

DAVRANIM BOZUKLUĞUNDA TANI VE ETİYOLOJİ : BİR GÖZDEN GEÇİRME

Aykut Özden*, Saynur Canat**

ÖZET:

Davranım bozukluğu, toplum tarafından onaylanmayan, başkalarının temel hak ve özgürlüklerini tehdit eden davranışları uzun bir süredir sergileyen kişilere konulan tanıdır. Bu yazıda davranım bozukluğunun tanısı, etiolojisi ve bunların klinik önemi gözden geçirilecektir. Yazının amacı, Türkiye'de üzerinde yeterince durulmadığına inandığımız bu önemli ruh sağlığı sorunu hakkında elde ettiğimiz bilgilerin özetlenmesidir. Bir sorunu ne kadar iyi tanırsak, tedavisinde ve klinik araştırma planlamasında o kadar gerçekçi ve başarılı olabiliriz. Davranım bozukluğu yaşla artmakta ve daha çok düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelen erkeklerde gözlenmektedir. Başta depresyon olmak üzere birçok ruhsal bozuklukla birarada olabilmekte ve bunun farkedilmesi prognozu olumlu yönde etkileyebilmektedir. Etiyolojisinde, biyolojik, psikolojik ve toplumsal etmenler değişik oranda rol oynamakta ve hastadan hastaya değişebilmektedir.

Anahtar sözcükler : Davranım bozukluğu, ergenlik dönemi.

SUMMARY : DIAGNOSIS AND ETIOLOGY OF CONDUCT DISORDER - A REVIEW

Conduct Disorder is the diagnosis given to the individuals, who repeatedly violate societal rules and personal rights. This paper reviews the diagnosis and etiology of conduct disorder with their clinical relevance. The aim of this paper is to summarize the recent information on conduct disorder which is a quite important but highly neglected psychiatric problem in Türkiye. The more we know about an illness, the more we could be realistic and successful on its treatment and research. Conduct disorder increases with age and mostly seen in males coming from low socio-economical status. It can be seen with so many psychiatric conditions like depression, and identification of such a comorbidity enhances outcome. For its etiology, biological, psychological and social factors appear at different degrees and it also changes from patient to patient.

Key words : Conduct disorder, adolescence.

Davranım bozukluğu (DB), yaklaşık son yirmi beş yıldır Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) üzerinde en çok yayın yapılan çocuk ve ergenlik dönemi sorunlarından biridir. Bunun en önemli nedenleri arasında; DB'nun Amerika'da her geçen gün artması (Kay ve Kay 1986, Bailey ve Egan 1989) ve hala tanı, etioloji ve tedavi tartışmalarının bir sona ulaşmamış olması sayılabilir (Lewis 1991). Ülkemizdeyse, bazı yazılarda dolaylı olarak sözedilse de, bu konuyla ilgili yeterli yayın bulunmamaktadır. Bu bağlamda yazımızın amacı, sıklığı ve doğurduğu sorunlarla 21. yüzyılın en önemli ruh sağlığı konularından biri olmaya aday DB'nun tanısı ve etiolojisiyle ilgili yayınların gözden geçirilmesidir. Tedaviye bu yazıda değinilmeyecektir.

TANI

DB, toplum tarafından onaylanmayan, başkalarının temel haklarını tehdit eden, yaşa uygun önemli toplumsal norm ve kuralları bozan davranışlar kümesinden bir kaçını, en az altı ay süreyle sergileyen kişilere verilen tanıdır

(American Psychiatry Association APA 1993). Çocukluk ve ergenlik dönemi tanıları arasında geçmekle birlikte, eğer antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) tanısı konulamıyorsa yetişkinlerde de kullanılabilir (APA 1987). Tanıya götüren davranışların hangileri olduğu ve kaç tanesinin birarada olması gerektiği, hem çeşitli sınıflamalar arasında, hem de zaman içinde değişim göstermektedir. Genel olarak bu davranışların "söz dinlemezlik", "yaramazlık" veya "hırçınlık" gibi sıfatların ötesinde olması, başkalarının haklarını ve toplumsal kuralları bozuyor olması ortak ve en önemli özelliktir. DSM-IV için önerilen tanı ölçütleri Tablo-1'de, ICD-10'da yer alanlar Tablo-2'de yer almaktadır. (APA 1993, WHO 1992)

DSM-IV'ün DSM-III-R'e ek olarak getirdiği 1. ve 9. maddelerdir, fakat en önemli değişiklik alt tiplerinde yapılmıştır. DSM-III'de dört alt tip vardır : "Toplumsallaşmış saldırgan", "toplumsallaşmamış saldırgan", "toplumsallaşmış saldırgan olmayan" ve "toplumsallaşmamış saldırgan olmayan" (APA 1980). Burada "toplumsallaşmadan" kastedilen, anlamlı kişiler-arası ilişkilerin varlığıdır. Bu alt tiplerden "toplumsallaşmamış saldırgan", kötü prognozu göstermesi açısından kullanışlı bir tanımla-

* Arş. Gör. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

** Prof. Dr., Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara

maydı (Lahey ve ark 1992), fakat "toplumsallaşmamış saldırgan olmayan" alt tipe yapılan çalışmalarda çok az rastlanması üzerine (Lahey ve ark 1992), DSM-III-R'de bu şekilde ayırmadan vazgeçilerek, farklı üç alt tip kabul edilmiştir: Grup tipi, tekil saldırgan tip ve farklılaşmamış tip (APA 1987). Grup tipinde antisosyal davranışlar bir grup içinde yapılmaktadır ve saldırganlığın varlığı şart koşulmamıştır. DSM-IV'de ise başlangıca göre ayırım yapılmıştır ve bu prognostik bir anlam taşımaktadır; erken yaşta başlayan DB'da hastalığın hem gidişi hem de sonlanması daha kötü olmaktadır, örneğin ASKB'a gidiş daha fazla olmaktadır (Robbins 1966, Lahey ve ark 1992). Bu tip ayırımının ayrıca kullanım kolaylığı da vardır.

