

Günümüzde DB'nin etiyolojisi ile ilgili düşünceler, genetik olarak kırılganlığa sahip bireylerde çevrenin zorlayıcı etkileri neticesinde bu bozukluğun ortaya çıktığına yöneliktir. Bu düşüncenin sonucunda DSM sistemi de bu bireyleri tanımlarken değişiklikler yaşamıştır.

Yetişkinler için antisosyal tepki gösteren sosyopatik kişilik tanısı ilk olarak 1952’de DSM-I’de tanımlanmıştır [9]. 1968’de, DSM-II ile birlikte çocukluk ve ergenlikte davranış bozuklukları bölümü eklenmiş, davranım problemleri gösteren çocuklar için çocukluğun sosyalleşmemiş agresif reaksiyonu tanısı eklenmiştir [10]. DB tanısı ise ilk olarak 1980’de DSM-III ile ortaya çıkmıştır. Burada DB agresif, agresif olmayan, sosyalleşmiş ve yetersiz sosyalleşmiş olarak dört alt tip içeriyordu [11]. 1987’de DSM-III-R’ın yayınlanmasıyla DB tanısına üç yeni alt tip eklenmiştir; yalnız agresif tip, grup tipi ve farklılaşmamış tip. DB tanısı için 13 kriterden en az 3 tanesinin 6 ay boyunca olması gerekiyordu [12]. DSM-IV (1994) ile DSM-IV-TR (2000) toplam kriter sayısını 15’e çıkarmış ve kriterleri insanlara ve hayvanlara saldırganlık, mala zarar verme, dolandırıcılık veya hırsızlık ve kuralların ciddi şekilde ihlali olacak şekilde 4 gruba ayırmıştır. Burada üç semptomun son 12 aydır olması ve en az 1 semptomun 6 aydır olması gerekiyordu. Ek olarak alt tipler de 10 yaşından önce ve sonra başlamasına göre ergenlik başlangıçlı, çocukluk başlangıçlı ve belirtilmemiş başlangıçlı olacak şekilde değiştirilmiştir [1]. Son çıkan DSM-5 ile bunlara ek olarak topluma yararlı duyguların sınırlı olmasıyla giden belirteci eklenmiştir [2].

2.1.2 Epidemiyoloji

2.1.2.1 Prevalans

DB’nin dünya çapındaki prevalansı yaklaşık %2-2.5 arasındadır ve erkeklerde %3-4, kızlarda %1-2 oranları görülmesiyle, erkeklerde yaklaşık iki kat daha yaygındır [13-15]. Bu oranlar DB’nin yaygın olmayan bir bozukluk olduğunu düşündürse de, yaşam boyu prevalansı inceleyen retrospektif çalışmalar ve kümülatif prevalansa bakan prospektif çalışmalar bireylerin yaklaşık %10’unun çocukluk veya ergenlikte bu tanıyı karşıladıklarını ortaya koymaktadır [16]. Türkiye’de yapılan bir çalışmada ise DB prevalansı işlevsellikte bozulma göz önüne alınmadığında %2.1, alındığında ise %1.7 olarak bulunmuştur [17]. DB prevalansı açısından bakıldığında, aralarında büyük kültürel farklar olmasına rağmen, ülkeler arasında prevalansın farklı olduğunu gösteren fazla kanıt bulunmamaktadır [13, 18]. DB’nin ortalama başlangıç dönemi orta çocukluk ve erken ergenlik sırasında olmaktadır [18, 19].

2.1.2.2 Komorbidite

Çocuk ve ergenlerdeki diğer psikiyatrik bozukluklara benzer olarak DB'ye de sıklıkla ek duygusal ve davranışsal sorunlar eşlik eder [20]. DB'li çocuklar olmayanlara kıyasla KOKGB için 15 kat, DEHB için ise 10 kat artmış riske sahiptir [20, 21]. DEHB'nin komorbid olduğu DB'li çocuklar olmayanlara kıyasla daha erken başlangıca, daha şiddetli semptomlara ve daha dirençli bir gidişata sahiptir ve okuma ve zekayla ilgili eksikliklere sahip olma olasılıkları daha yüksektir [22-24]. Bunların yanında DB ergenlerde madde kötüye kullanımı ile ilişkili bulunmuştur [25]. İçer yönelim bozuklukları açısından bakıldığında ise, özellikle kızlarda major depresif bozukluk(MDB) ile komorbid olarak bulunmaktadır [20]. DB anksiyete bozuklukları ile de ilişkili bulunsa da, bu olasılıkla doğrudan bir ilişki sonucu değil, fakat DB ile MDB'nin komorbiditesi sonucu ortaya çıkan bir durumdur [20, 21].

2.1.3 Etiyoloji

2.1.3.1 Çevresel Risk Faktörleri

DB içindeki değişkenliğin yaklaşık %50'sinin çevresel risk faktörlerine atfedilebileceği ikiz çalışmalarınca gösterilmiştir. Çevresel risklere prenatal, perinatal, ailesel ve sosyal çevreyle ilişkili faktörler katkıda bulunur [26, 27].

Prenatal risk faktörleri içinde en iyi belgelenmiş olanlar maternal sigara kullanımı, alkol kullanımı, madde kullanımı ve hamilelik sırasındaki strestir [28-32]. Yeni ortaya çıkmakta olan kanıtlar, hamilelik sırasındaki stresin bebekte prefrontal korteks gelişimine olan etkisinin, stresin DB semptomlarına olan etkisine aracılık ettiğini ortaya koymaktadır [32]. Bunun yanında, hamileliğin son trimesterindeki maternal anksiyetenin, bu annelerin çocuklarında, çocuklukta başlayıp ergenlikte de devam eden davranım problemleriyle ilişkili olduğu da gösterilmiştir [33]. Ek olarak, alkolün olumsuz etkilerine karşı genetik olarak kırılganlığı olan çocuklarda, orta seviyede maternal alkol tüketiminin (haftada 1-6 birim) çocukluk çağı başlangıçlı davranım problemlerine yönelik riski artırdığı bulunmuştur [34].

DB için perinatal risk faktörleri arasında obstetrik komplikasyonlar [35, 36], ebeveynde psikopatoloji [37], malnütrisyon [38] ve ağır metallerle maruziyet [34] yer almaktadır. Doğum komplikasyonlarının beyin gelişimini sekteye uğrattığı düşünülmektedir. Özellikle hipoksiye maruziyet, DB ile alakalı subkortikal yapılara ve beyaz madde yollarına zarar verir ve bu

sebeple DB gelişme ihtimalini artırıyor olabilir [39]. Yine benzer şekilde, düşük IQ'nun doğum komplikasyonları ile DB arasındaki ilişkiye aracılık ettiği düşünülmektedir [40]. Bunların yanında erken yaşamda maternal reddin eşlik ettiği doğum komplikasyonları da, erken başlangıçlı şiddet davranışı ile bağlantılı bulunmuştur [36]. Doğum komplikasyonlarına benzer şekilde, malnütrasyon da nörobilişsel hasara yol açmakta, bu da DB riskini artırabilmektedir [41].

DB paylaşılan ve paylaşılmayan çevre etkilerine dair kanıtların olduğu sayılı psikiyatrik bozukluktan biridir [42]. Uygunsuz ebeveynlik, sert, zora başvuran ve tutarsız disiplin verme ile ebeveyn-çocuk çatışması hem genel olarak DB için, hem de çocukluk çağı başlangıçlı davranım problemleri veya DB için iyi anlaşılmış ve güçlü risk faktörleridir [27, 43]. Ebeveyn kötü muamelesi DB için önemli bir risk faktörüdür, bu risk özellikle de yüksek genetik riski olan çocuklarda (antisosyal davranışa sahip birinci derece akrabası olanlar gibi) belirgindir [7, 44]. Ebeveynle ilişkili faktörlerin yanı sıra, akran grubunun sorunlu olması, düşük sosyoekonomik düzey, yoksulluk ve toplumsal şiddet de diğer çevresel risk faktörleri içinde yer alır. Yapılan çalışmalarda DB ve sorunlu akran grubu arasındaki ilişkinin hem toplumsal seçilimi hem de toplumsal nedenselliği yansıttığı [27, 45] ve etkili bir ebeveynliğin bu ilişkinin etkilerini azaltabileceği [46] gösterilmiştir. Bir meta-analizde, düşük sosyoekonomik düzey ile DB arasında küçük ama anlamlı bir ilişki gösterilmiştir [47]. Yakın zamanlı bir çalışmada, yaşam boyu dirençli DB'de, ergenlikle sınırlı olana kıyasla, düşük sosyoekonomik düzey 3.5 kat artmış riske sahip olarak bulunmuştur [48].

2.1.3.2 Kalıtılabilirlik

DB'de genetiğin rolünü araştıran çeşitli çalışmalar bulunmaktadır. DSM-III-R ve DSM-IV temelli semptom değerlendirmeleriyle yapılan ikiz çalışmaları %5 ile %74 arasında kalıtsallık bildirirken [49], en kapsamlı çalışmalar %40-50 arası bir kalıtsallık tahmininde bulunmaktadır [50]. Çok değişkenli bir ikiz çalışmasında DB'ye katkıda bulunan, kuralları çiğneme ve bariz saldırganlık için iki ayrı genetik faktör tanımlanmış [42], dolayısıyla DB'nin tek bir genetik yapıya sahip olmadığını ileri sürmüştür. Kalıtılabilirlik tahminleri erkeklerde kızlara göre daha yüksektir [51]. Bunun yanında DB'ye yönelik genetik katkı çocukluktan ergenliğe doğru artar, fakat bu katkı zaman içinde sürekli değil değişkendir, bu da hayatın farklı dönemlerinde farklı genlerin DB yönünde etkili olduğunu düşündürür [49, 52, 53]. DB'nin

DSM-5 içinde yer alan alt tiplere yönelik, başlangıç yaşı veya semptom şiddeti açısından bir kalıtsallık tahmini bulunmasa da, yapılan ikiz çalışmaları semptomlara göre kısmi olarak farklı genetik etkiler bulmuş, agresif davranışlarda agresif olmayanlara kıyasla kalıtılabilirliğin daha yüksek olduğunu göstermiştir [54, 55].

2.1.3.3 Moleküler Genetik

DB ile ilgili kalıtılabilirlik çalışmaları, etkin tek bir gen yerine, küçük etkiye sahip farklı genlerin birbirine eklenen etkileri sonucu bozukluğun ortaya çıktığını düşündürmektedir. Diğer birçok psikiyatrik bozukluk gibi DB'nin etiyolojisinde de poligenik kalıtım, bireyler arası genetik heterojenlik ve çevresel etkiler ortak rol oynamaktadır.

DB genetiğiyle ilgili ilk çalışmalar aday gen temelli gerçekleştirilmiştir. Bu aday genler genel olarak serotonerjik ve dopaminerjik nörotransmisyonla alakalı genlerden oluşuyordu [56]. Fakat aday genle ilgili çalışmalar sıklıkla küçük örneklem boyutuna sahip olduğundan, bu çalışmalar genellikle gücü düşük, temsil gücü az ve tekrarlanabilirliği düşük çalışmalardı [57].

Yakın zamanlı genom çapında ilişkilendirme çalışmaları (GÇİÇ) daha sistematik ve yansız bir yaklaşımla DB ve davranım sorunlarına katkıda bulunan genleri tanımlamaya çalışmıştır. Bu çalışmaların çoğunda anlamlı bir ilişki gösterilemese de, 3963 kişiyle yapılan bir çalışmada davranım sorunları ile glikoz metabolizması ve insülin sinyal sistemi ile ilişkili C1q ve Tümör Nekroz Faktörü İlişkili Proteiz 7 (C1QTNF7) geni arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmıştır [58]. Bu çalışmaların verileri meta-analiz halinde birleştirilmesi, DB'nin genetik yapısı hakkında daha ileri bilgiler sağlamıştır. Bu meta-analizlerin birinde, vazopressin V1a reseptörü AVPR1A'yı kodlayan gen ile büyük bir toplum temelli çocuk örnekleminde saldırgan davranışla ilişki bulunmuştur [59].

Genel olarak bakıldığında, DB ile ilişkili GÇİÇ bulgularının özgüllüğü düşüktür. Ek olarak, bu çalışmalardaki genler özellikle nörogelişimsel bozukluklar olmak üzere diğer psikiyatrik bozukluklarla da ilişkilidir [60, 61]. Tüm bu çalışmalardan gelen veriler birlikte değerlendirildiğinde, bu bozukluğa katkı sağlayan biyolojik yollar tanımlanabilmiş, böylelikle DB patofizyolojisinde serotonerjik, dopaminerjik ve nöroendokrin yolların katkılarıyla ilgili kanıtlar sağlamlaşmıştır [62, 63].

2.1.3.4 Gen-çevre Etkileşimi

Kişinin genleri belirli çevresel etmenlere maruziyeti nasıl etkilediği, farklı genetik risk faktörlerine sahip kişiler belirli çevresel etmenlere verdiği yanıtlar DB içinde araştırılmıştır. Bu gen-çevre etkileşim çalışmalarında, çevresel etmenler esas olarak en belirginleri çocukluk çağı kötü muamelesi veya ihmali ve annenin çocuğa gösterdiği yakınlık olmak üzere ailesel psikososyal etmenler, akran ilişkileri, ortam etmenleri ve stresten oluşmaktadır [64]. Bir çalışmada DB semptom seviyelerinin, uygunsuz akran grubu seçimini etkilediği gösterilmiş ve DB’de gen-çevre korelasyonlarının rolünü desteklemiştir [65]. Bunun yanında ebeveyn denetiminin düşük olduğu veya daha uygunsuz akran grubunun olduğu serbest ortam DB ile ilişkili davranışlara genetik katkıyı artırırken, daha destekleyici ortam bu katkıyı azaltmaktadır [56, 66]. Benzer şekilde, evlatlık alınan çocuklarla yapılan büyük bir çalışmada, elverişsiz çevrenin (suça yönelmiş bir üvey ebeveyne sahip olmak gibi) DB ile ilişkili davranışlar gelişmesindeki rolünün genetik kırılganlığa sahip çocuklarda, diğerlerine kıyasla daha büyük olduğu gösterilmiştir [67].

2.1.3.5 Nörobilişsel Süreçler

Normal gelişim gösteren bireylerle kıyaslandığında DB’li gençler yüzden ve sestem duygu tanıma [68, 69], afektif empati [70], karar vermede [71] eksiklikler yaşamaktadır. Karar verme açısından bakıldığında, kontrollere kıyasla DB’li gençler potansiyel ödüllere daha fazla etkilenmekte ve cezalandırmadan daha az etkilenmektedir [72, 73]. Afektif empatideki eksiklikler otizm spektrum bozukluklarında görülen bilişsel empati eksikliğinden farklıdır ve yine farklı olarak Kız ve erkekler ile çocukluk çağı başlangıçlı ve ergenlik dönemi başlangıçlı olgularda eşit şekilde etkilenmektedir [68, 72]. Bunların yanında planlama, çalışma belleği, görev değiştirme gibi yürütücü işlevlerde de, komorbid DEHB kontrol edildiğinde dahi eksiklikler görülmektedir [74, 75].

2.1.3.6 Beyin Yapısı ve İşlevleri

DB ile ilgili fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI) çalışmalarının çoğu duygu işleme üzerinedir. 24 çalışmanın dahil edildiği bir meta-analizde, olağan gelişim gösteren gençlerle kıyaslandığında, DB’li gençlerde dorsal ve rostral anterior singulat korteks (ASK), medial prefrontal korteks ve ventral striatumda düşük aktivasyon gözlenmiştir [76].

Başka bir meta-analizde ise DB veya KOKGB olan gençlerde, duygu işleme veya pekiştireçle ilişkili görevlerde amigdala ve striatumda düşük aktivasyon gözlenmiştir [77]. DB’de fonksiyonel bağlantısallığı inceleyen az sayıda çalışmada DB’li gençlerde atipik amigdala-orbitofrontal korteks bağlantısallığı gösterilmiş [78], yakın zamanlı bir çalışmada ise atipik amigdala-ASK bağlantısallığı bildirilmiştir [79]. Bu veriler bazı DB’li bireylerde subkortikal bölgelere yönelik prefrontal düzenlemenin kusurlu olduğunu, bunun da duygu düzenleme sorunlarına yol açtığını ve tehdit temelli reaktif saldırganlığı artırdığını düşündürmektedir.

Duygu işlemedeki zorlukların yanı sıra DB’li bireylerde başka alanlarda da işlevsel bozukluklar gösterilmiştir. Ödül uyaranına karşı azalmış striatal ve ventral prefrontal korteks yanıtları ödül işlemede [80], ceza uyaranına karşı anormal derecede artmış striatal ve ventromedial yanıtlar ceza işlemede [80, 81], kaçınılması gereken uyaranlara karşı azalmış anterior insula, dorsomedial prefrontal korteks ve kaudat yanıtları kaçınmayı öğrenmede [80] eksiklikler olduğunu göstermektedir. Bu işlev bozukluklarının pekiştireç temelli karar vermeyi sekteye uğrattığı ve engellenme temelli reaktif saldırganlık ve daha genel anlamda antisosyal davranışların altında yatan mekanizma olduğu öne sürülmektedir [82].

DB’de beyindeki işlevsel bozuklukların yanı sıra, yapılan yapısal MRI çalışmalarında, beynin yapısında da diğer bireylere göre farklılıklar gösterilmiştir. DB, KOKGB veya davranım sorunları olan gençlerde yapılan yakın zamanlı iki meta-analizde ve ayrıca agresif davranışlar gösteren gençlerde yapılan bir meta-analizde, kortikal (ventrolateral, medial prefrontal, orta temporal, süperior temporal ve anterior insular korteksler) ve subkortikal (amigdala, kaudat ve putamen) bölgelerde gri madde hacminde tutarlı şekilde azalmalar gösterilmiştir [77, 83, 84].

2.1.3.7 Nöroendokrinoloji ve Psikofizyoloji

DB’deki endokrinolojik değişikliklere yönelik erken çalışmalar düşük bazal kortizol seviyeleri bildirirse de [85, 86], daha yakın zamanlı ve yöntemsel açıdan daha güçlü çalışmalar bununla ilgili fazla kanıt sunamamıştır. Hatta bazı çalışmalar öğleden sonra ve akşam saatlerinde daha yüksek kortizol seviyeleri bildirmiştir [87]. Kortizol seviyelerine yönelik bulgular tutarsız olsa da, DB’li veya KOKGB’li çocuk ve ergenlerde strese karşı düşük kortizol yanıtı olduğu tutarlı olarak gösterilmiştir [87, 88]. Bunun yanında, HPA aksının gelişimin farklı dönemlerinde, çevresel zorluklara maruziyet sonucu etkilendiği bilinmektedir [89]. Bu bilgiler

ışığında HPA aksındaki işlev bozukluğunun mu DB'ye, yoksa DB'nin mi bu işlev bozukluğuna yol açtığı sorusu önemli bir soru olarak kalmaktadır.

Psikofizyolojik çalışmalar, dinlenme halinde düşük kalp atım sayısı ve strese karşı kalp atım yanıtlarında azalma ile DB arasındaki ilişkiye yönelik tutarlı kanıtlar sunmuştur [90]. Bunun yanında, daha düşük dinlenme hali deri iletkenliği ve duygusal uyaranlara karşı daha düşük deri iletkenlik yanıtları da gösterilmiştir [91].

2.1.4 Tanı, Tedavi ve Prognoz

2.1.4.1 Klinik Tanı

Davranım bozukluğu, ana psikiyatrik tanı sistemleri olan DSM ve ICD'de yer almakta ve ikisinde de benzer şekilde tanımlanmaktadır. Bunlara göre DB, genel olarak insanlara veya hayvanlara yönelik saldırganlık, mala zarar vermek, yalancılık, hırsızlık veya kuralların ciddi şekilde ihlal edilmesi gibi durumları içeren, başkalarının haklarının veya yaşa uygun normların ihlal edildiği, yaygın ve tekrarlayıcı davranış örüntülerini içeren bir bozukluktur. Bu tanımlamalar çok heterojen gruplar oluşturduğundan, DSM-5 ve ICD-11 çeşitli alt tipler dahil etmiştir. Bu alt tipler arasında çocuklukta başlayan tür (10 yaştan önce) ve ergenlik başlayan tür (10 yaştan sonra) örnek olarak verilebilir. Bunun yanında DSM-5 semptom sayısı ve şiddetine göre bir ağırlık belirteci eklemiştir. Ek olarak DSM-5'de topluma yararlı duyguların sınırlı olmasıyla giden belirteci eklenmiş, pişmanlık ya da suçluluk duymama, duygusuzluk-eşduyum yoksunluğu, yapabilirlik kaygısı taşımama ile sığ ya da yetersiz duygulanım semptomlarından iki veya daha fazlasını 12 aydan daha uzun süre gösteren çocuk ve ergenlerde bu belirtecin belirtilmesini istemiştir [2, 92].

Tablo 1: DSM-5 Davranım Bozukluğu Tanı Ölçütleri

- A. Son on iki ay içinde, aşağıdaki kategorilerin herhangi birinden olmak üzere, aşağıdaki 15 tanı ölçütünden en az üçünün varlığı ve en az bir tanı ölçütünün son altı ay içinde bulunması ile kendini gösteren, başkalarının temel haklarının ya da yaşına uygun başlıca toplumsal değerlerin ya da kuralların hiçe sayıldığı, yineleyici ve sürekli bir davranış örüntüsü:

İnsanlara ve Hayvanlara Karşı Saldırganlık

1. Sık sık başkalarına kabadayılık eder, gözdağı verir ya da başkalarının gözünü korkutur.
2. Sık sık kavga, dövüş başlatır.

3. Başkalarını ağır yaralayabilecek bir gereç (örn. sopa, taş, kırık şişe, bıçak, ateşli silah) kullanmıştır.
4. İnsanlara karşı acımasız davranmıştır.
5. Hayvanlara karşı acımasız davranmıştır.
6. Kişinin gözü önünde çalmıştır.
7. Birini cinsel etkinlikte bulunmaya zorlamıştır.

Eşyaları Kırıp Dökme

8. Ağır zarar vermek amacıyla, bile bile yangın çıkarmıştır.
9. Başkalarının eşyalarına bile bile zarar vermiştir (yangın çıkararak yapmanın dışında).

Dolandırıcılık ya da Hırsızlık

10. Başkasının evine, yapısına ya da arabasına zorla girmiştir.
11. Elde etmek, çıkar sağlamak ya da yükümlülüklerinden kaçmak için sıklıkla yalan söyler (başkalarını “kazıklar”).
12. Başkaları görmeden, sıradan olmayan nesneleri çalmıştır.

Kuralları Büyük Ölçüde Çiğneme

13. Anababasının yasaklarına karşın, on üç yaşından önce başlayarak, sık sık geceyi dışarıda geçirme.
14. Anababasının ya da onların yerini tutan kişilerin evinde yaşarken, en az iki kez gece evden kaçmıştır ya da aradan uzun bir süre geçmeden dönmediği bir kez evden kaçışı olmuştur.
15. On üç yaşından önce başlayarak, sık sık okuldan kaçmaları olmuştur.

- B. Bu davranış bozukluğu, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte klinik olarak belirgin bir düşmeye neden olur.
- C. Kişi 18 yaşında ya da daha ileri bir yaşta ise, toplum dışı (antisosyal) kişilik bozukluğu için tanı ölçütleri karşılanmamaktadır.

Tablo 2: ICD-10 Davranım Bozukluğu Tanı Ölçütleri

G1. En az 6 ay süreyle aşağıdaki belirtilerin bazılarının bulunması gerekir:

1. Gelişimsel düzeyine göre çok sık veya şiddetli öfke patlamaları olur.
2. Sık sık büyüklerle tartışır.
3. Sık sık büyüklerinin isteklerini reddeder veya kurallara karşı gelir.
4. Sık sık bilerek başkalarını kızdıracak şeyler yapar.
5. Sık sık kendi hataları veya olumsuz davranışları için başkalarını suçlar.
6. Alıngandır veya başkaları tarafından kolayca kızdırılabilir.
7. Sıklıkla kızgın ve güceniktir.
8. Sıklıkla kincidir ve intikam almak ister.
9. Bir şey elde etmek, bir çıkar sağlamak ya da sorumluluktan kaçmak için yalan söyler.
10. Kavga dövüş başlatır (kardeşler arasında yapılan kavgaları içermez).
11. Başkalarına ciddi biçimde fiziksel zarar verecek silah (sopa, taş, bıçak vb.) kullanır.
12. 13 yaşından öncesinden başlayarak ailenin yasaklarına karşın geceyi dışarıda geçirir.

13. Başkalarına fiziksel saldırganlık yapar.
14. Hayvanlara fiziksel olarak acımasız davranır.
15. Başkalarının malına mülküne isteyerek zarar verir.
16. Ciddi hasar vermek amacıyla yangın çıkarır.
17. Hiç kimse görmeden değerli eşyaları çalar (mağazalardan mal alma, sahtekarlık).
18. 13 yaş öncesinden başlayarak okuldan kaçır.
19. En az iki kez geceleyin evden kaçır (ya da uzun süreli dönmemişse bir kez)
20. Başkalarının gözü önünde hırsızlık (soygun, kapkaççılık, silahlı soygun) yapar.
21. Başka birini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.
22. Başkalarına kabadayılık eder (örn, acı veya zarar verme, işkence etme veya sarkıntılık).
23. Başkalarının evine, binasına ya da aracına zorla girer.

G2. Bozukluk, dissosyal kişilik bozukluğu, şizofreni, manik dönem, depresif dönem, yaygın gelişimsel bozukluklar veya hiperkinetik bozukluğun tanı ölçütlerini karşılamaz.

Altıpler:

- F91.0 Aile çevresiyle sınırlı Davranım Bozukluğu
 - F91.1 Sosyalleşmemiş Davranım Bozukluğu
 - F91.2 Sosyalleşmiş Davranım Bozukluğu
 - F91.3 Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu
-

Potansiyel DB tanısına sahip çocuk ve ergenlerin tanısai değerlendirilmesi bir takım faktörleri içermelidir. İlk olarak, davranım sorunlarının kapsamı, özellikle de saldırganlık varlığı ve bu saldırganlığın başkalarına verdiği zararın derecesi göz önüne alınmalıdır. Bunlar gerekli tedavinin yoğunluğu ile tedavinin uygulanacağı ortamın seçimi açısından kritik öneme sahiptir. İkinci olarak, davranım bozukluğu ile eş zamanlı bulunabilecek olan diğer psikiyatrik bozukluklar, adli sorunlar, sosyal sıkıntılar ve akademik güçlükler değerlendirilmelidir. Üçüncü olarak, tedavi hedefi olarak belirlenebilecek en yaygın risk faktörlerine bakılmalıdır. Bunlar içinde tutarsız ve katı ebeveyn tutumları, heyecan arama, duygu düzenleme sorunları ve DEHB ile ilişkili olabilecek hiperaktivite, dürtüsellik ve dikkat sorunları yer alır [93].

2.1.4.2 Ayırıcı Tanı

Antisosyal davranışlar birçok farklı durumun bir göstergesi olabilmektedir. Yanlış ve uygunsuz davranışın tek sefer görülmesi veya küçük boyutta olması normal risk alma davranışı olabilmektedir. Belirgin bir stresörü takiben ortaya çıkan davranım sorunlarında uyum bozukluğu tanısı dikkate alınmalıdır. KOKGB içinde antisosyal davranışlar görülmesi de, DB tanısını karşılamayacak düzeyde antisosyal benzeri davranışlar DB başlangıcını predikte edebilmektedir. DEHB’de de aşırı düzeyde yıkıcı davranışlar, kurallara ve beklentilere uymama

görülebilmektedir fakat bunlar yaş düzeyiyle uyumlu toplumsal normların ihlali boyutunda değildir. DEHB ve DB tanıları birlikte de konulabilmektedir. Duygudurum bozukluğu olan gençler ve çocuklarda davranım problemleri ve irritabilite sıklıkla görülebilmektedir fakat bunlar duygudurum epizodu sırasında ortaya çıkmasıyla DB'den ayrılmaktadır. Psikotik bozukluklarda da bozuklukla ilişkili olarak irritabilite, saldırgan ve antisosyal davranışlar görülebilmektedir. Tüm bunların yanında, yaşı daha büyük olanlarda antisosyal kişilik bozukluğu tanısı da göz önünde bulundurulmalıdır [94].

2.1.4.3 Önleme

DB'nin bireyler, aileler ve toplum üzerinde oluşturduğu duygusal ve fiziksel yük, önleme çalışmalarının önem kazanmasına neden olmuştur [95]. DB'de önleme çalışmaları genel olarak uygulanan tedavilerin uzantısı halindedir ve bunlar içinde ebeveyn yönetimi ve bireysel beceri eğitimi gibi yöntemler yer alır [96].

DB'ye karşı dayanıklılığı artıran koruyucu faktörler içinde Kız olmak, yüksek IQ'ya sahip olmak veya daha kolay bir mizaca sahip olmak yer alır. Diğer olumsuz ilişkileri dengeleyecek şekilde en az bir ebeveyn veya yetişkinle iyi ilişkilere sahip olmak, belirli risk faktörlerini dengeleyen koruyucu faktörlere bir örnektir. Diğer koruyucu faktörler arasında okul dışı bir beceri alanına sahip olmak, iyi akademik beceriler, ileriye planlama becerisi veya diğer başa çıkma yöntemlerini kullanabilmek yer alır.

2.1.4.4 Gidişat ve Prognoz

DB'nin ilk semptomları genellikle hafif düzeyde sorunlar olup, sonraki süreçte bunların yoğunluğu ve sıklığı artmakta ve daha ciddi ve şiddetli davranışları içermeye başlamaktadır [97]. Bireyler arası farklılıklar olsa da, erken yaşta daha ciddi sorunlara sahip gençlerin prognozu daha kötü olma eğilimindedir. DB tanısı alanların yaklaşık %40'ı ileride antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almakta, bu tanıyı almayanların çoğunluğunda da yine ilişkilerde ve iş yaşamında işlevsellikte bozulmalar meydana gelmektedir. Bunların yanı sıra DB, madde kullanımı ve diğer psikiyatrik bozukluklar gibi yetişkin hayattaki olumsuzluklar ile de ilişkilendirilmiştir [19].

2.1.4.5 Tedavi

DB'nin etkili tedavisi, çekirdek semptomları ile komorbid bozuklukların semptomlarını azaltmak, duygu düzenlemeyi iyileştirmek, ahlaki gelişimi ve sosyal yetileri güçlendirmek, akademik veya mesleki anlamda yardımcı olmak ve suç davranışını en aza indirmekten oluşur [98]. Etkili tedavi sıklıkla ruh sağlığı profesyonelleri ile servislerini dahil etmek durumundadır. Kalıcı değişiklikler genellikle ebeveynleri veya birincil bakımverenler ile çocuk veya ergenin ev ortamı ile akran grubunu hedef alan tedaviler ile sağlanmaktadır.

DB'ye yönelik tedaviler arasında en uygun maliyetli olanlar, erken-orta çocukluk sırasında ebeveynlik kalitesine odaklanmaktadır [99], ve erken çocuklukta (8 yaş öncesi) göreceli olarak kısa sürede (10 haftadan kısa) büyük etkiler görüldüğünden, bu dönem müdahale için en uygun zaman olarak değerlendirilmektedir [100]. Kanıta dayalı kılavuzlar ile meta-analizler, erken ve orta çocukluk döneminde sosyal öğrenme kuramına dayalı davranışsal ebeveyn eğitimi ilk sırada önermektedir [101, 102]. Farklı ülkelerde, en az iki randomize kontrollü çalışmada etkili bulunmuş yapılandırılmış ebeveyn eğitimi programları içinde Ebeveyn İdare Programı Oregon Modeli [103], Triple-P Olumlu Ebeveynlik Programı [104] ve Incredible Years programı [105] yer almaktadır. Ebeveyn eğitiminin yanında uygulanan, çocuklara yönelik bilişsel-davranışçı beceri eğitimi de, çocukta sosyal-bilişsel süreçlere ve kendilik düzenlemesine odaklanarak çocuklara faydalı olmaktadır [106]. Daha geç çocuklukta ve ergenlik döneminde ise ailesel ve davranışsal stratejileri ve bilişsel davranışçı terapileri birleştiren yaklaşımlar en etkilidir [107]. Bunlar içinde etkinliği gösterilen iki terapi yöntemi arasında İşlevsel Aile Terapisi (İAT) ile Multisistemik Terapi(MST) yer almaktadır. Bunlar içinde İAT aile içi sorunlu etkileşimler ve iletişime odaklanırken [108], MST akran çevresi, okul, yaşanılan çevre ve aile gibi ergenin etkileşimde bulunduğu birçok ortamı hedefleyen bir terapidir [109].

DB tedavisinin esas olarak psikososyal müdahalelerle gerçekleştirilmesi önerilse de, bazı durumlarda farmakolojik tedavi ihtiyacı doğmaktadır. Bu durumlar içinde sıklıkla DEHB'nin eşlik ettiği DB ile reaktif saldırganlığın ve duygu düzenleme sorunlarının yüksek düzeyde olması yer almaktadır. Meta-analizler, DB'li çocuk ve ergenlerde, özellikle de DEHB'nin eşlik ettiği durumda, metilfenidat veya amfetaminler gibi psikostimülanların orta ila büyük etki boyutuna sahip olduğunu göstermiştir [110, 111]. DEHB'nin eşlik ettiği durumda

psikostimülanların yanı sıra atomoksetinin de DB belirtilerini azalttığı bir çalışmada gösterilmiştir [112]. Komorbid DEHB durumunda, stimülanların psikososyal müdahale sırasında veya öncesinde başlanması önerilmektedir. DB tedavinde antipsikotikler de sıklıkla kullanılmaktadır. Bunlar içinde risperidonun, KOKGB veya DB'li çocuklarda irritabilite ve reaktif saldırganlık üzerine kısa dönemde büyük etkinliğe sahip olduğu bir meta-analizde gösterilmiştir [113]. Yapılan bir çalışmada ise antipsikotiklerin etkinliği gösterilirken, duygudurum düzenleyicilerin etkin olmadığı gösterilmiştir [111]. Türkiye'de yapılan bir çalışmada da, aripiprazolun DB belirtilerine karşı etkili, yan etki bakımından güvenilir bir antipsikotik olduğu gösterilmiştir [114].

