



# Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları ile Travmanın İlişkilendirilmesi

**Pınar Polat**

Necmettin Erbakan Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü

Sosyal Hizmet Programı Yüksek Lisans Öğr.

ORCID: 0000000325893952

## Özet

Yıkıcı Davranış Bozuklukları çocuğun hayatını erken dönemlerde etkilemeye başlayıp, uygun müdahaleler yapılmadığında kronik bir gidiş sergileyerek hem çocukluk hem ergenlik hem de yetişkinlik döneminde bireyin sosyal, duygusal, akademik ve ilişkisel işlevselliğini bozabilmekte ve bu bireylere yönelik yapılan yanlış davranışlar ve müdahalelerle onları travmatize edebilmektedir. Çalışmada yıkıcı davranış bozuklukları olgusunun alt kategorilerinin; okul, aile ve öğrenci odaklı bütüncül yaklaşımla ele alınması gerektiği ve bireyleri travmatize etmemesi amacıyla yıkıcı davranış bozukluklarına müdahale etmeye yönelik sosyal hizmetin okullarda uygulanmasına duyulan gereksinim ortaya konulmuştur.

**Anahtar Kelimeler:** Sosyal Hizmet, Travma, Yıkıcı Davranış Bozuklukları

## Association of Disruptive Behavior Disorders with Trauma in Children and Adolescents

### Abstract

Disruptive Behavior Disorders can start to affect the child's life in the early stages, exhibit a chronic course when appropriate interventions are not made, and can disrupt the social, emotional, academic, and relational functionality of the individual both in childhood, adolescence, and adulthood, and can traumatize them with

## Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları ile Travmanın İlişkilendirilmesi

the wrong behaviors and interventions directed towards these individuals. In the study, sub-categories of disruptive behavior disorders; It has been revealed that the need for the implementation of social work in schools to intervene in destructive behavior disorders in order not to traumatize individuals and that it should be handled with a holistic approach focused on school, family, and student.

**Keywords:** Social Work, Trauma, Disruptive Behavior Disorders

### Giriş

Okul yıllarında ilk bulgularını veren çocukluk ve ergenlik döneminde görülen yıkıcı davranış bozuklukları okul içi disiplin yöntemleriyle çözülmeye çalışıldığı için bu bozuklukların ruhsal hastalık olduğu gözden kaçmaktadır. Çocukluk çağındaki bu psikopatolojilerin ileriki yaşam dönemlerini etkilediği düşünüldüğünde aslında bozuklukların etiyolojisi ve muhtemel risk faktörlerinin tayini koruyucu ruh sağlığı çalışmalarının kapsamına girmektedir. Çocuk ve ergen ruh sağlığını korumaya yönelik yapılan çalışmalar ve çalışma özelinde yıkıcı davranış bozuklukları tedavi gereklilikleri ve önceliklendirilmesinin yapılması, konuyla ilgili oluşturulacak politikalara yön verebilmesi için bu iki dönemdeki psikopatolojilerin ve onlara eşlik eden risk faktörlerinin belirlenmesi oldukça önemlidir. Bu amaçla çocuk ve ergenlerde görülen Yıkıcı Davranış Bozuklukları alt kategorisinde ele alınan Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Davranım Bozukluğu ve Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ayırıcı tanıları, etiyolojisi ve müdahale yöntemleri incelenerek, sosyal hizmet meslek disiplininin sürece nasıl entegre olduğu incelenecektir. Çocuk ve ergenlerde görülen ama dönemlerin olağan çıktısı olarak değerlendirilen esasında DSM-5'e göre ruhsal hastalık olarak ele alınan yıkıcı davranış bozukluklarında; ailede ebeveynlerin, okulda öğretmenlerin yanlış kabulleri- uygunsuz müdahale yöntemleri sebebiyle bireyler travmatize olmaktadır. Çalışma ile; gerek koruyucu ruh sağlığı çalışmalarında aktif olan bir meslek olması gerekse “çocuğun üstün yararının korunması” ‘nın çocuğa yönelik müdahalelerde belirleyici ilke alan sosyal hizmetin okullarda yer almasıyla öncelikli gereksinimlerin ve olası risk faktörlerinin ortaya çıkarılarak çocuk ve ergen ruh sağlığı hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik etkili programlar geliştirilmesine öncülük ederek, ilgili konudaki literatüre katkı sağlaması amaçlanmıştır.

## **1.Çocuk, Ergen, Ergenlik Kavram Tanımları**

Çocuk; bebeklik ve ergenlik dönemleri arasındaki birey olarak tanımlanmaktadır. Bebeklerin konuşma ve yürüme kabiliyetleri kazanıldıktan sonraki adım attıkları evre olan çocukluğun; cinsel gelişimin başladığı ergenlik dönemi ile bittiği kabul edilir (TC. Adalet Bakanlığı & UNICEF, Sosyal Çalışma Görevlileri İçin El Kitabı, 2014: 14-20).

Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde kabul edilen Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşmesi uyarınca çocuğa uygulanabilecek olan kanuna göre daha erken yaşta reşit olma durumu hariç on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır( BM. Çocuk Hakları Sözleşmesi, 1989: m. 1).

Hem yasal hem de ahlaki boyutlarıyla ele alırsa aslında çocuk hakları; dünya üzerindeki tüm çocukların sağ bir şekilde doğumlarıyla hak sahibi oldukları eğitim, sağlık, barınma, fiziksel, psikolojik veya cinsel sömürüye karşı korunması konusundaki hakları tanımlarken kullanılan evrensel bir kavramdır. Denilebilir ki çocukların erişkinlerden farklı fizyolojik ve psikolojik özellikleri vardır ve onların sürekli büyüme, gelişme gösterdiği bilincinin yerleşmesi de çocukların bakımının bir toplum sorunu olduğunun kabulü ve bilimsel yaklaşımlarla herkesin bu sorumluluğu yüklenmesi gerektiği düşüncesinin hâkim kılınması ile gerçekleşebilir(Ahioğlu, Koç, 2009: 73).