ICD sınıflamasının DSM'den önemli bir farkı, eş-hastalanmayı tek bir tanı altında toplamasıdır. DSM'de böyle durumlarda birkaç tanı birden yazılmaktadır. Eş-hastalanmanın önemi, DB'da çok sık karşılaşıyor olması ve yine prognostik öneminin bulunmasıdır (Lahey ve ark 1992). Ergenlik öncesi dönem depresyonlarının çoğunda DB gözlenebilmektedir (Chiles ve ark 1980). Ayrıca; anksiyete bozuklukları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), bedenselleştirme ve dışa atım bozuklukları da bu hastalarda sık görülmektedir (Cantwell 1985, Zoccolillo 1992). DEHB ile birlikte prognozu kötüleştirirken, anksiyete ile birlikte gidişi ve prognozu olumlu etkilemektedir (Lahey ve ark 1992, Walker ve ark 1992).

Tanı tartışmaları bir yanda sürerken, öte yanda da bu tanının gerekli olup olmadığı tartışılmaktadır. Lewis'e göre (1984);

1) Tanının aşağılayıcı bir yönünün ve bu gençleri yaftalama riskinin olması,

2) Klinisyenlerin bu tanıyı koyunca, altta yatan ve daha kolay tedavi edilebilir başka bir nöropsikiyatrik bozukluğu gözden kaçırma riskinin olması,

3) Birçok klinik durumda DB belirtilerinin gözleniyor olması, nedenleriyle DB tanısı çok kullanışlı bir tanı değildir.

DB, birçok başka bozuklukla birlikte olabileceği gibi, DB belirtilerine diğer bozukluklarda da sık olarak rastlanabilmektedir (Lewis 1991). Örneğin, klinisyenlerin DB tanısı koyarken en çok baktıkları özellik olan "şiddet kullanımı" (Lewis 1984), şizofreniden maniye, epi-

lepsiden DEHB'a kadar birçok bozuklukta ortaya çıkabilmektedir (Kay ve Kay 1986). O yüzden tanıyı koyarken, altta yatan olası bozuklukların dışlanması daima ilk işlem olmalıdır.

GENEL ÖZELLİKLER

Bu tanıyı almış çocuk ve ergenlerle yapılan çalışmalarda bazı ortak özellikler saptanmıştır. Aileleri genellikle düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelmekte ve ana baba arasında şiddetli geçimsizlik bulunmaktadır (Dadds ve Powell 1991, Fergusson ve ark 1992). Parçalanmış aile oranı yüksektir (Lewis 1991) ve genç suçluların % 70'inin tek ana babalı ailelerden geldiği saptanmıştır (Adler 1994). Annede ilgisizlik, babada duygusal uzaklık ve ASKB veya alkol ve madde bağımlılığına sık rastlanmaktadır (Frick ve ark 1992). Kız/erkek oranı çeşitli çalışmalarda 1/4-12 şeklinde bulunmuştur (Robbins 1981), fakat incelemede öz bildirim teknikleri kullanılırsa kızlarda sanıldığından yüksek bulunacağı bildirilmiştir (Kay ve Kay 1986). Prevalansı, kesin tanı zorluğundan dolayı şüpheli olmakla birlikte, %5-15 arasında değişmektedir ve suç işleme esas alındığında çok daha fazla oranlara ulaşmaktadır (Popper 1988).

Bu özellikler, ülkemizde yapılan sınırlı sayıdaki tarama çalışması sonuçlarıyla kısmen benzerlik göstermektedir. Erol ve arkadaşlarının 1988 yılında yaptıkları tarama çalışmalarında, düşük sosyo-ekonomik düzeyden gelmenin ve erkek olmanın davranış sorunu çıkarma riskini arttırdığı gösterilmiştir (Erol ve ark 1988, Erol ve Özcebe 1988). 1986 yılında Ankara Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine başvuran 720 çocuk arasında DB, % 4.4 sıklıkta bulunmuş (Erol 1988), 1991'deyse (n=415) % 5.1 ile başvurularda yedinci sırayı almıştır (Avcı 1992). İkinci çalışma, aynı zamanda DB olan çocukların anlamlı oranda parçalanmış ve ruhsal sorunlu bir üyesi olan ailelerden geldiklerini göstermiştir. 1992 yılında Ankara Üniversitesi Ergen Kliniğine başvuran hastalarda (n = 576), DB %7.1 ile beşinci sırayı almıştır (Çalışkan ve ark 1993). Yurt dışındaysa, hem Amerika hem de Avrupa kökenli araştırmalarda DB, kliniğe başvurularda ve hastaneye yatışlarda hemen daima ilk sırayı almaktadır (Robbins 1981, 1991, Piha ve Spurkland 1992). Kliniğimize başvuranlar içinde DB tanılı hastaların az olması, tanı koymadaki farklılıklara ve hastaların gelmiyor olmasına bağlı olabileceği gibi, ülkemizde (veya Ankara'da) prevalansın düşük

olmasına da bağlı olabilir, fakat bu ayrımı yapabilmek için gerekli epidemiyolojik araştırmalar ülkemizde henüz yeterli değildir.