2.2 Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu

2.2.1 Tanım ve Tarihçe

Karşıt olma karşı gelme bozukluğu(KOKGB) ilk olarak DSM-III'te karşı gelme bozukluğu şeklinde bir tanı olarak eklenmiştir [11]. Tanı kriterleri arasında küçük kuralların ihlali, öfke nöbetleri, tartışmacılık, inatçılık ve kışkırtıcı davranış yer alıyordu ve süre kriteri olarak 6 ay belirtilmişti. Tanı konulabilmesi için beş belirtiden ikisinin olması yeterliydi. Ek olarak, DB olan çocuk ve ergenlere KOKGB tanısı konulamıyordu. DSM-III'te yer alan bu tanı, geçerliliğinin düşük olması, kanıtsal desteğin az olması, tanı eşiğinin düşük olması gibi sebeplerle, çocuktaki normal davranışların medikalizasyonu olarak eleştiriler almıştır [115]. Bunun üzerine DSM-III'ün gözden geçirilmiş versiyonu olan DSM-IIIR'de tanı kriterlerine kinarlık ile öfkeli ve alıngan tavır eklenmiş, semptomların çocuğun yaşı ve gelişim düzeyiyle orantısız olması şartı eklenmiştir. Tanı konulabilmesi için dokuz belirtiden beşinin karşılanması gerekiyordu [12]. DSM-IV'te küfürlü konuşma kriteri kaldırılarak toplam semptom sayısı sekize, tanı için gerekli semptom sayısı ise dörde düşürülmüştür [1]. Son çıkan DSM-5'te ise kriter sayısı aynı kalmış, semptomlar ise öfkeli, tartışmacı ve kinci tutum olmak üzere üç alt gruba ayrılmıştır [2].

KOKGB'deki tipik davranışlar, sosyal, akademik ve mesleki işlevselliğin tüm alanlarında sorunlar doğurur. Bozukluğun merkezinde otorite figürleri ile çatışmalar yer aldığından, sorunlu davranışlar genellikle otorite figürleriyle olan etkileşimlerde ortaya çıkar. Çocuğa veya ergene yönelik talepler, davranışlara kısıtlama getirme çabaları yoğun bir tepki doğurur ve bu durumlar hızlıca güç savaşına dönüşür. Meydana gelen çatışmalar yüzeysel

olarak bakıldığında önemsiz konular hakkında olsa da, altta kontrol ve otonomiye yönelik algılanan tehditler yatar. Olumsuz davranışlar ve karşı gelme davranışları gelişimin belirli dönemlerinde normal olabilse de, bu bozuklukta normal kabul edilen düzeyin çok daha üzerinde, işlevselliği bozan bir durum mevcuttur.

2.2.2 Epidemiyoloji

2.2.2.1 Prevalans

KOKGB'nin toplum temelli örneklem gruplarındaki prevalansı çalışmadan çalışmaya değişiklik göstermektedir. Çalışmalardaki oranlar %1 ile %11 arasında değişmekte, ortalama oran ise yaklaşık %3.3 olarak hesaplanmaktadır [116]. 3,199 yetişkinin DSM-IV kriterlerine göre tarandığı retrospektif NCS-R çalışmasında yaşam boyu prevalans erkeklerde %11.2, Kızlarda %9.2, toplamda da %10.2 olarak bildirilmiştir [117]. Kız erkek farklılığına bakıldığında, 13 yaşından önce erkeklerde kızlardan biraz daha sık bulunmuş, ergenlerde ise farklılık bulunmamıştır [118]. Türkiye'de yapılan çalışmada ise, KOKGB prevalansı dünya ile uyumlu şekilde %3.84 olarak bulunmuştur [119].

2.2.2.2 Komorbidite

KOKGB ile birlikte en sık görülen bozukluk DEHB iken, aynı şekilde DEHB tanısı konulan çocukların çoğunda da KOKGB bulunmaktadır [120]. DEHB olan çocuklara en sık eşlik eden bozukluk, %60 oranla KOKGB olarak bildirilmektedir [97]. Ülkemizde yapılan benzer bir çalışmada DEHB'ye eşlik eden KOKGB oranı %22.6 olarak bulunmuştur [121]. Bu iki bozukluktaki davranışları birbirinden ayırmak ve ana nedenin hangisi olduğunu bulmak zor olabilmektedir. DEHB olan bir çocuğun dikkatsizlik ve unutkanlık nedeniyle söylenenleri yapmaması KOKGB'nin karşı gelme davranışıyla karışabilir. DEHB dışında kaygı bozuklukları da dikkate alınmalıdır. Ayrılma kaygısı bozukluğu ve obsesif kompulsif bozukluk da öfke nöbetlerine benzer krizlerle ortaya çıkabilir. KOKGB olan çocuklar kaygı bozukluğu ve duygudurum bozukluğu geliştirme açısından daha yüksek riske sahip bulunmuştur [122].

2.2.3 Etiyoloji

2.2.3.1 Genetik

Yıkıcı davranışların kardeşlerde ve biyolojik akrabalarda sıklıkla beraber görülmesi, KOKGB'nin genetik bir kökeni olduğunu düşündürse de, bu konudaki çalışmalar karışık verilere sahiptir. 2015 yılında yapılan bir meta-analizde, KOKGB'nin kalıtılabilirliği %60 olarak bulunmuştur [123]. KOKGB, diğer psikopatolojilerden farklı, özgün bir genetik yapıya sahip değildir [124]. Bu konuda yapılan GÇİÇ ve ekzon sekanslama çalışmaları da belirgin bir sonuç vermemiştir. Yakın zamanlı bir çalışma, 2p12 bölgesini ve arjinin vazopressin reseptör 1A (AVPR1A) genini erken ve orta çocuklukta agresyonla ilişkili olduğunu bulmuştur fakat bu bulgunun replike edilmeye ihtiyacı vardır [125]. Bu konuda yapılan aday gen çalışmaları ise, çocuklarda davranım problemlerini öngörmeye nispeten başarı elde etmiştir. Gama aminobütirik asit reseptör alt ünite alfa 2 (GABRA-2) genindeki çeşitli tek nükleotid polimorfizmler, klinik altı dışı yönelim semptomları ile ilişkili bulunmuştur [59]. Bunun yanında monoamin oksidaz A (MAOA) geni ve SLC6A4 serotonin transporter bağlantılı polimorfik bölge (5-HTTLPR) kısa aleli saldırgan davranışla ilişkili bulunmuştur [126].

2.2.3.2 Gen-Çevre Etkileşimi ve Epigenetik

Davranım sorunlarıyla ilgili yapılan gen-çevre etkileşimi çalışmaları, davranım semptomlarındaki genetik varyansın, kısıtlayıcılığı daha az olan çevrelerde daha fazla olduğu veya daha fazla ifade edildiğini öne sürmektedir [126]. Bir meta-analiz, varsayımsal yatkınlık alelini taşıyanların aile temelli müdahalelere daha fazla yanıt verdiğini bildirmiştir [127].

Bu konudaki epigenetik çalışmaları, genel olarak oksitosin reseptör (OXTR) geni ve sitokin genlerindeki farklı metilasyona odaklanmıştır [126]. Bir çalışmada, annedeki psikopatoloji ve madde kullanımının doğum sırasında bebekte OXTR geni ve çevresindeki metilasyonu artırdığı ve OXTR genindeki aşırı metilasyonun ergenlikte duygusuz-eşduyum yoksunluğu özelliklerini öngördüğü bildirilmiştir [128].

2.2.3.3 Beyin Yapısı ve İşlevleri

KOKGB'de beyin yapısını ve işlevlerini inceleyen çalışmalar genellikle DB/KOKGB grubunda yapılan çalışmalar olduğundan, elde edilen bulgular DB'deki bulgulara benzerdir. Bu

grupta korteks hacmini ölçen çalışmaların yakın zamanlı meta-analizler, sol amigdala, insula ve frontal gyrus bölgelerindeki hacim azalmalarının DB/KOKGB ile ilişkili olduğunu bulmuştur [77]. Diğer çalışmalar da amigdala, anterior insula, anterior singulat korteks ve medial prefrontal kortekste hacim azalması bildirmiştir [129]. Yıkıcı davranış bozuklukları için özellikle uygun bir yöntem olan, kortikal kalınlığı ölçen yapısal kovaryans yöntemi kullanan çalışmalarda ventromedial prefrontal korteks, süperior temporal korteks ve angular gyrusta azalmış kalınlık gösterilmiştir [129]. KOKGB/DB olan çocuklar tüm beyinde kortikal kalınlıkta %10-13 azalma göstermektedir [130].

Yürütücü işlevler kavramsal olarak planlama, bilişsel esneklik, çalışma belleği gibi yüksek düzey bilişsel işlemleri içeren “soğuk” yürütücü işlevler ve afektif empati, duygu düzenleme, karar verme gibi duygusal farkındalık ve sosyal algıyı içeren “sıcak” yürütücü işlevler şeklinde ayrıldığında [131], KOKGB ile ilgili fMRI çalışmaları, en çok “sıcak” yürütücü işlevlerle alakalı bölgeler olan amigdala ve striatumda anormal aktivasyon göstermektedir [77]. “Soğuk” yürütücü işlevlerle ilgili yapılan az sayıda çalışmada ise sadece precuneusun anormal aktivasyon gösterdiği bildirilmiştir.

2.2.3.4 Nörofizyoloji ve Nöroendokrinoloji

Saldırganlığı bulunan ergenlerde, bazal kalp hızı ve elektrodermal aktivite ile ölçülen otonomik sinir sistemi aktivitesi azalmış olarak bulunmuştur [132]. Ayrıca bazal kortizol seviyesi ile ölçülen hipotalamohipofizer eksen aktivitesi de antisosyal davranış gösteren çocuklarda azalmış olarak bulunmuştur [133]. Azalmış serotonin de uzun zamandır çocuktaki agresif davranışla ilişkilendirilmektedir [134].

2.2.3.5 Nöropsikoloji

YDB’li çocuklarda kavramsal açıdan bakıldığında bir davranışın sonuçları (ödül/ceza) açısından işlenmesinde, problem çözmede ve bilişsel kontrolde eksiklik bulunmaktadır. KOKGB grubunda bu konuda yapılan çalışmalar karmaşık sonuçlar sunmaktadır. Buna bir sebep olarak DEHB ve DB komorbiditesinin dahil edilmesi gösterilebilir. Bunun yanında KOKGB’nin tek bir kavram olarak alınması, boyutlarına göre farklılıkların olabileceğini dikkate almamak da bu sonuçların bir sebebi olabilir. Bunları dikkate alan yakın zamanlı bir çalışmada, DEHB için kontrol edildiğinde gecikmeye karşı hoşnutsuzluğun karşıt olma

davranışını predikte ettiği, çalışma belleği ile sürdürülen dikkatin olumsuz afektif semptomları negatif predikte ettiği, daha iyi tepki ketlemenin daha fazla afektif semptom predikte ettiği gösterilmiştir [135].

2.2.3.6 Psikososyal Faktörler

Davranışsal bir bozukluk olan KOKGB, belirgin bir çevresel nedenselliğe sahiptir. Ailesel psikopatoloji, uygunsuz disiplin uygulamaları, kötü muamele, ihmal, tek ebeveyn olması, düşük sosyal sınıf, yoksulluk gibi ailesel risk faktörlerinin yıkıcı davranışlar ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu bilinmektedir. Aile dışı sebepler olan yoksul ve sıkışık bir çevrede yaşamak, uygunsuz akran çevresi, akran reddi de çocuğun davranışları üzerine belirgin bir olumsuz etkiye sahiptir.

İrritabilite, dürtüsellik, olumsuz uyaranlara karşı verilen tepkinin yoğunluğu gibi erken çocukluk mizaç özellikleri karşıt olma ve karşı gelme davranışlarına katkı sunabilmektedir. KOKGB komorbiditesinin de farklı mizaç özelliklerine göre değiştiği düşünülmektedir. Yapılan bir çalışmada erken mizaçsal duygusallık içe yönelim bozuklukları komorbiditesi ile, mizaçsal fazla hareketlilik DEHB komorbiditesi ile ilişkili bulunmuştur [136].

Mizacın yanında akran ilişkileri de KOKGB gelişimine etki etmektedir. Karşı olma davranışı gösteren çocuklar göstermeyenlerin reddine uğramakta ve kendileriyle benzer davranışları gösteren çocuklarla yakınlık kurmaktadır. Dolayısıyla akran reddi ile KOKGB arasındaki ilişkinin çift yönlü olduğu düşünülmektedir [137].

Yaşanılan çevre de yıkıcı davranışlarla ilişkili bulunmuş, sosyal ve ekonomik dezavantajlar ve yaşanılan ortamda şiddetin yaygın olması yıkıcı davranışları artırıcı etki göstermektedir [138, 139].

Ailesel faktörler ile genler arasındaki etkileşimin yıkıcı davranış etiyojisine yönelik etkisi giderek daha iyi anlaşılmaktadır [140]. Evlatlık edinilen çocuklar üzerinde yapılan çalışmalar, antisosyal davranış için daha yüksek genetik riske sahip çocukların, düşük riske sahip olanlara kıyasla koruyucu ebeveynlerinden daha fazla oranda olumsuz ebeveynlik gördüğü gösterilmiştir [141, 142]. Bu bilgilerin yanında, monozigot ikiz çalışmaları da çocukların dışa yönelim davranış riskine yönelik ailesel katkıların genetik riskin ötesinde etki ettiğini göstermiştir [143, 144].

2.2.4 Tanı ve Değerlendirme

2.2.4.1 Klinik Tanı

Karşıt olma davranışlarının değerlendirilmesinin 5 yaş gibi erken dönemden itibaren yapılması önerilmektedir [145]. KOKGB için semptomları ölçmede, tanıya yardımcı olmada ve izlemede yardımcı pekçok araç bulunmaktadır. Klinisyenler görüşmeler, ölçekler, klinik değerlendirme gibi tanısal araçların bir sentezini yapıp sonucunda tanıyı koymalıdır. KOKGB için değerlendirme yaparken olabildiğince farklı kaynaklardan bilgi almak, özellikle DEHB olmak üzere komorbid psikiyatrik durumları dikkate almak ve diğer risk faktörlerini değerlendirmek önem taşımaktadır.

KOKGB tanısı klinik değerlendirme ve DSM-5 ölçütleri dikkate alınarak konulmaktadır. KOKGB DSM-5 kriterleri tabloda belirtilmiştir:

Tablo 3: Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu DSM-5 Tanı Ölçütleri

A. Aşağıdaki belirtilerden herhangi birinden olmak üzere en az dört belirtinin bulunması ile belirli, en az 6 ay süren, öfkeli/kolay kızan bir duygudurum, tartışmacı/karşı gelen davranış ya da kin besleme örüntüsü, kardeşi olmayan en az bir kişi ile etkileşimi sırasında kendini göstermiştir.

Öfkeli/Kolay Kızan Duygudurum

1. Sık sık tepesi atar
2. Sık sık alınganlık gösterir ya da kolay kızar
3. Sık sık öfkeli, kırgın, içerlemiş ve güceniktir.

Tartışmacı/Karşı Gelen Davranış

4. Buyurma, yaptırma ya da yasak etme gücü olan kişilerle sık sık tartışmaya girer; çocuklar ve gençler büyükleriyle tartışmaya girer.
5. Buyurma, yaptırma ya da yasak etme gücü olan kişilerin isteklerine ve kurallarına sıklıkla uymaz ya da bunlara etkin bir şekilde karşı gelir ya da karşı koyar.
6. Sık sık bile bile başkalarını kızdırır.
7. Kendi yanlışlarından ya da yanlış davranışlarından ötürü sıklıkla başkalarını suçlar.

Kin Besleme

8. Son altı ay içinde en az iki kez düşmanlık gütmüş ya da kin beslemiştir.

B. Bu davranış bozukluğu kişide ya da yakın çevresindeki başkalarında (örn, ailesi, yaşlıları, iş arkadaşları) sıkıntı yaratır ya da toplumsal, okulla ilgili, işle ilgili işlevsellik alanları ya da önemli diğer işlevsellik alanları üzerinde olumsuz etki gösterir.

- C. Bu davranışlar, yalnızca, psikozla giden bir bozukluk, madde kullanım bozukluğu, depresyon ya da ikiüçku bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır. Yıkıcı duygudurum düzenleyememe bozukluğu için tanı ölçütlerini de karşılamamaktadır.
-

2.2.4.2 Ayırıcı Tanı

Çocukluktaki birçok psikiyatrik bozukluk karşı gelme davranışıyla kendini gösterebilmektedir. Anksiyete bozukluğu veya özgün fobisi olan bir çocuk, özellikle kaygısını artıran durumlarda, obsesif kompulsif bozukluğu olan bir çocuk ritüelistik davranışları engellendiğinde karşıt olma davranışı gösterebilir. DEHB olan bir çocuğun dikkatsizlik ve unutkanlık sebebiyle kurallara uyamaması, karşıt olma olarak yorumlanabilir. Geçici karşıt olma davranışları ve irritabilite strese yanıt olarak görülebilir. Bunların dışında duyma ve dili anlama ile ilgili sorunlar da yönergeleri takip edememekle sonuçlandığından karşıt olma ile karışabilmektedir [146].

2.2.4.3 Tedavi

KOKGB tedavisinde ebeveynlik tutumları en makul ve en kolay şekilde müdahalenin mümkün olduğu hedeftir. Çocuklardaki karşıt olma ve davranım problemleri ile ilgili en çok araştırılan tedavi yöntemi psikososyal müdahalelerdir [147]. Bu konuda mevcut psikososyal terapiler ebeveyn idare eğitimi (EİE), ebeveyn/okul temelli eğitim, işlevsel aile terapisi, kısa stratejik aile terapisi, bilişsel davranışçı terapi, MST ve koruyucu aile ortamında çok boyutlu terapi olarak alt gruplara ayrılabilir [147]. Ebeveyn grup programları gibi çok bileşenli tedavi yaklaşımlar 8 yaşından büyük çocuklarda en uygun tedaviyken, daha büyük çocuklar MST ve kısa stratejik aile terapisi gibi daha aile temelli ve çok bileşenli yaklaşımlardan faydalanmaktadır [148, 149].

KOKGB tedavisinde psikososyal terapiler ilk seçenek olsa da, karşıt olma davranışı gösteren çocuğun saldırganlığı psikososyal olarak yönetilemediğinde, farmakolojik tedavinin eklenmesi gerekebilmektedir [150]. KOKGB'nin farmakolojik tedavisinde ilk olarak önerilen komorbid bozuklukların tedavisidir. Bu yeterli gelmediğinde ise atipik bir antipsikotik eklenebilir. Antipsikotiğe yanıt alınamazsa farklı bir antipsikotiğe geçmek, eğer kısmi yanıt alınıyorsa duygudurum düzenleyici eklemek önerilmektedir [149]. Komorbid DEHB durumunda ilaçlar arasında agresyona karşı en etkili olan metilfenidattır. DEHB varlığında atomoksetin, guanfazin, klonidin gibi stimülan olmayan ilaçlar da iyi etkiye sahiptir [111]. Yapılan çalışmalarda atipik antipsikotikler içinde gençler ve çocuklarda saldırgan davranışlara

ve irritabiliteye karşı en fazla kanıta sahip olan ilaç risperidon, sonrasında da aripiprazoldür [151].

2.3 ORTAM TERAPİSİ

2.3.1 Tarihçe

Ortam terapisinin (milieu terapi) temelleri, 19. yüzyıldaki ahlaki (psikolojik) tedavi gelişimine uzanmaktadır [152]. Ahlaki tedavinin prensipleri arasında ruhsal rahatsızlığı olan bireylerle ılımlı, cezalandırıcı olmayan bir tarzda birlikte çalışmak ve onlara terapötik etkiyi artıran, iyi özelliklere sahip fiziksel ve kişilerarası ortam sunmak yer alıyordu. Ahlaki tedavi 19. yüzyılın ilk yarısında olumlu katkılar sunsa da, ikinci yarısında aşırı doluluk, çalışan sayısındaki yetersizlik ve toplumsal ve ekonomik iklimin değişmesi gibi sebeplerle kaybolup gitmiştir. Ruhsal rahatsızlığı olan bireyler için güvenli bir yer olarak inşa edilen birçok enstitü ise akıl hastalarının toplandığı depolara dönmüştür [153].

Milieu (ortam, çevre) kelimesinin, özenle düzenlenmiş çevre ve terapinin bir parçası anlamında psikiyatrik literatürde kullanımı 1940larda başlamıştır. Bruno Bettelheim, çocukların önceki doğal ortamlarının etkisini tersine çevirmek için, terapötik ortamlar oluşturulmasını önermiştir [154]. İkinci dünya savaşı sırasındaki deneyimler, terapötik bir ortamda gerçekleşen rehabilitasyonun psikiyatrik hasarların iyileşmesinde etkili olduğunu göstermiştir. Sonucunda psikiyatristler, tedavinin gerçekleştiği ortamın ilave terapötik etkiler sunabildiğini 100 yıl sonra tekrar keşfetmiştir. İkinci dünya savaşı sonrası psikiyatrik bulgular askeri birimlerden sivil popülasyona geçmiştir. Thomas Main (1946) ilk defa terapötik topluluk ifadesini kullanmış [155], aynı yıllarda ABD’de Maxwell Jones’da benzer yöntemler geliştirmeye başlamıştır [156]. Hem Main’in hem de Jones’un tanımlamalarında, tedavi biriminin tüm yapısı tedavinin kendisinin bir unsuru olarak tarif edilmiştir.

Jones’un bahsettiği terapötik topluluk, esas olarak kişilik bozukluklarının tedavisinde kullanılıyordu. Temelinde, servisin yönetimine hastaların azami katılımı ve hasta topluluğunun hastaların bireysel değişimi için bir etken olarak azami kullanımı yer alıyordu. Zamanla başkaları terapötik ortamı başka hasta tipleri için de kullanmaya başladı.

2.3.2 Uygulanma Şekli

Abroms (1969) tarafından belirtildiği şekilde, ortam terapisindeki psikiyatrik tedavinin amaçları ikiye indirgenebilir; sınırları belirleme ve temel sosyal becerileri öğrenme. Terapinin ilerleyiş sağlayabilmesi için beş temel rahatsız edici davranış tipinin kontrol edilmesi veya sınırlandırılması gerekmektedir. Bu davranışlar yıkıcılık, deorganizasyon, eyleme vurma, disfori ve bağımlılık olarak belirtilmiştir. Bunun yanında öğrenilmesi gereken dört tane de sosyal beceri vardır. Bu beceriler oryantasyon, hakkını arama, uğraşı ve hoş vakit geçirmekten meydana gelir. Abroms ortam terapisini, birimde mevcut tüm tekniklerin koordineli ve kişiselleştirilmiş bir şekilde sunulabildiği bir “tedavi çevresi” veya bir “meta-terapi” olarak görmüştür. Gunderson (1978) ise ortam terapisti programı planlarken göz önüne alınması gereken beş değişken tanımlamıştır. Bunlar kapsanma, destek, onaylama, yapı ve müdahil olmadır. Altıncı değişken, pazarlık, daha sonra eklenmiştir ve kritik olduğu düşünülmektedir.

Ortam terapisinin uygulandığı servise hastanın kabulü hızlıca ve tutarlı bir şekilde yapılır. Hastanın kendi topluluğuna güvenli bir şekilde geri dönüşünü sağlamak için, hastanın değerlendirmesi hastanın premorbid çevresi ve o çevreyle ne şekilde etkileşime girdiğine dair veriler içerir. Bu durumda aile üyeleri ve varsa başka yakınlarından alınan bilgiler de çok faydalıdır. Hastane biriminde hastanın diğerleriyle olan etkileşimleri gözlenir ve hastanın sosyal işlevselliği ve iyileşmeye yönelik sorumluluğunu güçlendirecek fırsatlar oluşturulur.

Ortamın sosyal çevresi deneysel ve gözlemsel öğrenmeye olanak verir. Belirli durumlarda nasıl etkileşime geçtikleri ve bu davranışlarının başkalarını nasıl etkilediği konusunda bir farkındalığa erişebilmeleri için hastalara yardım edilir. Tedavi ekibi hastalara, kendi bireysel uyum sağlama yöntemlerini açığa çıkaracak şekilde kendilerini ifade etmeleri için yeterince özgür bir ortam sunar ve böylelikle onlara, daha sağlıklı bir benlik algısına ulaşmalarını sağlayacak fırsatlar sunar [157].

Ortam içinde öğrenme fırsatları, her hastanın ihtiyaçları ve becerileri çerçevesinde şekillenir. Bağımlı, kendine güveni az hastalar için liderlik rolünü deneyimleme fırsatları önem taşımaktadır, denetimci, baskıcı hastalar işbirliğine dayanan ortak etkinliklerden fayda görür. Otorite ile doğrudan, açık bir şekilde yüzleşmek de ergenler, genç erişkinler ve manipulatif veya pasif-agresif tarzlara başvuran bireyler için önem taşımaktadır. Tehdit edici olmayan bir çevrede otoriteyi test edebilmek, ev ortamında kolayca tamamlanamayabilen gelişimsel bir görevdir.

Her hastanın klinik durumuna göre belirlenen sınırlar içerisinde hastanın otonomisi ve sorumluluğu cesaretlendirilir ve bunlara saygı duyulur. Hastalar iyiye gittikçe, tedavilerine daha etkin bir şekilde katılmaları beklenir. Hastanların sağlam ego işlevleri tamamlanır ve bunlar üzerine tedavi inşa edilir. Çevre, net, kapsayıcı ve genel kurallarla ve her hastanın kişisel tedavi planıyla sınırları çizilmiştir ve aynı zamanda esnektir. Egoyu güçlendiren uyaranlar, çeşitli “yaşayarak öğrenme” deneyimlerine maruziyet ve katılım daimi şekilde gözlenir, değerlendirilir ve hastanın ihtiyaçlarına göre değiştirilir.

Davranış modifikasyonu, ortamdaki uygulanabilir terapötik stratejileri genişletmiştir. Bu stratejiler hastalar için olumlu etkiler göstermiştir. Perris (1988) bilişsel psikoterapi prensiplerinin ortamın terapötik süreçleriyle uyumlu olduğunu ifade etmiştir.

Servisteyken hastalar dış çevre ile olabildiğince etkileşime geçmeleri konusunda cesaretlendirilir. Servis yatışının genel amacı, dış çevreye yönelik tekrar sosyalleşmenin sağlanabilmesi ve psikiyatri servislerine veya enstitülerine bağımlı hale gelmenin engellenebilmesidir. Bu amaç özellikle sık servis yatışına ihtiyaç duyan kronik hastalarda önem taşımaktadır.

3. YÖNTEM

3.1 Çalışma Örneklemi

Çalışmanın örneklemi 01/04/2011 ile 31/12/2020 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (DEÜTF ÇERSAH) yatan hasta ünitesine DB veya KOKGB tanısıyla yatışı yapılan, 6-18 yaş arası 78 olgudan oluşmaktadır. Çalışmaya dahil edilme kriterleri:

1. Olguların 01/04/2011 ve 31/12/2020 tarihleri arasında Dokuz Eylül Üniversitesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları (DEÜTF ÇERSAH) yatan hasta ünitesinde KOKGB ve DB ile yatarak tedavi görmüş olması.
2. 6 yaş ile 18 yaş arasında olması
3. Planlı taburculuğu olmuş olması

Çalışmadan dışlanma kriterleri:

1. Hastanın 5 yaş ve altında olması, 19 yaş ve üzerinde olması
2. Hastada psikotik bir semptom varlığı
3. Davranış problemlerine yol açabilecek merkezi sinir sistemi patolojisinin olması
4. Orta ve ağır entelektüel yetersizlik sendromu olması

5. Orta ve ağır otistik spektrum bozukluğu tanısı olanlar
6. Hastanın yatılı birimden plansız çıkışı olması veya ölçek verilerinin eksik olması

3.2 Çalışma Deseni

Çalışma, retrospektif, tanımlayıcı tek merkezli desendedir.

3.3 Uygulama

Çalışmaya dahil eden olguların tanıları, serviste görevli klinisyenler tarafından, DSM-IV ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre konulmuştur. Olgulara ait sosyodemografik veriler servise yatış sırasında yatış değerlendirme dosyasına kaydedilmiştir.

Olguların bireysel ve ailesel/çevresel risk değerlendirmesi, birimimiz tarafından hazırlanmış risk değerlendirme formları ile belirlenmiştir. Olguların yatış ve taburculuk sırasındaki işlevsellik düzeyleri klinisyen tarafından puanlanan Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (The Children's Global Assessment Scale-CGAS) ile ölçülmüştür. Ortam terapisinin olguların iyileşmesine olan etkisi, yatış ve taburculuk sırasında tedavi ekibi tarafından puanlanan HoNOSCA-TR Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeği (Health of the Nation Outcome Scales - Children and Adolescents) ile değerlendirilmiştir.

Olgular sosyodemografik ve klinik veriler ile yararlanımın karşılaştırılması amacıyla, cinsiyetlerine, yaş gruplarına ve DEHB eşlik durumlarına göre ayrı ayrı gruplanmıştır.

3.4 Veri Toplama Araçları

3.4.1 Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (The Children's Global Assessment Scale-CGAS)

CGAS genel işlevselliğin değerlendirilmesinde çok yaygın olarak kullanılan bir ölçektir. Psikososyal işlevselliği ölçmeyi hedefleyen yeni gereçlerin validasyonunda 'altın standart' olarak kabul edilmektedir. Klinisyen tarafından en düşük işlevsellikten en yüksek işlevselliği yansıtan 10 bölüm içinde puanlanır. Puanlama 1'den 100'e kadar yapılır. Artan puanlar daha iyi genel işlevselliğe işaret eder[158].

3.4.2 HoNOSCA-TR Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeği (Health of the Nation Outcome Scales - Children and Adolescents):

HONOSCA-TR Klinik Gidiş Değerlendirme Ölçeği, çocuk ve ergen ruh sağlığı yataklı servislerinde (3-18 yaş) kullanılması amacıyla oluşturulmuş bir klinik sonuç ölçümüdür. University of Manchester, Department of Health ve The Royal College of Psychiatrists

tarafından hazırlanmıştır. Ruh sağlığı sorunları olan çocuk ve ergenlerin davranışları, sorun alanları, belirtileri ve sosyal işlevselliklerini değerlendiren, rutin kullanılan bir ölçüm aracıdır. Klinisyen tarafından yatış ve taburculuk sırasındaki durumu değerlendiren 5'li likert tipi puanlanan (0=sorun yok, 1=müdahale gerektirmeyecek kadar küçük bir sorun, 2=hafif düzeyde ancak kesinlikle var olan bir sorun, 3=orta düzeyde ciddi bir sorun, 4=ciddi veya çok ciddi bir sorun) 13 ölçekten oluşan, sayısal bir kayıttır[159]. Düşen puanlar tedavi ile klinik gidişte iyileşmeyi gösterir. Türkçe geçerlilik güvenilirliği İşcanlı ve ark. tarafından yapılmıştır[160].

3.4.3 Bireysel Risk Değerlendirmesi

Çocuk veya ergende yada ailede şiddet davranışı öyküsü, kesici, delici alet ve /veya silah kullanma öyküsü, tehdit edici davranış öyküsü, hayvanlara zarar verme öyküsü, yasal olmayan davranış/ ceza alma öyküsü, kasıtlı olarak kendine zarar verme öyküsü, yakın zamanda suisid düşüncesi/ girişimi öyküsü, alkol madde kullanımı öyküsü, istismar (duygusal, fiziksel, cinsel) öyküsü, fiziksel hasar/özünlüğün olması ve uygunsuz cinsel davranış öyküsü EVET/HAYIR olarak işaretlenmektedir. Toplam risk puanı 12 üzerinden hesaplanmaktadır.

3.4.4 Ailesel Risk Değerlendirmesi

Evde yetersiz denetim, aile içi çatışma, okulla işbirliğinin az olması, ailede işsizlik/ yoksulluk olması, ailede ruhsal bozukluk öyküsü, ailede kendine zarar verme/ suisid öyküsü, sosyal desteğin az olması, çevrede işsizlik/ yoksulluk olması EVET/ HAYIR olarak işaretlenmekte, her evet yanıtı için 1 puan verilmekte ve ailesel ve çevresel risk puanı toplam 8 üzerinden hesaplanmaktadır.

3.5 İstatiksel Analiz

Verilerin değerlendirilmesinde SPSS Windows 22.0 paket programı kullanılmıştır. Normal dağılan gruplarda bağımsız örneklem t-testi ve tekrarlayan ölçümlerde ANOVA (Repeated Measure ANOVA) uygulanmıştır. Kategorik veya nominal verilerin analizinde ki-kare testi uygulanmıştır. Ki-kare testinde gözlenen değerler arasında 5'den küçük değer olduğunda Fisher'in Kesin Testi (FKT) kullanılmıştır. Sayısal değişkenler arasındaki ilişki, Pearson korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. Korelasyonun gücü açısından yapılan değerlendirmede, r'nin mutlak değeri; 0.20-0.39 olduğunda 'zayıf', 0.40-0.59 olduğunda 'orta', 0.60-0.89 olduğunda yüksek korelasyon olarak alınmıştır. Tanımlayıcı analizlere ek olarak, yatış ve taburculuktaki CGAS ve HONOSCA-TR puanlarının karşılaştırması, verilerin dağılımı

gözetilerek Wilcoxon signed-rank testi ile yapılmıştır. Bağımsız değişkenler, bireysel ve ailesel risk puanları, yaş, cinsiyet, sosyo-demografik özellikler, eştanı; bağımlı değişkenler ise Honosca ve CGAS ölçek puanları olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

4.1 Örneklem Tanımı

Çalışmada tamamı serviste yatan DB veya KOKGB tanılı, planlı şekilde taburcu edilmiş, ölçek verileri tam olan hastaların oluşturduğu 78 olgu incelenmektedir. Çalışmamızda kontrol grubu bulunmamaktadır.

4.2 Örneklem Sosyodemografik Özellikleri

Olguların yatış anındaki ortalama yaşları 12,25'tir. Örneklemimizin %48,7'si (n= 38) erkek, %51,3'ü (n= 40) kızdır.