Çocukluk kavramı ise; yaşam sürecinin doğal ve değişmez halkalarından biridir. Biyo-psiko-sosyal ve tarihsel bir kavramdır. Toplumsal yanının da olması sebebiyle toplumdan etkilenmekte, toplum tarafından şekillenmektedir. Çocukluk döneminin yaşanışı da çocukluk kavramına yüklenen anlamlarda yüzyıllar boyunca değişim göstermiştir. Çevresel ve ekonomik koşullardaki değişimlere bağlı olarak oluşan yeni formlar çocukların toplumsal koşullarını da etkilemektedir(Güçlü, 2016: 3).

Çocukluk insanların ne evrensel ne de doğal bir özelliği değildir. Toplumların özellikli yapısal ve kültürel bir ögesi, sosyal bir inşasıdır. Sınıf, toplumsal cinsiyet ya da etnisite gibi diğer değişkenlerden ayrı düşünülmeyecek sosyal bir analiz değişkenidir. Çocuklar aktiftir ve kendi sosyal hayatlarını, sosyal çevrelerini ve yaşadıkları toplumu belirleyen ve inşa eden aktif bireyler olarak görülmelidirler (Gürdal, 2013: 11-12).

## Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları ile Travmanın İlişkilendirilmesi

Ergen; bireyin gelişimsel süreci içerisinde çocukluk dönemi ve yetişkinlik dönemi arasında mevcut dönemdeki bireylerdir. Ergenlik dönemi ise kız ve erkek bireylerde fizyolojik ve biyolojik değişikliklerin yaşandığı genellikle 13-22 yaşlar arasını kapsayan dönem olarak adlandırılmaktadır. Öte yandan yaşanan değişim ve gelişimlere paralel olarak ergenlik dönemi; çocukluğun sona ermesiyle, toplumsal yaşamda sorumluluk alma döneminin başlangıcı olarak da tanımlanabilir(Koç, 2004: 233).

### 2.Çocuk ve Ergenlerde Ruh Sağlığı Kavramı

Dünya Sağlık Örgütü ruh sağlığını kişilerin kendi yapabilirliklerinin farkına vararak, hayatın olağan akışındaki stresörler ile başa çıkabilmesi ve bunların neticesinde de verimli çalışabilmesi, içinde yaşadığı topluma katkı sağlayabilmesi için şart olan iyilik hali olarak tanımlamıştır. Toplumdaki ve bireylerdeki işlevin devamlılığı ise kültürden kültüre değişse de ortak kanaat şudur ki iyilik hali için gerekli şart görülmüştür(WHO, 2001).

Sosyoekonomik ve çevresel faktörler kısılacında şekillenen ruh sağlığını; bireylerin mevcut hastalıklarının olmayışı şeklinde algılamak yanlış olacaktır. Gelişmişlik düzeyi düşük ülkelerdeki araştırma sonuçları baz alındığında; ruhsal hastalık riskinin düşük eğitim seviyesi, yetersiz gelir düzeyi ve uygunsuz barınma koşulları gibi yoksulluğun muhtelif göstergeleriyle ilişkili olduğunun gösterilmiş olması da ruh sağlığını hastalığın olmayışı şeklinde tanımlamanın yanlış olacağına kanıt gösterilebilir. Toplumda dezavantajlı kişilerin ruhsal hastalıklara karşı daha savunmasız olmaları, kendilerini güvende hissetmeme ve umutsuzluk, hızlı sosyal değişim, şiddet ve fiziksel sağlık riskleri gibi faktörlerle açıklanabilir.

Diğer bir ruh sağlığı kavramının tanımlamasına bakış da şöyledir ki; bireylerin çevreye uyumu ve içinde aşırı bir kaygının olmayışı yani kendisinden ve yaşantısından memnun olması klinik açıdan normal olarak tanımlanmıştır. Normalin tanımının yapılmış olması anormal halin ruh sağlığının yerinde olmaması anlamına gelmektedir (Sargın, 2012: 11-21).

Çocuk ve ergenlerde sağlık ve özellikle ruhsal alandaki sağlık ise ideal psikolojik sağlık ve işleve sahiplik ve bunun devamlılığına ait kapasite şeklinde tanımlanmaktadır. Aslında bu tanım erişkin ruh sağlığı içinde geçerlidir. Çocukluk ve ergenlik dönemindeki ruhsal bozukluklar; erişkin yaşamındaki işlevselliğin arttırılması ve sorunların ileride tekrarlanmasının önlenmesi açısından önemlidir. Normal psikolojik gelişimi aksatarak çocuk ve ergenlerin işlevselliklerini

kısıtladığından dolayı bu dönemdeki bozuklukların tespit edilmesi, tedavi edilmesi ve önlenmesi bu yaş grubundaki sıkıntıların ortadan kaldırılması gereklidir(Dursun vd., 2010: 402). Bu sebeptendir ki çocuk ve ergen ruh sağlığının sağlıklı değerlendirilebilmesi için gelişim dönemlerine karşılık gelen ruhsal yapılanmaları, mevcut aile sistemi, çevresel faktörler ve bütün bunların birbirileriyle olan dinamik etkileşimleri ayrıntılı olarak irdelenmelidir. Gelişim dönemleri bilgisine hâkim olma ile normal ve anormal davranışlar seçilerek düzeltici ve onarıcı yollara başvurulabilir. Kişinin davranışlarının ve kişiliğinin şekillenmesinde etkili olan bileşeler değerlendirilebilir ve problem halinde hedef sistem tespiti yapılabilir. Çocuğun ve ergenin içinde olduğu ruhsal gelişim basamağının saptaması yapılarak; anne babaların ebeveynlik yaklaşımlarını olumlu biçimde etkilenmesi sağlanabilir ve ilişkilerdeki olası çatışmalar üstesinden gelinebilir hale getirilebilir. Sosyal hizmet disiplini de mesleki etkinlik odağını korunma ve bakım gereksinimi olan bireyler olarak belirlediği için çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları alanında tedavi ekibinin önemli bir üyesi konumundadır.