PSİKİYATRİK ÖZELLİKLER

Hastaların psikiyatrik özellikleri incelendiğinde, davranış sorunlarının çok çeşitli olduğu ve sanrı, varsanı ve duygudurum değişiklikleri gibi diğer psikiyatrik belirtilerin, eğer varsa, arka planda olduğu görülmektedir (Lewis ve ark 1987, Lewis ve ark 1988). Özellikle altta paranoid bir zemin varsa düşmanlık ve klinisyene güvensizlik artmakta, klinisyen doğru tanı koyacak bilgiye ulaşmamakta ve sonuçta da "Ağır davranım bozukluğu" gibi yanlış tanı koyma olasılığı en fazla olmaktadır (Lewis ve ark 1987) Bu hastalarda paranoid yanlış algılamaların (arkalarından aşağılandıklarını veya tehditkar bir şekilde bakıldığını düşünmeleri) öfkeyi ve sonuçta saldırganlığı doğurduğu düşünülmektedir. DB tanılı hastaların birinci ve ikinci derece akrabalarında psikotik belirtilerin anlamlı oranda yüksek bulunması, DB'nun atipik bir psikoz olup olmadığı sorusunu da gündeme getirmiştir (Heston 1977, Lewis 1991). Lewis ve arkadaşları (1988, 1989), benzer bulguları cezaevine girmiş DB tanılı ergenlerde de göstermiştir; bu ergenlerde gözden kaçmış psikotik belirtiler ve akrabalarında psikoz öyküsü fazla bulunmuştur. Lewis ve Shanok'un (1980) bulgularına göre, cezaevine giren DB olgularının % 60'ında psikiyatrik tedavi alma veya hastaneye yatma öyküsü bulunmaktadır. Çocuklukta psikiyatrik sorunlu olarak görülüp tedavi verilmeye çalışılan hastalara, benzer davranışı ergenlikte sergilediklerinde "karakterolojik" denilip ceza verilmektedir.

DB'da duygudurum bozuklukları da ender değildir. Anderson ve arkadaşlarına göre (1992), ergenlik öncesi depresyonlarının % 79'u, Kashani ve arkadaşlarına göre de ergenlik depresyonlarının % 25-33'ü DB ile gelmektedir. Bu durumun iyi saptanması, hem tedavinin doğru planlanması açısından, hem de özkıym riskinin azaltılması açısından önemlidir. Marttunen'e göre (1992), özkıymda bulunan ergenlerin % 33-45'inde, özkıym öncesi antisosyal davranışlar gözlenmektedir. DB olgularında özkıym; öfke, engellenme duygusu, dürtü kontrolündeki azalma ve eşlik eden depresyon nedeniyle sık görülebilmektedir (Lewis 1984). Ayrıca, davranış sorunlarının döngüsellik gösterdiği olgularda mani tanısı da düşünülmelidir (Lewis 1991).

Bu hastalarda alkol ve madde bağımlılığının da sık olduğu bilinmektedir (Kay ve Kay 1986, Lewis 1991). Bunun olası nedenleri arasında, depresyon veya anksiyetelerini alkolle tedavi etme çabası veya bir alt gruba kabul edilmek için başlama sayılabilir (Lewis 1991).

Son olarak da, cinsel kötüye kullanılma öyküsü olan, dönemsel yıkıcılık sergileyen, zaman zaman ortadan kaybolan ve belleğinde azalma saptanan DB olgularında, çoğul kişilik tanısı da dikkatle irdelenmelidir (Lewis 1991).

NÖROLOJİK ÖZELLİKLER

Bu hastaların nörolojik özellikleri incelendiğinde, merkezi sinir sistemi hastalığı, kafa travması ve yaralanma öyküsüne sık rastlandığı görülmektedir (Lewis 1992). Yine de beynin belli bir bölgesine lokalize herhangi bir nörolojik bozukluk saptanmamıştır (Lewis ve ark 1982). Temporal lob epilepsisinin bu olgularda normal popülasyondan 20 kat fazla olduğu gösterilmiştir (Lewis 1991). Epilepsi, belirgin konvülsiyonların az olması nedeniyle gözden kaçabilmektedir, fakat yine de olguların sadece bir kısmında vardır, her olguda bulunmamaktadır (Lewis ve ark 1982). Daha sık olan, özgül olmayan EEG değişiklikleri ve psikomotor semptomlardır: canlı deja vu'lar, metamorfopsi (nesneleri çarpık algılama), davranışları anımsa-yamama... gibi (Lewis 1991). Bunlardan dolayı, limbik sistemin anormal elektrik aktivitesinin davranış sorunlarına katkısının olduğu düşünülmektedir (Lewis ve ark 1982, Pincus 1985).

Davranış sorunlarına dikkat sorunları ve hiperaktivitenin de eşlik etmesi nadir değildir (Cantwell 1978, 1985). DEHB ile birliktelik ICD sınıflamasında ayrı bir tanıya gereksinim doğurmuştur (WHO 1992). Böyle çocuk ve ergenlerde, silik nörolojik bulgular (soft signs) denilen, duygusal değişkenlik, astereognosis, agrafestezi, dürtüsellik, dikkat, yakın bellek ve ince koordinasyon bozuklukları gibi çeşitli bulgulara rastlanmaktadır (Pincus 1991). Bu bulguların herhangi bir nöropsikiyatrik hastalığa özgüllükleri yoktur, birçok durumda rastlanabilirler, fakat o zaman hastalığın organik doğasına işaret ederler. Bu tip bulguların olduğu hastalar, duygularını ayarlamada ve davranışlarını kontrolde zorlanmaktadırlar (Pincus 1991).

BİLİŞSEL ÖZELLİKLER

DB olan hastaların bilişsel özellikleriyle ilgili de birçok çalışma yapılmıştır. Zeka düzeyleri düşük-normal veya sınırda bulunmuştur (Hirschi ve Hindelang 1977, Lewis 1991 sayfa 565'den aktarım). Zeka sorunundan bağımsız olarak, öğrenme sorunları da bulunmakta ve bunun sonucunda okul başarıları düşmektedir (Virkkunen ve Nuutila 1976). Daha önceleri bu çocukların okuldan sık sık kaçtıkları için başarısız oldukları düşünülürken, artık başarısız oldukları için kaçtıkları savı daha çok kabul görmektedir (Lewis 1991). Dil becerilerindeki güçlüklerinin, duygularını ve düşüncelerini sözel yol yerine fiziksel yolla yansıtmalarına neden olabildiği belirtilmektedir (Lewis 1991).