4.2.1 Aile Özellikleri

Örneklemdeki olguların %57,7'si (n= 45) çekirdek ailede, %16,7'si (n= 13) boşanmış ailede, %11,5'i (n= 9) kurum bakımında, %9'u (n= 7) koruyucu ailede, %5,1'i (n= 4) en az bir ebeveyn vefatı olan ailede yaşamaktadır. Örneklem aile özellikleri Tablo 4'de özetlenmiştir. Olguların 34'ünün (%43.6) kardeşi yokken, 29'u (%37.2) tek kardeşe, 12'si (%15.4) iki kardeşe, 3'ü (%3.8) üç kardeşe sahiptir. Olguların kardeş bilgileri Tablo 5'de özetlenmiştir.

Tablo 4: Örneklem Aile Özellikleri

	n	%
Çekirdek Aile	45	57,7
Boşanmış Aile	13	16,7
Kurum	9	11,5
Koruyucu Aile	7	9
Vefat	4	5,1

Tablo 5: Örneklem Kardeş Özellikleri

	n	%
Yok	34	43,6
1 Kardeş	29	37,2
2 Kardeş	12	15,4
3 Kardeş	3	3,8

4.2.2 Anne Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumu

Annesi hayatta olmayan veya kurum bakımında olup annesiyle ilgili bilgiye sahip olunmayan olgular dışarıda bırakıldığında (n=9, %11,5), kalan 69 olgunun annelerinin ortalama yaşı 41,5'tir. Bu olguların annelerinin 1'i (%1.3) hiç eğitim almamış, 2'si (%2.6) okuma-yazma düzeyinde eğitime sahip, 27'si (%34.6) ilkokul mezunu, 6'sı (%7.7) ortaokul mezunu, 17'si (%21.8) lise mezunu, 16'sı (%20,5) üniversite mezunudur. Bu annelerden 36'sı (%46.2) bir işte çalışmakta, 29'u (%37.2) çalışmamakta, 4'ü (%5.1) emeklidir. Olguların annelerinin eğitim düzeyleri Tablo 6'da, çalışma durumları Tablo 7'de özetlenmiştir.

Tablo 6: Anne Eğitim Düzeyi

	n	%
Bilinmeyen	9	11,5
Yok	1	1,3
Okur-Yazar	2	2,6
İlkokul	27	34,6
Ortaokul	6	7,7
Lise	17	21,8
Üniversite	16	20,5

Tablo 7: Anne Çalışma Durumu

	n	%
Bilinmeyen	9	11,5
Çalışıyor	36	46,2
Çalışmıyor	29	37,2
Emekli	4	5,1

4.2.3 Baba Eğitim Düzeyi ve Çalışma Durumu

Babası hayatta olmayan veya kurum bakımında olup babasıyla ilgili bilgiye sahip olunmayan olgular dışarıda bırakıldığında (n=10, %12,8), kalan 68 olgunun babalarının ortalama yaşı 45,6'dır. Bu olguların babalarının 4'ü (%5.1) okuma-yazma düzeyinde eğitime sahip, 27'si (%34.6) ilkokul mezunu, 8'i (%10.3) ortaokul mezunu, 13'ü (%16.7) lise mezunu, 16'sı (%20.5) üniversite mezunudur. Babalardan 56'sı (%71.8) bir işte çalışmakta, 6'sı (%7.7) çalışmamakta, 6'sı (%7.7) emeklidir. Olguların babalarının eğitim durumları Tablo 8'de, çalışma durumları Tablo 9'da özetlenmiştir.

Tablo 8: Baba Eğitim Düzeyi

	n	%
Bilinmeyen	10	12,8

Yok	-	-
Okur-Yazar	4	5,1
İlkokul	27	34,6
Ortaokul	8	10,3
Lise	13	16,7
Üniversite	16	20,5

Tablo 9: Baba Çalışma Durumu

	n	%
Bilinmeyen	10	12,8
Çalışıyor	56	71,8
Çalışmıyor	6	7,7
Emekli	6	7,7

4.2.4 Soygeçmiş Özellikleri

Biyolojik ebeveynleri ile ilgili bilgi sahibi olunmayan olgular dışarıda bırakıldığında (n=10, %12.8), kalan 68 olgunun 47'sinde (60,3) birinci derece akrabalarda bir psikiyatrik bozukluk öyküsü varken, 21'inde (%26.9) yoktur. Olguların birinci derece akrabalarındaki psikiyatrik bozukluklar incelendiğinde, %32'sinde (n= 25) duygudurum bozukluğu, %12,8'inde (n= 10) anksiyete bozukluğu, %10,2'sinde (n= 8) öfke kontrol sorunları, %6,4'ünde (n= 5) psikotik bozukluk, %5,1'inde madde kullanım bozukluğu, %2,5'inde (n= 2) obsesif kompulsif bozukluk olduğu bulunmuştur. Olguların birinci derece akrabalarında psikiyatrik bozukluk öyküsü Tablo 10'da özetlenmiştir.

Tablo 10: Birinci Derece Akrabalarda Psikiyatrik Bozukluk Öyküsü

	n	%
Bilinmeyen	10	12,8
Psikiyatrik Bozukluk (-)	21	26,9
Psikiyatrik Bozukluk (+)	47	60,3
Duygudurum Bozukluğu	25	32
Anksiyete Bozukluğu	10	12,8
Öfke Kontrol Sorunları	8	10,2
Psikotik Bozukluk	5	6,4
Madde Kullanım Bozukluğu	4	5,1

Obsesif Kompulsif Bozukluk	2	2,5
-----------------------------------	---	-----

4.3 Örneklemin Klinik Özellikleri

4.3.1 Servis Yatış Özellikleri

Olguların servise yatışlarındaki ortalama yaşları $12,7 \pm 2,25$ yaş, ortalama servis yatış süreleri ise 80 ± 40 gündür. Çalışmaya alınan olguların yaş ve yatış özellikleri Tablo 11’de özetlenmiştir.

Tablo 11: Olguların Yaş ve Yatış Özellikleri

	Ortalama	$\pm ss$	Medyan	En Az	En Fazla
Yatış Anındaki Yaş (Yıl)	12,7	2,25	13	6	17
Toplam Yatış Gün	80	40	75	17	288

4.3.2 Akademik Özellikler

Olguların okul devamlılığı incelendiğinde, servise yattıkları dönemde olguların %61,5’i (n= 48) okula devam etmektedir. Okula devam eden olguların ders başarıları incelendiğinde %68,7’sinin (n= 33) ders başarıları kötü, %22,9’unun ders başarıları orta, %8,3’ünün ders başarıları iyi (n= 4) olarak değerlendirilmiştir. Olguların akademik özellikleri Tablo 12’de özetlenmiştir.

Tablo 12: Olguların Akademik Özellikleri

	n	%
Devam Etmeyen	30	38,5
Devam Eden	48	61,5
Kötü	33	68,7
Orta	11	22,9
İyi	4	8,3

4.3.3 Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Örneklemdaki 78 olgudan %94,8’ine (n= 74) en az bir psikiyatrik bozukluk eşlik etmektedir. Eşlik eden tanılar incelendiğinde, %44,8’ine (n= 35) DEHB, %42,3’üne (n= 33) MDB, %34,6’sına (n= 27) SKÖ, %8,9’una (n= 7) ÖÖB, %7,6’sına (n= 6) MR, %6,4’üne (n= 5) dışa atım bozukluğu, %5,1’ine (n= 4) OKB ve ilişkili bir bozukluk, %3,8’ine (n= 3) komplike yas, %3,8’ine (n= 3) tik bozukluğu, %2,5’ine (n= 2) davranışsal bağımlılık, %2,5’ine (n= 2) PTSB, %2,5’ine (n= 2) MKB, %1,2’sine (n= 1) anksiyete bozukluğu, %1,2’sine (n= 1) YDDB eşlik ettiği görülmüştür. Olgulara eşlik eden tanılar Tablo 13’de özetlenmiştir.

Tablo 13: Olgulara Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

	n
	78
Eş tanısı olan	74 (%94,8)
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	35 (%44.8)
Majör Depresif Bozukluk	33 (%42.3)
Sınırdaki Kişilik Örgütlenmesi	27 (%34.6)
Özgül Öğrenme Bozukluğu	7 (%8.9)
Hafif Mental Retardasyon	6 (%7.6)
Dışa Atım Bozukluğu	5 (%6.4)
Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluk	4 (%5.1)
Komplike Yas	3 (%3.8)
Tik Bozukluğu	3 (%3.8)
Davranışsal Bağımlılık	2 (%2.5)
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	2 (%2.5)
Madde Kullanım Bozukluğu	2 (%2.5)
Otizm Spektrum Bozukluğu	2 (%2.5)
Anksiyete Bozukluğu	1 (%1.2)
Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu	1 (%1.2)

4.3.4 Eşlik Eden Psikososyal Zorluklar

Olguların psikososyal zorlukları incelendiğinde, 67 olguda (%85) en az bir psikososyal zorluk olduğu görülmüştür. Olgulara en sık eşlik eden psikososyal zorluk aile ilişki sorunları (n= 50, %64,1), sonrasında ebeveyn tutum hataları (n= 20, %25), cinsel istismar (n=10, %12,8), ebeveyn kaybı (n=8, %10,3), ihmal (n= 7, %9), fiziksel istismar (n=7, %9), duygusal istismar (n= 3, %3,8) ile akran zorbalığı (n= 1, %1,3) olarak bulunmuştur. Olguların psikososyal zorlukları Tablo 14’de özetlenmiştir.

Tablo 14: Olguların Psikososyal Zorlukları

	n	%
Tanımlanmamış	11	14,1
Aile İlişki Sorunları	50	64,1
Ebeveyn Tutum Hataları	20	25,64
Cinsel İstismar	10	12,82
İhmal	7	8,97
Fiziksel İstismar	7	8,97
Ebeveyn Kaybı	8	10,25
Duygusal İstismar	3	3,84
Akran Zorbalığı	1	1,28

4.3.5 Ölçek Puanları

Olguların yatış sırasında ortalama CGAS ölçek puanı 34,19, toplam HONOSCA-TR puanı 30, HONOSCA-TR davranışsal sorunlar alt ölçeği puanı 9,61, HONOSCA-TR engellilik alt ölçeği puanı 4,05, HONOSCA-TR semptomatik sorunlar alt ölçeği puanı 4,80, HONOSCA-TR sosyal sorunlar alt ölçeği puanı 11,51 olarak bulunmuştur. Olguların yatıştaki ortalama ölçek puanları Tablo 15’de özetlenmiştir. Olguların çıkış sırasında ortalama CGAS ölçek puanı 53,08, toplam HONOSCA-TR puanı 19,94, HONOSCA-TR davranışsal sorunlar alt ölçeği puanı 5,19, HONOSCA-TR engellilik alt ölçeği puanı 3,17, HONOSCA-TR semptomatik sorunlar alt ölçeği puanı 3,28, HONOSCA-TR sosyal sorunlar alt ölçeği puanı 8,29 olarak bulunmuştur. Olguların taburculuktaki ortalama ölçek puanları Tablo 16’da özetlenmiştir

Tablo 15: Olguların Yatıştaki Ölçek Puanları

	N	Yatış Ortalaması±ss
CGAS	78	34,19±8,51
HONOSCA-TR-Toplam	78	30±5,45
HONOSCA-TR-Davranış	78	9,61±2,35
HONOSCA-TR-Engellilik	78	4,05±1,54
HONOSCA-TR-Semptom	78	4,80±1,88
HONOSCA-TR-Sosyal	78	11,51±2,23

Tablo 16: Olguların Taburculuk Ölçek Puanları

	N	Çıkış Ortalaması±ss
CGAS	78	53,08±11,26
HONOSCA-TR-Toplam	78	19,94±6,88
HONOSCA-TR-Davranış	78	5,19±2,63
HONOSCA-TR-Engellilik	78	3,17±1,42
HONOSCA-TR-Semptom	78	3,28±1,67
HONOSCA-TR-Sosyal	78	8,29±2,82

4.4 Sosyodemografik Verilerin Gruplar Arası Karşılaştırılması

4.4.1 Sosyodemografik Verilerin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

4.4.1.1 Yaş ve Cinsiyet

Örneklemdaki 13 yaş altı olguların ortalama yaşı 10,51, 13 yaş ve üzeri olguların ortalama yaşı ise 14,33 olarak bulunmuştur. 13 yaş altı olguların %36,4’ü kız (n= 12), %63,6’sı erkek (n= 21), 13 yaş ve üzeri olguların %57,8’i kız (n= 26), %42,2’si erkek (n= 19) cinsiyettedir.

Cinsiyetler bakımından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Olguların cinsiyetlerinin yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 17’de özetlenmiştir.

Tablo 17: Olguların Cinsiyetlerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Kız	Erkek	x	p
<13 yaş	12 (%36,4)	21 (%63,6)	3,49	,062
>13 yaş	26 (%57,8)	19 (%42,2)		

4.4.1.2 Aile Özellikleri

Örneklemdaki olguların aile özellikleri çekirdek aile ve diğer olarak iki gruba ayrıldığında, 13 yaş altı olguların (n= 33) %42,4’ü (n= 14) çekirdek ailede, %57,6’sı (n= 19) ise diğer bir ortamda yaşarken, 13 yaş ve üstü olguların (n= 45) %68,9’u (n= 31) çekirdek ailede, %31,1’i (n= 14) ise diğer bir ortamda yaşamaktadır. Olguların aile özellikleri açısından yaş grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık mevcuttur (p= ,019). Aile özelliklerinin yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 18’de özetlenmiştir.

Tablo 18: Aile Özelliklerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Çekirdek Aile	Diğer	x	p
<13 Yaş	14(%42,4)	19(%57,6)	5,46	,019*
≥13 Yaş	31(%68,9)	14(%31,1)		

4.4.1.3 Ebeveyn Eğitim Düzeyleri

Olguların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri ortaokul mezunu ve daha düşük eğitim düzeyi ile lise mezunu ve daha yüksek eğitim düzeyi olarak iki gruba ayrılmıştır. Annelerinin eğitim düzeyi hakkında bilgi sahibi olunan 13 yaş altı olgular (n= 27) incelendiğinde %55,6’sının (n= 15) annesi ortaokul ve altı eğitim düzeyine, %44,4’ünün (n= 12) annesi lise ve üstü eğitim düzeyine sahipken, 13 yaş ve üzeri olguların (n= 42) %50’sinin (n= 21) annesi ortaokul ve altı eğitim düzeyine, %50’sinin (n= 21) annesi lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Olguların annelerinin eğitim düzeyi açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (p= ,652). Babalarının eğitim düzeyi hakkında bilgi sahibi olunan 13 yaş altı olgular (n= 27) incelendiğinde %55,6’sının (n= 15) babası ortaokul ve altı eğitim düzeyine, %44,4’ünün (n= 12) babası lise ve üstü eğitim düzeyine sahipken, 13 yaş ve üzeri olguların (n= 41) %58,5’inin (n= 24) babası ortaokul ve altı eğitim düzeyine, %41,5’inin (n= 17) babası lise ve üstü eğitim düzeyine sahiptir. Olguların babalarının eğitim düzeyi açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (p= ,808).

Olguların ebeveynlerinin eğitim düzeylerinin yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 19’da özetlenmiştir.

Tablo 19: Ebeveyn Eğitim Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Anne Eğitim Düzeyi		x	p	Baba Eğitim Düzeyi		x	p
	Ortaokul ve Altı	Lise ve Üstü			Ortaokul ve Altı	Lise ve Üstü		
<13 Yaş	15(%55,6)	12(%44,4)	,203	,652	15(%55,6)	12(%44,4)	,059	,808
≥13 Yaş	21(%50)	21(%50)			24(%58,5)	17(%41,5)		

4.4.1.4 Ebeveyn Çalışma Durumu

Olguların ebeveynlerinin çalışma durumları, servise yattıkları zamanki durumlarını göre çalışıyor ve çalışmıyor olarak iki gruba ayrılmıştır. Annelerinin çalışma durumları ile ilgili bilgi sahibi olunan 13 yaş altı olgular (n= 27) incelendiğinde, %40,7’sinin (n= 11) annesinin çalışmadığı, %59,3’ünün (n= 16) annesinin çalıştığı, 13 yaş ve üzeri olguların (n= 42) ise %40,5’inin (n= 17) annesinin çalışmadığı, %59,5’inin (n= 25) annesinin çalıştığı bulunmuştur. Annenin çalışma durumu bakımından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p= ,983). Babalarının çalışma durumları ile ilgili bilgi sahibi olunan 13 yaş altı olgular (n= 27) incelendiğinde, %11,1’inin (n= 3) babasının çalışmadığı, %88,9’unun (n= 24) babasının çalıştığı, 13 yaş ve üzeri olguların (n= 41) ise %7,3’ünün (n= 3) babasının çalışmadığı, %92,7’sinin (n= 38) babasının çalıştığı bulunmuştur. Babanın çalışma durumu bakımından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p= ,589). Olguların ebeveyn çalışma durumlarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 20’de özetlenmiştir.

Tablo 20: Ebeveyn Çalışma Durumlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Anne Çalışma Durumu		x	p	Baba Çalışma Durumu		x	p
	Çalışıyor	Çalışmıyor			Çalışıyor	Çalışmıyor		
<13 Yaş	16(%59,3)	11(%40,7)	,00	,983	24(%88,9)	3(%11,1)	,291	,589
≥13 Yaş	25(%59,5)	17(%40,5)			38(%92,7)	3(%7,3)		

4.4.2 Sosyodemografik Verilerin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

4.4.2.1 Yaş ve Cinsiyet

Örneklemdaki kız olguların ortalama yaşı 13,02, erkek olguların ortalama yaşı 12,42'dir. Yaş bakımından cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p = ,242$). Olguların yaşlarının cinsiyetlere göre kıyaslanması Tablo 22'de özetlenmiştir.

Tablo 22: Olguların Yaşlarının Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

	Ortalama Yaş (yıl)	$\pm ss$	t	p
Erkek	12,42	2,25	1,180	,242
Kız	13,02	2,24		

4.4.2.2 Aile Özellikleri

Örneklemdaki olguların aile özellikleri çekirdek aile ve diğer olarak iki gruba ayrıldığında, erkek olguların ($n = 40$) %62,5'i ($n = 25$) çekirdek ailede, %37,5'i ($n = 15$) ise diğer bir ortamda yaşarken, kız olguların ($n = 38$) %52,6'sı ($n = 20$) çekirdek ailede, %47,4'ü ($n = 18$) ise diğer bir ortamda yaşamaktadır. Olguların aile özellikleri açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p = ,378$). Aile özelliklerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması Tablo 23'de özetlenmiştir.

Tablo 23: Aile Özelliklerinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

	Çekirdek Aile	Diğer	x	p
Erkek	25(%62,5)	15(%37,5)	,778	,378
Kız	20(%52,6)	18(%47,4)		

4.4.2.3 Ebeveyn Eğitim Düzeyleri

Olguların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri ortaokul mezunu ve daha düşük eğitim düzeyi ile lise mezunu ve daha yüksek eğitim düzeyi olarak iki gruba ayrılmıştır. Annelerinin eğitim düzeyi hakkında bilgi sahibi olunan erkek olgular ($n = 35$) incelendiğinde %54,3'ünün ($n = 19$) annesi ortaokul ve altı eğitim düzeyine, %45,7'sinin ($n = 16$) annesi lise ve üstü eğitim düzeyine sahipken, kız olguların ($n = 34$) %50'sinin ($n = 17$) annesi ortaokul ve altı eğitim düzeyine, %50'sinin ($n = 17$) annesi lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Olguların annelerinin eğitim düzeyi açısından cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır ($p = ,722$). Babalarının eğitim düzeyi hakkında bilgi sahibi olunan erkek olgular ($n = 35$) incelendiğinde %58,8'inin ($n = 20$) babası ortaokul ve altı eğitim

düzeyine, %41,2'sinin (n= 15) babası lise ve üstü eğitim düzeyine sahipken, kız olguların (n= 33) %55,9'unun (n= 19) babası ortaokul ve altı eğitim düzeyine, %44,1'inin (n= 14) babası lise ve üstü eğitim düzeyine sahiptir. Olguların babalarının eğitim düzeyi açısından cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (p= ,806). Olguların ebeveynlerinin eğitim düzeylerinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması Tablo 24'de özetlenmiştir.

Tablo 24: Ebeveyn Eğitim Düzeyinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

	Anne Eğitim Düzeyi		x	p	Baba Eğitim Düzeyi		x	p
	Ortaokul ve Altı	Lise ve Üstü			Ortaokul ve Altı	Lise ve Üstü		
Erkek	19(%54,3)	16(%45,7)	,127	,722	20(%58,8)	15(%41,2)	,060	,806
Kız	17(%50)	17(%50)			19(%55,9)	14(%44,1)		

4.4.2.4 Ebeveyn Çalışma Durumu

Olguların ebeveynlerinin çalışma durumları, servise yattıkları zamanki durumlarını göre çalışıyor ve çalışmıyor olarak iki gruba ayrılmıştır. Annelerinin çalışma durumları ile ilgili bilgi sahibi olunan erkek olgular (n= 34) incelendiğinde, %32,4'ünün (n= 11) annesinin çalışmadığı, %67,6'sının (n= 23) annesinin çalıştığı, kızların (n= 35) ise %48,6'sının (n= 17) annesinin çalışmadığı, %51,4'ünün (n= 18) annesinin çalıştığı bulunmuştur. Annenin çalışma durumu bakımından cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p= ,170). Babalarının çalışma durumları ile ilgili bilgi sahibi olunan erkek olgular (n= 34) incelendiğinde, %8,8'inin (n= 3) babasının çalışmadığı, %91,2'sinin (n= 31) babasının çalıştığı, kızların (n= 34) ise %8,8'inin (n= 3) babasının çalışmadığı, %91,2'sinin (n= 31) babasının çalıştığı bulunmuştur. Babanın çalışma durumu bakımından cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p= 1,00). Olguların ebeveyn çalışma durumlarının cinsiyetler arası karşılaştırılması Tablo 25'de özetlenmiştir.

Tablo 25: Ebeveyn Çalışma Durumlarının Cinsiyetler Arası Karşılaştırılması

	Anne Çalışma Durumu		x	p	Baba Çalışma Durumu		x	p
	Çalışıyor	Çalışmıyor			Çalışıyor	Çalışmıyor		
Erkek	23(%67,6)	11(%32,4)	1,88	,170	3(%8,8)	31(%91,2)	,00	1,00
Kız	18(%51,4)	17(%48,6)			3(%8,8)	31(%91,2)		

4.4.3 Sosyodemografik Verilerin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

4.4.3.1 Yaş ve Cinsiyet

DEHB eşlik eden olguların ortalama yaşı 12,20, DEHB eşlik etmeyen olguların ortalama yaşı 13,13 olarak bulunmuştur. Yaş açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p = ,067$). Yaşın DEHB eşlik durumuna göre karşılaştırılması Tablo 26'da özetlenmiştir.

Tablo 26: Olguların Yaşlarının DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Ortalama Yaş (yıl)	$\pm ss$	t	p
DEHB (-)	13,13	1,89	1,858	,067
DEHB (+)	12,20	2,56		

DEHB eşlik eden olguların %25,7'si ($n = 9$) kız, %74,3'ü ($n = 26$) erkekken, DEHB eşlik etmeyen olguların %67,4'ü ($n = 29$) kız, %32,6'sı ($n = 14$) erkektir. Gruplar arasında cinsiyet bakımından anlamlı farklılık mevcuttur ($p < ,001$). Cinsiyetlerin DEHB eşlik durumuna göre karşılaştırılması Tablo 27'de özetlenmiştir.

Tablo 27: Cinsiyetlerin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Erkek	Kız	x	p
DEHB (-)	14 (%32,6)	29 (%67,4)	13,44	<,001*
DEHB (+)	26 (%74,3)	9 (%25,7)		

4.4.3.2 Aile Özellikleri

Örneklemdeki olguların aile özellikleri çekirdek aile ve diğer olarak iki gruba ayrıldığında, DEHB eşlik eden olguların ($n = 35$) %71,4'ü ($n = 25$) çekirdek ailede, %28,6'sı ($n = 10$) ise diğer bir ortamda yaşarken, DEHB eşlik etmeyen olguların ($n = 43$) %46,5'i ($n = 20$) çekirdek ailede, %53,5'i ($n = 23$) ise diğer bir ortamda yaşamaktadır. Aile özellikleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttur ($p = ,027$). Aile özelliklerinin DEHB eşlik durumuna göre karşılaştırılması Tablo 28'de özetlenmiştir.

Tablo 28: Aile Özelliklerinin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Çekirdek Aile	Diğer	x	p
DEHB(+)	25(%71,4)	10(%28,6)	4,90	,027*
DEHB(-)	20(%46,5)	23(%53,5)		

4.4.3.3 Ebeveyn Eğitim Düzeyleri

Olguların ebeveynlerinin eğitim düzeyleri ortaokul mezunu ve daha düşük eğitim düzeyi ile lise mezunu ve daha yüksek eğitim düzeyi olarak iki gruba ayrılmıştır. Annelerinin eğitim düzeyi hakkında bilgi sahibi olunan DEHB (+) olgular (n= 31) incelendiğinde %54,8'inin (n= 17) annesi ortaokul ve altı eğitim düzeyine, %45,2'sinin (n= 14) annesi lise ve üstü eğitim düzeyine sahipken, DEHB (-) olguların (n= 38) %50'sinin (n= 19) annesi ortaokul ve altı eğitim düzeyine, %50'sinin (n= 19) annesi lise ve üstü eğitim düzeyine sahip olduğu bulunmuştur. Olguların annelerinin eğitim düzeyi açısından DEHB eşlik etme durumuna istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (p= ,689). Babalarının eğitim düzeyi hakkında bilgi sahibi olunan DEHB'nin eşlik ettiği olgular (n= 32) incelendiğinde %59,4'ünün (n= 19) babası ortaokul ve altı eğitim düzeyine, %40,6'sının (n= 13) babası lise ve üstü eğitim düzeyine sahipken, DEHB'nin eşlik etmediği olguların (n= 36) %55,6'sının (n= 20) babası ortaokul ve altı eğitim düzeyine, %44,4'ünün (n= 16) babası lise ve üstü eğitim düzeyine sahiptir. Olguların babalarının eğitim düzeyi açısından DEHB eşlik etme durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (p= ,751). Olguların ebeveynlerinin eğitim düzeylerinin DEHB eşlik durumuna göre karşılaştırılması Tablo 29'da özetlenmiştir.

Tablo 29: Ebeveyn Eğitim Düzeylerinin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Anne Eğitim Düzeyi		x	p	Baba Eğitim Düzeyi		x	p
	Ortaokul ve Altı	Lise ve Üstü			Ortaokul ve Altı	Lise ve Üstü		
DEHB(+)	17(%54.8)	14(%45.2)	,160	,689	19(%59,4)	20(%55,6)	,101	,751
DEHB(-)	19(%50)	19(%50)			13(%40,6)	16(%44,4)		

4.4.3.4 Ebeveyn Çalışma Durumu

Olguların ebeveynlerinin çalışma durumları, servise yattıkları zamanki durumlarını göre çalışıyor ve çalışmıyor olarak iki gruba ayrılmıştır. Annelerinin çalışma durumları ile ilgili bilgi sahibi olunan DEHB'nin eşlik ettiği olgular (n= 31) incelendiğinde, %51,6'sının (n= 16) annesinin çalışmadığı, %48,4'ünün (n= 15) annesinin çalıştığı, DEHB'nin eşlik etmediği olguların (n= 38) ise %31,6'sının (n= 12) annesinin çalışmadığı, %68,4'ünün (n= 26) annesinin çalıştığı bulunmuştur. Annenin çalışma durumu bakımından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p= ,092). Babalarının çalışma durumları ile ilgili bilgi sahibi olunan DEHB'nin eşlik ettiği olgular (n= 32) incelendiğinde, %9,4'ünün (n= 3) babasının çalışmadığı, %90,26'sının (n= 29) babasının çalıştığı, DEHB'nin eşlik etmediği

olguların (n= 36) ise %8,3'ünün (n= 3) babasının çalışmadığı, %91,7'sinin (n= 33) babasının çalıştığı bulunmuştur. Babanın çalışma durumu bakımından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p= ,880). Olguların ebeveyn çalışma durumlarının gruplar arası karşılaştırılması Tablo 30'da özetlenmiştir.

Tablo 30: Ebeveyn Çalışma Durumlarının DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Anne Çalışma Durumu		x	p	Baba Çalışma Durumu		x	p
	Çalışıyor	Çalışmıyor			Çalışıyor	Çalışmıyor		
DEHB(+)	15(%48,4)	16(%51,6)	2,82	,092	29(%90,6)	3(%9,4)	,023	,880
DEHB(-)	12(%31,6)	26(%68,4)			33(%91,7)	3(%8,3)		

4.5 Klinik Özelliklerin Gruplar Arası Karşılaştırılması

4.5.1 Klinik Özelliklerin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

4.5.1.1 Servis Yatış Süresi

Olguların serviste yatış süresi yaş gruplarına göre incelendiğinde, 13 yaş altı olguların (n= 35) ortalama 92,3 gün (ss: $\pm 45,7$), 13 yaş ve üzeri olguların ise ortalama 72,2 gün (ss: $\pm 34,4$) serviste kaldıkları görülmüştür. Olguların serviste yatış süreleri açısından 13 yaş altı grubun diğer gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha uzun yatış süresine sahip olduğu bulunmuştur (p= ,03). Serviste yatış süresinin yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 31'de özetlenmiştir.

Tablo 31: Servis Yatış Süresinin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	n	Ortalama Yatış Süresi(gün)	ss	t	p
<13 yaş	33	92,3	$\pm 45,7$	2,2	,03*
>13 yaş	45	72,2	$\pm 34,4$		

4.5.1.2 Okul Devamlılığı

Olguların serviste yattıkları dönemin öncesinde örgün eğitime devam durumları yaş gruplarına göre incelendiğinde, 13 yaş altı olguların %24,2'sinin (n= 8) örgün eğitime devam etmediği, 13 yaş ve üzeri olguların ise %51,1'inin (n= 23) örgün eğitime devam etmediği bulunmuştur. Okul devamlılığı açısından 13 yaş ve üzeri olan grupta devam etmeme oranı diğer gruptan istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur (p= ,027). Okul devamlılığının yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 32'de özetlenmiştir.

Tablo 32: Okul Devamlılığının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	n	Devam Eden	Devam Etmeyen	x	p
<13 yaş	35	25(%75,8)	8(%24,2)	4,88	,027*
>13 yaş	45	22(%48,9)	23(%51,1)		

4.5.1.3 Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Olgulara eşlik eden psikiyatrik tanılar yaş gruplarına göre incelendiğinde, 13 yaş altı olguların olguların %60,6'sına (n= 20) DEHB, %27,3'üne (n= 9) MDB, %12,1'ine (n= 4) SKÖ, %21,2'sine (n= 7) ÖÖB eşlik ederken, 13 yaş ve üzeri olguların %53,3'üne (n= 24) MDB, %51,1'ine (n= 23) SKÖ, %33,3'üne (n= 15) DEHB eşlik etmektedir. MDB ve SKÖ, 13 yaş ve üzeri grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık görülürken, ÖÖB ve DEHB diğer grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık görülmektedir. Eşlik eden tüm psikiyatrik tanılarının yaş gruplarına göre Tablo 33'de özetlenmiştir.

Tablo 33: Eşlik Eden Psikiyatrik Tanıların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	<13 yaş	>13 yaş	x	p
	33	45		
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	20(%60,6)	15(%33,3)	5,73	,017*
Majör Depresif Bozukluk	9(%27,3)	24(%53,3)	5,3	,021*
Sınırdaki Kişilik Örgütlenmesi	4(%12,1)	23(%51,1)	12,8	<,001*
Özgül Öğrenme Bozukluğu	7(%21,2)	0		,002*
Hafif Mental Retardasyon	2(%6,1)	4(%8,9)		1
Dışa Atım Bozukluğu	2(%6,1)	2(%4,4)		1
Obsesif Kompulsif ve ilişkili Bozukluk	0	4(%8,9)		0,133
Komplikasyon	0	3(%6,7)		0,258
Tik Bozukluğu	1(%3)	2(%4,4)		1
Davranışsal Bağımlılık	0	2(%4,4)		0,505
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	2(%6,1)	0		0,176
Madde Kullanım Bozukluğu				
Otizm Spektrum Bozukluğu	1(%3)	1(%2,2)		1
Anksiyete Bozukluğu	1(%3)	0		0,423
Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu	1(%3)	0		0,423

4.5.1.4 Eşlik Eden Psikososyal Zorluklar

Olguların eşlik eden psikososyal zorlukları yaş gruplarına göre incelendiğinde, 13 yaş altı olguların %51,5'ine (n= 17) aile ilişki sorunları, %30,3'üne (n= 10) ebeveyn tutum hataları, %15,2'sine (n= 5) cinsel istismar, %21,2'sine (n= 7) ihmal eşlik ederken, 13 yaş ve üzeri olguların %73,3'üne (n= 33) aile ilişki sorunları, %22,2'sine (n= 10) ebeveyn tutum hataları, %11,1'ine cinsel istismar (n= 5) eşlik ettiği bulunmuştur. 13 yaş ve üzeri olgularda aile ilişki

sorunları eşlike etme oranı diğer gruba kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksekken, 13 yaş altı grupta ihmal eşlik etme oranı anlamlı düzeyde daha yüksektir. Eşlik eden psikososyal zorlukların yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 34’de özetlenmiştir.