### **3. Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları**

Çocuk ve ergenlik döneminde sıklıkla görülen Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu, Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu ve Davranım Bozukluğu Yıkıcı Davranış Bozuklukları tanı grubundadır. Çocuğu ya da ergeni, ailesini ve çevresini etkileyen bu bozukluklar sağlıklı müdahaleler gerçekleştirilmediğinde; anti sosyal davranışlar, madde ve alkol bağımlılığı, akademik başarısızlık ve ilişki örüntülerinde problemler şeklinde sonuçlar doğurmaktadır. Sadece alkol ve madde bağımlılığı olarak düşünüldüğünde bile davranış bozukluğu olan çocuk ve ergenler risk altında kabul edilip erken müdahale edilmesi gereken grup olmaktadır. Yıkıcı davranış bozukluklarında tanı veya tedavide özellikle dikkat edilmesi gereken nokta ise; cinsiyetten, yaştan, kültürden ya da bireyden bireye farklılıkların mevcut olmasıdır. Tedavisi hususunda ise doğrudan bir ilaçla tedavi değil de davranış, duygu ve düşüncelere odaklanılmış birey, aile ve grup terapisi izlenmektedir(Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 643).

#### **3.1.Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu**

Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu ilk olarak “aşırı hareketli” ve “öfke patlaması oluşturan çocuk” şeklinde tanımlanmıştır. Daha sonra Wender tarafından 1971 yılında “minimal beyin hasarı” şeklinde tanımlanmıştır. Wender’ in tanımından sonra hiperkinetik hastalık tablosu ya da hiperkinezis gibi değişik tanımlamalarda yapılmış ama bugün ki haline kavuşturan DSM

## Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları ile Travmanın İlişkilendirilmesi

olmuştur. Bununla birlikte tanınırlığı artmış; bu konudaki deneyim ve bilgi temeli de sağlamlaştırılmıştır. Tüm bu tanınırlık ve bilgi birikimine rağmen bazı ebeveynler tarafından tedavi edilemez bir hastalık olarak bazısı tarafından da övünç kaynağı olarak algılanmaktadır. Hatta bazen ebeveynler durumu sadece aşırı hareketlilik olarak tanımlama hatasına düşebilmektedirler tıpkı ilk tanımlaması gibi. Yanlış tanımlamalar ve zamanında gerçekleştirilmemiş müdahaleler yüzünden çocuk ve ergenlerin psikososyal ve akademik alanlarında ciddi sorunlar oluşmaktadır. Oysa zamanında ve doğru bir yönlendirme ve bilgilendirme yapılmış olmasıyla olası problemler önlenilmekte ve olumlu gidişat sağlanabilmektedir. Çocukları etkileyen en yaygın ruhsal bozukluk olan Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğunun semptomları arasında dikkatsizlik, odaklanamama, hiperaktivite, ortama uymayan aşırı hareket, dürtüsellik ve o anda düşünmeden meydana gelen aceleci eylemler bulunmaktadır. Durumun belirtileri bu alanlar da toplanmaktadır. Aslında her yaşta görülen bir durum olmasıyla beraber genelde çocukluk çağında fark edilmektedir(Abalı, 2018: 15).

Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu olan bireyler üç grupta incelenirler:

*Birinci grup:* Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Bileşik Tip,

*İkinci grup:* Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Dikkatsizliğin Önde Geldiği Tip,

*Son grup ise:* Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, Hiperaktivite-Dürtüsellüğün Önde Geldiği Tip

Tiplerdeki hareketlilik kavramı aslında çocuklarda ayırt edilmesi zor bir kavramdır. Hareketlilik çocukluk döneminin normal kabul edilen özelliklerindedir. Eğer ki sosyal hayatını ve işlevselliğini olumsuz yönde etkiliyorsa aşırı hareketlilikten bahsetmek yerinde olacaktır. Çocuk ve ergenlerin dikkatsizlik durumu ise; dışardan gelen uyarılarla dikkatin kolayca dağılması, düzenini sürdürmede zorlanma, eşya ve oyuncakları sık sık kaybetme, aldığı sorumluluk ve görevleri unutma ya da dikkati bir noktada toplayamama gibi belirtiler varsa tanımlanabilmektedir. Sıralı işleri ve oyunları tercih etmeme, beklemede zorlanma, istek ve arzularını erteleyememe, aceleci davranma, sürekli söz kesme davranışları gösteriyorsa çocuk ve ergenlerde işlevsellikleri olumsuz etkilendiği için dürtüsellik tanımlaması yapılarak sağlıklı müdahalelerin gerçekleştirilmesi üzere uzman hekime başvurulabilir (Kayaalp, 2008: 146). DEHB olan çocuklarda okul, ev ya da arkadaşlar ile ilgili sorunlarla sıklıkla karşılaşılır. Okuldaki başarıları ise

yaşadıkları dikkat problemleri sebebiyle ortalamanın altında seyretmektedir. Özellikle aceleci davranmaları, kurallara uyumda zorlanmaları ve sıra bekleyememeleri yüzünden akranlarıyla sorun yaşamaktadırlar. Aileleri tarafından “çok unutkan ve sakar “ olarak etiketlendikleri için kendilerine güvenlerinde kayıp yaşarlar. Tüm bunlar çocuğun ya da ergenin günlük yaşamında, sosyal ilişkilerinde, okul başarısında olumsuz etkilere neden olur. Saydığımız olumsuz durumların davranım bozukluğu ve diğer psikiyatrik hastalıklara davetiye çıkarması da kuvvetle muhtemeldir(Öner vd., 2003: 97).