Bu çocukların toplumsal bilgi işleme örüntülerini inceleyen çalışmalarda da ilginç sonuçlar bulunmuştur. Saldırgan davranışın ortaya çıkmasında çocuğun o an çevresinden aldığı toplumsal uyaranları nasıl işlemlediği önemlidir. Piaget, bilişsel işlevselliklerinde gelişimsel gerilik olduğunu belirtmiştir (Matthys ve Engeland 1992). Bu görüşe, Dodge (1980) ve Flavel ve arkadaşları (1968) saldırgan çocukların toplumsal düşünce basamaklarında kontrollere göre sapkın ve hatalı oldukları sonucunu eklemiştir. Dodge ve Newman'a göre (1981) saldırgan çocuklar, karşısındaki kişinin niyetini çözerken, o kişiye ait verilere kontrollere göre % 40 daha az başvurmaktadır. Bunun yerine kendi kafalarındaki taslaklara ve genellemelere dayanmaktadır. Bu taslaklara dayanınca da, yanıt verme basamağında, beklenildiği üzere daha saldırgan yanıtlar seçtikleri ve bunları daha az gözden geçirdikleri bulunmuştur (Dodge 1980). Perry ve arkadaşları da (1986) bu çocukların buldukları saldırgan yanıtların daima işe yarayacağına inandıklarını göstermiştir. Sonuç olarak, bu çocukların ve ergenlerin toplumsal bilgi işlemelemlerinde (çözme, yorumlama, yanıt oluşturma ve bunu inceleme), belirgin geri kalma ve sapma vardır. Bu sonuç, saldırganlığa giden yolu açmakta veya kolaylaştırmaktadır denilebilir (Matthys ve Engeland 1992). Toplumsal öğrenme kuramına göre, bu çocuklardaki yukarıda sayılan sapsmalara, aile çevresindeki karışık ortam neden olmaktadır (Matthys ve Engeland 1992). Uzun yıllar bu ortamda yaşayan çocuk sürekli gözlem yapmakta ve saldırganlığı kullanmayı öğrenmektedir denilmektedir.

ETİYOLOJİ

Etiyolojiyle ilgili olarak ilk açıklamalar psikoanalistlerden gelmiş, onu sırayla toplumbilimciler ve nörobiyologlar izlemiştir. Bu yazıda da aynı sıra izlenecektir.

PSİKOANALİTİK YAKLAŞIM

DB etiyojisinde ilk ve en çok etki bırakan açıklamalar, 20. yüzyılın ilk yarısında Aichorn tarafından sunulmuştur. Aichorn'a göre (Kay ve Kay 1986, sayfa 483'den aktarım), saldırgan ve / veya suçlu çocuklar, intrapsişik çatışmalarını normal veya nörotik çocuklar gibi represyon ve ardından oyun ve fantaziyle çözmek yerine, dışa vurmaya (acting-out) kullanmaktadırlar. Bunun nedeni de, süperego gelişimindeki bozukluklardır ve 3 şekilde ortaya çıkabilmektedir:

1. Eğer çocukta aşırı katı süperego oluştuysa, bunu izleyen suçluluk duygusu, saldırgan (sonuçta cezalandırılmaya neden olan) davranışlarla yatıştırılmaktadır. Freud'un da benimsediği bu görüşe göre, bu tip çocuklara "nörotik suçlu" denilmektedir.

2. Bu grupta süperego, ana baba dışı değerlerle (örneğin bir çeteyle) yapılan özdeşim sonucu oluşmaktadır. Buna "toplumsal olmayan süperego" denilmektedir.

3. "Primitif suçlu" denilen bu grupta süperego gelişimi uygun özdeşim yokluğu nedeniyle tamamlanamamaktadır.

Diğer psikoanalitik açıklamalar arasında; saldırganlığın anksiyeteye karşı bir savunma, üstü kapalı mazohistik bir girişim, karşıt-fobi ve saldırganla özdeşim olması gibi görüşler sayılabilir (Kay ve Kay 1986). Johnson ve Szurek (Bailey ve Egan 1989, sayfa 185'den aktarım), nesne ilişkileri kuramına dayanarak, çocuklardaki saldırganlığın ve suç işleme davranışının, ana babalarının antisosyal arzu ve dürtülerinin yansıtılmalı özdeşim yoluyla benimsenmesi olabileceğini belirtmişlerdir. Bu durumda oluşan süperegoya "süperego lakünae" denilmektedir. DB'nun psikodinamik açıklamaları terapistler arasında hala kabul görmektedir (Kay ve Kay 1986)

TOPLUMBİLİMSSEL YAKLAŞIM

Healy ve Bronner, 1925 yılında suçlularla yaptıkları çalışmalarda, travmatik ve düzensiz aile ve toplum çevresinin etiyolojik önemi olduğu sonucuna varmışlardır (Kay ve Kay 1986,