Tablo 34: Eşlik Eden Psikososyal Zorlukların Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	<13 yaş	>13 yaş	x	p
Tanımlanmamış	4(%12,1)	7(%15,6)		0,751
Aile İlişki Sorunları	17(%51,5)	33(%73,3)	3,94	,047*
Ebeveyn Tutum Hataları	10(%30,3)	10(%22,2)	0,65	0,419
Cinsel İstismar	5(%15,2)	5(%11,1)		0,735
İhmal	7(%21,2)	0		,002*
Fiziksel İstismar	5(%15,2)	2(%4,4)		0,127
Ebeveyn Kaybı	6(%14)	2(%5,7)		0,285

4.5.1.5 HONOSCA-TR Ölçek Puanları

Olguların servise yatış ve çıkışlarında uygulanan HONOSCA-TR toplam ölçek puanları incelendiğinde, 13 yaş altı olguların ortalama ölçek puanı yatışta 28,81, çıkışta 20,66, 13 yaş ve üzeri olguların ortalama ölçek puanı yatışta 30,86, çıkışta 19,42 olarak bulunmuştur. Yatıştaki ve çıkıştaki toplam HONOSCA-TR ölçek puanları açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır. HONOSCA-TR alt ölçekleri incelendiğinde davranışsal sorunlar alt ölçeği ortalaması 13 yaş altı olgularda yatışta 8,57, taburculukta 4,87, 13 yaş ve üzeri olgularda yatışta 10,37, çıkışta 5,42, engellilik alt ölçeği ortalaması 13 yaş altı olgularda yatışta 4,06, taburculukta 3,51, 13 yaş ve üzeri olgularda yatışta 4,04, taburculukta 2,93, semptomatik sorunlar alt ölçeği ortalaması 13 yaş altı olgularda yatışta 4,42, taburculukta 3,21, 13 yaş ve üzeri olgularda yatışta 5,08, taburculukta 3,33, sosyal sorunlar alt ölçeği ortalaması 13 yaş altı olgularda yatışta 11,72, taburculukta 9,06, 13 yaş ve üzeri olgularda yatışta 11,35, taburculukta 7,73 olarak bulunmuştur. Yatıştaki davranışsal sorunlar alt ölçeği ile çıkıştaki sosyal sorunlar alt ölçeği 13 yaş altı grupta diğer gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Diğer alt ölçeklerde gruplar arası anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Olguların HONOSCA-TR ölçek puanlarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 35’de ve Tablo 36’da özetlenmiştir.

Tablo 35: HONOSCA-TR Toplam Ölçek Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	HONOSCA-TR (Yatış)	t	p	HONOSCA-TR (Çıkış)	t	p
<13 yaş	28,81±5,83	-1,6	,102	20,66±6,64	,787	,434
>13 yaş	30,86±5,04			19,42±7,08		

Tablo 36: HONOSCA-TR Alt Ölçek Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	Davranış	t	p	Engellilik	t	p	Semptom	t	p	Sosyal	t	p
<13 yaş	8,57±2,06	-3,5	,001*	4,06±1,47	,045	,964	4,42±2	-1,5	,125	11,72±2,21	,723	,472
>13 yaş	10,37±2,28			4,04±1,60			5,08±1,76			11,35±2,267		
<13 yaş	4,87±2,47	-,897	,372	3,51±1,27	1,81	,074	3,21±1,55	-,31	,754	9,06±2,77	,758	,039*
>13 yaş	5,42±2,75			2,93±1,48			3,33±1,77			7,73±2,75		

4.5.1.6 CGAS Ölçek Puanları

Olguların servise yatış ve çıkışlarında uygulanan CGAS ölçeği puanları incelendiğinde, 13 yaş altı olguların ortalama ölçek puanı yatışta 33,78, çıkışta 51,87, 13 yaş ve üzeri olguların ortalama ölçek puanı yatışta 34,48, çıkışta 53,97 olarak bulunmuştur. Yatıştaki ve çıkıştaki CGAS puanları arasında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Yatıştaki CGAS ölçek puanlarının yaş grupları arası karşılaştırılması Tablo 37’de özetlenmiştir.

Tablo 37: CGAS Ölçek Puanlarının Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	CGAS (Yatış)	t	p	CGAS (Çıkış)	t	p
<13 yaş	33,78±8,74	-,35	,722	51,87±10,98	-,81	,42
>13 yaş	34,48±8,42			53,97±11,49		

4.5.1.7 Bireysel ve Ailesel Riskler

Bireysel risk puanı açısından bakıldığında, örneklemdeki 13 yaş ve altı olguların ortalama bireysel risk puanı 5,69 (ss: ±2,08), 13 yaş ve üzeri olguların ise 7,17(ss: ±1,88) bulunmuştur. Bireysel risk puanları açısından 13 yaş ve üzeri grup istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puana sahiptir (p= ,002). Ailesel risklere bakıldığında, 13 yaş altı olguların ailesel risk puanı 4,69 (ss: ±2,06), 13 yaş ve üzeri olguların ise 4,55 (ss: ±1,84) bulunmuştur. Ailesel risk puanı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılığa rastlanmamıştır (p= ,751).

Tablo 38: Bireysel ve Ailesel Risklerin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	n	Bireysel Risk	t	p	Ailesel Risk	t	p
<13 yaş	33	5,69±2,08	-3,27	,002*	4,69±2,06	,318	,751
>13 yaş	45	7,17±1,88			4,55±1,84		

4.5.2 Klinik Özelliklerin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

4.5.2.1 Servis Yatış Süresi

Olguların serviste yatış süresi cinsiyetlere göre incelendiğinde, erkek olguların (n= 40) ortalama 84,2 gün (ss: $\pm 44,8$), kız olguların ise ortalama 77,4 gün (ss: $\pm 36,3$) serviste kaldıkları görülmüştür. Olguların serviste yatış süreleri açısından cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (p= ,464). Serviste yatış süresinin cinsiyetlere göre karşılaştırılması Tablo 39’da özetlenmiştir.

Tablo 39: Serviste Yatış Süresinin Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

	n	Ortalama Yatış Süresi(gün)	ss	t	p
Erkek	40	77,4	$\pm 36,3$	,736	,464
Kız	38	84,2	$\pm 44,8$		

4.5.2.2 Okul Devamlılığı

Olguların serviste yattıkları dönemin öncesinde örgün eğitime devam durumları cinsiyetlere göre incelendiğinde, erkek olguların %35’inin (n= 14) örgün eğitime devam etmediği, kız olguların ise %42’inin (n= 16) örgün eğitime devam etmediği bulunmuştur. Okul devamlılığı açısından cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (p= ,519). Okul devamlılığının cinsiyetler arası karşılaştırılması Tablo 40’da özetlenmiştir.

Tablo 40: Okul Devamlılığının Cinsiyetler Arası Karşılaştırılması

	n	Devam Eden	Devam Etmeyen	x	p
Erkek	40	26 (%65,0)	14 (%35,0)	,416	,519
Kız	38	22 (%57,9)	16 (%42,1)		

4.5.2.3 Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Olguların eşlik eden psikiyatrik tanıları cinsiyetlere göre incelendiğinde, erkeklerin %65’ine DEHB (n= 26), %27,5’ine MDB (n=11), %15’ine SKÖ (n= 6) eşlik ederken, kızların %23’üne DEHB (n= 9), %57,5’ine MDB (n= 22), %55,5’ine SKÖ (n= 21) eşlik ettiği bulunmuştur. Eşlik eden tanılarda erkeklerde DEHB’nin, kızlarda ise MDB ve SKÖ’nün istatistiksel olarak anlamlı düzeyde diğer gruba kıyasla daha fazla eşlik ettiği bulunmuştur. Olgulara eşlik eden tüm tanıların cinsiyetlere göre karşılaştırılması Tablo 41’de özetlenmiştir.

Tablo 41: Eşlik Eden Psikiyatrik Tanıların Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

	Kız	Erkek	x	p
	38	40		
Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu	9 (%23)	26 (%65)	13,45	<,001*
Majör Depresif Bozukluk	22 (%57.8)	11 (%27.5)	7,376	0,007*
Sınırdaki Kişilik Örgütlenmesi	21 (%55.2)	6 (%15)	13,96	<,001*
Özgül Öğrenme Bozukluğu	2 (%5.26)	5 (%12.5)		0,432
Hafif Mental Retardasyon	1 (%2.6)	5 (%12.5)		0,201
Dışa Atım Bozukluğu	0	4 (%10)		0,116
Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluk	0	4 (%10)		0,116
Komplike Yas	1 (%2.6)	2 (%5)		1
Tik Bozukluğu	0	3 (%7.5)		0,241
Davranışsal Bağımlılık	0	2 (%5)		0,494
Travma Sonrası Stres Bozukluğu	2 (%5.26)	0		0,234
Madde Kullanım Bozukluğu	0	2 (%5)		0,494
Otizm Spektrum Bozukluğu	0	2 (%5)		0,494
Anksiyete Bozukluğu	0	1 (%2.5)		1
Yıkıcı Duygudurum Düzenleyememe Bozukluğu	0	1 (%2.5)		1

4.5.2.4 Eşlik Eden Psikososyal Zorluklar

Olguların eşlik eden psikososyal zorlukları cinsiyetlere göre incelendiğinde, erkeklerin %55'ine (n= 22) aile ilişki sorunları, %25'ine (n= 10) ebeveyn tutum hataları, %7,5'ine (n= 3) cinsel istismar eşlik ederken, kızların %73,7'sine (n= 28) aile ilişki sorunları, %26,3'üne (n= 10) ebeveyn tutum hataları, %18,4'üne cinsel istismar (n= 7) eşlik ettiği bulunmuştur. Eşlik eden psikososyal zorluklar açısından cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Tüm eşlik eden psikososyal zorlukların cinsiyetler arası karşılaştırılması Tablo 42'de özetlenmiştir.

Tablo 42: Eşlik Eden Psikososyal Zorlukların Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Kız	Erkek	x	p
Tanımlanmamış	3(%7,9)	8(%20)	2,357	0,125
Aile İlişki Sorunları	28(%73,7)	22(%55)	2,95	0,086
Ebeveyn Tutum Hataları	10(%26,3)	10(%25)	0,018	0,894
Cinsel İstismar	7(%18,4)	3(%7,5)		0,187
İhmal	1(%2,6)	6(%15)		0,109
Fiziksel İstismar	4(%10,5)	3(%7,5)		0,708
Ebeveyn Kaybı	5(%13,2)	3(%7,5)		0,476

4.5.2.5 HONOSCA-TR Ölçek Puanları

Olguların servise yatış ve çıkışlarında uygulanan HONOSCA-TR toplam ölçek puanları incelendiğinde, erkeklerin yatışta ortalama ölçek puanı 28,95, çıkışta 20,22, kızların ortalama ölçek puanı yatışta 31,10, çıkışta 19,65 olarak bulunmuştur. Yatıştaki ve çıkıştaki toplam HONOSCA-TR ölçek puanları arasında cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. HONOSCA-TR alt ölçekleri incelendiğinde davranışsal sorunlar alt ölçeği ortalaması erkeklerde yatışta 8,80, çıkışta 5,05, kızlarda yatışta 10,47, çıkışta 5,34, engellilik alt ölçeği ortalaması erkeklerde yatışta 4,17, çıkışta 3,20, kızlarda yatışta 3,92, çıkışta 3,15, semptomatik sorunlar alt ölçeği ortalaması erkeklerde yatışta 4,32, çıkışta 3,30, kızlarda yatışta 5,31, çıkışta 3,26, sosyal sorunlar alt ölçeği ortalaması erkeklerde yatışta 11,65, çıkışta 8,67, kızlarda yatışta 11,36, çıkışta 7,89 olarak bulunmuştur. Davranış ve semptom alt ölçeklerinde yatışta kızların ortalama puanları erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p=,001$ ve $p=,019$). Olguların HONOSCA-TR ölçek puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılması Tablo 43’de ve Tablo 44’de özetlenmiştir.

Tablo 43: HONOSCA-TR Toplam Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	HONOSCA-TR (Yatış)	t	p	HONOSCA-TR (Çıkış)	t	p
Erkek	28,95±6	1,76	,081	20,22±6,79	,040	,760
Kız	31,10±4,63			19,65±7,06		

Tablo 44: HONOSCA-TR Alt Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Davranış	t	p	Engellilik	t	p	Semptom	t	p	Sosyal	t	p
Erkek	8,80±2,23	3,33	,001*	4,17±1,72	-,73	,472	4,32±1,80	2,38	,019*	11,65±2,50	-,55	,582
Kız	10,47±2,20			3,92±1,34			5,31±1,86			11,36±1,93		
Erkek	5,05±2,69			3,20±1,48			3,30±1,69			8,67±2,64		
Kız	5,34±2,60			3,15±1,36			3,26±1,67			7,89±2,98		

4.5.2.6 CGAS Ölçek Puanları

Olguların servise yatış ve çıkışlarında uygulanan CGAS ölçeği puanları incelendiğinde, erkeklerin yatıştaki ortalama ölçek puanı 34,12, çıkıştaki 51,17, kızların yatıştaki 34,26, çıkıştaki 55,10 olarak bulunmuştur. Yatıştaki ve çıkıştaki CGAS puanları arasında cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Yatıştaki CGAS ölçek puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılması Tablo 45’de özetlenmiştir.

Tablo 45: CGAS Ölçek Puanlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	CGAS (Yatış)	t	p	CGAS (Çıkış)	t	p
Erkek	34,12±9,49	,071	,943	51,17±11,42	1,55	,124
Kız	34,26±7,46			55,10±10,87		

4.5.2.7 Bireysel ve Ailesel Riskler

Bireysel risk puanı açısından bakıldığında, örneklemdaki kızların ortalama bireysel risk puanı 7,05 (ss: ±2,02), erkeklerin ise 6,07(ss: ±2,06) bulunmuştur. Bireysel risk puanları açısından kızlar erkeklerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puana sahiptir (p= ,038). Ailesel risklere bakıldığında, kızların ortalama ailesel risk puanı 4,50 (ss: ±2,20), erkeklerin ise 4,72 (ss: ±1,64) bulunmuştur. Ailesel risk puanı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılığa rastlanmamıştır (p= ,601). Risklerin cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 46’da özetlenmiştir.

Tablo 46: Bireysel ve Ailesel Risklerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	n	Bireysel Risk	t	p	Ailesel Risk	t	p
Kız	38	7,05±2,02	2,10	,038*	4,50±2,20	-,51	,610
Erkek	40	6,07±2,06			4,72±1,64		

4.5.3 Klinik Özelliklerin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

4.5.3.1 Servis Yatış Süresi

Olguların serviste yatış süresi DEHB eşlik durumuna göre incelendiğinde, DEHB eşlik eden olguların (n= 35) ortalama 85 gün (ss: ±47,7), DEHB eşlik etmeyen olguların ise ortalama 77,2 gün (ss: ±36,8) serviste kaldıkları görülmüştür. Olguların serviste yatış süreleri açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (p= ,405). Serviste yatış süresinin DEHB eşlik durumuna göre karşılaştırılması Tablo 47’de özetlenmiştir.

Tablo 47: Servis Yatış Süresinin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

	n	Ortalama Yatış Süresi(gün)	ss	t	p
DEHB(+)	35	85,0	±47,7	-,9	,405
DEHB(-)	43	77,2	±33,8		

4.5.3.2 Okul Devamlılığı

Olguların serviste yattıkları dönemin öncesinde örgün eğitime devam durumları DEHB eşlik durumuna göre incelendiğinde, DEHB eşlik eden olguların %40’ının (n= 14) örgün

eğitime devam etmediği, DEHB eşlik etmeyen olguların ise %37,2'sinin (n= 16) örgün eğitime devam etmediği bulunmuştur. Okul devamlılığı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır (p= ,801). Okul devamlılığının DEHB eşlik durumuna göre karşılaştırılması Tablo 48'de özetlenmiştir.

Tablo 48: Okul Devamlılığının DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

	n	Devam Eden	Devam Etmeyen	x	p
DEHB(+)	35	21(%60)	14(%40)	,06	,801
DEHB(-)	43	27(%62,8)	16(%37,2)		

4.5.3.3 Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Olgulara eşlik eden psikiyatrik tanılar DEHB eşlik etme durumuna göre incelendiğinde, DEHB eşlik eden olguların %28,6'sında (n= 10) MDB, %22,9'una (n= 8) SKÖ, 7'sine (%20) ÖÖB eşlik ederken, DEHB eşlik etmeyen olguların %53'5'ine (n= 23) MDB, %44,2'sine (n= 19) SKÖ eşlik etmektedir. MDB ve SKÖ, DEHB eşlik etmeyen grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık görülürken, ÖÖB diğer grupta istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha sık görülmektedir. Eşlik eden tüm psikiyatrik tanılarının DEHB eşlik durumuna göre karşılaştırılması Tablo 49'da özetlenmiştir.

Tablo 49: Eşlik Eden Psikiyatrik Tanıların DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

	n	DEHB (-)	DEHB (+)	x	p
Majör Depresif Bozukluk		23(%53,5)	10(%28,6)	4,91	,027*
Sınırdaki Kişilik Örgütlenmesi		19(%44,2)	8(%22,9)	3,99	,049*
Özgül Öğrenme Bozukluğu		0	7(%20)		,003*
Hafif Mental Retardasyon		4(%9,3)	2(%5,7)		0,686
Dışa Atım Bozukluğu		2(%4,7)	2(%5,7)		1
Obsesif Kompulsif ve İlişkili Bozukluk		2(%4,7)	2(%5,7)		1
Komplike Yas		2(%4,7)	1(%2,9)		1
Tik Bozukluğu		1(%2,3)	2(%5,7)		0,585
Davranışsal Bağımlılık		2(%4,7)	0		0,499
Travma Sonrası Stres Bozukluğu		2(%4,7)	0		0,499
Madde Kullanım Bozukluğu		0	2(%5,7)		0,198
Otizm Spektrum Bozukluğu		1(%2,3)	0		1
Anksiyete Bozukluğu		0	1(%2,9)		0,449

4.5.3.4 Eşlik Eden Psikososyal Zorluklar

Olguların eşlik eden psikososyal zorlukları DEHB eşlik durumuna göre incelendiğinde, DEHB eşlik eden olguların %48,6'sına (n= 17) aile ilişki sorunları, %34,3'üne (n= 12) ebeveyn tutum hataları, %5,7'sine (n= 2) cinsel istismar eşlik ederken, DEHB eşlik etmeyen olguların %76,7'sine (n= 33) aile ilişki sorunları, %18,6'sına (n= 18) ebeveyn tutum hataları, %18,6'sına cinsel istismar (n= 8) eşlik ettiği bulunmuştur. Bunlara ek olarak psikososyal eşlik etmeme oranı DEHB eşlik eden olgularda %25,7 (n= 9), eşlik eden olgularda %4,7 (n= 2) olarak bulunmuştur. DEHB eşlik eden olgularda psikososyal zorluk eşlik etmeme oranı diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksekken, aile ilişki sorunları eşlik etme oranı DEHB eşlik etmeyen olgularda diğer gruba göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Eşlik eden psikososyal zorlukların DEHB eşlik durumuna göre karşılaştırılması Tablo 50'de özetlenmiştir.

Tablo 50: Eşlik Eden Psikososyal Zorlukların DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

	DEHB (-)	DEHB (+)	x	p
Tanımlanmamış	2(%4,7)	9(%25,7)		,01*
Aile İlişki Sorunları	33(%76,7)	17(%48,6)	6,66	,01*
Ebeveyn Tutum Hataları	8(%18,6)	12(%34,3)	2,48	0,115
Cinsel İstismar	8(%18,6)	2(%5,7)		0,171
İhmal	4(%9,3)	3(%8,6)		1
Fiziksel İstismar	6(%14)	1(%2,9)		0,122
Ebeveyn Kaybı	6(%14)	2(%5,7)		0,285

4.5.3.5 HONOSCA-TR Ölçek Puanları

Olguların servise yatış ve çıkışlarına uygulanan HONOSCA-TR toplam ölçek puanları incelendiğinde, DEHB eşlik eden olguların ortalama ölçek puanı yatışta 28,51, çıkışta 19,74, DEHB eşlik etmeyen olguların ortalama ölçek puanı yatışta 31,20, çıkışta 20,11 olarak bulunmuştur. Yatıştaki toplam HONOSCA-TR ölçek puanları, DEHB eşlik etmeyen grupta eşlik eden gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek bulunmuştur (p= ,029). HONOSCA-TR alt ölçekleri incelendiğinde davranışsal sorunlar alt ölçeği ortalaması DEHB eşlik eden olgularda yatışta 9,05, çıkışta 5,00, eşlik etmeyenlerde yatışta 10,06, çıkışta 5,34, engellilik alt ölçeği ortalaması DEHB eşlik eden olgularda yatışta 4,17, çıkışta 3,37, eşlik etmeyenlerde yatışta 3,95, çıkışta 3,02, semptomatik sorunlar alt ölçeği ortalaması DEHB eşlik eden olgularda yatışta 3,97, çıkışta 3,05, eşlik etmeyenlerde yatışta 5,48, çıkışta 3,46, sosyal

sorunlar alt ölçeği ortalaması DEHB eşlik eden olgularda yatışta 11,31, çıkışta 8,31, eşlik etmeyenlerde yatışta 11,67, çıkışta 8,27 olarak bulunmuştur. Semptomatik sorunlar alt ölçeği DEHB eşlik etmeyen grupta diğer gruba kıyasla istatistiksel olarak anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur ($p < ,001$). Diğer alt ölçeklerde gruplar arası anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Olguların HONOSCA-TR ölçek puanlarının DEHB eşlik durumuna göre karşılaştırılması Tablo 51’de ve Tablo 52’de özetlenmiştir.

Tablo 51: HONOSCA-TR Toplam Ölçek Puanlarının DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

	HONOSCA-TR (Yatış)	t	p	HONOSCA-TR (Çıkış)	t	p
DEHB (+)	28,51±5,52	2,22	,029*	19,74±5,49	,237	,813
DEHB (-)	31,20±5,14			20,11±7,89		

Tablo 52: HONOSCA-TR Alt Ölçek Puanlarının DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

	Davranış	t	p	Engellilik	t	p	Semptom	t	p	Sosyal	t	p
DEHB(+)	9,05±2,22	1,91	,059*	4,17±1,54	-,61	,539	3,97±1,61	3,83	<,001*	11,31±2,20	,705	,483
DEHB(-)	10,06±2,39			3,95±1,55			5,48±1,83			11,67±2,27		
DEHB(+)	5,00±2,32	,578	,565	3,37±1,21	-1,0	,285	3,05±1,47	1,07	,278	8,31±2,62	-,05	,957
DEHB(-)	5,34±2,88			3,02±1,56			3,46±1,81			8,27±3,01		

4.5.3.6 CGAS Ölçek Puanları

Olguların servise yatış ve çıkışlarında uygulanan CGAS ölçeği puanları incelendiğinde, DEHB eşlik eden olguların ortalama ölçek puanı yatışta 34,20, çıkışta 51,88, eşlik etmeyenlerin ortalama ölçek puanı yatışta 34,18, çıkışta 54,06 olarak bulunmuştur. Yatıştaki ve çıkıştaki CGAS puanları arasında gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. CGAS ölçek puanlarının cinsiyetler arası karşılaştırılması Tablo 53’de özetlenmiştir.

Tablo 53: Yatıştaki CGAS Ölçek Puanlarının DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

	CGAS (Yatış)	t	p	CGAS (Çıkış)	t	p
DEHB(+)	34,20±9,64	-,007	,994	51,88±8,97	,850	,398
DEHB(-)	34,18±7,58			54,06±12,84		

4.5.3.7 Bireysel ve Ailesel Riskler

Bireysel risk puanı açısından bakıldığında, örneklemdaki DEHB eşlik etmeyen olguların ortalama bireysel risk puanı 6,97 (ss: ±1,87), eşlik edenlerin ise 6,02(ss: ±2,25) bulunmuştur. Bireysel risk puanları açısından DEHB eşlik etmeyen grup istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek puana sahiptir ($p = ,046$). Ailesel risklere bakıldığında, DEHB

eşlik etmeyen olguların ailesel risk puanı 4,60 (ss: $\pm 1,77$), eşlik edenlerin ise 4,62 (ss: $\pm 2,12$) bulunmuştur. Ailesel risk puanı açısından iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılığa rastlanmamıştır ($p = ,957$). Risklerin DEHB eşlik durumuna göre karşılaştırılması Tablo 54’de özetlenmiştir.

Tablo 54: Bireysel ve Ailesel Risklerin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

	n	Bireysel Risk	t	p	Ailesel Risk	t	p
DEHB (-)	43	6,97 $\pm$ 1,87	2,03	,046*	4,60 $\pm$ 1,77	-,054	,957
DEHB (+)	35	6,02 $\pm$ 2,25			4,62 $\pm$ 2,12		

4.6 Servisten Yararlanımın İncelenmesi

4.6.1 Tüm Örneklemde Yararlanımın İncelenmesi

Servisten yararlanım, olgulara yatış ve taburculuk sırasında uygulanan CGAS ve HONOSCA-TR puanlarındaki değişime göre belirlenmiştir. Tüm örneklem incelendiğinde, HONOSCA-TR Toplam puan yatış ortalaması 30 (ss: $\pm 5,45$, çıkış ortalaması 19,94 (ss: $\pm 6,88$), davranış alt ölçeği yatış ortalaması 9,61 (ss: $\pm 2,35$), çıkış ortalaması 5,19 (ss: $\pm 2,63$), işlevsellikte bozulma alt ölçeği yatış ortalaması 4,05 (ss: $\pm 1,54$), çıkış ortalaması 3,17 (ss: $\pm 1,42$), semptom alt ölçeği yatış ortalaması 4,80 (ss: $\pm 1,88$), çıkış ortalaması 3,28 (ss: $\pm 1,67$), sosyal alt ölçeği yatış ortalaması 11,51 (ss: $\pm 2,23$), çıkış ortalaması 8,29 (ss: $\pm 2,82$) olarak bulunmuştur. Tüm ölçeklerdeki değişim istatistiksel olarak anlamlı düzeyde gerçekleşmiştir. Tüm örneklem için CGAS ölçeği yatış ortalama puanı 34,19 (ss: $\pm 8,51$), çıkış ortalama puanı 53,08 (ss: $\pm 11,26$) olarak bulunmuştur. CGAS ölçeğindeki değişim istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmuştur. Tüm örneklemde yararlanım Tablo 55’de özetlenmiştir.

Tablo 55: Tüm Örneklemde Yararlanımın İncelenmesi

	N	Yatış Ortalaması $\pm$ ss	Çıkış Ortalaması $\pm$ ss	Wilcoxon Z	p
CGAS	78	34,19 $\pm$ 8,51	53,08 $\pm$ 11,26	-7,407	<,001*
HONOSCA-TR-Toplam	78	30 $\pm$ 5,45	19,94 $\pm$ 6,88	-7,213	<,001*
HONOSCA-TR-Davranış	78	9,61 $\pm$ 2,35	5,19 $\pm$ 2,63	-7,337	<,001*
HONOSCA-TR-İşlevsellik	78	4,05 $\pm$ 1,54	3,17 $\pm$ 1,42	-4,439	<,001*
HONOSCA-TR-Semptom	78	4,80 $\pm$ 1,88	3,28 $\pm$ 1,67	-5,200	<,001*
HONOSCA-TR-Sosyal	78	11,51 $\pm$ 2,23	8,29 $\pm$ 2,82	-6,920	<,001*

4.6.2 Yararlanımın Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

HONOSCA-TR ölçek toplam puanı ve CGAS ölçek puanının yatış ve taburculuk arasındaki değişim yaş gruplarına göre incelendiğinde, HONOSCA-TR ölçek puanı 13 yaş altı olgularda 28,81 (ss: $\pm 5,83$) puandan 20,66 (ss: $\pm 6,64$) puana, 13 yaş ve üzeri olgularda ise 30,86 (ss: $\pm 5,04$) puandan 19,42 (ss: $\pm 7,08$) puana inerken, CGAS ölçek puanı 13 yaş altı olgularda 33,78 (ss: $\pm 8,74$) puandan 51,87 (ss: $\pm 10,98$) puana, 13 yaş ve üzeri olgularda ise 34,48 (ss: $\pm 8,42$) puandan 53,97 (ss: $\pm 11,49$) puana yükselmiştir. HONOSCA-TR ölçek puanındaki değişim 13 yaş ve üzeri olgularda 13 yaş altı olgulara kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha fazla bulunmuştur. CGAS ölçek puanlarındaki değişim bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılığa rastlanmamıştır. Yararlanımın yaş gruplarına göre karşılaştırılması Tablo 56’da özetlenmiştir.

Tablo 56: Yararlanımın Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

	<13 yaş	>13 yaş	f	p
HONOSCA-R Yatış	28,81 $\pm$ 5,83	30,86 $\pm$ 5,04	4,121	,046*
HONOSCA-R Çıkış	20,66 $\pm$ 6,64	19,42 $\pm$ 7,08		
CGAS Yatış	33,78 $\pm$ 8,74	34,48 $\pm$ 8,42	,244	,623
CGAS Çıkış	51,87 $\pm$ 10,98	53,97 $\pm$ 11,49		

4.6.3 Yararlanımın Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

HONOSCA-TR ölçek toplam puanı ve CGAS ölçek puanının yatış ve taburculuk arasındaki değişim cinsiyetlere göre incelendiğinde, HONOSCA-TR ölçek puanı erkeklerde 28,95 (ss: $\pm 6,00$) puandan 20,22 (ss: $\pm 6,79$) puana, kızlarda ise 31,10 (ss: $\pm 4,63$) puandan 19,65 (ss: $\pm 7,06$) puana inerken, CGAS ölçek puanı erkeklerde 34,12 (ss: $\pm 9,49$) puandan 51,17 (ss: $\pm 11,42$) puana, kızlarda ise 34,24 (ss: $\pm 7,46$) puandan 55,10 (ss: $\pm 10,87$) puana yükselmiştir. HONOSCA-TR ve CGAS ölçek puanlarındaki değişim bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılığa rastlanmamıştır. Yararlanımın cinsiyete göre karşılaştırılması Tablo 57’de özetlenmiştir.

Tablo 57: Yararlanımın Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

	Erkek	Kız	f	p
HONOSCA-R Yatış	28,95 $\pm$ 6,00	31,10 $\pm$ 4,63	2,837	0,096
HONOSCA-R Çıkış	20,22 $\pm$ 6,79	19,65 $\pm$ 7,06		
CGAS Yatış	34,12 $\pm$ 9,49	34,26 $\pm$ 7,46	1,875	,175
CGAS Çıkış	51,17 $\pm$ 11,42	55,10 $\pm$ 10,87		

4.6.4 Yararlanımın DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

HONOSCA-TR ölçek toplam puanı ve CGAS ölçek puanının yatış ve taburculuk arasındaki değişim DEHB eşlik durumuna göre incelendiğinde, HONOSCA-TR ölçek puanı DEHB'nin eşlik ettiği olgularda 25,51 (ss: $\pm 5,52$) puandan 19,74 (ss: $\pm 5,49$) puana, DEHB'nin eşlik etmediği olgularda ise 31,20 (ss: $\pm 5,14$) puandan 20,11 (ss: $\pm 7,89$) puana inerken, CGAS ölçek puanı DEHB'nin eşlik ettiği olgularda 34,20 (ss: $\pm 9,64$) puandan 51,88 (ss: $\pm 8,97$) puana, DEHB'nin eşlik etmediği olgularda ise 34,18 (ss: $\pm 7,58$) puandan 54,06 (ss: $\pm 12,84$) puana yükselmiştir. HONOSCA-TR ve CGAS ölçek puanlarındaki değişim bakımından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılığa rastlanmamıştır. Yararlanımın DEHB eşlik durumuna göre karşılaştırılması Tablo 58'de özetlenmiştir.

Tablo 58: Yararlanımın DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

	DEHB (-)	DEHB (+)	f	p
HONOSCA-R Yatış	31,20 $\pm$ 5,14	28,51 $\pm$ 5,52	2,022	0,159
HONOSCA-R Çıkış	20,11 $\pm$ 7,89	19,74 $\pm$ 5,49		
CGAS Yatış	34,18 $\pm$ 7,58	34,20 $\pm$ 9,64	,614	,436
CGAS Çıkış	54,06 $\pm$ 12,84	51,88 $\pm$ 8,97		

4.6.5 Yararlanımın Ebeveyn Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

HONOSCA-TR ölçek toplam puanı ve CGAS ölçek puanının yatış ve taburculuk arasındaki değişim anne eğitim düzeyine göre incelendiğinde, HONOSCA-TR ölçek puanı ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip anneleri olan olgularda 30,24 (ss: $\pm 6,09$) puandan 19,56 (ss: $\pm 7,28$) puana, lise düzeyi eğitime sahip anneleri olan olgularda 29,52 (ss: $\pm 3,37$) puandan 20,64 (ss: $\pm 5,79$) puana, lisans düzeyi eğitime sahip anneleri olan olgularda 29,50 (ss: $\pm 5,09$) puandan 20,25 (ss: $\pm 7,11$) puana gerilerken, CGAS ölçek puanı ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip anneleri olan olgularda 33,27 (ss: $\pm 9,14$) puandan 54,40 (ss: $\pm 10,86$) puana, lise düzeyi eğitime sahip anneleri olan olgularda 34,70 (ss: $\pm 9,29$) puandan 50,17 (ss: $\pm 10,54$) puana, lisans düzeyi eğitime sahip anneleri olan olgularda 34,81 (ss: $\pm 5,76$) puandan 52,81 (ss: $\pm 12,07$) puana yükselmiştir. Ölçek değişimleri açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır. Tablo 59'da yararlanımın anne eğitim düzeyine göre karşılaştırılması özetlenmiştir.

Tablo 59: Yararlanımın Anne Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

Ortaokul ve altı	Lise	Lisans	f	p
------------------	------	--------	---	---

HONOSCA-R Yatış	30,24±6,09	29,52±3,37	29,50±5,09	0,415	0,662
HONOSCA-R Çıkış	19,56±7,28	20,64±5,79	20,25±7,11		
CGAS Yatış	33,27±9,14	34,70±9,29	34,81±5,76	1,265	0,289
CGAS Çıkış	54,40±10,86	50,17±10,54	52,81±12,07		

HONOSCA-TR ölçek toplam puanı ve CGAS ölçek puanının yatış ve taburculuk arasındaki değişim baba eğitim düzeyine göre incelendiğinde, HONOSCA-TR ölçek puanı ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip babaları olan olgularda 29,89 (ss: ±5,90) puandan 19,46 (ss: ±7,05) puana, lise düzeyi eğitime sahip babaları olan olgularda 30,92 (ss: ±4,09) puandan 21,23 (ss: ±5,06) puana, lisans düzeyi eğitime sahip babaları olan olgularda 29,31 (ss: ±4,72) puandan 20,06 (ss: ±5,98) puana gerilerken, CGAS ölçek puanı ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip babaları olan olgularda 34,76 (ss: ±9,14) puandan 54,66 (ss: ±10,64) puana, lise düzeyi eğitime sahip babaları olan olgularda 33,38 (ss: ±9,50) puandan 52,15 (ss: ±11,37) puana, lisans düzeyi eğitime sahip babaları olan olgularda 32,93 (ss: ±6,63) puandan 51,12 (ss: ±10,72) puana yükselmiştir. Ölçek değişimleri açısından gruplar arası istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir farklılık bulunmamıştır. Tablo 60’da yararlanımın baba eğitim düzeyine göre karşılaştırılması özetlenmiştir.