Etiyolojisine kısaca değinilecek olursa; heterojen bir bozukluk olmasından ötürü kesin olarak aydınlatılmış bir etiyoloji mevcut değildir. Buradaki heterojenlikten kasıt ise sık rastlanılan eşzamanlı bir bozukluktur. DEHB etiolojisinde, bir nörotransmitter olan dopamin üzerinde etki oluşturan genetik ve çevresel faktörlerin rolü olduğu öngörülmekte ve pek çok gelişimsel nörotoksik ajanın DEHB oluşma riskini anlamlı olarak arttırdığı belirtilmektedir. Bahsedilen çevresel faktörler ise; prenatal ve neonatal dönemde manganez, poliklorlu bifeniller, sigara maruziyeti, civa maruziyeti ve bunların yanı sıra çocukluk döneminde arsenik, gıda boyaları ve katkı maddeleri, pestisitler ve kurşun maruziyetini içermektedir(Yetiş, Kırcıoğlu, 2017: 110). Nörobiyolojik zemini olan Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğu için ilaç tedavileri bütüncül tedavi yaklaşımının temelini oluşturmaktadır. İlaçların çocuk ve ergenlerde tıbbi ve ruhsal eş tanıları gözetenek planlanması gereklidir. Tedaviye yanıtın çok yüz güldürücü olduğu bozukluklardan biri olan Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite bozukluğunda tedavi sadece hastanın yaşam kalitesini değil aynı zamanda hasta yakınlarının yaşam ve ilişki kalitesini de artırmaktadır. İlaç tedavisiyle birlikte sorun odaklı bilişsel davranışçı terapi de iyi cevap alınabilen yöntemlerdendir. Tedavi amaçları saptanırken hastaların günlük yaşamda karşılaştıkları problemleri kişiye özel olarak incelemek ve Dikkat eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğunun etkilerini her hastada bireysel olarak belirlemek ve yeni başa çıkma stratejileri araştırmak tedavinin en önemli parçalarındandır. Uygun yaşamsal müdahaleler, yönlendirme ve ilaç tedavisi ile kişinin işlevselliğinin ve kendinden memnuniyetinin artmasına olanak sağlanmaktadır. Tüm bu farmakolojik tedaviye destekleyici olarak psikoeğitim, ebeveyn eğitimi, sosyal beceri eğitimi, bilişsel davranışçı terapi, bilinçli farkındalık eğitimi, Omega-3 yağ asitleri, Neurofeedback de uygulanmaktadır.

### 3.2.Davranım Bozukluğu

*Davranım bozukluğu:* Kişinin çevresindeki her şeye karşı saldırgan ve zarar verici davranışlarda bulunarak, toplumsal değerlere ve kanunla belirlenmiş kurallara sürekli ve tekrarlı şekilde karşı gelişini kapsayan, %2-10 arasında görülme sıklığı olan bir ruhsal bozukluktur (Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 644). DSM-5'e göre bozukluk başlangıç dönemine göre iki şekilde tanımlanmaktadır. Çocukluk-başlangıçlı ve ergenlik-başlangıçlı şeklindedir. Çocukluk başlangıçlı olanında belirtiler 10 yaşından önce ortaya çıkmakta ve şiddet içerikli haliyle ilişkilerde sorunlar olarak görülmekte ayrıca dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu / karşıt olma bozukluğu da eşlik etmektedir. Çocukluk-başlangıçlı davranım bozukluğunda müdahale 3 sisteme yönelik olarak düzenlenmiştir. Çocuk odaklı, aile odaklı ve okul odaklıdır. Çocuk odaklı da dürtü ve öfke kontrolünün sağlanması ve bu alanlardaki problemlerin çözümlenmesi amacıyla davranışçı müdahaleler ile çocukların iletişim becerileri ve problem çözme yeteneği artırılmaktadır. Aslında burada davranışlardaki sorunların çocuğun "sosyal-bilgiyi işleme" becerisindeki yetersizlikten kaynaklandığı esasına dayandığı için müdahaleler buna göre şekillenmiştir. Eğer çocuklar 4-6 yaş grubunda ise onlara yönelik programlar psikolojik danışmanlar ve psikologlar tarafından uygulanmaktadır. Sınıf içinde büyüklü küçüklü gruplar halinde; okul müfredatının bir parçası olarak yapılan uygulamaların içeriğinde başlıca arkadaş olma yöntemleri, etkili iletişim becerileri, grup oyunlarına katılımının sağlanması, okul kurallarının öğretilmesi, duyguların tanımlanması, sınıf kuralları ve yaptırımları gibi başlıklar yer almaktadır( Tonyalı vd., 2019: 287). Aile odaklıda ise 3-11 yaş grubundaki çocuğun problemleri davranışının altında yatan duygu ve düşünceleri anlama ve anne babaların çocuklarına verdikleri yanıtları değerlendirme amacı olan ilişki eksenli anne baba eğitime yönelik müdahaleler ile çocuğun problemleri davranışlarını artıran anne-baba davranışları değiştirilerek çocuklarda değiştirilmek istenen davranışların azaltılması amacıyla uygulanan davranışsal anne baba eğitime yönelik müdahaleleri içermektedir. Okul odaklı uygulamalar da ise sınıf ortamlarında çok göze çarpan duygusal ve davranışsal sorunların azaltılması amacıyla yapılan öğretmen eksenli okul uygulamaları ile içeriğinde önleyici eğitim stratejilerinden yönlendirme, uyarma, açık ve net sınıf kuralları oluşturma, akademik ve sosyal becerilerin desteklenmesi, etkili ödüllendirme ve teşvik, öğrencileri motive etmek, pozitif ilişkilerin kurulması, stres yönetimi, problemleri davranışların yönetimi, davranış planının geliştirilmesi ve yapılandırılması ve anne-babalarla iş birliğinin kurulmasının olduğu diğer uzmanlar-aracılıklı okul uygulamaları bulunmaktadır.



Davranım bozukluğu on yaşından sonra başlayan ergenlerde bozukluğuna yönelik psikososyal müdahaleler ise; ergen-odaklı uygulamalar kapsamında bilişsel-davranışsal müdahaleler, aile-odaklı uygulamalar, okul-odaklı uygulamalar, toplum-eksenli ve kurumsal uygulamalar, kısmi yatış programları ve diğer kuşatıcı servisler şeklinde 6 alana ayrılmaktadır. Ergenlerde müdahaleler planlanırken esas alınan üç ilke vardır ki bunlar; ergeni suća iten nedenlerin risk ve koruyucu faktörleri ile birlikte değerlendirilmesini kapsayan ihtiyaçlar ilkesi, ergenin suć-işlemeye eğilim nedenlerinin ve bilişsel kapasitesinin göz önünde tutularak uygulanan müdahaleden maksimum yarar görmesinin sağlanması amacı güden duyarlılık ilkesi ve suć-işleme davranışı aćısından yüksek riskli grupta yer alan ergenlerin uygulanan tedavilere de en yüksek oranda cevap verdikleri sonucuna dayanan risk ilkesidir( Tonyalı vd., 2019: 289).