sayfa 484'den aktarım). Onlara göre DB öğrenilmiş bir davranıştır ve dolayısıyla çevreseldir. Daha sonraki yıllarda da, etiolojide toplumsal etmenlere önem veren yazarlar, bu "farklı" davranışları, psikopatolojiden çok, düşman bir çevreye uyum olarak görmüşlerdir (Merton 1957, Lewis 1991 sayfa 565'den aktarım). DB olan çocukların çoğunun alt sosyo-kültürel çevreden gelmesi bu savı destekler gözükmektedir. Berzonsky'e göre (1981), bu çocuklar iyi uyum yapmıştır, hatta uzlaşmacı bile denilebilir. Tek sorun uyum yaptıkları grubun norm dışı olmasıdır. Suç işlemeyen, saldırganlık sergilemeyen yaşlılarıyla hedefleri aynıdır: Para, mevki, kabul görme... fakat kullandıkları yol farklıdır. Bu çocuk ve ergenlerin önlerindeki "normal" yollar tıkalı olduğu için, "anormal" yollar kullanmayı öğrendikleri düşünülmektedir (Merton 1957, Lewis 1991 sayfa 565'den aktarım). Bu bakış açısına "sosyo-legal" yaklaşım denilebilir. En çok eleştirildiği nokta, bazı gençler için geçerli olsa da genelleme yapmanın zor olmasıdır. Gerçekten de, düşük sosyo-ekonomik ve kültürel düzeyden gelen, önündeki yasal yolları tıkalı olan ve çevresinde yüksek oranda suç işlenen her genç DB sergilememektedir (Berzonsky 1981). İnsanları suça yönelten güçler olduğu kadar ondan uzaklaştıran güçler de vardır. Diğer bir eleştiri de antisosyal davranışların gruba gidilmeden önce başladığının gösterilmesiyle gelmiştir. Wilson ve Hernstein'e göre (1985), bu davranışlar gruptan öğrenilmemekte, grup öncesi başlamakta ve gruba kabulü kolaylaştırmaktadır. Artık toplumbilimciler, bireysel özellikler ve çevrenin etkileşimine daha çok önem vermektedir. (Moore ve Arthur 1983).

1983 yılında Moore ve Arthur, gelişimsel toplumsal öğrenme bakış açısından yaklaşarak, DB oluşumunda birincil ve ikincil değişkenler olduğunu ileri sürmüşlerdir. Onlara göre, ana babanın denetim ve disiplin stili, çocukla ana baba arası ilişkinin duygusal özellikleri ve en önemlisi soyutlanma ve reddedilme gibi çocuğun ana babasıyla ilişkisinden kaynaklanan özellikler birincil değişkenlerdir. Araştırmacılara göre en olumsuz etki bile, hiç etki olmasından daha iyidir. (Sahakian ve Robbins 1977, Widom 1992). Johnson ve Pandina'ya göre (1991), ailenin işlevinin kötü olmasıyla çocuğun antisosyal davranışı arasında kuvvetli bir ilişki vardır ve burada asıl önemli olan ailenin birlikte geçirdiği süreden çok ilişkinin niteliğidir. Amerika'da tek ana babalı evlerin son yirmi yılda % 200 artıp 8 milyona ulaşması ve çocuk sahibi çiftlerde evlilik oranının %26'ya

düşmesiyle (Adler 1994), gençlerdeki depresyon, alkol ve madde bağımlılığı ve DB başta olmak üzere, psikiyatrik sorunlar arası bir ilişki olduğu ileri sürülmektedir (Nicholi 1988). Öte yandan, ana babanın bazı özellikleri, arkadaş çevresi, yaşanan ortam ve topluma ait özellikler de ikincil değişkenlerdir. Örneğin; aile içinde alkolizm, şiddet ve suç işleme (çünkü saldırganlık öğrenilebiliyor), işsizlik, yoksul ve kalabalık ailede yaşamak, bir aile üyesinin ölümü (özellikle de babanın), evlilik sorunları, yaşanan ortamda suç oranının yüksek oluşu, ve sinema ve televizyondaki şiddet öğesi içeren filmler DB etiolojisinde üzerinde en çok durulan ikincil değişkenlerden bazılarıdır (Robbins 1966, Kay ve Kay 1986). Adler'e göre (1994). Amerika'da 10-17 yaş arası her altı çocuktan biri, vurulmuş birini görmekte veya tanımaktadır. İlkokulu bitirmiş herhangi bir çocuk, o yaşa kadar televizyonda sekiz bin cinayet ve yüz binin üzerinde şiddet sahnesi görmektedir. Suç oranı yüksek, şiddet kullanımı yaygın olan bölgelerde yaşayan çocuklarla yapılan araştırmalarda, DB dışında post-travmatik stres bozukluğunun, depresyon ve anksiyetenin sık olduğu, bu çocukların oyunlarının saldırgan doğada olduğu ve bazılarında karşıt fobik olarak saldırganlık olduğu gözlenmiştir (Osofsky ve ark 1993). Bir diğer önemli ikincil değişken de fiziksel veya cinsel kötüye kullanılmadır. Bu, doğrudan saldırganlığın öğrenilmesi, ana babaya oluşan öfkenin dışarıdakilere yöneltilmesi veya dayak sırasında olan kafa travmalarının DB için biyolojik bir zemin hazırlaması yollarıyla ortaya çıkabilmektedir (Lewis 1992). Bütün bu birincil ve ikincil değişkenler, DB'nun ortaya çıkmasında değişik derecelerde rol oynamaktadır ve hiçbiri için tek başına yeterlidir denilememektedir (Kay ve Kay 1986).

ABD'de gençler arasında suç işleme davranışının her geçen gün artıyor olması, araştırmaların da artmasına yol açmaktadır. Bu araştırmalar, genellikle polis veya mahkeme kayıtları kullanılarak yapılmaktadır (Kay ve Kay 1986, Berzonsky 1981). Bu kayıtlara geçen çocukların ve ergenlerin genelde "sürekli suç işleyenler" olduğu , yani örneklem toplama hatasına bağlı yanlışlıkların olabileceği söylenmektedir (Wolfgang ve ark 1972, Lewis 1991, sayfa 563'ten aktarım). Toplum bazında yapılan taramalarda, üst sosyo-kültürel seviyeden gençlerde de suç işlemenin fazla olduğu ama bu çocukların suçlarının kayıtlara az yansdığı düşünülmektedir (Gardner 1988). Ayrıca DB tanılı çocuklarla ilgili araştırmaların suçlu çocuklar arasında yapılması da yanlışlıktır, çünkü DB

ölçütlerinin hepsi "suç" değildir, örneğin; evden kaçma, yalan söyleme, gece dışarıda kalma... gibi. Suçlu gençlerde, özellikle de cezaevine girilenlerde DB sık olabilir, ama bu DB ile gençlik-suçluluğunun (Juvenile Delinquency) eşanlamlı olduğunu göstermemektedir.