Tablo 60: Yararlanımın Baba Eğitim Düzeyine Göre Karşılaştırılması

	Ortaokul ve altı	Lise	Lisans	f	p
HONOSCA-R Yatış	29,89±5,90	30,92±4,09	29,31±4,72	0,181	0,835
HONOSCA-R Çıkış	19,46±7,05	21,23±5,06	20,06±5,98		
CGAS Yatış	34,76±9,14	33,38±9,50	32,93±6,63	0,12	0,887
CGAS Çıkış	54,66±10,64	52,15±11,37	51,12±10,72		

4.7 Korelasyonlar

4.7.1 Bireysel ve Ailesel Risklerin Ölçek Puanlarına Etkisi

Bireysel ve ailesel risklerin ölçek puanlarına etkisi incelendiğinde, tüm örnekleme sadece bireysel risk puanlarının yatıştaki HONOSCA-TR toplam puanı üzerine istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir etkisi olduğu bulunmuştur ($r^2: ,084$ $p= ,01$). Bireysel ve ailesel risklerin, HONOSCA-TR taburculuk, HONOSCA-TR değişim, CGAS Yatış, CGAS Taburculuk ve

CGAS Değişim puanları üzerine istatistiksel olarak anlamlı bir etkisi bulunamamıştır. Risk puanlarının ölçek puanlarına etkisi Tablo 61’de özetlenmiştir.

Tablo 61: Risk Puanlarının Ölçek Puanlarına Etkisi

	HON-Yatış		CGAS-Yatış		HON-Çıkış		CGAS-Çıkış		HON-Fark		CGAS-Fark	
	r ²	p	r ²	p	r ²	p	r ²	p	r ²	p	r ²	p
Bireysel Risk	0,084	0,01*	0,04	0,08	0,001	0,84	0	0,87	0,039	0,08	0,014	0,29
Ailesel Risk	0,004	0,57	0,002	0,69	0,003	0,66	0,006	0,51	0,01	0,4	0,001	0,74

4.7.2 Yatış Süresi ve Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Olguların serviste kaldıkları süre ile yatıştaki HONOSCA-TR ölçek toplam puanı arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ilişki, CGAS ölçek puanları arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı, düşük düzeyde ilişki saptanmıştır. Yatış süresi ile yatıştaki ölçek puanları arasındaki korelasyon Tablo 62’de özetlenmiştir.

Tablo 62: Yatıştaki Ölçek Puanları ile Yatış Süresinin Korelasyonu

	Yatış Süresi (Gün)	
	r	p
HONOSCA-TR TOPLAM	,225	,047*
CGAS	-,224	,049*

Olguların serviste kaldıkları süre ile CGAS ölçek puan değişimi arasında pozitif yönde, orta düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki, HONOSCA-TR ölçek toplam puan değişimi ve davranış ve işlevsellik alt ölçek puan değişimleri arasında pozitif yönde, düşük düzeyde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ölçek puanlarındaki değişim ile yatış süresinin korelasyonu Tablo 63’de özetlenmiştir.

Tablo 63: Ölçek Puanlarındaki Değişim ile Yatış Süresinin Korelasyonu

	Yatış Süresi	
	r	p
ΔCGAS	,350	,002*
ΔHONOSCA-TR-Toplam	,275	,015*
ΔHONOSCA-TR-Davranış	,245	,031*
ΔHONOSCA-TR-İşlevsellik	,289	,010*
ΔHONOSCA-TR-Semptom	,115	,318
ΔHONOSCA-TR-Sosyal	,158	,167

4.7.3 Yaş ve Ölçek Puanlarının Korelasyonu

Olguların yaşı ile HONOSCA-TR ve CGAS yatış puanları arasında pozitif yönde, düşük düzeyde bir ilişki bulunmuştur fakat bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Yaş ve yatıştaki ölçek puanlarının korelasyonu Tablo 64’de özetlenmiştir.

Tablo 64: Yaş ve Yatıştaki Ölçek Puanlarının Korelasyonu

	Olguların Yaşı (Ay)	
	r	p
HONOSCA-TR TOPLAM	,048	,674
CGAS	,103	,369

Olguların yaşı ile CGAS ve HONOSCA-TR toplam ve alt ölçek puanları arasında pozitif yönde, düşük düzeyde korelasyon bulunmuştur fakat bu ilişki istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bulunmamıştır.

Tablo 65: Yaş ve Ölçek Değişimlerinin Korelasyonu

	Olguların Yaşı (Ay)	
	r	p
ΔCGAS	,006	,958
ΔHONOSCA-TR-Toplam	,144	,207
ΔHONOSCA-TR-Davranış	,162	,157
ΔHONOSCA-TR-İşlevsellik	,132	,251
ΔHONOSCA-TR-Semptom	,125	,276
ΔHONOSCA-TR-Sosyal	,030	,794

4.7.4 Ölçek Puanlarının Birbirleri İle Korelasyonu

HONOSCA-TR yatış puanları; HONOSCA-TR çıkış puanları ile pozitif yönde, orta düzeyde, anlamlı şekilde, HONOSCA-TR değişim puanları ile pozitif yönde, orta düzeyde, anlamlı şekilde, CGAS yatış puanları ile negatif yönde, orta düzeyde, anlamlı şekilde, CGAS değişim puanları ile pozitif yönde, düşük düzeyde anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. HONOSCA-TR çıkış puanları; HONOSCA-TR değişim puanları ile negatif yönde, yüksek düzeyde, anlamlı şekilde; CGAS yatış puanları ile negatif yönde, düşük düzeyde, anlamlı şekilde, CGAS çıkış puanları ile negatif yönde, yüksek düzeyde, anlamlı şekilde, CGAS değişim puanları ile negatif yönde, orta düzeyde, anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. HONOSCA-TR değişim puanları; CGAS çıkış puanları ile pozitif yönde, orta düzeyde, anlamlı şekilde, CGAS değişim puanları ile pozitif yönde, yüksek düzeyde, anlamlı şekilde ilişkili

bulunmuştur. CGAS yatış puanları; CGAS çıkış puanları ile pozitif yönde, düşük düzeyde, anlamlı şekilde, CGAS değişim puanları ile negatif yönde, orta düzeyde, anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. CGAS çıkış puanları ile CGAS değişim puanları pozitif yönde, yüksek düzeyde, anlamlı şekilde ilişkili bulunmuştur. Ölçek puanlarının birbirleri ile korelasyonu Tablo 66’da özetlenmiştir.

Tablo 66: Ölçek Puanlarının Birbirleri ile Korelasyonu

	HON. Yat.		HON. Çık.		HON. Değ.		CGAS Yat.		CGAS Çık.		CGAS Değ.	
	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p	r	p
HON. Yat.	x	x	,333	,003*	,438	<,001*	-,587	<,001*	-,177	,122	,245	,031*
HON. Çık.	,333	,003*	x	x	-,702	<,001*	-,265	,019*	-,849	<,001*	-,594	<,001*
HON. Değ.	,438	<,001*	-,702	<,001*	x	x	-,191	,094	,676	<,001*	,751	<,001*
CGAS Yat.	-,587	<,001*	-,265	,019*	-,191	,094	x	x	,251	,027*	-,462	<,001*
CGAS Çık.	-,177	,122	-,849	<,001*	,676	<,001*	,251	,027*	x	x	,742	<,001*
CGAS Değ.	,245	,031*	-,594	<,001*	,751	<,001*	-,462	<,001*	,742	<,001*	x	x

5. TARTIŞMA

5.1 Sosyodemografik Veriler

5.1.1 Tüm Örneklemen Sosyodemografik Verilerinin Tartışılması

5.1.1.1 Yaş ve Cinsiyet

Çalışmamızdaki olguların servise yattıkları andaki ortalama yaşları 12,7’dir. Olgularımızın %48,7’si erkek, %51,3’ü kızdır. DB’nin başlangıç yaşı genel olarak geç çocukluk ile erken ergenlik yıllarına denk gelmektedir [161, 162]. NCS-R çalışmasında DB prevalansı erkeklerde %12, kızlarda %7,1 olarak bulunmuştur [19]. Örneklemimizin yaş olarak incelendiğinde literatürle uyumludur. Bunun yanında cinsiyet bakımından literatürden farklı olarak kız cinsiyetin örneklemimizde daha yaygın olduğu görülmektedir. Bunun, servisimizin özellikleri gereği kız hasta kontenjanının erkeklerden daha fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmüştür.

5.1.1.2 Aile Özellikleri

Çalışmamızdaki olguların %57,7'si iki ebeveynin de hayatta ve beraber olduğu çekirdek ailede yaşarken, %16,7'si ebeveynlerin boşanmış veya ayrı olduğu bir ailede, %11,5'i kurum bakımında, %9'u koruyucu ailede, %5,1'i ise anne ve/veya baba kaybı olan bir ailede yaşamaktadır. Literatür incelendiğinde de örneklemimizle benzer oranlar görülmektedir. 10,438 DB ve KOKGB tanılı çocuk ve ergenle yapılan bir çalışmada olguların %22'sinin tek ebeveyn ile yaşadığı, %11,1'inin ise koruyucu ailede yaşadığı gösterilmiştir [163]. Benzer şekilde Pfifner ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada DB olgularının %54'ünün biyolojik ebeveynleri ile yaşadığı, %29'unun üvey anne-baba ile, %17'sinin ise tek ebeveyn ile yaşadığı bulunmuştur [164]. Literatürde anne ve babası evli olanlarda daha az DB görüldüğü, parçalanmış ailelerde, tek ebeveynin olmadığı gibi durumlarda dışa vuran davranış sorunlarının arttığına yönelik bulgular mevcuttur [165-167]. Örneklemimizdeki olguların yaklaşık %40 gibi bir oranının iki biyolojik ebeveynin de bir arada bulunduğu aile modelinin dışında kalan bir ortamda yetiştiği görülmektedir. Çocuk ve ergenlerin örseleyici yaşantılara yetişkinlerden farklı olarak sıklıkla dışa yönelim semptomları ile tepki verdikleri bilinmektedir. Bunun yanında, sosyal öğrenme teorisine göre, anne ve baba çatışmasının yüksek olduğu ailelerde çocuklar agresif davranışları ilişkilerin normal bir parçası, çatışmaları çözmenin olağan bir yolu olarak modelleyebilmektedirler [168]. Bu açılarından bakıldığında, örneklemimizdeki ebeveyn boşanması, ebeveyn kaybı, kurum bakımında yetiştirme gibi stresörlerin yüksek oranı, yetişilen çevre ideal olandan uzaklaştıkça, çocuk ve ergenlerin yıkıcı davranışlarının olumsuz anlamda etkilendiği yönündeki literatür bulgularını desteklemektedir.

5.1.1.3 Sosyoekonomik Düzey

Örneklemimizdeki anne ve babaların eğitim durumu incelendiğinde, büyük çoğunluğunun ortaokul ve altı eğitim düzeyine sahip oldukları görülmektedir. Örneklemimizdeki annelerin %52'si, babaların ise %57'si ortaokul ve altı eğitim düzeyinde sahiptir. Olguların annelerinin %47'si çalışmazken, babalarda bu oran %17 olarak bulunmuştur.

DB ve KOKGB ile ilgili Loeber ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği gözden geçirme çalışmasında, hem KOKGB hem de DB'nin düşük SED'e sahip ailelerden gelen gençlerde daha yaygın olduğu, yıkıcı davranışların yüksek suç oranlarına sahip, sosyal düzensizliğe sahip çevrelerde daha sık ortaya çıktığı sonucuna ulaşılmıştır [169]. Türkiye'de 2008 ilköğretim

öğrencisinde davranım bozukluğu semptomlarının araştırıldığı bir çalışmada da, anne ve babanın eğitim düzeyinin davranım bozukluğu belirtilerini etkilediği, geliri düşük ailelerde davranım sorunu belirtilerinin daha yüksek olduğu sonucu bulunmuştur [170].

Düşük sosyoekonomik düzey (SED) çocuk ve ergenlerdeki ruhsal sorunlar için bir risk faktörü olarak tanımlanmaktadır [171, 172]. Düşük SED, fiziksel ve ruhsal gelişimin sağlıklı ilerleyişi için gerekli temel maddi ihtiyaçlara erişimde zorluklarla ilişkilidir [173]. Mahrumiyetin bulunduğu, yoksul bir çevrede büyümenin, madde kullanımına, olumsuz akran gruplarına katılma ve diğer sosyal problemlere katkı sunduğu bilinmektedir [174, 175]. Ayrıca düşük SED aile için kronik bir stres kaynağı olmakta, dolayısıyla ebeveynlerin birbiri ve çocukları ile ilişkisini etkilemekte, aile işlevselliğini düşürmekte, ebeveynlik davranışlarını bozmakta, böylelikle de çocuklarda ruhsal sorunların oluşumunda kolaylaştırıcı ve hazırlayıcı bir etken olmaktadır [176].

Örneğimiz incelendiğinde de literatürle uyumlu olarak olguların büyük kısmının düşük SED'e sahip olduğu, anne ve babaların büyük çoğunluğunun eğitim düzeyinin düşük olduğu, annelerin büyük kısmının çalışmadığı, babalarda da işsizlik oranlarının topluma göre yüksek olduğu görülmektedir. Örneğimizdeki çocuk ve gençlerin işlevsellik seviyeleri ve yıkıcı davranışlarının, psikiyatrik komorbiditelerinin şiddeti ile SED düzeyleri birlikte ele alındığında, literatürle benzer şekilde, düşük SED'in bu durumların ortaya çıkmasında kolaylaştırıcı bir faktör olarak değerlendirilebileceği düşünülmektedir.

5.1.1.4 Soy Geçmiş Özellikleri

Çalışmamızda birinci derece akrabaların psikiyatrik öyküleri ile ilgili bilgi sahibi olduğumuz 68 olgunun %69'unda (n= 47) en az bir birinci derece akrabada psikiyatrik tanıya rastlanmıştır. Psikiyatrik tanı olarak en sık %36 ile duygudurum bozuklukları görülürken, %14 oranında kaygı bozuklukları, %11 oranında ise öfke kontrolü ile ilgili sorunlar görülmektedir.

Literatür incelendiğinde, ebeveynlerdeki psikiyatrik patolojilerin çocuklara olan etkisini gösteren birçok çalışma mevcuttur [177, 178]. Çocuk ve gençlerde davranım bozukluğu, annede depresyon ve babada antisosyal kişilik bozukluğu, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bulunmuştur [179]. Ramchandani ve arkadaşlarının 10.024 çocuk üzerine yaptığı çalışmada ebeveyn depresyonunun çocukların davranışsal ve duygusal gelişimini olumsuz etkilediği gösterilirken [180], Vidair ve arkadaşlarının 848 çocuğu incelediği çalışmada annedeki içe yönelim semptomlarının çocuğun işlevselliğini etkilediği, çocuktaki depresyon ve DB/KOKGB tanılarını anlamlı şekilde artırdığı bulunmuştur [181]. Ergenlerde DB'nin incelendiği başka bir

çalışmada ise çocuktaki DB annedeki MDB ve babadaki antisosyal davranışlarla ilişkili bulunmuştur [182].

Çalışmamızda soy geçmiş özellikleri anne ve baba olarak ayrılmamış olsa da, literatürle benzer şekilde ebeveynlere yüksek oranda duygudurum bozuklukları ile öfke kontrol sorunları eşlik ettiği görülmektedir. Psikiyatrik sorunlar yaşayan ebeveynlerin varlığının ailenin işlevselliğini bozması, bu ebeveynlerin çocuklarına yönelik daha sert ve uygunsuz tutumlarda bulunabilmesi, ebeveyn ve çocuk arasındaki bağlanma ilişkisinin sağlıklı şekilde oluşumuna engel olması, yine bu patolojilerin ebeveynler arası çatışmaları artırıp agresyonun yüksek olduğu bir aile ortamı oluşturmaları, ebeveynlerin psikiyatrik bozukluklarının çocuklarda yıkıcı davranışların gelişiminde çevresel bir faktör olarak rol oynamasına yol açabilmektedir. Örneklemimizdeki çocuk ve ergenlerin ebeveynlerinde görülen psikiyatrik bozukluk oranının yüksek olmasının bir nedeni bu olabilir. Bunun yanı sıra, davranım bozukluğuna sahip çocukların ortaya çıkardığı sorunlar ebeveynler açısından da stresli ve zorlayıcı olabilmekte, bu çocuklara ebeveynlik yapmak psikiyatrik bozuklukların ortaya çıkmasında bir etken olabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında ebeveyndeki psikiyatrik patoloji çocuğu etkilerken, aynı zamanda çocuktaki psikiyatrik patoloji de ebeveyni etkileyebilmektedir. Bu iki yönlü ilişki de örneklemimizdeki yüksek oranların diğer bir sebebi olabilir.

5.1.2 Sosyodemografik Verilerin Yaş Gruplarına Göre Tartışılması

5.1.2.1 Cinsiyet

Çalışmamızda 13 yaş altı olguların %36,4'ü kız (n= 12), %63,6'sı erkek (n= 21), 13 yaş ve üzeri olguların %57,8'i kız (n= 26), %42,2'si erkek (n= 19) cinsiyettedir. Cinsiyetler bakımından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

5.1.2.2 Aile Özellikleri

Çalışmamızdaki 13 yaş altı olguların %57,6'sı, 13 yaş ve üzeri olguların ise %31,1'i iki biyolojik ebeveynin bir arada olduğu aile tipinden farklı bir ortamda yaşamaktadır. Bu açıdan iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. Literatürde yaşla ilgili çalışmalar daha çok çocukluk çağı başlangıçlı ile ergenlik dönemi başlangıçlı vakaların karşılaştırılması şeklindedir. Bunlardan Aguilar ve arkadaşlarının 20 yıllık uzunlamasına çalışmasında, erken başlangıçlı olgularda tek ebeveyne sahip olmak anlamlı şekilde yüksek olarak bulunmuştur [183]. Benzer şekilde McCabe ve arkadaşlarının 295 olguyla yaptıkları

çalışmada ailesel risk faktörleri çocukluk çağındaki yıkıcı davranışlarla daha güçlü şekilde ilişkili bulunmuştur [184]. Yine Woodward ve arkadaşlarının çalışması da ebeveynler arasındaki çatışmayı çocukluk çağındaki davranım sorunları ile daha yüksek oranda ilişkilendirmiştir [185]. Örneklemimizdeki gruplama davranım sorunlarının başlangıç yaşına göre değil, olguların servise yattıklarındaki yaşlarına göre yapılırsa da, literatürle birlikte düşünüldüğünde erken yaşta yatarak tedavi edilme gereksinimi duyulan olgularda ailesel dengesizliklerin daha fazla olması beklenmektedir. Bununla da uyumlu olarak örneklemimizdeki daha küçük yaştaki olguların ailesel özelliklerinin daha olumsuz olduğu görülmüştür. Yıkıcı davranışların ergenlerde gelişimsel dönemle de ilişkili olarak sıklıkla otorite figürlerine karşı isyankar davranışlar, olumsuz akran çevresi, geleneksel değerleri reddetme gibi faktörlerden etkilendiği, çocuklarda ise daha çok mizaç ve kişilik özellikleri ile aile düzensizliği, ebeveyn çatışması, kötü ebeveynlik uygulamaları gibi ailesel faktörlerden etkilendiği düşünülmektedir [93]. Örneklemimizdeki küçük çocuklarda ailesel faktörlerin yoğunluğunun da bununla ilişkili olduğu düşünülebilir.

5.1.2.3 Sosyoekonomik Düzey

Çalışmamızda, ebeveyn eğitim düzeyleri ve çalışma durumları bakımından yaş grupları arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Çocukluk çağı ve ergenlik başlangıçlı davranım bozukluklarında Moffitt'in teorisine göre, sosyoekonomik durum daha çok erken başlangıçlı vakalarda önemli bir risk faktörü olmaktadır [186]. McCabe ve arkadaşları ise bu teoriyi test eden çalışmalarında, başlangıç yaşı ile sosyoekonomik durum arasında bir ilişki olmadığı sonucuna varmıştır [184]. Örneklemimizde de sosyoekonomik düzeyin yaş gruplarına göre değişmediği görülmüştür. Bunun sebebi McCabe'in çalışmasıyla benzer şekilde yaşla sosyoekonomik düzey arasında bir ilişki olmaması olabilir. Bunun yanında örneklemimizin çoğunlukla düşük sosyoekonomik düzeyde olgulardan oluşması da farklılık bulunmamasının sebebi olabilir. Bu konuda sayıca daha fazla ve sosyoekonomik düzey bakımından daha genellenebilir bir örneklemle yapılan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

5.1.3 Sosyodemografik Verilerin Cinsiyete Göre Tartışılması

5.1.3.1 Yaş

Çalışmamızdaki kızların ortalama yaşı 13,02, erkeklerin ise 12,42'dir. Yaş bakımından cinsiyetler arası anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. Literatür incelendiğinde yıkıcı

davranışların şiddeti açısından cinsiyetler arası farklılık olmadığına dair görüşler hakimdir [187]. Örneklelimizdeki bu sonuçlara göre yıkıcı davranışlar kız ve erkeklerde benzer yaşlarda, ergenliğin erken dönemlerinde etkisini göstermekte, semptomlar benzer yaşlarda şiddetlenip işlevselliği oldukça bozacak düzeye gelmektedir.

5.1.3.2 Aile Özellikleri

Çalışmamızdaki kızların %47,4'ü, erkeklerin ise %35,5'i iki biyolojik ebeveynin bir arada olduğu aile tipinden farklı bir ortamda yaşamaktadır. DB/KOKGB açısından aile özelliklerinin cinsiyete göre farklılıkları konusunda literatürdeki çalışmaların çoğunluğu cinsiyetler arası farklılık bulmazken, bazı çalışmalarda farklılık saptanmıştır. Velez ve arkadaşlarının 776 çocukla gerçekleştirdiği 10 yıllık risk faktörü çalışmasında boşanmış aile ve annenin baba ile evlenmemiş olması dışa yönelim bozuklukları için bir risk faktörü olarak belirlenmiş, fakat cinsiyetler arası bir farklılık belirtilmemiştir [188]. Finlandiya'da 278 kız ve erkekle yapılan bir çalışmada ise kızlarda birincil ailenin eksikliği hem şiddet içeren hem de içermeyen DB riskini artırırken, erkeklerde böyle bir ilişkiye rastlanmamıştır [189]. Avustralya'da aile yapısının ruhsal sorunlara etkisinin incelendiği 6310 kişilik çalışmada tek ebeveynli veya üvey ebeveynlerle yaşayan çocuklarda ruhsal bozuklukların sıklığı artarken, bu artışın cinsiyetlere göre değişmediği belirtilmiştir [190]. Benzer şekilde Norveç'te yapılan 9342 çocuk ve ergenle yapılan çalışmada da ebeveyn ayrılığının etkisinin cinsiyetlere göre değişmediği bulunmuştur [191]. Çalışmamızda da, literatürdeki çalışmaların çoğunluğuyla uyumlu olarak, aile özellikleri açısından cinsiyetler arası anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

5.1.3.3 Sosyoekonomik Düzey

Çalışmamızdaki olgularda, anne ve babanın eğitim düzeyi ile anne ve babanın çalışma durumları bakımından cinsiyetler arası farklılığa rastlanmamıştır. SED'in ruh sağlığına etkisinin cinsiyetlere göre kıyaslandığı az miktarda çalışma bulunmaktadır. Letourneo ve arkadaşlarının yaptığı bir meta-analizde, erkek çocuklarda agresyonun kız çocuklarına göre daha fazla olduğu, cinsiyetin SED ve davranım sorunları arasında bireysel düzeyde bir moderatör işlevi gördüğü öne sürülmüştür [192]. Fakat bu işleve yönelik kanıtlar kısıtlı ve tutarsızdır. Düşük SED'in antisosyal davranışları erkeklerde artırmazken kızlarda artırdığına dair çalışmalar mevcutken [193], tam tersi bulgulara sahip çalışmalar da literatürde mevcuttur [194]. Son olarak 1960 ila 2012 arasında yapılmış SED ile çocuk ve ergen antisosyal davranışları inceleyen çalışmaları içeren büyük meta-analizde SED ve antisosyal davranış

arasındaki ilişkinin cinsiyetten bağımsız olduğu sonucuna ulaşılmıştır [47]. Örneklemimiz de bu meta-analizle uyumlu olarak SED bakımından cinsiyetler arası bir farklılık içermemektedir. Literatürde bu konuyla ilgili çelişkili bulgular göz önüne alındığında, SED ve antisosyal davranışlara cinsiyetin etkisine dair daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu düşünülmektedir.

5.1.4 Sosyodemografik Verilerin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

5.1.4.1 Yaş ve Cinsiyet

DEHB eşlik eden olguların ortalama yaşı 12,20, DEHB eşlik etmeyen olguların ortalama yaşı 13,13 olarak bulunmuştur. Yaş açısından iki grup arasında anlamlı bir farklılık bulunmamıştır. DEHB eşlik eden olguların %25,7'si ü kız, %74,3'ü ü erkekken, DEHB eşlik etmeyen olguların %67,4'ü kız, %32,6'sı erkektir. Gruplar arasında cinsiyet bakımından anlamlı farklılık mevcuttur. Literatürdeki çalışmalar DB ile DEHB birlikteliğinin yalnızca DB'ye kıyasla daha şiddetli semptomlar ile kendini gösterdiğini, agresif semptomların ortaya çıkış yaşını daha erkene çektiğini belirtirken [195, 196], prevalans çalışmaları da DEHB sıklığının yaşla azaldığını, DB sıklığının ise yaşla arttığını bildirmektedir [196, 197]. Örneklemimizde DEHB eşlik edenlerle etmeyenler arasında yaş bakımından farklılık görülmemesinin sebebi, örneklemimizdeki olguların yaş bakımından böylesi bir farkı ortaya çıkaracak kadar çeşitli olmaması, genel olarak olguların benzer yaşlarda olması olabilir. DEHB'de cinsiyet farklılıkları incelendiğinde, klinik örneklemde 9 kat, epidemiyolojik örneklemde ise 3 kat erkek hakimiyeti görülmektedir [198]. Örneklemimizde de DEHB eşlik eden vakalarda erkeklerin 3 kat daha fazla olduğu görülmektedir. Bu açıdan çalışmamız literatürle uyumluluk göstermektedir.

5.1.4.2 Aile Özellikleri

Çalışmamızdaki DEHB eşlik eden olguların %28,6'sı, DEHB eşlik etmeyen olguların ise %53,5'i iki biyolojik ebeveynin bir arada olduğu aile tipinden farklı bir ortamda yaşamaktadır. Bu açıdan iki grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmuştur. DEHB etiyolojisi ile ilgili yapılan çalışmalarda, genetik etkilerin etiyolojide en önemli rolü oynadığı, DEHB etiyolojisinin %79'luk kısmının genetik etkenlerle açıklanabileceği bildirilmektedir [199]. Yine aile çalışmaları, ikiz ve evlatlık çalışmaları DEHB'nin yüksek oranda kalıtsal bir bozukluk olduğunu göstermektedir [24]. Çalışmamızda DEHB eşlik etmeyen olgularda, eşlik edenlere kıyasla anlamlı düzeyde yüksek oranda MDB ve SKÖ

komorbiditesi görülmüştür. MDB için kalıtsallık oranları DEHB kadar yüksek olmasa da, etiyolojisinde önemli rol oynamaktadır [200]. Fakat MDB'deki genetik etkilerin çevresel risklere kırılganlığı artırarak işlev gördüğü, stresli yaşam olaylarının MDB'ye yol açmasını kolaylaştırdığı düşünülmektedir [201]. Benzer şekilde SKÖ etiyolojisinde olumsuz bir çevrede yetişmenin, tutarlı ve tahmin edilebilir bir bakım veren ilişkisinin olmamasının esas faktör olduğu düşünülmektedir [202]. DEHB'de çevresel faktörlerin etkisi bilinse de [203], bu faktörlerin MDB ve SKÖ'de çok daha etkili olması, örneklemimizde aile özelliklerinin DEHB eşlik etmeyen grupta daha olumsuz olmasının açıklaması olabilir.

5.1.4.3 Sosyoekonomik Düzey

Olgularımızda DEHB eşlik durumuna göre ebeveyn eğitim düzeyleri ve çalışma durumları açısından anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Literatürde SED ile DEHB ilişkisini araştıran çalışmaların sonuçları çelişkilidir [204]. Russell ve arkadaşları bu konula ilgili sistematik gözden geçirme çalışmasında DEHB ve SED arasında küçük ama anlamlı bir ilişki bildirmiştir [205]. Bunun yanında başka çalışmalar ise DEHB ile SED arasındaki ilişkinin aslında çocuktaki dışa yönelim sorunları ile bağlantılı olduğunu, DEHB ile SED arasındaki ilişkinin bağımsız olmadığını bildirmiştir [206, 207]. Örneklemimizde de tüm olgulara dışa yönelim sorunları eşlik ettiği düşünüldüğünde ve DEHB ile SED arasındaki ilişkinin aslında dışa yönelim sorunlarıyla bağlantılı olduğu yönündeki önceki çalışmalar göz önüne alındığında, örneklemimizdeki DEHB eşlik eden ve etmeyen olgular arasında SED bakımından anlamlı bir farklılığın olmaması anlaşılır olmaktadır. Buna ek olarak örneklemimizin olguların büyük çoğunluğunun sosyoekonomik düzeyinin düşük olması da iki grup arasında böyle bir farklılığın ortaya çıkmamasına katkıda bulunmuş olabilir.

5.2 Klinik Verilerin Tartışılması

5.2.1 Klinik Verilerin Tüm Örneklemde Tartışılması

5.2.1.1 Akademik Durum

Çalışmamızdaki olguların %38,5'i, servise yattıkları dönemde en az bir dönem okul devamsızlığına sahip olarak bulunmuştur. Okul devamlılığı açısından cinsiyet ve DEHB eşlik durumuna göre anlamlı bir farklılık saptanmazken, 13 yaş ve üzeri olgular 13 yaş altı olgulara kıyasla anlamlı şekilde daha fazla devamsızlığa sahip olarak bulundu. DEHB ve DB'nin uzun dönem etkilerinin incelendiği bir meta-analizde, DB liseyi bitirememekle ilişkili bulunmuştur

(OR: 2,7) [98]. Çin’de 395 gençle yapılan çalışmada ise, DEHB ve DEHB/YDB komorbid gruplar sağlıklı kontrollerle kıyaslanmış, hem DEHB hem de DEHB/YDB komorbid grubu kontrollere kıyasla daha düşük ders başarısına sahip olarak bulunmuş, ek olarak DEHB/YDB grubunun DEHB grubundan daha yüksek düzeyde akademik işlevsellikte bozulmaya sahip olduğu gösterilmiştir [208]. Fergusson’ın çalışmasında ise 8 yaştaki YDB 13 yaştaki disiplin sorunları ve skolastik sorunlarla yüksek derecede korele bulunmuştur [209]. Literatürle benzer şekilde olgularımızda da %38,5 gibi yüksek bir oranda okul devamsızlığı mevcuttur. Okula devam eden olguların ise %68,7’si akademik başarısı kötü olarak değerlendirilmiştir. DB/KOKGB’de görülen yıkıcı davranışların okul işlevselliğini bozması, disiplin sorunlarına ve okuldan atılmaya yol açması, örneklemimizdeki yüksek orandaki okul devamsızlığını açıklayabilir. DB/KOKGB’nin hem primer semptomları, hem de bu bozukluklara yüksek oranda eşlik eden DEHB de ders başarısını ve devamlılığı etkileyen önemli faktörlerdendir. Örneklemimizdeki 13 yaş ve üzeri olgularda anlamlı düzeyde yüksek oranda devamsızlık, tedavi almayan veya tedaviye dirençli YDB olgularında zaman geçtikçe giderek bozulan işlevselliğin bir göstergesi olabilir.

5.2.1.2 Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Örneklemdeki yer alan DB/KOKGB olgularının %94,8’ine en az bir psikiyatrik bozukluk daha eşlik etmektedir. 78 olgudan sadece 4 tanesi yalnızca DB/KOKGB tanısı almıştır. Literatür incelendiğinde, DB/KOKGB olgularının %40-60’ına en az bir yıkıcı olmayan bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği görülmektedir [20]. Maughan ve arkadaşları tarafından 1999 yılında İngiltere’de 10,438 çocuk ve ergenin verileriyle yapılan toplum temelli çalışmada, DB veya KOKGB tanısı alan kızların %37’sine, erkeklerin %46’sına en az bir yıkıcı olmayan bir psikiyatrik bozukluğun eşlik ettiği gösterilmiştir [163]. Örneklemimizde %94,8 gibi yüksek bir oranın bulunması, örneklemdeki olguların servis yatışı gerektiren, dolayısıyla daha ağır bir kliniğe sahip olgulardan oluşmasıyla açıklanabilir. Klinik temelli, 245 çocuk ve ergenin incelendiği bir çalışmada Turgay ve ark., bulgularımızla benzer şekilde, %98,8 oranında komorbidite oranı bildirmiştir [210].

Örneklemdeki olgulara en sık eşlik eden tanı, %44,8 ile DEHB olmuştur. DEHB görülme oranı erkek olgularda %65, kız olgulara %23 olarak bulunmuş ve DEHB eşlik oranı cinsiyetlere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklı bulunmuştur. Buna ek olarak DEHB, 13 yaş altı olgularda da istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek bulunmuştur. DEHB örneklemimizdeki 13 yaş altı olgulara %60,6 oranında eşlik ederken, 13 yaş üzerinde bu oran

%33,3 olarak bulunmuştur. Literatür incelendiğinde de, bulgularımızla benzer şekilde, DB'ye %30-45 arası DEHB eşlik etme oranları görülmektedir [20]. DEHB ve DB'nin birlikteliği, iki bozukluğun da tek başına görülmesine kıyasla daha şiddetli semptomlar ile daha yüksek işlevsellik bozulması ile ilişkilendirilmiştir [195, 196]. Örneklemimizdeki DEHB eşlik oranının yüksekliği, DEHB komorbiditesinin semptom şiddeti ve işlevsellik üzerine olan bu etkisiyle açıklanabilir.