Kısaca eęer bozukluk 10 yaşından önce gerćekleřmiřse bunda sorumlu anne ve babanın kontrolsüz, şiddet temalı davranışlarıdır ki eęer zamanında ve sağlıklı müdahaleler uygulanmazsa sorunlar ağırlaşarak bir sonraki gelişim dönemine gećmektedir. Eęer sorunlar 10 yaşından sonra vuku bulduysa o zaman da aktörler çeşitlenmekte ve kapsamlı müdahaleler gerekmektedir. Bozukluklarda sosyokültürel etmenler daha ön planda olup ergenin hem kendi kişisel zemininde hem de çevresinde yer alan unsurlar bozukluğun gelişimini kolaylaştırmaktadır. Erken-ergenlik döneminde anne-baba ile ergen arasındaki iletişimde kopukluk, aile işlevlerdeki zayıflık ergende var olan davranım sorunlarını daha da artırmaktadır. Bu nedenlerle bozukluğun ocuk ve ergenlerde uygun müdahaleler ile tedavisi gerekmektedir. Genel olarak sorun fiziksel şiddet değilse ilaç tedavisi de çok faydalı bir çözüm yolu olmamaktadır. İhtiyaçlar, duyarlılık ve risk ilkesi esas alınarak; ocuk ve ergenin davranım bozukluğunu tedaviye yönelik psikososyal müdahaleler planlanmalıdır.

### **3.3.Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu**

Bu bozukluk ocuk veya ergenin kuralara uymak istememesi, anne-babaya karşı gelmesi, negativist olması, süreğen uyumsuz davranışlarıyla çevresindekileri sinirlendirmesiyle tanımlanabilen bir bozukluktur. Dięer davranış bozukluklarına oranla daha ılımlı seyreden bu bozukluk çocuklar arasında en sık rastlanılanıdır. Bozuklukta en esas nokta karşı çıkma davranışıdır. Dięer bozukluklardaki gibi toplumsal normlara ya da diğer insanların haklarına yönelik bir saldırı barındırmaması bu bozukluğun hafif bir bozukluk olarak alınmasının gerekćesidir(Türkbay vd., 2013: 4-9).

## Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları ile Travmanın İlişkilendirilmesi

DSM5 tanı ölçütlerinde bu bozuklukla ilgili olarak öfkeli/ kızan duygudurum, karşı gelen bir davranış ya da kin besleme kategorilerindeki herhangi birinden en az dört belirtinin varlığına ilaveten kardeşi olmayan en az bir kişi ile etkileşiminde bulunması ve bu etkileşimin en az altı ay sürmesi gerektiği bozukluğun tanısı için gerekli görülmüştür ( Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 632). Bu belirtilerin aile üyelerine gösterilmesi ile sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Karşıt Olma Karşı Gelme Bozukluğu görülme sıklığı yaş ve cinsiyete göre farklılık göstermektedir. Erkek çocuk ve ergenlerde oran kızlara göre anlamlı derecede fazla iken genel ortalamada görülme sıklığı %3,3 olduğu yapılan araştırmalarda bulunan sonuçtur. Ayrıca bu bozukluğun görüldüğü çocuk ve ergenlerde sorunlarla karşılaşma durumlarında kendini düzenleyemedikleri ve işlevselliklerinin bundan olumsuz etkilendiği görülmüştür( Amerikan Psikiyatri Birliği, 2014: 635).

Tüm bozukluklarda olduğu gibi bu bozuklukta da ebeveynlerin stres ve kaygıları, doğum öncesinde sigara ve alkol kullanımı, ebeveyn davranış tarzları, doğum öncesi virüs kaynaklı hastalıkların olup olmayışı ve yaşamsal risk faktörleri bu bozukluğun etiolojisinde karşımıza çıkmaktadır. Belirtilerin ve belirti şiddetlerinin bireyden bireye fark göstermesi sebebiyle etiolojisinde birden fazla risk faktörü mevcuttur. Risk faktörlerinin çeşitliği sebebiyledir ki tedavi ve müdahale yaklaşımları da farklı farklıdır. Farmakolojik tedavi, psikolojik tedavi, ev temelli – okul temelli- toplum temelli programlar ve sosyal hizmet desteği gibi çeşitli müdahale yöntemleri kullanılmaktadır( Özbaran, Aydın, 2007: 438).

### 4. Yıkıcı Davranış Bozuklukları ve Çocukluk Çağı Travmaları

Çocuklara çocukluklarının her döneminde iyilik halinin muhafazası yönünde gösterilen çaba okula başlamalarıyla beraber örgün bir boyuta taşınmaktadır. Bu çabanın özünü onlara en iyisini sunmak oluşturmaktadır. Ancak bazen ailede ve okulda disiplini sağlamak adına verilen fiziksel cezaların istismar olduğu ve bu istismarın çocukta meydana getireceği kısa ve uzun dönemli etkileri göz ardı edilmektedir(Gündüz, Gökçakan, 2004). Yıkıcı davranış bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde bu durumun müdahale edilmesi gereken bir hastalık olduğu bilincinin olmadığı durumlarda “disipline etmek” amacıyla yapılanlar istismara girmekte; uğranılan bu istismar kısa ve uzun dönemde etkilerini göstermektedir. Saldırgan davranışlar, benlik saygısının düşük olması ve sınırlı bilişsellik istismara uğrayan çocuklarda gözlemlenen çıktılar olsada çocuktaki psikolojik ve davranışsal sorunların maruz kalınan istismara dair yaşanan travma ile ilişkilendirilmesi konuyla ilgili yapılan yeni çalışmaların ürünüdür.