BİYOLOJİK YAKLAŞIM

Thomas ve arkadaşları (1968), DB olan çocuklarda mizaç (temperament) üzerinde durmuşlar ve bu çocuklarda kalıtımla geçen ve bebeklikten saptanabilen bir mizaçın olup olmadığını araştırmışlardır. Sonuçlarında herhangi bir mizaç özelliği ile bire bir ilişki saptanamamakla birlikte, "zor çocuk" diye tanımlanabilecek bir bebeklik özelliği ile ergenlikte ortaya çıkan DB arasında bir ilişki belirlenmiştir. Benzer bulguyu Sanson ve arkadaşları da saptamış (1993) ve ana baba tarafından "zor çocuk" olarak algılanan, sürekli huysuzluk yapan, uyum göstermeyen, duygudurumu olumsuz olan bebeklerin, ileride DB ve DB + DEHB sergileyebileceklerini belirtmişlerdir. Bu çocukların mizaçları, ana baba çocuk ilişkisini zorlaştırmakta ve diğer bazı etmenlerin de varlığında (örneğin annenin çocuğu olumsuz ve "umutsuz" algılayışı), DB için risk oluşturmaktadır (Leheup ve Pearce 1993, Sanson ve ark 1993) Yine de "zor çocuk" işlevsel kullanım için fazlaca belirsiz bir kavramdır. Kime "zor çocuk" denileceği tam olarak açık değildir (Bailey ve Egan 1989).

1960'lı yıllardan itibaren çeşitli kromozom anomalileri ile sosyopatik davranış arasındaki ilişki araştırılmaya başlanmıştır. Suçlularda 47 XYY ve XXY (Kleinfelter) anomalilerine sık rastlandığı bildirilmiş (Nielsen ve Fisher 1965) fakat yinelenen çalışmalar bu tip anomalisi olup da hiç suç işlemeyen bireyleri ortaya çıkardıkça, araştırmalar evlat edinme ve ikiz çalışmalarına yönelmiştir (Gerald 1976). Evlat edinme çalışmalarında, öz babası suçlu, evlat edinen babası normal olan çocuklarda, her iki babası da normal olan çocuklara göre DB'nun fazla olması genetik geçiş olabileceğini düşündürmektedir (Coon ve ark 1992). Fakat en yüksek oranın, her iki babası da suçlu olanlarda çıkması, etiolojide "genetik + çevre" etmeninin her birinden daha baskın olduğunu göstermektedir (Kay ve Kay 1986). İkiz çalışmalarında, DB'nun tek yumurta ikizlerinde, çift yumurta ikizlerine ve ikiz olmayanlara göre fazla oranda olduğu saptanmıştır (Cardoret 1978), fakat burada neyin, hangi predispozan etmenin geçtiği tam olarak

bilinmemektedir (Kay ve Kay 1986, Lewis 1991). Ayrıca ikiz ve evlat edinme çalışmalarının ciddi yöntembilimsel sorunları vardır; çevrenin etkisi tam olarak dışlanamamaktadır ve ana babadaki davranış sorunları geriye dönük olarak saptanan yasal sorunlarla eş tutulmaktadır. Oysa alkolizm de yasal sorun yaratıyor olabilir ve o zaman kalıtımsal olarak geçenin DB mu, alkolizm mi olduğunu ayırmak güçleşir (Bohman 1978). DB ile ilgili genetik çalışmaların daha belirgin gruplarla, ileriye dönük ve kontrollü olması gerekmektedir.

Biyokimyasal çalışmalarda ise en çok serotonin, noradrenalin ve dopamin üzerinde durulmuştur, çünkü bu nörotransmitterlerin davranış üzerine etkisi eskiden beri bilinmektedir (Sahakian ve Robbins 1977, Brown ve ark 1979, Rogeness ve ark 1992). Beyin omurilik sıvısında serotonin ve plazmada, dopamini noradrenaline çeviren dopamin beta hidroksilaz (DBH) enzimi azlığı ile saldırganlık, yineleyici suç davranışı ve yangın çıkarma arasında doğrudan ilişki saptanmıştır (Rogeness ve ark 1984, Coccaro ve ark 1989, Virkkunen ve ark 1989). Rogeness ve arkadaşlarına göre (1992), düşük serotonin ve noradrenalin ise anksiyeteli DB ile ilişkilidir. Dopaminin DB'da yüksek olması beklenmektedir, fakat bu varsayım için yeterli klinik veri saptanamamıştır. Biyokimyasal çalışmalarda artık, farklı reseptörlerin davranış üzerine etkileri araştırılmaya başlanmıştır. Örneğin, serotonin düzeyi azalmış insanların neden bazılarında depresyon gelişirken, bazılarında saldırganlığın ortaya çıktığı araştırılmaktadır (Lewis 1992).

Hare (Lewis 1991, sayfa 566'dan aktarım), Mednick (1981) ve Garralda ve arkadaşları (1991) yineleyici antisosyal eylemleri olan çocuklarla yaptıkları araştırmalarda, bu çocuklarda otonom sinir sistemi (OSS) yetersiz yanıt saptamışlardır. Bu çocuklar doyum verici uyarılara aşırı OSS yanıtı verirken (kalp hızında ve deri geçirgenliğinde artış), aşırı yoğun uyarılara kontrollere göre düşük yanıt vermişlerdir. Bunun klinik önemi, bu çocukların tasarladıkları antisosyal eylemden dolayı heyecanlanmama-ları, korkmamaları ve sonuçta saldırgan eylemi baskılamalarıdır. Çalışmaların laboratuvar şartlarında olması ve yinelenen çalışmaların hepsinin bu doğrultuda sonuçlar vermemesi nedeniyle eleştirilmiş olsa da, "OSS yetersiz yanıt kuramı" hala ümit verici olarak bulunmaktadır (Lewis 1992).