Örnekleme MDB %42,3 oranında eşlik etmektedir. MDB eşlik etme oranı kızlarda %57,8, erkeklerde %27,5 olarak bulunmuştur ve cinsiyetler arası istatistiksel olarak anlamlı düzeyde farklılık gözükmemektedir. Burada da DEHB eşlik eden gruba kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek oran mevcuttur. Yaş grupları açısından bakıldığında da, MDB 13 yaş ve üzeri grupta %53,3 ile anlamlı düzeyde daha yüksek oranda eşlik etmektedir. Costello ve arkadaşlarının meta-analizinde, davranım sorunlarına depresyon eşlik etme oranı %8.5-%45.5 olarak bulunmuştur [211]. Yapılan klinik çalışmalarda da, YDB olgularının yaklaşık yüzde 50'sinin aynı zamanda MDB kriterlerini de karşıladığı gösterilmiştir [212, 213]. Yine yapılan çalışmalarda davranım sorunları ve depresif sorunların beraber görüldüğü vakaların çoğunda davranım sorunlarının depresif sorunlardan daha önce başladığı bildirilmiştir [214]. Çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı büyük ölçüde sosyal işlevselliklerine bağlıdır. Yıkıcı davranışlara sahip çocukların davranışları nedeniyle akranları tarafından dışlandığı, olumlu ilişkiler kuramadığı düşünüldüğünde, depresif bozuklukların yüksek oranda eşlik etmesi anlaşılır olmaktadır.

SKÖ örneklemimizdeki olguların %34,6'sına eşlik etmektedir. SKÖ kızlarda erkeklerden (%55,2'ye %15), DEHB eşlik etmeyen olgularda DEHB eşlik edenlerden (%44,2'ye %22,9), 13 yaş ve üzeri olgularda 13 yaş altı olgulardan (%51,1'e %12,1) istatistiksel olarak anlamlı şekilde daha yüksek oranda görülmektedir. Psikanalitik bir kavram olan SKÖ'nün kesitsel ve standardize bir hali olan borderline kişilik bozukluğunun (BKB) ilk olarak ergenlik döneminde çıktığına dair genel bir görüş birliği bulunmaktadır [215]. Çocuklarda ve gençlerde BKB epidemiyolojisiyle ilgili yapılan toplum temelli çalışmalarda ergenlerde %11 ila %27 arasında oranlarda [216], yatarak tedavi görenlerde ise %19 ila %53 arasında oranlarda [217, 218] BKB tanısı bulunduğu gösterilmiştir. Guile ve arkadaşlarının Kanada'da 12-14 yaş arası 800 ergen ile gerçekleştirdiği çalışmada, borderline özelliklerin prevalansının yaşla birlikte anlamlı bir şekilde arttığı, kızlarda %8, erkeklerde %4,6 oranında görüldüğü, YDB ile çok güçlü komorbidite olduğu ve bu komorbiditenin işlevsellik üzerine güçlü etkisi olduğu bildirilmiştir [219]. Grilo ve arkadaşlarının hastanede yatan 12-18 yaş arası ergenlerle yaptığı

çalışmasında da, YDB olgulara %40 oranında B küme kişilik bozukluklarının eşlik ettiği bulunmuştur [220]. Örneklemimizdeki SKÖ komorbiditesi oranı literatürle uyumludur. SKÖ'nün işlevsellik üzerine etkisi düşünüldüğünde, toplumda SKÖ oranı daha düşük olsa da, klinik örnekleme, özellikle de yatarak tedavi gerektiren olgularda SKÖ görülme oranı oldukça yüksek olmaktadır.

5.2.1.3 Eşlik Eden Psikososyal Zorluklar

Örneklemimizdeki olguların %64,1'ine aile ilişki sorunları, %25,64'üne ebeveyn tutum hataları, %12,82'sine cinsel istismar eşlik ederken, yalnızca %14,1'ine psikososyal zorluk eşlik etmemektedir. Loeber'in gerçekleştirdiği büyük meta-analizde, ebeveyn denetiminin eksikliği, ebeveyn reddi ve ebeveyn çocuk çatışması davranım sorunlarının en güçlü prediktörleri arasında bulunmuştur. Yine aynı çalışmada ebeveynlerin marital ilişkileri ve ebeveyn kriminalitesi orta düzeyde, ebeveyn disiplininin olmaması, ebeveyn sağlığı ve ebeveyn eksikliği düşük düzeyde prediktör olarak bulunmuştur. Bu faktörlerin kızlar ve erkeklerde benzer düzeylerde etki ettiği gösterilmiştir [221]. 12-17 yaş arası 34,601 çocuk ve ergenin incelendiği NCHS çalışmasında ise, ebeveynlerinin birbiriyle çatıştığı ve birbirlerine şiddet uyguladığı çocukların yaklaşık 2 kat daha fazla DB geliştirme riski olduğunu, ebeveynleriyle çok fazla tartışan çocukların da DB için daha yüksek riske sahip olduğu gösterilmiştir [222]. Örneklemimizde görülen %85,9 gibi yüksek psikososyal zorluk eşlik etme oranı ve bunların yüksek çoğunluğunun aile ilişki sorunları ve ebeveyn tutum hataları gibi ebeveynlerin davranışları ile ebeveynlerin birbiri ve çocukları ile etkileşimindeki sorunlarla alakalı zorluklardan oluşması, literatürle uyumlu olarak bu durumların yıkıcı davranışlara katkısının bir göstergesi olarak görülebilir.

5.2.1.4 Ölçek Puanları

Çalışmamızdaki olguların yatıştaki HONOSCA-TR toplam ölçek puanları ortalaması 30 puandır. 13 maddenin 0 ila 4 puan arasında puanlandığı HONOSCA ölçeğinde, 2 ve üzeri puan alan maddeler müdahale gerektiren maddeler olarak yorumlanmaktadır [159]. Çalışmamızdaki HONOSCA verileri madde madde incelenmiş olmamakla beraber, olguların her madde için ortalama 2,3 puan aldıkları görülmektedir. HONOSCA ölçeğinin alt testleri olan davranışsal sorunlar, engellilik, semptomatik sorunlar ve sosyal sorunlar alt ölçekleri ve maddeleri incelendiğinde, bu ölçekte çocuk ve ergenlerin yaşantısındaki pek çok alanın sorgulandığı görülmektedir. Bu durum göz önüne alındığında, ortalama puanlara bakılarak,

servisimizdeki bu olguların hemen her alanda müdahale gerektiren sorunlar yaşadığı yorumu yapılabilir.

Olgularımız HONOSCA alt ölçeklerine göre incelendiğinde, en yüksek ortalama puanın sosyal sorunlar alt ölçeğinde olduğu görülmektedir. Sosyal sorunlar alt ölçeğinde akran ilişkileri, öz bakım ve bağımsızlık, aile yaşamı ve ilişkileri ile okula devamı içeren 4 madde sorgulanmaktadır. Bu alt ölçekte her bir maddeye ortalama 2,87 puan düşmektedir. Literatür incelendiğinde davranım bozukluğu olgularında yüksek oranda okula devamsızlık, okul başarısında düşme [98, 209], yıkıcı davranışları nedeniyle hem akran ilişkilerinde hem aile ilişkilerinde bozulma [223] görüldüğüne dair çalışmalar çok miktardadır. Bunun yanı sıra, çocuk ve ergenlerin en önemli işlevsellik alanlarının aile, okul ve akran çevresi olduğu düşünüldüğünde, servise yatış ihtiyacı duyulan bir çocuk veya ergende bu alanlarda şiddetli sorunlar yaşadığı varsayılabilir ve dolayısıyla bu sorunlarla en ilişkili olan alt ölçeğin en yüksek puanları alması anlaşılabilir. Olgularımızın madde bazında en yüksek ortalama puana sahip olduğu ikinci alt ölçek ise davranışsal sorunlar alt ölçeğidir. Bu ölçekte yıkıcı, antisosyal veya saldırgan davranış, dikkat, hiperaktivite sorunları, kendine zarar verme ile alkol ve madde kötüye kullanımı olmak üzere 4 madde yer almaktadır. Yıkıcı, saldırgan davranışların yıkıcı bozuklukların çekirdek belirtisi olması [2], davranım bozukluğuna %40 gibi yüksek bir oranda eşlik eden DEHB [20] ile ilişkili olarak sık görülen dikkat sorunları, yine davranım bozukluklarına sık eşlik eden borderline kişilik bozukluğu ve bu bozuklukta sık görülen kendine zarar verme davranışı [2, 219] ve hem davranım bozukluklarında hem de komorbid durumlarında sık görülen alkol ve madde kullanımı göz önüne alındığında, çalışmamızda bu alt ölçekte görülen yüksek puanlar literatür ile uyumlu gözükmektedir.

5.2.1.5 Bireysel ve Ailesel Riskler

Olgularımıza servise yatış sırasında yapılan bireysel risk değerlendirmesinde, şiddet davranışı, kesici alet veya silah kullanma, tehdit edici davranış, hayvanlara zarar verme, yasal olmayan davranış veya ceza alma, kasıtlı olarak kendine zarar verme, suisidalite, istismar, fiziksel sorunlar ve uygunsuz cinsel davranışlar olmak üzere 12 madde yer almaktadır. Olgularımız bu açıdan incelendiğinde %71,8'i gibi yüksek bir oranında bu maddelerden en az 6 tanesinin mevcut olduğu görülmektedir. Bireysel risk değerlendirmesindeki ilk 5 maddenin zaten davranım bozukluğu semptomları içinde yer alıyor olması [2], kasıtlı olarak kendine zarar verme, suisidalite ve uygunsuz cinsel davranışların DB'ye sık eşlik eden SKÖ'de [219] sık

görülen semptomlar olması [224] örneklemimizdeki olguların bireysel risk puanlarının yüksekliğini açıklayabilir.

Olgularımıza servise yatış sırasında yapılan diğer bir risk değerlendirmesi ise ailesel risk değerlendirmesidir. Burada evde yetersiz denetim, aile içi çatışma, okulla iş birliğinin azlığı, ailede yoksulluk, ailede ruhsal bozukluk, ailede kendine zarar verme, sosyal desteğin azlığı, çevrede yoksulluk sorunlarını içeren 8 madde bulunmaktadır. Olgularımızın %75,6'sı ailesel risklerden en az dördüne sahip olarak bulunmuştur. Daha önce de bahsedildiği gibi, ev içi sorunların, çatışmaların yaşandığı ailelerin çocuklarında davranım bozukluğunun sıklığının artması [167-169], davranım bozukluklarında sık görülen okulla ilgili problemler [98], düşük SED ve davranım bozukluğu ilişkisi [171, 172], davranım bozukluğu olgularının ailelerinde psikiyatrik bozukluk görülme sıklığının yüksekliği [180-182] ile ilgili çalışmalar dikkate alındığında, örneklemimizdeki ailesel risklerin yüksekliğinin literatürle uyumlu olduğu anlaşılmaktadır.

5.2.2 Klinik Verilerin Yaş Gruplarına Göre Karşılaştırılması

5.2.2.1 Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Olgularımız incelendiğinde, DEHB 13 yaş altı grupta, MDB ve SKÖ ise 13 yaş ve üzeri grupta anlamlı düzeyde daha sık eşlik etmektedir.

Yapılan prevalans çalışmalarında DEHB'nin prevalansının yaşla azaldığı, DB prevalansının ise yaşla arttığı gösterilmiştir [196, 197]. Bunun yanı sıra, DEHB'nin yıkıcı ve antisosyal davranışların daha erken yaşta ortaya çıkmasına yol açtığı düşünülmektedir [225]. Örneklemimizdeki yaş gruplarındaki bu fark, hem DEHB prevalansının yaşla azalması, hem de DEHB eşlik eden olgularda semptom şiddetinin daha fazla olması nedeniyle daha erken yaşta servis yatışına ihtiyaç duyulması ile açıklanabilir.

Lewinsohn ve arkadaşlarının büyük örneklemli ergen çalışmasında, MDB için başlangıç yaşı 14,4 yaş olarak belirtilmiştir [226]. Kovacs ve arkadaşlarının klinik örneklemli çalışmasında da DB gelişimi için en riskli dönem 11 ila 14 yaş arası olarak belirtilmiştir [227]. Literatürdeki bu bulgular, depresyon ve yıkıcı davranış birlikteliğinin yaş arttıkça arttığını göstermektedir. Rohde ve arkadaşlarının çalışmasında da, davranım bozukluğu depresyon birlikteliğinde, vakaların %71'inde davranım bozukluğu semptomlarının depresif semptomlardan önce başladığı bildirilmiştir [214]. Hem DB ve MDB birlikteliğinin yaş arttıkça arttığını gösteren bulgular, hem de davranım bozukluğunun depresif bulgulardan önce

başladığına dair literatür bulguları, örneklemimizde MDB'nin ileri yaşlarda daha sık görülmesinin açıklaması olarak değerlendirilebilir.

Zanarini ve arkadaşları, SKÖ hastalarının ilk tedavilerinin 18 yaş civarı başladığını, fakat semptomların daha erken ortaya çıktığını belirtirken [228], Biskin'in gözden geçirme çalışmasında SKÖ semptomlarının %70'inin 13 yaş ve sonrasında ortaya çıktığı belirtilmiştir [229]. Çalışmamızdaki oranlar da literatürdeki bu bulgularla uyumludur. Bunun yanında klinisyenler arasında, ergenlere dahi SKÖ tanısı koymak konusundaki çekinceler dikkate alındığında ve kişilikle ilgili bu tanıyı kişiliğin esas olarak belirlendiği ergenlik döneminden önce koymanın zorluğu düşünüldüğünde, örneklemimizdeki yaş grupları arasındaki fark anlaşılır olmaktadır.

5.2.2.2 Eşlik Eden Psikososyal Zorluklar

Çalışmamızda 13 yaş ve üzeri olgularda ise, 13 yaş altına kıyasla aile ilişki sorunları anlamlı olarak daha sık görülmektedir. Bunun sebebi ergenlik döneminin getirdiği yeni kimlik oluşumu ve duygusal olarak çalkantılı hal, bireyleşme çabaları ve bununla ilişkili olarak ebeveynlerden ayrışma isteği sonucu ebeveynlerle çatışmaların yoğunluk kazanması olabilir.

5.2.2.3 Ölçek Puanları

Çalışmamızda servise yatıştaki HONOSCA-TR ölçek toplam puanı ve CGAS puanında 13 yaş altı ile 13 yaş ve üzeri grup arasında farklılığa rastlanmamıştır. HONOSCA-TR alt testlerinde ise davranış sorunları alt ölçeğinde 13 yaş ve üzeri grup anlamlı düzeyde daha yüksek puanlara sahip olarak bulunmuştur. Davranım sorunlarının şiddetinin yaşla birlikte arttığı, tedavinin yetersiz kaldığı durumlarda kriminal davranışlara ve antisosyal kişilik bozukluğuna gidebildiği bilinmektedir [169]. Örneklemimizde HONOSCA-TR toplam puanı bakımından fark olmasa da, yıkıcı davranışların da içinde puanlandığı davranış sorunları alt ölçeğinde 13 yaş ve üzeri grubun daha yüksek puan alması, yaşla birlikte ortaya çıkan kötüleşmenin bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

5.2.2.4 Bireysel ve Ailesel Riskler

Çalışmamızda yaş gruplarında ailesel riskler arasında farklılık görülmezken bireysel risk puanlarının 13 yaş ve üzeri olgularda anlamlı düzeyde daha fazla olduğu bulunmuştur. Yıkıcı davranım sorunlarının şiddetinin yaş ile birlikte arttığı düşünüldüğünde [169], bireysel risklerde sorgulanan davranım sorunları ile ilgili maddelerin 13 yaş ve üzeri olgularda daha yüksek olması beklenmektedir. Yine bireysel risklerde sorgulanan kendine zarar verme,

suisidalite, alkol ve madde kullanımı, uygunsuz cinsel davranışlar gibi maddelerde de yaş arttıkça sıklık artmaktadır. Bireysel risk değerlendirmesindeki maddeler göz önüne alındığında, yaş grupları arasındaki bu farklılık anlaşılır olmaktadır.

5.2.3 Klinik Verilerin Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

5.2.3.1 Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Olgularımıza eşlik eden tanılar cinsiyetlere göre kıyaslandığında, DEHB'nin erkeklerde kızlara göre, MDB ve SKÖ'nün ise kızlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde yüksek olduğu bulunmuştur.

Epidemiyoloji çalışmalarında DEHB'nin erkeklerde kızlara göre klinik örnekleme 9 kat daha fazla bulunduğu bildirilmektedir [198]. Maughan ve arkadaşlarının gerçekleştirdiği epidemiyoloji çalışmasında da DB'de DEHB eşlik etme oranı erkeklerde %30, kızlarda %16 olarak bulunmuştur [163]. Örneklemimizde erkeklerde DEHB'nin daha sık oranda eşlik etmesi literatürle uyumludur. DEHB'nin hem erkeklerde daha sık görülüyor olması, hem de semptom profilinin cinsiyetler bakımından farklılık göstermesi, erkeklerde daha yüksek oranda dışa yönelim semptomları ile ortaya çıkıyor olması, örneklemimizdeki kız ve erkekler arası DEHB eşlik etme oranındaki farklılığın sebepleri olarak yorumlanabilir.

Depresif bozukluğun ergenlik öncesi dönemde erkeklerde, ergenlikle birlikte kızlarda daha sık görüldüğü bilinmektedir [95, 230]. Bu çalışmalarda depresif bozukluk prevalansının kızlarda 14 yaşta zirveye ulaştığı, erkeklerde ise 13 yaşta en aza inip sonraki yaşlarda tekrar arttığı bildirilmiştir. Yıkıcı bozukluklar ile depresif bozuklukların birlikteliğine bakan hem kesitsel [231], hem uzunlamasına [232] çalışmalarda, kızlarda depresif bozuklukların erkeklere göre daha sık eşlik ettiği bildirilmiştir. Örneklemimizdeki cinsiyetler arası farklılık epidemiyolojik açıdan literatürle uyumludur. Çocuk ve ergenlerin ruh sağlığı büyük ölçüde sosyal işlevselliklerine bağlıdır. Yıkıcı davranışlara sahip çocukların davranışları nedeniyle kişilerarası ilişkileri, sosyal işlevsellikleri oldukça azalmaktadır. Kişilerarası ilişkilere yönelik kırılganlığın kız olgularda erkeklere göre daha fazla olması, YDB olan kızlarda görülen daha yüksek depresif bozukluk oranlarının bir sebebi olabilir.

SKÖ için klinik ve epidemiyolojik çalışmalar kızlar için daha yüksek oranlar bildirmektedir [233, 234]. Bu fark özellikle klinik örnekleme belirgindir. Klinik örnekleme yapılan çalışmalar kızlarda 3-4 kat daha yüksek oranlar bildirmektedir [235]. Guile ve arkadaşlarının Kanada'da 12-14 yaş arası 800 ergen ile gerçekleştirdiği çalışmada, borderline

özelliklerin prevalansının yaşla birlikte anlamlı bir şekilde arttığı, kızlarda %8, erkeklerde %4,6 oranında görüldüğü bildirilmiştir [219]. Örneklemimiz bu açıdan literatürle uyum göstermektedir.

5.2.3.2 Eşlik Eden Psikososyal Zorluklar

Olgularımıza eşlik eden psikososyal zorluklar cinsiyetlere göre kıyaslandığında, cinsiyetler arası anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır.

Loeber'in gerçekleştirdiği meta-analizde, ebeveynler arası çatışmalar, ebeveyn çocuk çatışmaları, ebeveyn eksikliği, ebeveyn denetiminin olmaması, ebeveyn sağlığı gibi ailesel faktörler davranım bozuklukları açısından risk faktörü olarak etki ettiği bulunsada, bu etkilerin cinsiyetlere göre değişmediği bildirilmiştir [169]. Örneklemimizde kızlara daha sık eşlik eden MDB ve SKÖ tanıları, DEHB'nin daha sık eşlik ettiği erkeklere kıyasla bu grupta psikososyal zorlukların daha sık olması beklentisini oluştursada, psikososyal faktörlerin yıkıcı davranım bozukluklarındaki güçlü etkisi, bir tavan etkisi oluşturup cinsiyetler arasındaki farklılığı engellemiş olabilir. Örneklemimizde hem erkeklerde hem kızlarda psikososyal zorluk eşlik etme oranı oldukça yüksektir. Bahsedilen tavan etkisi ve her iki cinsiyette zaten yüksek olarak görülen oranlar, cinsiyetler arası belirgin bir farklılığın olmamasının açıklaması olabilir.

5.2.3.3 Ölçek Puanları

Çalışmamızda servise yatış sırasında uygulanan HONOSCA-TR ölçek toplam puanı ve CGAS puanında cinsiyetler arası farklılığa rastlanmamıştır. Yıkıcı davranış bozuklukları ile ilgili cinsiyet farklılıklarını araştıran çalışmalarda, her ne kadar bu bozukluklar kızlarda daha az oranda görülse de, görüldüğü zaman erkeklerden daha şiddetli semptomlara yol açtığı bildirilmektedir [236, 237]. Bu durum "cinsiyet paradoksu" hipotezine uymaktadır [238]. Bu hipoteze göre bir bozukluk prevalansının düşük olduğu cinsiyette görüldüğünde, daha şiddetli bir semptomatolojiyle ortaya çıkmaktadır. CGAS ve HONOSCA-TR toplam puanlarında cinsiyetler arası farklılığa rastlanmamasının sebebi, servise yatış gerektirecek boyuttaki patolojinin bir tavan etkisi oluşturması olabilir. HONOSCA-TR toplam puanında farklılık olmasada, davranış ve semptom alt ölçeklerinde kızlar erkeklerden anlamlı şekilde daha yüksek puan almıştır. HONOSCA-TR davranış sorunları alt ölçeğinde puanlanan yıkıcı davranış ve kendine zarar verme davranışının kızlarda daha şiddetli gözüküyor olması, benzer şekilde semptomatik sorunlar alt ölçeğinde puanlanan somatik belirtiler ve emosyonel sorunların kızlarda daha şiddetli olması bu farklılığın sebebi olabilir.

5.2.3.4 Bireysel ve Ailesel Riskler

Çalışmamızda ailesel risk puanları açısından cinsiyetler arası anlamlı farklılık bulunmazken, bireysel risk puanları kızlarda erkeklere kıyasla anlamlı şekilde daha yüksek bulunmuştur. Yıkıcı bozukluklarla ilgili literatür, bu bozuklukların kızlarda da erkekler kadar şiddetli görüldüğüne işaret etmektedir [236, 237]. Bu açıdan bakıldığında bireysel risk değerlendirmemizde puanlanan şiddet davranışı, kesici, delici alet kullanma, tehdit edici davranış, hayvanlara zarar verme, yasal olmayan davranış ve ceza alma alanlarında benzer profil beklenmektedir. Bunların dışında yine bireysel risk değerlendirmemizde yer alan kendine zarar verme, susidalite ve istismar kızlarda daha sık bildirilmektedir [239, 240]. Bireysel risklerdeki bu farklılık örneklemimizdeki kız ve erkekler arasındaki farklılığın sebebi olarak değerlendirilmiştir.

5.2.4 Klinik Verilerin DEHB Eşlik Durumuna Göre Karşılaştırılması

5.2.4.1 Eşlik Eden Psikiyatrik Tanılar

Çalışmamızda DEHB eşlik etmeyen olgularda MDB ve SKÖ tanılarının bulunma sıklığı, DEHB eşlik edenlere kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksektir. Hem depresif bozukluklar ve SKÖ'nün hem de davranım bozukluklarının ebeveyn tutumları, yetiştirme tarzı, ebeveynlerle ilişki gibi ailesel faktörlerden yüksek düzeyde etkilendiği [241], DEHB'nin ise nörogelişimsel doğası, yüksek oranda görülen kalıtsallığı ve genetik kökeni [24, 199] düşünüldüğünde , örneklemimizdeki DEHB eşlik etmeyen olgularda MDB ve SKÖ'nün daha yüksek görülmesi anlaşılır olabilmektedir.

5.2.4.2 Eşlik Eden Psikososyal Zorluklar

Çalışmamızda DEHB eşlik eden olgularda, eşlik etmeyenlere göre psikososyal zorluk oranı anlamlı düzeyde düşük bulunurken, DEHB eşlik etmeyenlerde aile ilişkisi sorunları anlamlı şekilde yüksek bulunmuştur. Bunun sebebi, DEHB eşlik etmeyen grupta daha yüksek oranda görülen MDB ve SKÖ tanıları, ve bu tanıların hem ailesel sorunlardan köken alması, hem de ortaya çıktıktan sonra ailesel sorunlara katkı sunması olabilir.

5.2.4.3 Ölçek Puanları

DEHB eşlik durumu açısından bakıldığında, CGAS ölçeğinde gruplar arası farklılık gözlenmese de, HONOSCA-TR ölçek yatış puanlarında DEHB eşlik etmeyen grup için anlamlı

düzeyde yüksek puanlar bulunmuştur. HONOSCA-TR semptomatik sorunlar alt ölçeği de DEHB eşlik etmeyen olgularda anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır. Ölçek toplam puanlarındaki farklılıkta büyük ölçüde bu alt ölçeğin etkisi görülmektedir. Semptomatik sorunlar alt ölçeğinde sorgulanan sanrı ve varsanılar, somatik sorunlar ve emosyonel problemler DEHB'nin temel semptomları arasında yer almazken, MDB ve SKÖ olgularında sık rastlanan problemlerdir. Örneklemimizde de DEHB eşlik etmeyen olgularda daha yüksek oranda görülen MDB ve SKÖ tanılarının etkisi bu farklılığa yol açmış olabilir. Buna ek olarak örneklemimizde DEHB eşlik etmeyen olgularda psikiyatrik zorlukların daha sık eşlik ettiği görülmektedir. Bu durum da emosyonel sorunları artırıp ölçek puanlarının daha yüksek olarak çıkmasına yol açmış olabilir.

5.2.4.4 Bireysel ve Ailesel Riskler

Olgularımızda ailesel risk puanları DEHB eşlik durumuna göre anlamlı farklılık göstermezken, bireysel risk puanlarının DEHB eşlik etmeyen grupta anlamlı düzeyde yüksek olduğu görülmüştür. DEHB eşlik etmesi halinde davranım bozukluğunun daha şiddetli bir seyir izlediği bilinse de [195, 196], DEHB eşlik etmeyen grupta daha sık görmeyi beklediğimiz kendine zarar verme, susidalite, istismara uğrama ve uygunsuz cinsel davranışların etkisi, bireysel risk puanları arasındaki farklılığın bir açıklaması olabilir.

5.3 Ortam Terapisinden Yararlanımın Tartışılması

5.3.1 Yararlanımın Tüm Örneklemde Tartışılması

Örneklemimizdeki olgulara yatışta ve taburculukta uygulanan HONOSCA-TR ölçek toplam puanı, alt ölçek puanları ve CGAS ölçek puanlarındaki değişim incelendiğinde, tüm ölçek ve alt ölçek puanlarında istatistiksel olarak anlamlı bir değişim saptanmıştır. Servisten yararlanım HONOSCA-TR ölçek toplam puanı ve CGAS ölçek puanlarına göre gruplar arasında kıyaslandığında, cinsiyete, DEHB eşlik durumuna ve anne ve babanın eğitim durumuna göre yararlanımın anlamlı ölçüde fark etmediği görülmüştür. 13 yaş ve üzeri grupta, 13 yaş altına kıyasla HONOSCA-TR ölçek toplam puanlarında anlamlı düzeyde daha fazla değişim görülmüştür. HONOSCA-TR alt ölçeklerinin değişim puanları göz önüne alındığında ise, davranışsal sorunlar ve semptomatik sorunlar alt ölçeklerinde kızlarda erkeklere göre, semptomatik sorunlar alt ölçeğinde DEHB eşlik etmeyen olgularda eşlik edenlere göre anlamlı düzeyde daha fazla değişim olduğu görülmüştür.

Howe ve arkadaşlarının serviste yatan 13-18 yaş arası 472 olguyu CGAS ve HONOSCA ölçekleriyle değerlendirdikleri çalışmada, CGAS ve HONOSCA ölçek toplam puanı ve tüm alt ölçeklerde anlamlı değişiklik saptanmıştır. Bu çalışmada en büyük değişimin HONOSCA davranışsal sorunlar alt ölçeğinde, en az değişimin ise engellilik alt ölçeğinde gerçekleştiği bildirilmiştir [242]. Örneklemimizde de bu çalışmayla benzer şekilde tüm alanlarda anlamlı değişim tespit edilirken, en büyük değişim HONOSCA-TR davranışsal sorunlar alt ölçeğinde, en az değişim ise engellilik alt ölçeğinde gerçekleşmiştir. Bu açıdan bakıldığında servisin yıkıcı davranışlar, hiperaktivite, kendine zarar verme gibi semptomlara karşı en fazla etkili olduğu sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu semptomların dışarıya en çok yansıyan, işlevselliği en çok bozan, yardım arayışına en fazla yol açan semptomlar olması, servisten taburculuğa karar verirken de en çok bu semptomlardaki iyileşmenin göz önüne alınıyor olması, değişimin neden en çok bu alt ölçekte gerçekleştiğinin açıklaması olabilir. Engellilik alt ölçeği skolastik ve dil becerilerindeki sorunlar ile fiziksel sorunları içermektedir. Bu sorunların servise yatış için birincil sebep olmaması, tedavi hedeflerinde esas olarak toplumsal yaşamı bozan semptomların yer alıyor olması bu alt ölçekte diğerlerine kıyasla daha az olan değişime yol açmış olabilir.

Örneklemimizde yararlanımın anne ve babanın eğitim düzeyine göre farklılık göstermediği görülmüştür. Servisimizde anne ve babalara yönelik girişimler olsa da, çocuk ve ergenin davranışları ve ilişki kurma biçiminin ortam terapisinin esas odak noktası olması, yararlanımın anne ve babanın eğitiminden bağımsız olarak gerçekleşmesinin bir sebebi olabilir. Bu durum ayrıca, servisimizde anne ve babaya yönelik girişimlerin eğitim durumları ne olursa olsun ebeveynlere hitap edebildiğinin bir göstergesi olarak da yorumlanabilir.

Bu sonuçlarla birlikte bakıldığında ortam terapisi, DB ve KOKGB olan çocuk ve gençlerde faydalı olmaktadır. Hem işlevselliğin bir göstergesi olan CGAS puanlarındaki değişim, hem de ruhsal bozukluklarla ilişkili kişisel, sosyal ve fiziksel sorunların göstergesi olan HONOSCA puanlarındaki anlamlı değişim bunun bir göstergesidir. Bunun yanında HONOSCA ölçeğinin işlevselliğin farklı alanlarına odaklanan davranışsal sorunlar, engellilik, semptomatik sorunlar ve sosyal sorunlar alt ölçeklerinin tümünde de anlamlı bir değişiklik mevcuttur. Bu da ortam terapisinin sadece davranım bozukluklarının primer semptomlarına karşı değil, çocuk ve ergenin hayatındaki birçok alana olumlu etki ettiğinin bir göstergesi olarak yorumlanabilir.

5.3.2 Yararlanımın Yaş Gruplarına Göre Tartışılması

Olguların yararlanımları yaş gruplarına göre incelendiğinde, HONOSCA-TR ölçek toplam puanları açısından 13 yaş ve üzeri grupta anlamlı düzeyde daha fazla faydalanım tespit edilirken, CGAS puanları açısından böyle bir ilişkiye rastlanmamıştır. HONOSCA-TR alt ölçeklerinin puansal değişimi kıyaslandığında da yine iki grup arası anlamlı farklılığa rastlanmamıştır.

Setoya ve arkadaşlarının yataklı servisten yararlanımı inceledikleri çalışmada, olguların yaşı arttıkça servisten yararlanımın arttığı bulunmuştur. Bu durumun olası sebepleri olarak ise küçük çocuklarda gelişimsel sorunlar nedeniyle tedavi yanıtının engellenebileceği, ayrıca ileri yaşta ortaya çıkan patolojilerle kıyaslandığında erken başlangıcın daha kötü prognozla ilişkili olabileceği belirtilmiştir [243]. Çalışmamızla aynı üniteye Demirgören ve arkadaşlarının 308 çocuk ve ergenle yaptığı yararlanım çalışmasında da daha büyük yaş CGAS puanlarındaki değişimin pozitif prediktörü olarak bulunmuştur [244]. Bizim çalışmamızda da bu çalışmalarla benzer şekilde 13 yaş ve üzeri olguların servisten anlamlı şekilde daha fazla faydalandığı görülmektedir. Setoya'nın çalışmasında belirtilen sebepler dışında, yaş arttıkça soyut düşünmenin gelişmesi, servise uyumun ve tedavi ekibiyle işbirliğinin artması da bu durumun olası sebepleri arasında düşünülebilir.

5.3.3 Yararlanımın Cinsiyete Göre Tartışılması

Servisten yararlanım cinsiyetlere göre incelendiğinde, hem HONOSCA-TR ölçek toplam puanları hem de CGAS puanları açısından yararlanım anlamlı olarak değişmemektedir. HONOSCA-TR alt ölçeklerinin değişim puanları göz önüne alındığında ise, davranışsal sorunlar ve semptomatik sorunlar alt ölçeklerinde kızlarda erkeklere göre anlamlı düzeyde daha fazla değişim bulunmuştur. Bu ölçeklerde kızlar yatış sırasında da erkeklere kıyasla daha yüksek puanlara sahip olarak bulunmuştu. Çalışmamızın bir diğer bulgusu olan servise yatıştaki yüksek puanların değişim puanlarıyla olan pozitif ilişkisi ve bu ilişkiye dayanarak yapılan, yatış sırasında daha fazla soruna sahip olguların servisten daha fazla faydalandığı yorumu ile birlikte düşünüldüğünde, kızlarda bu alt ölçeklerde yatış sırasındaki puanların yüksek olması, değişim puanlarının da yüksek olmasıyla ilişkili olabilir.