Çocuk ve ergenlerin istismarının uzun vadeli etkileri üzerine 375 katılımcı ile 17 yıl süren boylamsal bir çalışma yapan Silverman, Reinherz ve Giaconia' ya göre; çocukluk ve ergenlik çağındaki ergenlerin 18 yaşından önce fiziksel ve cinsel istismarı ile 15- 21 yaş dönemindeki psikososyal işlevsellik arasında ilişki bulunmaktadır. 18 yaşından önce yaşanan istismar sonucunda mağdur bireylerde, istismar öyküsü olmayan akranlarına kıyasla daha fazla depresif semptomatoloji, anksiyete, psikiyatrik bozukluklar, duygusal-davranışsal sorunlar, travma sonrası stres bozuklukları ve intihar girişimleri görülmektedir( Silverman vd., 1996: 709).

DSM-5'te erken gelişimsel evrelerdeki çevresel ve genetik etmenlerden kaynaklı oluşan nörogelişimsel bozukluklar içinde sınıflanan yıkıcı davranış bozukluklarında; hastalığın şiddetini ve tedavisini etkileyen en önemli olgunun annelik – babalık becerisi olduğu belirtilmiştir. Zamanında ve etkili müdahaleler yapılmadığında hastalığı kötü seyir kronikleşmektedir. Öyle ki çocuğun ve ergenin yetişkinlik döneminde sosyal işlevsizlik, akademik başarısızlık, şiddet eğilimi, alkol-madde kullanımı vb., sorunlara kaynak oluşturmaktadır. Yani çocukluk dönemindeki zor mizacın psikopatolojiyle ilişkilendirilmesinde anne ve babalık becerileri belirleyici rol oynamaktadır( Çengel- Kültür, Öztekin, 2017: 107). İş birliği yapma konusunda başarısızlık yaşanan bu grup çocuk ve ergenlerde yetersiz anne babalık becerileri sebebiyle anne-baba istedikleri yaptırabilme adına baskıcı ve şiddete varan kontrol yöntemlerine başvurabilmektedir. Böylesi durumda da ya şiddeti problem çözüm yöntemi olarak alınmasına sebep olmakta ya da uyguladığı şiddet altında bireyi travmatize etmektedir.

Çocukluk çağında fiziksel-ihmal, duygusal-istismar, fiziksel-istismar, cinsel-istismara bağlı travma ile daha sonraki yaşlardaki alkol kullanımı üzerinde kontrol bozukluğu ilişkisini değerlendirme üzere yapılan çalışmada ise çocuklukta kötü muameleye maruz kalma TSSB'nin, TSSB'de travma ve düzensiz içmenin bir aracısı olduğu sonucuna ulaşılmıştır(Patock Peckham vd., 2020).

## **5. Yıkıcı Davranış Bozukluklarında Sosyal Hizmet Yaklaşımı**

Sosyal hizmet meslek disiplininin ruh sağlığı sorunlu olarak tanımlanan bireyler, aileler ve gruplarla ilişkisi aslında psikiyatrik sağaltım alanının içinde olduğu kadar, bu alanın dışındaki birçok kurumsal yapı ve hizmet içinde mevcuttur. Sosyal hizmet ruh sağlığı alanında özellikle de çalışmanın konusunu oluşturan çocuk ve ergenlerdeki yıkıcı davranış bozuklukları alanında da hastalıkların psikososyal özelliklerinin yanı sıra toplumsal bağlamı ve sonuçlarına

## Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları ile Travmanın İlişkilendirilmesi

odaklanmaktadır. Sosyal hizmet uygulamasının amacı, hasta ve ailesine yönelik psikososyal iyileştirme, birey, aile ve toplumsal düzeylerde refah düzeyini yükseltme, bireylerin hayatları üzerindeki gücü ve kontrolü artırma ve sosyal adalet ilkelerini geliştirmektir. Konu özelinde bakılacak olursa; yıkıcı davranış bozuklukları toplumsal bağlamda çocuk ve ergenin sosyal çevresinin; davranış bozukluklarını ve ruhsal sağlık sorunlarını nasıl şekillendirdiğiyle ilgilenir. İlgilendiği konular arasında bireysel sorunlar, korunmasızlık ve direnç, aile işlevselliği, güçlü yanlar ve stresörler, destek ağları, kültür, topluluklar, sınıf, cinsiyet ve etnik köken yer almaktadır. Değerlendirme aşamasında mesleki müdahalelerde referans aldığı sistem kuramı çerçevesinde çoklu kaynaklardan bilgi edinmektedir. Konuya dair alınacak önlemler, tedavi için gereklilikler ve ilgili politikaların belirlenebilmesi için psikopatolojilerin ve kaynak oluşturan risk faktörlerinin saptanması son derece önemlidir. Adnan Menderes Üniversitesi Çocuk psikiyatrisi polikliniğine altı aylık zaman diliminde başvuran 348 kız, 484 erkek toplam 832 olguyu inceleyen çalışma sonuçlarına göre erkek olmak ve anne- babanın eğitim seviyesinin düşüklüğü yıkıcı davranış bozuklukları için risk oluşturan etmenler olarak sıralanmıştır ( Karakoç Demirkaya vd., 2015: 7). Sosyal hizmet uzmanları “ çocuğun üstün yararının korunması” ilkesinden hareketle çocukların büyüdüleri koşullara bakıldığında davranış bozukluğu görülme olasılığını arttıran risk etmenlerinin fazla olduğu ailelere erken müdahalelerle bu bozuklukların kader olmasının önüne geçilmesine yönelik faaliyet göstermektedir.

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi polikliniğine 2002 yılının ilk altı ayında başvurmuş 523 erkek, 299 kız çocuğunun geriye dönük yakınmaları ve tanılarının incelendiği çalışmada ise başvuruların 7-12 yaş bandında yığıldığı ve çoğunluğunun erkek olduğu; kızlarda içe yönelim sorunları, erkeklerde de dışa yönelim ve iletişim sorunlarının fazla olduğu sonucuna varılmıştır. Yine bu çalışmaya göre değerlendirme ve izlem süreci içindeki meslek profesyonellerinden biri de sosyal hizmet uzmanlarıdır. Disiplinler arası iş birliği sayesinde tedaviye uyum arttırılmaktadır ( Aras vd., 2007: 36).