DB'nun daha çok erkeklerde gözlenmesi üzerine, bunun hormonal bir bozukluk olabileceği düşünülmüş ve özellikle testosteron düzeyleri araştırılmıştır (Persky ve ark 1971). Persky ve arkadaşları yüksek testosteron düzeyleri ile saldırganlık arasında anlamlı bir ilişki bulurken, Kreuz ve Rose (1972), herhangi bir ilişki saptayamamıştır. En son sonuçlar, yüksek testosteron ile yineleyici suç arasında orta dereceli bir ilişki gösterse de, genelleme yapılması zordur (Mattson ve ark 1980, Lewis 1992). Diğer bir varsayım olan, intrauterin anormal gonadal hormonlarla karşılaşma da yinelenmeye gereksinimi olan, herkese genellenemeyecek bir görüştür. Benzer şekilde, hafif viral enfeksiyonlarla karşıkışıya kalındığı veya gebelikte annenin yaşadığı stres ve anksiyetenin saldırganlığa eğilimi arttırdığı şeklindeki varsayımların da bilimsel olarak daha fazla desteğe gereksinimi vardır (Lewis 1992).

Gray'e göre (1987), beyinde davranışsal baskılama sistemi (DBS) ve davranışsal aktivasyon sistemi (DAS) arasındaki denge, kişiliğin normal ve anormal özelliklerini belirlemektedir. DBS, septal hipokampal sistem, ön frontal ve singulat kortekslerden oluşmaktadır. Bu bölgenin hasarının, azalmış anksiyete ve azalmış davranış baskılanmasına neden olduğu fare deneylerinde gösterilmiştir (Gray 1987). Bu farelerde; saldırganlığın, ödül arayıcı davranışın, yeni çevreleri korkmadan araştırmanın ve cezadan sonuç çıkarmamanın arttığı saptanmıştır. DAS ise yan hipotalamus ve medial önbeyin sapında bulunmaktadır ve saldırganlık ve ödül arayıcı davranıştan sorumludur (Gray 1987). Gray'e göre DAS'ın fazla DSB'in yetersiz çalıştığı durumlarda antisosyal davranış en yüksek seviyede olmaktadır. Bu varsayımı destekleyen bir bulgu da anksiyeteli DB olgularında antisosyal eylem ve yineleyici suç davranışına çok az rastlanmasıdır (Walker ve ark 1991). Çünkü, anksiyetenin varlığı DBS hasarının olmadığını veya çok az olduğunu göstermektedir. Biyolojik çalışmalar umut verici bir şekilde sürmektedir.

SONUÇ VE ÖNERİLER

DB, yaygınlığı hergün artan ve toplumda ve ailelerinde sapkın davranışları, klinisyenler arasında da tedavisinin güçlüğü nedeniyle olumsuz duygular uyandıran bir bozukluktur (McCord 1978, Kay ve Kay 1986, Dumas 1989). Bu hastaların tedavisi, prognozun oldukça kötü olması nedeniyle belki diğer psikiyatrik hastalıklardan da önemlidir. Yetişkinlikte;

ASKB'a gidiş başta olmak üzere (% 28-50 arası), alkol ve madde bağımlılığı, özkıyım girişimi, maddi ve duygusal açıdan desteksiz kalma (örneğin aileleri tarafından terk edilme), işsizlik, askerlikte sık sık ceza alma, okuldan atılma, yaralanmalar, kazalar, cinsel yolla bulaşan hastalıklar, istenmeyen gebelikler ve doğal olarak cezaevine atılmaları bu gençleri bekleyen olası sonuçlardır (Popper 1988). Bu tip önemli sorunlar ortaya çıkarmayanlarında bile, yetişkinlikte evlilik sorunları, iş sorunları, kişiler arası ilişkilerde güçlükler ve alkol kötüye kullanımına sık rastlanılmaktadır (Robbins 1978, Bailey ve Egan 1989). Bütün bunlar DB'nun klinik pratikte ne kadar önemle ele alınması gerektiğini göstermektedir.

Doğru tedavinin yapılabilmesi için önce hastalığın doğru tanınması şarttır. DB tanısını atlamak, davranış sorunlarının çevrede yarattığı güçlükler nedeniyle zordur, fakat aynı nedenden dolayı altta yatan diğer nöropsikiyatrik tablolar atlanabilmektedir. Bir araştırmada, hastaneye yatırılan ergenlerin %80'inin DB tanısı aldığı, fakat bunun çıkışta %33'e düştüğü ve kalanların başta şizofreni olmak üzere başka tanılar aldığı bulunmuştur (Blackman ve ark 1991). Benzer şekilde, epilepsi, depresyon, DEHB, bipolar afektif bozukluk gibi bir çok farklı bozukluk, özellikle çocukluk ve ergenlikte, kendini davranış sorunlarıyla klinisyenin önüne getirebilir (Lewis 1984). Sonuç olarak, klinisyene düşen, DB tanısını koyarken iki kez düşünmesi ve eğer yine de DB denilecekse, izleminde sadece tek boyutlu olarak davranış sorunlarına eğilmeden, hastayı bir bütün olarak izlemesidir.

Etiyolojiye yönelik tartışmalar da bizi, tanı tartışmalarında olduğu gibi, homojen bir hastalıktan çok bir sendroma götürmektedir. Birçok farklı klinik durum, sonuçta kendini DB ile ifade edebilmektedir. İster biyolojik veya psikodinamik, ister aile çevresi veya toplumsal etmenler olsun hiçbir olguların, teker teker ele alındığında % 50'den, gruplandırıldığında %70'den fazlasını açıklamamaktadır (Popper 1988). Bu da bize, oldukça heterojen bir grupla karşı karşıya olduğumuzu düşündürmektedir.