5.3.4 Yararlanımın DEHB Eşlik Durumuna Göre Tartışılması

Olguların CGAS ve HONOSCA-TR ölçek toplam puanlarına göre ölçülen yararlanımda, DEHB eşlik edip etmemesine göre anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. HONOSCA-TR alt ölçeklerindeki puansal değişim karşılaştırıldığında ise, semptomatik sorunlar alt ölçeğinde DEHB eşlik etmeyen grupta diğer gruba kıyasla anlamlı düzeyde daha yüksek değişim saptanmıştır. DEHB eşlik etmeyen grup yatış sırasında da bu alt ölçekte anlamlı düzeyde yüksek puanlara sahiptir. Semptomatik sorunlar alt ölçeği, daha önce de bahsedildiği gibi, sanrılar ve varsanılar, organik olmayan somatik belirtiler ve duygusal ve ilişkili sorunlar olmak üzere 3 alanı sorgulamaktadır.. DEHB eşlik etmeyen grupta daha sık görülen MDB ve SKÖ bu 3 alanla oldukça ilişkili tanılardır. Dolayısıyla DEHB eşlik etmeyen grupta daha sık görülen bu tanılar, semptomatik sorunlar alt ölçeğinde hem yatış sırasındaki puan, hem de değişim puanlarındaki farklılığın sebebi olarak düşünülmektedir.

5.3.5 Yatış Süresi ve Yararlanım İlişkisinin Tartışılması

Çalışmamızda ortalama yatış süresi 80 gün olarak bulunmuştur. Yatış süresi, aynı serviste yapılan diğer çalışmalarla benzer sürede bulunmuştur [244-246]. Olguların yatış süresinin faydalanımla ilişkisine bakıldığında, yatış süresinin HONOSCA-TR ölçek toplam puanları ile davranışsal sorunlar ve engellilik alt ölçek puanları ve CGAS ölçek puanlarındaki değişimle pozitif yönde, anlamlı düzeyde ilişkili olduğu bulunmuş, HONOSCA-TR semptomatik sorunlar ve sosyal sorunlar alt ölçekleriyle ise anlamlı ilişkiye rastlanmamıştır. Servisimizde daha önce yapılan benzer çalışmalarda, yeme bozukluğu olgularında servis yatış süresi HONOSCA-TR ölçek toplam puanlarındaki değişimle anlamlı olarak ilişkili bulunurken [245], cinsel istismara uğramış olgularda böyle bir ilişkiye rastlanmamıştır [246]. Olgularımızda yatıştaki HONOSCA-TR ölçek puanı ile bu ölçekteki değişim puanları pozitif yönde ilişkili olduğu, servise yatış sırasında daha ağır sorunları olan olguların, taburculuk sırasında yatışlarına göre daha fazla puan değişimine sahip oldukları belirtilmişti. Daha şiddetli sorunlar yaşayan olguların serviste daha uzun süre kaldıkları düşünüldüğünde bu durum, servis yatış süresi ile yararlanım arasındaki pozitif ilişkinin bir sebebi olarak düşünülebilir.

5.3.6 Ölçek Puanları ile Yararlanım İlişkisinin Tartışılması

Çalışmamızda olguların yatış sırasındaki ölçek puanlarının yararlanımla ilişkisi araştırıldığında, yatış sırasındaki HONOSCA-TR ölçek toplam puanlarının HONOSCA-TR

ölçek toplam puanlarındaki değişimle pozitif yönde, orta düzeyde, anlamlı şekilde ilişkili olduğu, CGAS değişim puanları ile de yine pozitif yönde, düşük düzeyde, anlamlı şekilde ilişkili olduğu görülmüştür. Buna ek olarak işlevselliği ölçen yatış sırasındaki CGAS puanları azaldıkça, CGAS puanındaki değişim anlamlı ölçüde artmaktadır. Bu bulgular, servise yatış sırasında daha şiddetli semptomlara ve daha düşük işlevselliğe sahip olguların servisten daha fazla faydalandığını düşündürmektedir. Bu olguların puansal olarak daha fazla değişime sahip olmasının nedeni, bu olguların birçok alanda düşük işlevselliğe sahip olması, dolayısıyla değişim için daha fazla potansiyel alana sahip olması olabilir.

5.3.7 Bireysel ve Ailesel Riskler ile Yararlanımın İlişkisinin Tartışılması

Çalışmamızda bireysel ve ailesel risk puanlarının CGAS ve HONOSCA değişimiyle ölçülen yararlanıma negatif veya pozitif yönde bir etkisine rastlanmamıştır. Servisimize yatış sırasında uygulanan 12 maddeli bireysel risk değerlendirmesinin 6 maddesi davranım bozukluğunun belirtilerinden oluşurken, kalan maddeler de yine örneklemimizde sık görülen MDB ve SKÖ'de sık rastlanan bulgulardan oluşmaktadır. Dolayısıyla bireysel risk puanlarına göre yararlanımın değişmemesinin sebebi bu puanların olgularımızın büyük çoğunluğunda yüksek olması, puanların örneklemdeki olgularda benzer olup örneklem içinde eşit dağılmamasından kaynaklanıyor olabilir. Benzer şekilde aile risk değerlendirmesindeki 8 maddeden 7'si olan evde yetersiz denetim, aile içi çatışma, okulla işbirliğinin az olması, ailede yoksulluk, ailede ruhsal bozukluk öyküsü, sosyal desteğin az olması, çevrede yoksulluk olması maddelerinin tümü, olgularımızın hemen hepsinde mevcut olarak bulunmuştur. Bireysel risk puanlarına benzer şekilde ailesel risk puanlarının da tüm örneklemde yüksek ve benzer olması, bu puanların yararlanımla ilişkili bulunmamasının sebebi olabilir. Bunlarla birlikte değerlendirildiğinde, bireysel ve ailesel risk puanlarının olguları birbirinden ayırmada ve yararlanımı predikte etmede yetersiz kaldığı görülmektedir. Bu bakımlardan HONOSCA ölçeği işlevselliğin ve semptomatolojinin çeşitli pek çok alanını sorguluyor olması sebebiyle olguları ayırt etmede ve servisten yararlanımlarını belirlemede iyi bir alternatif olarak gözükmektedir.

6.SONUÇLAR

Çalışmamızda 78 DB ve KOKGB olgusunun ortam terapisinden faydalanımının incelenmesi amaçlanmıştır. Bu olgularda faydalanım olup olmamasının incelenmesine ek olarak, faydalanımı etkileyen faktörlerde çalışmamızda incelenmiştir. Buna yönelik olarak

faydalanım cinsiyet, yaş grupları, DEHB eşlik durumu, anne ve babanın eğitim durumuna göre kıyaslanarak incelenmiş, ayrıca yatış sırasındaki ölçek puanlarının, bireysel ve ailesel risk puanlarının ve yatış süresinin faydalanıma olan etkileri araştırılmıştır. Yararlanımın yanında olguların sosyodemografik ve klinik özellikleri de incelenmiş, bu özellikler cinsiyet, yaş ve DEHB eşlik durumuna göre karşılaştırılmıştır.

Literatür incelendiğinde psikiyatrik bozukluklarda ortam terapisinin etkisini inceleyen az sayıda çalışmaya rastlanmaktadır. Çalışmamız, yıkıcı davranış bozuklukları özelinde ortam terapisinin etkisini inceleyen sayılı çalışmadan biri olmasıyla literatüre katkı sunmaktadır.

Çalışmamızda yıkıcı davranış bozukluğu olgularının ortam terapisinden faydalanımı, yatış ve taburculuk sırasında uygulanan CGAS ve HONOSCA ölçek puanları ile ölçülmüş, hem CGAS, hem de tüm HONOSCA alt ölçeklerinde yatış ve taburculuk arasında anlamlı değişim bulunmuştur. Faydalanım cinsiyete, DEHB eşlik durumuna, ebeveyn eğitim düzeyine ve bireysel ve ailesel risk puanlarına göre değişmezken, 13 yaş ve üzeri olguların servisten faydalanımının daha fazla olduğu, ayrıca yatıştaki yüksek HONOSCA puanların ve servis yatış süresinin ölçek puanlarında daha fazla değişimle ilişkili olduğu bulunmuştur.

Yıkıcı davranış bozuklukları, çocuk ve gençlerde psikiyatri başvurularının en sık sebeplerinden biridir. Yıkıcı davranış bozuklukları çocuk ve gençlerin ailesel, sosyal ve akademik işlevselliklerini bozmakta, engelliliklere sebep olmakta, hem birey ve ailesi, hem de tüm toplum için maddi ve manevi ağır bir yüke sebep olmaktadır. Bu bozukluklar tedavi edilmediği takdirde suç davranışlarına ve erişkin hayatta antisosyal kişilik bozukluğuna yol açabilmektedir. Bu sebeplerden dolayı bu bozuklukların erken yaşlarda tedavi edilmesi önem kazanmaktadır. Çalışmamızın bulgularına kısıtlılıklarımız nedeniyle temkinli şekilde yaklaşmak gerekse de, servis yatışı gerektirecek şiddette yıkıcı davranış sorunları yaşayan olgularda ortam terapisinin bir psikososyal tedavi yöntemi olarak faydalı olduğunu göstermesi açısından çalışmamız önem taşımaktadır. Yine de bu konuyla ilgili örneklem sayısı daha fazla, prospektif, randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Çalışmamız, yıkıcı davranış bozukluğu olan olguların bireysel ve ailesel riskleri, ebeveyn eğitimleri, yatıştaki semptom şiddeti ne olursa olsun büyük ölçüde ortam terapisinden yararlanabildiklerini göstermesi açısından da önem taşımaktadır. Bu açıdan ortam terapisi, yıkıcı davranım bozukluğuna sahip çocuk ve ergen popülasyonunun büyük bir kısmına uygulanabilecek, genellenebilir bir terapi yöntemi olarak gözükmemektedir.

Psikiyatri servislerinde uzun süreli yatışlar, hem hasta hem de tedavi ekibi açısından yıldıracı ve umutsuzluk verici olabilmektedir. Çalışmamız uzun süreli yatışların aslında daha fazla faydalanıma da yol açtığını göstermesiyle önem taşımaktadır.

7.KISITLILIKLAR

Çalışmamızın kısıtlılıkları arasında en önemlisi çalışmanın retrospektif desende olması, bu yüzden bazı verilerde eksiklikler olmasıdır. Çalışmamızda kontrol grubu bulunmamakta, yararlanımla ilgili prospektif, kontrol grubu içeren çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır. Çalışmamız tek bir hastanenin bulgularını içerdiğinden, olgularımızın sosyodemografik özellikleri benzerlik taşımakta, bu da çalışmamızın genellenebilirliğini düşürmektedir. Çalışmamızın örnekleme yıkıcı davranım bozuklukları semptomları servis yatışı gerektirecek kadar şiddetli olguları içerdiğinden, olgular riskler ve semptom şiddetleri açısından benzerlik taşımakta, bu yüzden bazı verilerin etkisi ölçülememektedir. Çalışmamızın örneklem sayısı düşüktür, bu da çalışmanın gücünü azaltan bir etken olarak görülebilir.

KAYNAKLAR

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4rd ed. Arlington, VA: APA; 1994.
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition (DSM-5) (American Psychiatric Press, Inc., 2013).
3. Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 1-2(2017, LWW), Volume II, 46. Disruptive Behaviour Disorders in Children and Adolescents.
4. Kazdin, A. E. in Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents (eds Kazdin, A. E. & Weisz, J. R.) 241–262 (Guilford, New York, 2003).
5. Coghill, D. Editorial: do clinical services need to take conduct disorder more seriously? J. Child Psychol. Psychiatry 54, 921–923 (2013).
6. Erskine, H. E. et al. The global burden of conduct disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder in 2010. J. Child Psychol. Psychiatry 55, 328–336 (2014).
7. Kim-Cohen, J. et al. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. Arch. Gen. Psychiatry 60, 709–717 (2003).
8. Simonoff, E. et al. Predictors of antisocial personality. Continuities from childhood to adult life. Br. J. Psychiatry 184, 118–127 (2004).
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1st ed. 1952.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. 1968.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Arlington, VA: APA; 1980.
12. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. rev. Arlington, VA: APA; 1987.
13. Polanczyk, G. V., Salum, G. A., Sugaya, L. S., Caye, A. & Rohde, L. A. Annual research review: a meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. J. Child Psychol. Psychiatry 56, 345–365 (2015).
14. Anderson, J. C., Williams, S., McGee, R. & Silva, P. A. DSM-III disorders in preadolescent children. Prevalence in a large sample from the general population. Arch. Gen. Psychiatry 44, 69–76 (1987).
15. Cohen, P. et al. An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence: 1. Age- and gender-specific prevalence. J. Child Psychol. Psychiatry 34, 851–867 (1993).

16. Copeland, W., Shanahan, L., Costello, E. J. & Angold, A. Cumulative prevalence of psychiatric disorders by young adulthood: a prospective cohort analysis from the Great Smoky Mountains Study. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 50, 252–261 (2011).
17. Ercan, E.S., et al., Prevalence of psychiatric disorders among Turkish children: the effects of impairment and sociodemographic correlates. *Child Psychiatry & Human Development*, 2016. 47(1): p. 35-42.
18. Erskine, H. E. et al. Research review: epidemiological modelling of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder for the Global Burden of Disease Study 2010. *J. Child Psychol. Psychiatry* 54, 1263–1274 (2013).
19. Nock, M. K., Kazdin, A. E., Hiripi, E. & Kessler, R. C. Prevalence, subtypes, and correlates of DSM-IV conduct disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol. Med.* 36, 699–710 (2006).
20. Angold, A., Costello, E. J. & Erkanli, A. Comorbidity. *J. Child Psychol. Psychiatry* 40, 57–87 (1999).
21. Copeland, W., Shanahan, L., Erkanli, A., Costello, E. J. & Angold, A. Indirect comorbidity in childhood and adolescence. *Front. Psychiatry* 4, 144 (2013).
22. Hinshaw, S. P. in *Progress in Experimental Personality and Psychopathology Research* 1994. Special Focus on Psychopathy and Antisocial Behavior: A Developmental Perspective (eds Fowles, D. C., Sutker, P. & Goodman, S. H.) 3–44 (Springer, NY, 1994).
23. Abikoff, H. & Klein, R. G. Attention-deficit hyperactivity and conduct disorder: comorbidity and implications for treatment. *J. Consult. Clin. Psychol.* 60, 881–892 (1992).
24. Thapar, A., Harrington, R. & McGuffin, P. Examining the comorbidity of ADHD-related behaviours and conduct problems using a twin study design. *Br. J. Psychiatry* 179, 224–229 (2001).
25. Copeland, W. E. et al. Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. *J. Child Psychol. Psychiatry* 54, 791–799 (2013).
26. Latimer, K. et al. Disruptive behaviour disorders: a systematic review of environmental antenatal and early years risk factors. *Child Care Health Dev.* 38, 611–628 (2012).
27. Jaffee, S. R., Strait, L. B. & Odgers, C. L. From correlates to causes: can quasi-experimental studies and statistical innovations bring us closer to identifying the causes of antisocial behavior? *Psychol. Bull.* 138, 272–295 (2012).
28. Gaysina, D. et al. Maternal smoking during pregnancy and offspring conduct problems: evidence from 3 independent genetically sensitive research designs. *JAMA Psychiatry* 70, 956–963 (2013).
29. Popova, S. et al. Comorbidity of fetal alcohol spectrum disorder: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 387, 978–987 (2016).

30. Ruisch, I. H., Dietrich, A., Glennon, J. C., Buitelaar, J. K. & Hoekstra, P. J. Maternal substance use during pregnancy and offspring conduct problems: a meta-analysis. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 84, 325–336 (2018).
31. MacKinnon, N., Kingsbury, M., Mahedy, L., Evans, J. & Colman, I. The association between prenatal stress and externalizing symptoms in childhood: evidence from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Biol. Psychiatry* 83, 100–108 (2018).
32. Sandman, C. A. et al. Cortical thinning and neuropsychiatric outcomes in children exposed to prenatal adversity: a role for placental CRH? *Am. J. Psychiatry* 175, 471–479 (2018).
33. Barker, E. D. & Maughan, B. Differentiating early-onset persistent versus childhood-limited conduct problem youth. *Am. J. Psychiatry* 166, 900–908 (2009).
34. Murray, J. et al. Moderate alcohol drinking in pregnancy increases risk for children's persistent conduct problems: causal effects in a Mendelian randomisation study. *J. Child Psychol. Psychiatry* 57, 575–584 (2016).
35. Lukkari, S. et al. Exposure to obstetric complications in relation to subsequent psychiatric disorders of adolescent inpatients: specific focus on gender differences. *Psychopathology* 45, 317–326 (2012).
36. Raine, A., Brennan, P. & Mednick, S. A. Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence: specificity to serious, early-onset violence. *Am. J. Psychiatry* 154, 1265–1271 (1997).
37. Barker, E. D., Copeland, W., Maughan, B., Jaffee, S. R. & Uher, R. Relative impact of maternal depression and associated risk factors on offspring psychopathology. *Br. J. Psychiatry* 200, 124–129 (2012).
38. Liu, J. Early health risk factors for violence: conceptualization, review of the evidence, and implications. *Aggress. Violent Behav.* 16, 63–73 (2011).
39. Kim, J. et al. Chronic fetal hypoxia affects axonal maturation in guinea pigs during development: a longitudinal Diffusion Tensor Imaging and T2 mapping study. *J. Magn. Reson. Imaging* 42, 658–665 (2015).
40. Liu, J., Raine, A., Wuerker, A., Venables, P. H. & Mednick, S. The association of birth complications and externalizing behavior in early adolescents: direct and mediating effects. *J. Res. Adolesc.* 19, 93–111 (2009).
41. Liu, J. & Raine, A. The effect of childhood malnutrition on externalizing behavior. *Curr. Opin. Pediatr.* 18, 565–570 (2006).
42. Kendler, K. S., Aggen, S. H. & Patrick, C. J. Familial influences on conduct disorder reflect 2 genetic factors and 1 shared environmental factor. *JAMA Psychiatry* 70, 78–86 (2013).

43. Johnson, A. M., Hawes, D. J., Eisenberg, N., Kohlhoff, J. & Dudeney, J. Emotion socialization and child conduct problems: a comprehensive review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 54, 65–80 (2017).
44. Norman, R. E. et al. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLOS Med.* 9, e1001349 (2012).
45. Boden, J. M., Fergusson, D. M. & Horwood, L. J. Risk factors for conduct disorder and oppositional/defiant disorder: evidence from a New Zealand birth cohort. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 49, 1125–1133 (2010).
46. Trudeau, L., Mason, W. A., Randall, G. K., Spoth, R. & Ralston, E. Effects of parenting and deviant peers on early to mid-adolescent conduct problems. *J. Abnorm. Child Psychol.* 40, 1249–1264 (2012).
47. Piotrowska, P. J., Stride, C. B., Croft, S. E. & Rowe, R. Socioeconomic status and antisocial behaviour among children and adolescents: a systematic review and meta-analysis. *Clin. Psychol. Rev.* 35, 47–55 (2015).
48. Moore, A. A., Silberg, J. L., Roberson-Nay, R. & Mezuk, B. Life course persistent and adolescence limited conduct disorder in a nationally representative US sample: prevalence, predictors, and outcomes. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 52, 435–443 (2017).
49. Wesseldijk, L. W. et al. Genetic and environmental influences on conduct and antisocial personality problems in childhood, adolescence, and adulthood. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 27, 1123–1132 (2017).
50. Jaffee, S. R. et al. Nature X nurture: genetic vulnerabilities interact with physical maltreatment to promote conduct problems. *Dev. Psychopathol.* 17, 67–84 (2005).
51. Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J. & Neale, M. C. The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women. *Arch. Gen. Psychiatry* 60, 929–937 (2003).
52. Jacobson, K. C., Prescott, C. A. & Kendler, K. S. Sex differences in the genetic and environmental influences on the development of antisocial behavior. *Dev. Psychopathol.* 14, 395–416 (2002).
53. Niv, S., Tuvblad, C., Raine, A. & Baker, L. A. Aggression and rule-breaking: heritability and stability of antisocial behavior problems in childhood and adolescence. *J. Crim. Justice* 41, 285–291 (2013).
54. Van Hulle, C. A., Waldman, I. & Lahey, B. B. Sex differences in the genetic and environmental influences on self-reported non-aggressive and aggressive conduct disorder symptoms in early and middle adolescence. *Behav. Genet.* 48, 271–282 (2018).
55. Harden, K. P. et al. Developmental changes in genetic and environmental influences on rule-breaking and aggression: age and pubertal development. *J. Child Psychol. Psychiatry* 56, 1370–1379 (2015).

56. Salvatore, J. E. & Dick, D. M. Genetic influences on conduct disorder. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 91, 91–101 (2018).
57. Ioannidis, J. P. Why most published research findings are false. *PLOS Med.* 2, e124 (2005).
58. Dick, D. M. et al. Genome-wide association study of conduct disorder symptomatology. *Mol. Psychiatry* 16, 800–808 (2011).
59. Pappa, I. et al. A genome-wide approach to children's aggressive behavior: the EAGLE consortium. *Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet.* 171, 562–572 (2016).
60. Tielbeek, J. J. et al. Genetic correlation of antisocial behaviour with alcohol, nicotine, and cannabis use. *Drug Alcohol Depend.* 187, 296–299 (2018).
61. Faraone, S. V. & Larsson, H. Genetics of attention deficit hyperactivity disorder. *Mol. Psychiatry* 24, 562–575 (2018).
62. van Donkelaar, M. M. J. et al. Monoamine and neuroendocrine gene-sets associate with frustration-based aggression in a gender-specific manner. *Eur. Neuropsychopharmacol.* <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2017.11.016> (2017).
63. Waltes, R., Chiocchetti, A. G. & Freitag, C. M. The neurobiological basis of human aggression: a review on genetic and epigenetic mechanisms. *Am. J. Med. Genet. B Neuropsychiatr. Genet.* 171, 650–675 (2016).
64. Holz, N. E. et al. Gene x environment interactions in conduct disorder: implications for future treatments. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 91, 239–258 (2018).
65. Kendler, K. S., Jacobson, K., Myers, J. M. & Eaves, L. J. A genetically informative developmental study of the relationship between conduct disorder and peer deviance in males. *Psychol. Med.* 38, 1001–1011 (2008).
66. Henry, J. et al. Early warm-rewarding parenting moderates the genetic contributions to callous-unemotional traits in childhood. *J. Child Psychol. Psychiatry* 59, 1282–1288 (2018).
67. Cloninger, C. R., Sigvardsson, S., Bohman, M. & von Knorring, A. L. Predisposition to petty criminality in Swedish adoptees. II. Cross-fostering analysis of gene-environment interaction. *Arch. Gen. Psychiatry* 39, 1242–1247 (1982).
68. Fairchild, G., Van Goozen, S. H. M., Calder, A. J., Stollery, S. J. & Goodyer, I. M. Deficits in facial expression recognition in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder. *J. Child Psychol. Psychiatry* 50, 627–636 (2009).
69. Stevens, D., Charman, T. & Blair, R. Recognition of emotion in facial expressions and vocal tones in children with psychopathic tendencies. *J. Genet. Psychol.* 162, 201–211 (2001).
70. Martin-Key, N., Brown, T. & Fairchild, G. Empathic accuracy in male adolescents with conduct disorder and higher versus lower levels of callous-unemotional traits. *J. Abnorm. Child Psychol.* 45, 1385–1397 (2017).

71. Fanti, K. A., Kimonis, E. R., Hadjicharalambous, M. Z. & Steinberg, L. Do neurocognitive deficits in decision making differentiate conduct disorder subtypes? *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 25, 989–996 (2016).
72. Fairchild, G. et al. Decision making and executive function in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder and control subjects. *Biol. Psychiatry* 66, 162–168 (2009).
73. Sonuga-Barke, E. J., Cortese, S., Fairchild, G. & Stringaris, A. Annual research review: transdiagnostic neuroscience of child and adolescent mental disorders — differentiating decision making in attention-deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder, depression, and anxiety. *J. Child Psychol. Psychiatry* 57, 321–349 (2016).
74. Hobson, C. W., Scott, S. & Rubia, K. Investigation of cool and hot executive function in ODD/CD independently of ADHD. *J. Child Psychol. Psychiatry* 52, 1035–1043 (2011).
75. Dolan, M. & Lennox, C. Cool and hot executive function in conduct-disordered adolescents with and without co-morbid attention deficit hyperactivity disorder: relationships with externalizing behaviours. *Psychol. Med.* 43, 2427–2436 (2013).
76. Alegria, A. A., Radua, J. & Rubia, K. Meta-analysis of fMRI studies of disruptive behavior disorders. *Am. J. Psychiatry* 173, 1119–1130 (2016).
77. Noordermeer, S. D., Luman, M. & Oosterlaan, J. A. Systematic review and meta-analysis of neuroimaging in Oppositional Defiant Disorder (ODD) and Conduct Disorder (CD) taking Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) into account. *Neuropsychol. Rev.* 26, 44–72 (2016).
78. Finger, E. C. et al. Impaired functional but preserved structural connectivity in limbic white matter tracts in youth with conduct disorder or oppositional defiant disorder plus psychopathic traits. *Psychiatry Res.* 202, 239–244 (2012).
79. Ewbank, M. P. et al. Psychopathic traits influence amygdala-anterior cingulate cortex connectivity during facial emotion processing. *Soc. Cogn. Affect. Neurosci.* 13, 525–534 (2018).
80. White, S. F. et al. Disrupted expected value and prediction error signaling in youths with disruptive behavior disorders during a passive avoidance task. *Am. J. Psychiatry* 170, 315–323 (2013).
81. Finger, E. C. et al. Abnormal ventromedial prefrontal cortex function in children with psychopathic traits during reversal learning. *Arch. Gen. Psychiatry* 65, 586–594 (2008).
82. Blair, R. J. R., Veroude, K. & Buitelaar, J. K. Neuro-cognitive system dysfunction and symptom sets: a review of fMRI studies in youth with conduct problems. *Neurosci. Biobehav. Rev.* 91, 69–90 (2018).
83. Rogers, J. C. & De Brito, S. A. Cortical and subcortical gray matter volume in youths with conduct problems: a meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 73, 64–72 (2016).

84. Raschle, N. M., Menks, W. M., Fehlbauer, L. V., Tshomba, E. & Stadler, C. Structural and functional alterations in right dorsomedial prefrontal and left insular cortex co-localize in adolescents with aggressive behaviour: an ALE meta-analysis. *PLOS ONE* 10, e0136553 (2015).
85. McBurnett, K., Lahey, B. B., Rathouz, P. J. & Loeber, R. Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behavior. *Arch. Gen. Psychiatry* 57, 38–43 (2000).
86. Pajer, K., Gardner, W., Rubin, R. T., Perel, J. & Neal, S. Decreased cortisol levels in adolescent girls with conduct disorder. *Arch. Gen. Psychiatry* 58, 297–302 (2001).Return to ref 199 in article.
87. Fairchild, G. et al. Cortisol diurnal rhythm and stress reactivity in male adolescents with early-onset or adolescence-onset conduct disorder. *Biol. Psychiatry* 64, 599–606 (2008).
88. Popma, A. et al. Hypothalamus pituitary adrenal axis and autonomic activity during stress in delinquent male adolescents and controls. *Psychoneuroendocrinology* 31, 948–957 (2006).
89. Koss, K. J. & Gunnar, M. R. Annual research review: early adversity, the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis, and child psychopathology. *J. Child Psychol. Psychiatry* 59, 327–346 (2018).
90. Portnoy, J. & Farrington, D. P. Resting heart rate and antisocial behavior: an updated systematic review and meta-analysis. *Aggress. Violent Behav.* 22, 33–45 (2015).
91. Herpertz, S. C. et al. Response to emotional stimuli in boys with conduct disorder. *Am. J. Psychiatry* 162, 1100–1107 (2005).
92. World Health Organization. International Classification of Diseases and Related Health Problems 11th edn (WHO, 2018).
93. Frick, P. J. & Viding, E. Antisocial behavior from a developmental psychopathology perspective. *Dev. Psychopathol.* 21, 1111–1131 (2009).
94. Dulcan, M.K., Dulcan's textbook of child and adolescent psychiatry, Oppositional Defiant Disorder and Conduct Disorder, s.211. 2015: American Psychiatric Pub.
95. Offord, D.R. and K.J. Bennett, Conduct disorder: Long-term outcomes and intervention effectiveness. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1994. 33(8): p. 1069-1078.
96. Greenberg, M.T., Promoting resilience in children and youth: Preventive interventions and their interface with neuroscience. *Annals of the new York Academy of Sciences*, 2006. 1094(1): p. 139-150.
97. Loeber, R., J.D. Burke, and D.A. Pardini, Development and etiology of disruptive and delinquent behavior. *Annual Review of Clinical Psychology*, 2009. 5: p. 291-310.

98. Erskine, H. E. et al. Long-term outcomes of attention-deficit/hyperactivity disorder and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 55, 841–850 (2016).
99. Sampaio, F. et al. Population cost-effectiveness of the Triple P parenting programme for the treatment of conduct disorder: an economic modelling study. *Eur. Child Adolesc. Psychiatry* 27, 933–944 (2017).
100. Comer, J. S., Chow, C., Chan, P. T., Cooper-Vince, C. & Wilson, L. A. Psychosocial treatment efficacy for disruptive behavior problems in very young children: a meta-analytic examination. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 52, 26–36 (2013).
101. National Institute for Health and Care Excellence. Antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: recognition and management. NICE <http://guidance.nice.org.uk/CG158> (2017).
102. Michelson, D. et al. Do evidence-based interventions work when tested in the “real world?” A systematic review and meta-analysis of parent management training for the treatment of child disruptive behavior. *Clin. Child Fam. Psychol. Rev.* 16, 18–34 (2013).
103. Forgatch, M. S. & Gewirtz, A. H. in *Evidence-Based Psychotherapies for Children and Adolescents* (eds Weisz, J. R. & Kadzin, A. E.) 3rd edn 85–102 (Guilford Press, NY, 2017).
104. Sanders, M. R. Development, evaluation, and multinational dissemination of the triple P-Positive parenting program. *Annu. Rev. Clin. Psychol.* 8, 345–379 (2012). Return to ref 241 in article.
105. Webster-Stratton, C. & Reid, M. J. Treating conduct problems and strengthening social and emotional competence in young children: the Dina Dinosaur treatment program. *J. Emot. Behav. Disord.* 11, 130–143 (2003).
106. Kaminski, J. W. & Claussen, A. H. Evidence base update for psychosocial treatments for disruptive behaviors in children. *J. Clin. Child Adolesc. Psychol.* 46, 477–499 (2017).
107. Garland, A. F., Hawley, K. M., Brookman-Frazee, L. & Hurlburt, M. S. Identifying common elements of evidence-based psychosocial treatments for children’s disruptive behavior problems. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry* 47, 505–514 (2008).
108. Alexander, J., et al., *Blueprints for violence prevention, book three: Functional family therapy*. Boulder, CO: Center for the Study and Prevention of violence, 1998.
109. Henggeler, S.W., et al., *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents*. 2009: Guilford Press.
110. Pilling, S. et al. Recognition, intervention, and management of antisocial behaviour and conduct disorders in children and young people: summary of NICE-SCIE guidance. *BMJ* 346, f1298 (2013).
111. Pringsheim, T., Hirsch, L., Gardner, D. & Gorman, D. A. Pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and

conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 2: antipsychotics and traditional mood stabilizers. *Can. J. Psychiatry* 60, 52–61 (2015).

112. Wehmeier, P.M., et al., Does comorbid disruptive behavior modify the effects of atomoxetine on ADHD symptoms as measured by a continuous performance test and a motion tracking device? *Journal of attention disorders*, 2015. 19(7): p. 591-602.

113. Loy, J. H., Merry, S. N., Hetrick, S. E. & Stasiak, K. Atypical antipsychotics for disruptive behaviour disorders in children and youths. *Cochrane Database Syst. Rev.* 9, CD008559 (2017).Return to ref 266 in article.

114. Ercan, E., et al., Aripiprazole in children and adolescents with conduct disorder: a single-center, open-label study. *Pharmacopsychiatry*, 2012. 45(01): p. 13-19.

115. Rutter M, Shaffer D. DSM-III: a step forward or back in terms of the classification of child psychiatric disorders? *J Am Acad Child Psychiatry*. 1980;19(3):371–394.

116. Canino, G., et al., Does the prevalence of CD and ODD vary across cultures? *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2010. 45(7): p. 695-704.

117. Nock, M.K., et al., Lifetime prevalence, correlates, and persistence of oppositional defiant disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2007. 48(7): p. 703-713.

118. Burke, J.D., R. Loeber, and B. Birmaher, Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 2002. 41(11): p. 1275-1293.

119. Ercan, E.S., et al., Prevalence and diagnostic stability of ADHD and ODD in Turkish children: a 4-year longitudinal study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 2013. 7(1): p. 1-10.

120. Lahey, B.B., et al., Developmental epidemiology of the disruptive behavior disorders, in *Handbook of disruptive behavior disorders*. 1999, Springer. p. 23-48.

121. Zorlu, A., et al., The prevalence and comorbidity rates of ADHD among school-age children in Turkey. *Journal of attention disorders*, 2020. 24(9): p. 1237-1245.

122. Rowe, R., et al., The role of callous and unemotional traits in the diagnosis of conduct disorder. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 2010. 51(6): p. 688-695.

123. Polderman TJ, Benyamin B, de Leeuw CA, et al. Meta-analysis of the heritability of human traits based on fifty years of twin studies. *Nat Genet*. 2015;47(7):702–709.

124. Krueger RF, Hicks BM, Patrick CJ, Carlson SR, Iacono WG, McGue M. Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior and personality: modeling the externalizing spectrum. *J Abnorm Psychol*. 2002;111(3):411–424.

125. Jain M, Palacio LG, Castellanos FX, et al. Attention-deficit/hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders: evidence of pleiotropy and new susceptibility loci. *Biol Psychiatry*. 2007;61(12):1329–1339.