Yıkıcı davranış bozukluğu görülen ve duyarsız- duygusal olmayan davranışlar sergileyen yaşları 3-9 arasında değişen 55 erkek çocuğunun aileleriyle bağlanma temsillerini inceleme amacıyla yapılan çalışmaya göre; çocukların %49'u, güvensiz bağlanma temsilleri göstermiştir. Çocuğun yaşının, kardeş sayısının, anne- baba yaşının, anne- baba mesleğinin, anne- baba eğitim düzeyinin ve yaşanılan çevrenin kalitesinin; çocuktaki semptomların şiddeti üzerinde belirleyici olduğu

sonucuna ulaşılmıştır( Pasalich vd., 2012: 841).Yine toplumsal cinsiyet eşitliği ve kadının güçlendirilmesi temalarında azami çaba sarf eden sosyal hizmet uzmanları, bu çabaları neticesinde kadının bilinçlenmesine katkı sağlayarak “bilinçli anne ”’yi oluşturmaktadır. Ulaşılan bu bilinçlilik düzeyi ile çocuklukta yaşanan davranış sorunlarının semptomları hafifletilebilmekte ve buna bağlı olarak yaşanabilecek travmalar önlenebilmektedir.

## **6.Sonuç ve öneriler**

ocuk ve ergenlerde davranış bozuklukları maruz kaldıkları kötü yaşamın sonucunda gerçekleşmiş de olabilir, görülen bu bozukluklar onları kötü yaşam koşullarına karşı savunmasız hale de getirebilir. Her iki durumda da bu ocuk ve ergenlerin davranış bozukluğu kapsamında riskli olarak nitelendirilen davranışlarının değerlendirilmesi ve onlara yönelik müdahaleler oluşturulması sosyal hizmet meslek disiplinin hedeflerindedir. Bu alanda çalışanlar tarafından yıkıcı davranış bozukluğu gösteren ocuk ve ergenlere yönelik olumlu ilişki kurma, olumlu benlik kavramı oluşturma, sosyal kabul görmenin sağlanması, sosyal beceriler kazandırma ve olumlu yönde davranış değerltirmenin sağlanması amacıyla grup çalışmasının da yerli yerinde kullanıldığı müdahale planı oluşturulmaktadır. Ayrıca bu değerliimin olumlu yönde seyretmesine en az ocuk ve ergene yönelik müdahaleler kadar etkili olacağından; anne, baba ve öğretmenlerine yönelik de eğitimler planlanmakta ve bu eğitimlerin süreç olumlu yönde evrilene kadar sürekliliği sağlanmaktadır. Müdahaleler ocuk ve ergenlerin yıkıcı davranış bozuklukları belirtileri göstermeye başlamadan da yani doğum öncesinden de yapılabilir. Ancak daha özelde gelişim dönemlerine denk gelen değerliimlerin doğru olarak bilinmemesi ya da ebeveyn- ğretmen gibi ocuk ve ergenle birebir temasta olan kişilerin bozukluklara dair saptama yanlışları sebebiyle müdahaleler gecikmekte ve bireylere travmatik geçmiş yaşantılar oluşturmaktadır. Sorunlar oluşup, ocuk ve ergenlerin yıkıcı davranış bozukluk belirtileri göstererek olur da doğru tespit ve yönlendirilmesi sağlanarak tedavi aşamasına geçilirse devreye girmektense “testi kırılmadan” müdahale edebilecek sistemlerin oluşturulması ve sürecin her aşamasına sosyal hizmet meslek çalışanlarının eklenmesi gerekmektedir. Ayrıca alınacak uzman yardımının da konunun uzmanı psikiyatri tıp alanında hizmet veren kişilerden alınması sürecin doğru işlemesi ve çıktılarının umut edilen olması açısından son derece önemlidir.

Sosyal hizmet meslek çalışanlarının değerlendirme ve müdahalelerinde referans aldığı “ sistem yaklaşımı” ve “evresi içinde birey anlayışı” sağlıklı yaşanan çocukluğu sonrasında sağlıklı

## Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları ile Travmanın İlişkilendirilmesi

ergenlik dönemi- sağlıklı yetişkinlik dönemi şeklinde çıktısı olmaktadır. Çalışmayı hazırlarken kitabından yararlandığım Osman Abalı' nın “Silinmeyen gözyaşı iz bırakır.” sözünden de hareketle anne babanın silmediği, görmediği, görmezden geldiği gözyaşı çocuğun tüm hayatı boyunca taşıyacağı izler bırakmaktadır. Oluşturulacak bütünleşik müdahaleler ile silinmemiş bu izlere ya da sistemlerdeki sorunlara müdahaleler zamanında ve etkili yapılmalıdır. Böylelikle bireylerin sorunlu davranışları ya da sahip oldukları hastalıkları yüzünden hayatlarının olumsuz etkilenmesinin önüne geçilecektir. Bu önleyici tedbirler veya erken müdahaleler ile yıkıcı davranış bozuklukları, beraberindeki ruhsal hastalıklar ve tüm olumsuzlukların yükü ilk olarak bireyin ve dolaylı olarak da diğer sistemlerin üzerinden alınabilmektedir.

### Kaynakça

ABALI, O., 2018. Hiperaktivite ve Dikkat Eksikliği, 1. Basım, Adeda Yayıncılık, İstanbul, s.10-29.

AHIÖĞLU, E.N, KOÇ, I., 2009. “Çocukların Eğitim Hakkı ve Sokak Çocukları: Sokak Çocuklarının İhmal ve İstismarı” Gaziantep Üniversitesi Yayınları.

AMERİKAN PSİKİYATRİ BİRLİĞİ, 2014. Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal El Kitabı(DSM5). Ed: Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara .

ARAS, Ş., ÜNLÜ, G., VAROL, TAŞ, F., 2007. “Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Hastalarda Belirtiler, Tanılar ve Tanıya Yönelik İncelemeler”, Klinik Psikiyatri Dergisi, 10, ss.28-37.[https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD\\_10\\_1\\_28\\_37.pdf](https://jag.journalagent.com/kpd/pdfs/KPD_10_1_28_37.pdf)

BM GENEL KURULU, 1989. Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi, m. 1.

ÇENGEL KÜLTÜR, E., ÖZTEKİN, C., 2017. “Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu ve Yıkıcı Davranış Sorunlarının Tedavisinde Anne-Babalık Becerileri”, Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics, 3(2), ss. 106-114.<http://www.drceydaoztekin.com/assets/ebru-ceyda-dehb-parenting-makalesi.pdf>

DURSUN, OB., GÜVENİR, T, ÖZBEK A, 2010. “Çocuk Ergen Ruh Sağlığında Epidemiyolojik Çalışmalar ve Yöntemsel Bir Bakış”, Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 22(3), ss. 401-416.

ERDİLLER YATMAZ, ZB., ERDEMİR, E., ERBİL, F., 2018. “Çocuk ve Çocukluk”, Eğitimde Nitel Araştırmalar Dergisi, – Journal of Qualitative Research in Education, 6(3), ss.284-90.

GÜÇLÜ, S, 2016. “Çocukluk ve Çocukluğun Sosyolojisi Bağlamında Çocuk Hakları”, Sosyoloji Dergisi, 1(22), ss. 1-8.

GÜNDÜZ, B., GÖKÇAKAN, Z., 2004. “Fiziksel İstismar Açısından Üniversite Öğrencilerinin Problem Çözme Becerilerinin İncelenmesi”, Muğla Üniversitesi SBE Dergisi ,(13), ss.29-40.

<https://dergipark.org.tr/en/pub/musbed/issue/23499/250337>

GÜRDAL DA., 2013. “Sosyolojinin İhmal Edilen Kategorisi Çocuklar Üzerinden Çocukluk Sosyolojisine ve Sosyolojiye Bakmak”, İş, Güç, Endüstri ilişkileri ve İnsan Kaynakları Dergisi, 15(4), ss. 11-12.

KARAKOÇ DEMİRKAYA, S., AKSU, H., YILMAZ, N., ÖZGÜR, B., B., EREN, E., AVCİL, S., N., 2015. “Bir Üniversite Hastanesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Polikliniğine Başvuran Olguların Tanıları ve Sosyodemografik Özellikleri”, Meandros Medical & Dental Journal, 16(1), ss. 4-8.

<http://adudspace.adu.edu.tr:8080/xmlui/handle/11607/1818>

KAYAALP, L., 2008. “Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi No:62, Mart 2008, ss. 147-152.<http://www.faydaozelegitim.com.tr/upload/dikkateksikligi.pdf>

KOÇ, M., 2004. “Gelişim Psikolojisi Açısından Ergenlik Dönemi ve Genel Özellikleri”, Erciyes Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 2(17), ss.231-56.<https://dergipark.org.tr/tr/pub/erusosbilder/issue/23750/253040>

ÖZBARAN, B., AYDIN, C., 2007. Davranım Bozukluğu, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ed: Soykan Aysev A, Işık Taner Y, İstanbul.

ÖNER, P., ÖNER, Ö., AYSEV, A., 2003. “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu”, Sürekli Tıp Eğitim Dergisi, 12(3), ss. 97-99.<https://www.ttb.org.tr/sted/sted0303/dikkat.pdf>

## Çocuk ve Ergenlerde Yıkıcı Davranış Bozuklukları ile Travmanın İlişkilendirilmesi

PASALICH, D., S., DADDS, M., R., HAWES, D., J., BRENNAN, J., 2012. “Attachment and callous-unemotional traits in children with early-onset conduct problem”, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 53(8), ss. 838–845.

<https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1469-7610.2012.02544.x>

PATOCK-PECKHAM, J., A., BELTON, D., A., D'ARDENNE, K., TEIN, J., Y., BAUMAN, D., C., INFURNA, F., J., SANABRIA, F., CURTIS, J., MORGAN-LOPEZ, A., A., MCCLURE, S., M., 2020. “Dimensions of childhood trauma and their direct and indirect links to PTSD, impaired control over drinking, and alcohol-related-problems”, *Addictive Behaviors Reports*, (12), ISSN 2352-8532, <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2020.100304>

SARGIN, N., 2012. *Çocuklarda Ruh Sağlığı*, 2. Basım, Eğitim Kitapevi, Konya, s. 11-19.

SILVERMAN, A., B., REINHERZ, H., Z., GIACONIA, R., M., 1996. “The long-term Sequelae of Child and Adolescent Abuse: A Longitudinal Community Study”, *Child Abuse & Neglect*, 20(8), ss.709-723. ISSN 0145-213. [https://doi.org/10.1016/0145-2134\(96\)00059-2](https://doi.org/10.1016/0145-2134(96)00059-2)

T.C. ADALET BAKANLIĞI, UNICEF 2014. *Sosyal Çalışma Görevlileri İçin El Kitabı*, Ankara.

TONYALI, A., GÖKER, Z., ÜNERİ, ÖŞ., 2019. “Çocuk ve Ergen Davranım Bozukluğu Tedavisinde Psikososyal Müdahaleler”, *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11(3), ss. 287-90.

TÜRKBAY, T., ERMAN, H., CÖNGÖLOĞLU, A., SÖHMEN, T., 2003. “Dikkat eksikliği aşırı hareketlilik bozukluğu ve binişik karşı olma- karşı gelme bozukluğu olan çocuklar ve ergenlerin anne/babalarının psikiyatrik özelliklerinin karşılaştırılması”, *Gülhane Tıp Dergisi*, 45(1), ss. 4-9.

YETİŞ, CÇ., KIRZIOĞLU, Z., 2017. “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Ağız ve Diş Sağlığı Problemleri ve Çözüm Öneriler”, *J., Pediatr Res.*, 4(3), ss. 109-16. [https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article\\_16207/109-116.pdf](https://cms.galenos.com.tr/Uploads/Article_16207/109-116.pdf)

WHO 2001. *Basic documents*. 43rd Edition. Geneva, World Health Organization:1.