126. Dick DM, Aliev F, Latendresse S, et al. How phenotype and developmental stage affect the genes we find: GABRA2 and impulsivity. *Twin Res Hum Genet.* 2013;16(3):661–669.
127. Bakermans-Kranenburg MJ, van Ijzendoorn MH. The hidden efficacy of interventions: gene×environment experiments from a differential susceptibility perspective. *Annu Rev Psychol.* 2015;66:381–409.
128. Cecil CA, Lysenko LJ, Jaffee SR, et al. Environmental risk, oxytocin receptor gene (OXTR) methylation and youth callous-unemotional traits: a 13-year longitudinal study. *Mol Psychiatry.* 2014;19(10):1071–1077.
129. Puzzo I, Smaragdi A, Gonzalez K, Martin-Key N, Fairchild G. Neurobiological, neuroimaging, and neuropsychological studies of children and adolescents with disruptive behavior disorders: neurobiology of child disruptive behaviors. *Fam Relat.* 2016;65(1):134–150.
130. Fahim C, He Y, Yoon U, Chen J, Evans A, Pérusse D. Neuroanatomy of childhood disruptive behavior disorders. *Aggress Behav.* 2011;37(4):326–337.
131. Chan, R.C., et al., Assessment of executive functions: Review of instruments and identification of critical issues. *Archives of clinical neuropsychology*, 2008. 23(2): p. 201-216.
132. Lorber MF. Psychophysiology of aggression, psychopathy, and conduct problems: a meta-analysis. *Psychol Bull.* 2004;130(4):531–552.
133. van Goozen SH, Fairchild G, Harold GT. The role of neurobiological deficits in childhood antisocial behavior. *Curr Dir Psychol Sci.* 2008;17(3):224–228.
134. Stadler C, Schmeck K, Nowraty I, Müller WE, Poustka F. Platelet 5-HT uptake in boys with conduct disorder. *Neuropsychobiology.* 2004;50(3):244–251.
135. Griffith SF, Arnold DH, Rolon-Arroyo B, Harvey EA. Neuropsychological predictors of ODD symptom dimensions in young children. *J Clin Child Adolesc Psychol.* Epub 2017 Jan 12.
136. Stringaris A, Maughan B, Goodman R (2010). What's in a disruptive disorder? Temperamental antecedents of oppositional defiant disorder: findings from the Avon longitudinal study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 49:474-483.
137. Arseneault L, Bowes L, Shakoor S (2010). Bullying victimization in youths and mental health problems: 'Much ado about nothing'? *Psychological Medicine*, 40:717-729.
138. Guerra NG, Huesmann LR, Tolan PH et al (1995). Stressful events and individual beliefs as correlates of economic disadvantage and aggression among urban children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62:518-528.

139. Rowe R, Maughan B, Pickles A et al (2002). The relationship between DSM–IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43:365-373.
140. Moffitt TE (2005). The new look of behavioral genetics in developmental psychopathology: Gene-environment interplay in antisocial behaviors. *Psychological Bulletin*, 131:533-554.
141. O'Connor TG, Deater-Deckard K, Fulker DW et al (1998). Genotype-environment correlations in late childhood and early adolescence: Antisocial behavioral problems and coercive parenting. *Developmental Psychology*, 34:970-981.
142. Ge X, Conger RD, Cadoret RJ et al (1996). The developmental interface between nature and nurture: A mutual influence model of child antisocial behavior and parent behaviors. *Developmental Psychology*, 32:574-589.
143. Jaffee SR, Moffitt TE, Caspi A et al (2003). Life with (and without) father: The benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Development*, 74:109-126.
144. Caspi A, Moffitt TE, Morgan J et al (2004). Maternal expressed emotion predicts children's antisocial behavior problems: using monozygotic-twin differences to identify environmental effects on behavioral development. *Developmental Psychology*, 40:149-161.
145. Kim-Cohen J, Moffitt TE, Taylor A et al (2005). Maternal depression and children's antisocial behavior: nature and nurture effects. *Archives of General Psychiatry*, 62:173-181.
146. IACAPAP Textbook of Child and Adolescent Mental Health, D2, 7-8.
147. Nathan PE, Gorman JM. *A Guide to Treatments That Work*. 4th ed. Oxford, NY: Oxford University Press; 2015.
148. Knapp P, Chait A, Pappadopulos E, Crystal S, Jensen PS. Treatment of maladaptive aggression in youth – CERT guidelines I: engagement, assessment, and management. *Pediatrics*. 2012;129(6): e1562–e1576.
149. Rosato NS, Correll CU, Pappadopulos E, et al. Treatment of maladaptive aggression in youth – CERT guidelines II: treatments and ongoing management. *Pediatrics*. 2012;129(6):e1577–e1586.
150. Masi G, Milone A, Manfredi A, Brovedani P, Pisano S, Muratori P. Combined pharmacotherapy-multimodal psychotherapy in children with disruptive behavior disorders. *Psychiatry Res*. 2016;238:8–13.
151. Safavi P, Hasanpour-Dehkordi A, Ahmadi MA. Comparison of risperidone and aripiprazole in the treatment of preschool children with disruptive behavior disorder and attention deficit-hyperactivity disorder: a randomized clinical trial. *J Adv Pharm Technol Res*. 2016;7(2):43–47.

152. Daniels, R. S. (1975). The hospital as a therapeutic community. In A. M. Freedman, H. I. Kaplan, & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive textbook of psychiatry* (V01.2, 2nd ed., pp. 1990-1995). Baltimore: Williams & Wilkins.
153. Morissey, J. P., Goldman, H. H., & merman, L. V. (Eds.). (1980). *The enduring asylum: Cycles of institutional reform at Worchester State Hospital*. New York: Grune & Stratton.
154. Bettelheim, B., & Sylvester, E. (1948). A therapeutic milieu. *American Journal of Orthopsychiatry* 18, 191-206.
155. Goldstein, E. J., & Goldstein, M. Z. (1963). Cassel-A different kind of hospital. *Psychiatric Communication*, 6(2), 35-4 1.
156. Jones, M. (1952) *Social psychiatry. A study of therapeutic communities*. Tavistock Publications Limited, Routledge and Kegan, London.
157. Holmes, M. J., & Werner, J. A. (1966) *Psychiatric nursing in a therapeutic community*. New York: Macmillin.
158. Shaffer D, Gould MS, Brasic J, Ambrosini P, Fisher P, Bird H et al. A childrens global assessment scale (CGAS). *Arch Gen Psychiatry* 1983; 40(11): 1228-31. .
159. Gowers SG, Harrington RC, Whitton A, Beevor A, Lelliott P, Jezzard R et al. Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). Glossary for HoNOSCA score sheet. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 428-31.
160. İşcanlı L, Güvenir T, Taş, F. V. Validity and Reliability of the Turkish Version of Health of the Nation Outcome Scales for Children and Adolescents (HoNOSCA). 20th National Congress on Child and Adolescent Psychiatry Suppl 2010: 131 (Turkish).
161. Costello, E.J., et al., Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. *Archives of general psychiatry*, 2003. 60(8): p. 837-844.
162. Lahey, B.B., et al., Waxing and waning in concert: Dynamic comorbidity of conduct disorder with other disruptive and emotional problems over 17 years among clinic-referred boys. 2002, American Psychological Association: US. p. 556-567.
163. Maughan, B., et al., Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of child psychology and psychiatry*, 2004. 45(3): p. 609-621.
164. Pfiffner, L.J., et al., Family Correlates of Oppositional and Conduct Disorders in Children With Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2005. 33(5): p. 551-563.
165. Vicente, B., et al., Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry*, 2012. 53(10): p. 1026-35.
166. Mott, F.L., Sons, Daughters and Fathers' Absence:: Differentials in Father-Leaving Probabilities and in Home Environments. *Journal of Family Issues*, 1994. 15(1): p. 97-128.

167. Blazei, R.W., W.G. Iacono, and G.M. Mc, Father-child transmission of antisocial behavior: the moderating role of father's presence in the home. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2008. 47(4): p. 406-415.
168. Scott, S., Oppositional and conduct disorders, in *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. 2015. p. 911-930.
169. Loeber, R., et al., Oppositional defiant and conduct disorder: a review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2000. 39(12): p. 1468-84.
170. Abalı, O., et al., İlköğretim çağı çocuklarındaki davranım bozukluğu semptomlarının sosyodemografik verilere göre değerlendirilmesi. *Düşünen Adam Dergisi*, 2006. 19(1): p. 14-19.
171. Loeber, R., et al., *Antisocial behavior and mental health problems: Explanatory factors in childhood and adolescence*. 1998: Psychology Press.
172. Leventhal, T. and J. Brooks-Gunn, The neighborhoods they live in: the effects of neighborhood residence on child and adolescent outcomes. *Psychological bulletin*, 2000. 126(2): p. 309.
173. Evans, G.W., The environment of childhood poverty. *American psychologist*, 2004. 59(2): p. 77.
174. Reijneveld, S.A., et al., Area deprivation and child psychosocial problems. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2005. 40(1): p. 18-23.
175. Schneiders, J., et al., Neighbourhood socioeconomic disadvantage and behavioural problems from late childhood into early adolescence. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2003. 57(9): p. 699-703.
176. Stansfeld, S., et al., Social position, early deprivation and the development of attachment. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 2008. 43(7): p. 516-526.
177. Orvaschel, H., G. Walsh-Allis, and W.J. Ye, Psychopathology in children of parents with recurrent depression. *J Abnorm Child Psychol*, 1988. 16(1): p. 17-28.
178. Shelton, K.H. and G.T. Harold, Interparental conflict, negative parenting, and children's adjustment: bridging links between parents' depression and children's psychological distress. *J Fam Psychol*, 2008. 22(5): p. 712-24.
179. Bloomquist ML, Schnell SV. *Helping Children with Aggression and Conduct Problems*. New York: The Guilfor Press, 2002, 36-70.
180. Ramchandani, P., et al., Paternal depression in the postnatal period and child development: a prospective population study. *Lancet*, 2005. 365(9478): p. 2201-5.
181. Vidair, H.B., et al., Screening parents during child evaluations: exploring parent and child psychopathology in the same clinic. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2011. 50(5): p. 441-450.

182. Marmorstein, N.R. and W.G. Iacono, Major depression and conduct disorder in youth: associations with parental psychopathology and parent-child conflict. *J Child Psychol Psychiatry*, 2004. 45(2): p. 377-86.
183. Aguilar, B., et al., Distinguishing the early-onset/persistent and adolescence-onset antisocial behavior types: From birth to 16 years. *Development and psychopathology*, 2000. 12: p. 109-32.
184. McCabe, K.M., et al., Childhood and adolescent onset conduct disorder: A test of the developmental taxonomy. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2001. 29(4): p. 305-316.
185. Woodward, L.J., D.M. Fergusson, and L.J. Horwood, Romantic relationships of young people with childhood and adolescent onset antisocial behavior problems. *J Abnorm Child Psychol*, 2002. 30(3): p. 231-43.
186. Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674–701.
187. Berkout, O.V., J.N. Young, and A.M. Gross, Mean girls and bad boys: Recent research on gender differences in conduct disorder. *Aggression and Violent Behavior*, 2011. 16(6): p. 503-511.
188. Velez, C.N., J. Johnson, and P. Cohen, A longitudinal analysis of selected risk factors for childhood psychopathology. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 1989. 28(6): p. 861-4.
189. Ilomäki, E., et al., Familial risks, conduct disorder and violence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2006. 15(1): p. 46-51.
190. Perales, F., et al., Family structure and childhood mental disorders: new findings from Australia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2017. 52(4): p. 423-433.
191. Storvoll, E.E. and L. Wichstrøm, Do the risk factors associated with conduct problems in adolescents vary according to gender? *Journal of Adolescence*, 2002. 25(2): p. 183-202.
192. Letourneau, N.L., et al., Socioeconomic status and child development: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 2013. 21(3): p. 211-224.
193. Henninger IV, W.R. and G. Luze, Moderating effects of gender on the relationship between poverty and children's externalizing behaviors. *Journal of child health care*, 2013. 17(1): p. 72-81.
194. Veenstra, R., et al., Temperament, environment, and antisocial behavior in a population sample of preadolescent boys and girls. *International Journal of Behavioral Development*, 2006. 30(5): p. 422-432.
195. Loeber, R., Natural histories of conduct problems, delinquency, and associated substance use, in *Advances in clinical child psychology*. 1988, Springer. p. 73-124.
196. Gittelman, R., et al., Hyperactive boys almost grown up= I. Psychiatric status. *Archives of general psychiatry*, 1985. 42(10): p. 937-947.

197. Szatmari, P., D.R. Offord, and M.H. Boyle, Ontario Child Health Study: prevalence of attention deficit disorder with hyperactivity. *Journal of child psychology and psychiatry*, 1989. 30(2): p. 219-223.
198. Polanczyk, G., et al., The worldwide prevalence of ADHD: a systematic review and metaregression analysis. *American journal of psychiatry*, 2007. 164(6): p. 942-948.
199. Faraone, S.V. and A.E. Doyle, The nature and heritability of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 2001. 10(2): p. 299-316.
200. Craddock, N., M.C. O'Donovan, and M.J. Owen, The genetics of schizophrenia and bipolar disorder: dissecting psychosis. *Journal of medical genetics*, 2005. 42(3): p. 193-204.
201. Caspi, A., et al., Influence of life stress on depression: moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science*, 2003. 301(5631): p. 386-389.
202. Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *The International Journal of Psychoanalysis*, 49(2-3), 484–486.
203. Gurevitz, M., et al., Early markers in infants and toddlers for development of ADHD. *Journal of Attention Disorders*, 2014. 18(1): p. 14-22.
204. Miller, L.L., et al., Is the Association of ADHD with Socio-Economic Disadvantage Explained by Child Comorbid Externalizing Problems or Parent ADHD? *Journal of abnormal child psychology*, 2018. 46(5): p. 951-963.
205. Russell, A.E., et al., The Association Between Socioeconomic Disadvantage and Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD): A Systematic Review. *Child Psychiatry Hum Dev*, 2016. 47(3): p. 440-58.
206. Counts, C.A., et al., Family adversity in DSM-IV ADHD combined and inattentive subtypes and associated disruptive behavior problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 2005. 44(7): p. 690-8.
207. Ford, T., R. Goodman, and H. Meltzer, The relative importance of child, family, school and neighbourhood correlates of childhood psychiatric disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 2004. 39(6): p. 487-96.
208. Liu, C.-Y., et al., Influence of Disruptive Behavior Disorders on Academic Performance and School Functions of Youths with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 2017. 48(6): p. 870-880.
209. Fergusson, D.M., L.J. Horwood, and M.T. Lynskey, The effects of conduct disorder and attention deficit in middle childhood on offending and scholastic ability at age 13. *J Child Psychol Psychiatry*, 1993. 34(6): p. 899-916.
210. Turgay, A., Aggression and disruptive behavior disorders in children and adolescents. *Expert review of neurotherapeutics*, 2004. 4(4): p. 623-632.

211. Angold, A. and E.J. Costello, Depressive comorbidity in children and adolescents: Empirical, theoretical, and methodological issues. *Annual Progress in Child Psychiatry and Child Development*, 1994: p. 441-468.
212. Greene, R.W., et al., Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *American Journal of Psychiatry*, 2002. 159(7): p. 1214-1224.
213. Wolff, J.C. and T.H. Ollendick, The comorbidity of conduct problems and depression in childhood and adolescence. *Clinical child and family psychology review*, 2006. 9(3-4): p. 201-220.
214. Rohde, P., P.M. Lewinsohn, and J.R. Seeley, Comorbidity of unipolar depression: II. Comorbidity with other mental disorders in adolescents and adults. *J Abnorm Psychol*, 1991. 100(2): p. 214-22.
215. Chanen, A.M. and M. Kaess, Developmental pathways to borderline personality disorder. *Current psychiatry reports*, 2012. 14(1): p. 45-53.
216. Bernstein, D.P., et al., Prevalence and stability of the DSM-III—R personality disorders in a community-based survey of adolescents. *The American journal of psychiatry*, 1993.
217. Becker, D.F., et al., Diagnostic efficiency of borderline personality disorder criteria in hospitalized adolescents: Comparison with hospitalized adults. *American Journal of Psychiatry*, 2002. 159(12): p. 2042-2047.
218. Sharp, C., et al., The incremental validity of borderline personality disorder relative to major depressive disorder for suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents. *Journal of personality disorders*, 2012. 26(6): p. 927-938.
219. Guilé, J.M., et al., Prevalence and comorbidity of borderline personality traits in the Quebec general population aged 12–14 years. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2021.
220. Grilo, C.M., et al., Conduct disorder, substance use disorders, and coexisting conduct and substance use disorders in adolescent inpatients. *The American Journal of Psychiatry*, 1996. 153(7): p. 914-920.
221. Loeber, R. and M. Stouthamer-Loeber, Family factors as correlates and predictors of juvenile conduct problems and delinquency. *Crime and justice*, 1986. 7: p. 29-149.
222. Yockey, R.A., K.A. King, and R.A. Vidourek, Family factors and parental correlates to adolescent conduct disorder. *Journal of Family Studies*, 2019: p. 1-10.
223. Morrison, Katy N., "Family and peer relations of conduct disorder and hyperactive children" (1984). Honors Theses. Paper 610.
224. Silk, K.R., S. Lee, and E.M. Hill, Borderline personality disorder symptoms. *Am J Psychiatry*, 1995. 152: p. 1059-1064.

225. Farrington, D.P., R. Loeber, and W.B. Van Kammen, Long-term criminal outcomes of hyperactivity-impulsivity-attention deficit and conduct problems in childhood. 1990.
226. Lewinsohn, P.M., et al., Comorbidity of unipolar depression: I. Major depression with dysthymia. 1991, American Psychological Association: US. p. 205-213.
227. Kovacs, M., et al., Depressive disorders in childhood: III. A longitudinal study of comorbidity with and risk for conduct disorders. 1988, Elsevier Science: Netherlands. p. 205-217.
228. Zanarini, M.C., et al., Treatment histories of borderline inpatients. *Compr Psychiatry*, 2001. 42(2): p. 144-50.
229. Biskin, R.S., The Lifetime Course of Borderline Personality Disorder. *Can J Psychiatry*, 2015. 60(7): p. 303-8.
230. Rutter, M., Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 1989. 28(5): p. 633-653.
231. Keiley, M.K., et al., Differential risks of covarying and pure components in mother and teacher reports of externalizing and internalizing behavior across ages 5 to 14. *Journal of abnormal child psychology*, 2003. 31(3): p. 267-283.
232. Wiesner, M. and H.K. Kim, Co-occurring delinquency and depressive symptoms of adolescent boys and girls: a dual trajectory modeling approach. *Developmental psychology*, 2006. 42(6): p. 1220.
233. Haltigan, J.D. and T. Vaillancourt, Identifying Trajectories of Borderline Personality Features in Adolescence: Antecedent and Interactive Risk Factors. *Can J Psychiatry*, 2016. 61(3): p. 166-75.
234. Fonseca-Pedrero, E., et al., Cluster B maladaptive personality traits in Spanish adolescents. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*, 2013. 6(3): p. 129-138.
235. Paris, J., Estimating the prevalence of personality disorders in the community. *Journal of personality disorders*, 2010. 24(4): p. 405-411.
236. Keenan, K., et al., Age of onset, symptom threshold, and expansion of the nosology of conduct disorder for girls. *Journal of abnormal psychology*, 2010. 119(4): p. 689.
237. Tiet, Q.Q., et al., Developmental and sex differences in types of conduct problems. *Journal of Child and Family Studies*, 2001. 10(2): p. 181-197.
238. Loeber, R. and K. Keenan, Interaction between conduct disorder and its comorbid conditions: Effects of age and gender. *Clinical psychology review*, 1994. 14(6): p. 497-523.
239. Hawton, K. and L. Harriss, The changing gender ratio in occurrence of deliberate self-harm across the lifecycle. *Crisis*, 2008. 29(1): p. 4-10.
240. Martin, G., et al., Sexual abuse and suicidality: Gender differences in a large community sample of adolescents. *Child abuse & neglect*, 2004. 28(5): p. 491-503.

241. Drabick, D.A., K.D. Gadow, and J. Sprafkin, Co-occurrence of conduct disorder and depression in a clinic-based sample of boys with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*, 2006. 47(8): p. 766-74.
242. Howe, D., S. Batchelor, and D.D. Coates, Young Australians with moderate to severe mental health problems: client data and outcomes at Children and Young People's Mental Health. *Early Interv Psychiatry*, 2017. 11(4): p. 334-341.
243. Setoya, Y., et al., Evaluating outcomes of the child and adolescent psychiatric unit: A prospective study. *International Journal of Mental Health Systems*, 2011. 5(1): p. 7.
244. Serim Demirgoren, B., A. Ozbek, and O. Gencer, Factors affecting improvement of children and adolescents who were treated in the child and adolescent psychiatry inpatient unit. *Journal of International Medical Research*, 2017. 45(4): p. 1318-1323.
245. Demirgören, B.S., et al. Is Inpatient Treatment Effective for Eating Disorders in Adolescents? Retrospective Analysis of a General Inpatient Psychiatric Unit for Children and Adolescents. in *Yeni Symposium*. 2019.
246. Gören, P.Y.S.T., The Level of Clinical Improvement in Sexually Abused Children Admitted to an Inpatient Child and Adolescent Mental Health Unit. 2020.

EKLER

Ek 1. HONOSCA Ölçeği Puan Tablosu

Tarih:

Hastanın Adı-Soyadı:

Puanlayan Kişinin Adı-Soyadı:

CGAS Puanı :

HoNOSCA Puan Tablosu

Bilinmiyorsa 9 puan veriniz

Puan Aralığı 0-4

Bölüm A

1	Yıkıcı, antisosyal veya saldırgan davranışla ilgili sorunlar	
2	Aşırı hareketlilik, dikkat veya konsantrasyonla ilgili sorunlar	
3	Kasıtlı olarak kendine zarar verme davranışı	
4	Alkol, madde/uçucu madde kötüye kullanım sorunları	
5	Akademik veya dil becerileriyle ilgili sorunlar	
6	Fiziksel hastalık veya özürllük sorunları	
7	Varsanılar, sanrılar veya olağandışı algılarla ilgili sorunlar	
8	Organik kökeni olmayan somatik yakınmalarla ilgili sorunlar	
9	Duygusal veya duygusal belirtilerle ilgili sorunlar	
10	Akran ilişkileriyle ilgili sorunlar	
11	Özbakım ve bağımsızlıkla ilişkili sorunlar	
12	Aile yaşamı ve aile içi ilişkilerle ilgili sorunlar	
13	Okula Devam Sorunları	
BÖLÜM A TOPLAM PUAN		

Bölüm B

14	Çocuğun/gencin güçlüklerini anlama veya bu konuda bilgilendirme sorunları	
15	Çocuğun/gencin güçlükleriyle başetme veya alınabilecek hizmetlerle ilgili bilgi eksikliği sorunları	
BÖLÜM A + B TOPLAM PUAN		

Ek 2. Çocuklar İçin Genel Değerlendirme Ölçeği (CGAS)

COCUKLAR İÇİN GENEL DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

Ara değerler kullanın (örn: 35, 58, 62). Tedavi ve sonlanımı dikkate almadan o sıradaki işlevselliği ölçün. Aşağıdaki örnekler yalnızca yol göstermek amacıyla verilmiştir, değerlendirme yapılırken aynı koşulların bulunması gerekli değildir.

- 100-91 Bütün alanlarda çok iyi işlevsellik (evde, okulda ve akran ilişkilerinde); çok çeşitli etkinliklerde bulunur ve bir çok ilgi alanı vardır (hobiler, okul dışındaki etkinliklere katılma ya da izcilik gibi bir organizasyonun içinde yer alma); sevilir, güvenlidir; "sıradan" kaygılar hiç bir zaman kontrol dışına çıkmaz; okulda iyidir; herhangi bir belirti yoktur.
- 90-81 Bütün alanlarda iyi işlevsellik; evde, okulda ve yaşlıları ile ilişkileri güvenlidir; geçici zorluklar olabilir ve "sıradan" kaygılar nadiren kontrol dışına çıkabilir (önemli bir sınavı olduğunda hafif kaygılanma, nadiren kardeşlerine, ana babasına ya da yaşlılarına karşı yaşanan öfke patlamaları).
- 80-71 Evde, okulda ya da yaşlı ilişkilerinde işlevsellikte yalnızca hafif bir bozulma; zorlu yaşam olayları (anne baba ayrılığı, ölüm, kardeş doğumu) karşısında hafif bir duygusal sıkıntı ya da davranışlarda bir miktar bozulma görülebilir; ancak bunlar kısa sürelidir ve işlevsellikteki engellenme geçicidir; bu çocuklar başkaları için yalnızca çok az rahatsız edicidir ve onları iyi tanıyan kişiler tarafından sorunlu olarak düşünülmezler.
- 70-61 Bir alanda bir miktar zorluk fakat genelde işlevselliği oldukça iyidir (nadiren okulu asma, önemsiz hırsızlıklar gibi tek tük antisosyal davranışlar; okul ödevlerinde süregelen hafif zorluklar; kısa süreli duygudurum değişimleri; belirgin kaçınma davranışına yol açmayan korku ve kaygılar; kendinden emin olmama); anlamlı bazı kişiler arası ilişkileri vardır; çocuğu iyi tanımayan bir çok kişi onda bir sorun olduğunu düşünmese de iyi tanıyanlar bu sorunları ciddiye alabilir.
- 60-51 Yer yer bozulmalarla giden değişken işlevsellik ya da sosyal alanların hepsinde olmasa da bir çoğunda belirtilerin olması; çocuğun işlevselliğini bozan bir ortamda ya da zamanda değerlendirme yapan için işlevsellikteki bozulma açıktır ama çocuğu diğer ortamlarda gözleyenler bunu fark etmezler.
- 50-41 Çoğu sosyal alanda işlevsellikte orta düzeyde bir engellenme ya da bir alandaki işlevsellikte ciddi bozulma (intihar düşünceleri, okul reddi ve diğer kaygı biçimleri, obsesif ritüeller, majör konversiyon belirtileri, sık anksiyete atakları, zayıf ya da yetersiz sosyal beceriler, anlamlı sosyal ilişkinin bir miktar korunması ile birlikte sık saldırgan ya da antisosyal davranış dönemleri).
- 40-31 Bir çok alandaki işlevsellikte belirgin bozulma vardır ve bu alanların birinde işlevsel değildir; okulda, evde, yaşlı ilişkilerinde ya da topluluk içinde belirgin bir bozulma vardır (Örn: belli bir tehdit olmaksızın süren saldırganlık, belirgin sosyal içine kapanma ve duygulanım ya da düşünce bozukluğu nedeniyle davranışlarda izolasyon, ölüm niyetiyle olduğu açık intihar girişimlerinde bulunma); bu çocukların özel eğitim koşullarında okutulmasına, hastaneye yatırılmasına ya da okuldan alınmasına (bu durum bu kategoride yer alması için yeterli bir koşul değildir) gerek olabilir.
- 30-21 İşlevselliğinin hemen her alanında engelli (Örn: sosyal etkinliklere katılmadan bütün gününü evde, kurumda ya da yatağında geçirir; gerçeği değerlendirmesinde ya da iletişimde ciddi bozulma vardır, bazen enkoheran ve uygunsuz davranır).
- 20-11 Başkalarına ya da kendine zarar (Örn: sıklıkla saldırgan olma, yineleyen intihar girişimlerinin olması) vermesini önlemek için belirgin bir düzeyde yardıma gereksinim duyma; kişisel bakımını sürdürme ya da iletişimin tüm boyutlarında ciddi yetersizlik (Örn: sözel iletişim ve jestleri kullanmada ciddi sorunlar, belirgin sosyal kapalılık, stupor) nedeniyle yardıma gereksinim duyar.
- 10-1 Sürekli denetim gereklidir (24 saat bakım); şiddetli saldırganlık ya da kendine zarar verici davranışlar vardır; gerçeği değerlendirmede, iletişimde, öz bakım becerilerinde duygulanım ve bilişsel alanlarda ciddi bozulma gözlenir.

Çocuklar için genel değerlendirme ölçeği (Children's Global Assessment Scale) yetişkinler için genel değerlendirme ölçeğinden (Global Assessment Scale for Adults) uyarlanmıştır (Shaffer, D., Gould, M., Brasic, J., Ambrosini, P., Fischer, P., Bird, H., Aluwahlia, S. A Children's Global Assessment Scale (CGAS). Arch Gen Psychiatry, 1983, 40:1228-1231).

Ek 3. Bireysel Risk Değerlendirmesi

BİREYSEL RİSK DEĞERLENDİRMESİ

Şiddet davranışı öyküsü (ergende yada ailede)	evet		hayır	
Varsa olayı tanımlayınız (sayısı, yöntemi, içeriği);				
Kesici, delici alet ve/veya silah kullanma öyküsü	evet		hayır	
Varsa, hangileri;				
Tehdit edici davranış öyküsü	evet		hayır	
Mala zarar verme öyküsü	evet		hayır	
Varsa olayı tanımlayınız (sayısı, yöntemi, içeriği);				
Hayvanlara zarar verme öyküsü	evet		hayır	
Varsa olayı tanımlayınız (sayısı, yöntemi, içeriği);				
Yasal olmayan davranış/ceza alma öyküsü	evet		hayır	
Varsa olayı tanımlayınız (sayısı, yöntemi, içeriği);				
Kasıtlı olarak kendisine zarar verme öyküsü	evet		hayır	
Varsa olayı tanımlayınız (sayısı, yöntemi, içeriği);				
Yakın zamanda suisid düşüncesi/ girişimi	evet		hayır	
Varsa olayı tanımlayınız (sayısı, yöntemi, içeriği);				
Alkol ve madde kullanımı öyküsü	evet		hayır	
Varsa tanımlayınız;				
İstismar öyküsü (duygusal/fiziksel/cinsel)	evet		hayır	
Fiziksel hasar/özür olması	evet		hayır	
Varsa tanımlayınız;				
Uygunsuz cinsel davranış öyküsü	evet		hayır	
Varsa tanımlayınız;				
Toplam risk puanı; .../12 (evet:1 hayır:0)				

Ek 4. Ailesel ve Çevresel Risk Değerlendirmesi

Evde yetersiz denetim	evet		hayır	
Aile içi çatışma	evet		hayır	
Okulla işbirliğinin az olması	evet		hayır	
Ailede işsizlik/yoksulluk olması	evet		hayır	
Ailede ruhsal bozukluk öyküsü	evet		hayır	
Varsa belirtiniz;				
Ailede kendine zarar verme/suicid öyküsü	evet		hayır	
Varsa belirtiniz (yakınlık derecesi, yöntemi)				
Sosyal desteğin az olması	evet		hayır	
Çevrede işsizlik/yoksulluk olması	evet		hayır	
Toplam risk puanı; .../8 (evet:1 hayır:0)				

Ek 5. Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Kararı

DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARARI				
Sayın Prof.Dr. Aynur Akay Araştırmaya ilişkin Kurulumuz kararı aşağıda sunulmuştur.				
Bilgilerinizi ve gereğini rica ederiz.				
ETİK KOMİSYONUN ADI	DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ			
AÇIK ADRES	GİRİŞİMSEL OLMAYAN ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU			
TELEFON	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı 2. Kat İnciraltı-İZMİR			
FAKS	0 232 412 22 54-0 232 412 22 58			
E-POSTA	0 232 412 22 43 etikkurul@deu.edu.tr			
BAŞVURU BİLGİLERİ	DOSYA NO:	5934-GOA		
	ARAŞTIRMA	UZMANLIK TEZİ ☐ MÜNFERİT ARAŞTIRMA ☒ ÖÇM ☐ YÜKSEKLİSANS ☐ DOKTORA ☐		
	ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Yıkıcı Davranış Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Ortam Terapisinden Faydalanımının Değerlendirilmesi		
	ARAŞTIRMA PROTOKOL KODU			
	SORUMLU ARAŞTIRMACI ÜNVANI/ADI/SOYADI ve UZMANLIK ALANI	Prof.Dr. Aynur Akay Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları A.D		
	ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ ☐ ÇOK MERKEZLİ ☒		
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası	Dili
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	ARAŞTIRMA İLE İLGİLİ LİTERATÜR	Mevcut		Türkçe ☐ İngilizce ☒ Diğer ☐
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐
	OLGU RAPOR FORMU	Mevcut		Türkçe ☒ İngilizce ☐ Diğer ☐

Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu Karar Formu

Karar No:2020/30-10		Tarih:21.12.2020			
KARAR BİLGİLERİ	Prof.Dr. Aynur Akay'ın sorumlusu olduğu "Yıkıcı Davranış Bozukluğu Olan Çocuk ve Ergenlerin Ortam Terapisinden Faydalanımının Değerlendirilmesi" isimli klinik araştırmaya ait başvuru dosyası ve ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş, etik açıdan çalışmanın gerçekleştirilmesinin uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.				
ETİK KURUL BİLGİLERİ					
ÇALIŞMA ESASI	Dokuz Eylül Üniversitesi Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurulu İşleyiş Yönergesi İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu				
ETİK KURUL ÜYELERİ					
Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet	Araştırma ile İlgili mi?	İmza
Prof.Dr.Sadık Kıvanç METİN (Başkan)	Kalp ve Damar Cerrahisi	DEU Tıp Fakültesi Kalp Damar Cerrahisi Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr. Sermin ÖZKAL (Başkan Yardımcısı)	Tıbbi Patoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Patoloji A.D	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Serkan YENER	Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi İç Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Pınar TUNCEL	Tıbbi Biyokimya	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Prof.Dr.Murat BEKTAŞ	Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	DEU Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Nil Hocaoglu AKSAY	Tıbbi Farmakoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Seher Özyürek	Muskuloskeletal Fizyoterapi - Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	DEU Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Yüksek Okulu	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Tufan ÇANKAYA	Tıbbi Genetik	Tıbbi Genetik Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Ayfer DAYI	Davranış Fizyolojisi	DEU Tıp Fakültesi Fizyoloji Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Korcan DEMİR	Pediyatrik Endokrinoloji	DEU Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr.Mahmut Cem ERGON	Tıbbi Mikrobiyoloji	DEU Tıp Fakültesi Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı	Erkek	E ☐ H ☒	
Doç.Dr. Aylin Özgen Alpaydın	Göğüs Hastalıkları	DEU Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı	Kadın	E ☐ H ☒	
Öğr.Gör.Dr.Kıvanç YÜKSEL	Biyoistatistik ve Tıbbi Bilişim	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik ve Bilişim A.D	Erkek	E ☐ H ☒	
Av.Esra FIRTINA	Avukat	DEU Rektörlüğü Hukuk Müşavirliği	Kadın	E ☐ H ☒	
Mehmet Erhan ÖZKUL	Sağlık mensubu olmayan üye	DEU Tıp Fakültesi İdari Mali İşler	Erkek	E ☐ H ☒	