Sonuç olarak, DB oluşumu birçok farklı bozukluğun ve biyolojik etiyolojinin son olarak ulaştıkları ortak yoldur denilebilir. Bu hastalarla çalışırken, hepsini aynı kefeye koymak klinisyen adına bir hata olacaktır. "Hastalık yok, hasta var" sözünün en çok uyduğu durumlardan biri herhelde davranım bozukluğudur.

DSM-IV İÇİN ÖNERİLEN DAVRANIM BOZUKLUĞU TANI ÖLÇÜTLERİ

A. Yineleyici ve ısrarlı bir şekilde, başkalarının temel haklarının veya önemli, yaşa uyumlu toplumsal norm veya kuralların çiğnenmesi. Aşağıdaki maddelerden en az üçü, en az altı ay boyunca sergilenmelidir.

1. Sıklıkla kabadayılık yapar, tehdit eder veya çevresindekileri yıldırır, gözünü korkutur.
2. Sıklıkla kavga başlatır.
3. Başkalarına ciddi, fiziksel zarar verebilecek bir silah kullanmıştır. Örneğin, tabanca, bıçak, kırık şişe, sopa, taş vb.
4. Kurbanla karşı karşıya gelerek hırsızlık yapmıştır. Örneğin, silahlı soygun, çanta kapma vb.
5. İnsanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.
6. Hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranmıştır.
7. Birini cinsel ilişkiye zorlamıştır.
8. Sıklıkla kendini cezadan kurtarmak veya bir çıkar elde etmek için yalan söyler veya sözlerini tutmaz.
9. Ailesinin yasaklamasına rağmen sıklıkla gece dışarıda kalır. (13 yaşından önce başlamak üzere)
10. Ev içinde veya dışarıda, kurbanla karşılaşmadan, değerli şeyler çalmıştır.
11. Kasıtlı olarak, zarar verme amacıyla yangın çıkarmıştır.
12. Kasıtlı olarak başkalarının malına zarar vermiştir. (Yangın çıkarmanın dışında)

13. Ana babasıyla veya onların yerini tutan kişilerle yaşarken, en az iki kez geceleyin evden kaçmıştır (veya uzun bir süre dönmeksizin bir kez).

14. Sıklıkla okuldan kaçmaktadır (13 yaşından önce başlamak üzere), veya çalışıyorsa sıklıkla işten kaçmaktadır.

15. Başkasının evine, binasına veya arabasına girmiştir.

B. Eğer 18 yaşında veya daha büyükse antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamamaktadır.

Başlangıcına göre tipinin belirlenmesi:

Çocukluk başlangıçlı: 10 yaşından önce en az bir davranış sorunu başlamıştır.

Ergenlik başlangıçlı: 10 yaşından önce hiçbir davranış sorunu yoktur.

Şiddetin belirlenmesi:

Hafif: Tanı koymaya yetecek kadar davranış sorunu dışında sorunun bulunmaması ve davranış sorunlarının çevredekilere çok az zarar veriyor olması.

Orta : Davranış sorunu ve bunların çevreye etkisinin "hafif" ve "ağır" arası olması.

Ağır : Bir çok davranış sorunu bulunması veya davranış sorunlarının çevredekilere önemli zarar vermesi, örneğin yaralama, hırsızlık...

ICD-10 DAVRANIM BOZUKLUKLARI SINIFLAMASI VE TANI ÖLÇÜTLERİ

F-90 : Hiperkinetik Bozukluklar :

F-90-1 : Hiperkinetik Davranım Bozukluğu

F-91 : Davranım Bozuklukları :

F-91-0 : Aileyle Sınırlı Davranım Bozukluğu

F-91-1 : Toplumsallaşmamış Tipte Davranım Bozukluğu

F-91-2 : Toplumsallaşmış Tipte Davranım Bozukluğu

F-91-3 : Karşı Çıkma - Başkaldırma Bozukluğu

F-91-8 : Diğer Davranım Bozuklukları

F-92-9 : Belirlenmemiş Davranım Bozukluğu

F-92 : Karışık Tipte Davranım ve Duygudurum Bozuklukları :

F-92-0 : Depresif Davranım Bozukluğu

F-92-8 : Diğer Karışık Tipte Davranım ve Duygudurum Bozuklukları

F-92-9 : Belirlenmemiş Karışık Tipte Davranım ve Duygudurum Bozuklukları

AÇIKLAMALAR :

F-90-1 : Hem Davranım Bozukluğu, hem de Hiperkinetik Bozukluğun birarada olduğu durumlarıdır.

F-91 : En az altı ay süren, gelişim düzeyine uygun olmayan, izole bir eylemden çok davranış örüntüsü haline gelmiş, saldırgan, toplumsal yönden bozuk, başkaldırıcı davranışlardır. Altta yatan şizofreni, mani, hiperkinetik bozukluk, depresyon ve yaygın gelişimsel bozukluk (Otizm, Rett sendromu vb.) varsa bu tanı konulamaz.

Tanının temelini oluşturan davranış örnekleri DSM sınıflamasındakilerin aynıdır, fakat ek olarak çok sık ve ağır öfke nöbetleri de dahil edilmiştir.

F-91-0 : Saldırgan davranışlar ev ortamındadır veya bir ev üyesine/üyelerine yöneliktir. Ev dışı toplumsal ilişkiler normal sınırlarda olmalıdır.

F-91-1 : DB kriterleri dışında diğer çocuklarla ilişkilerinde kapsamlı, belirgin anormallik vardır. Yetişkinlerle "iyi ilişki" bu tanıyı dışlamaz.

F-91-2 : DB kriterleri vardır ve arkadaş grubuna iyi uyum yapmıştır. Uzun süreli, uyumlu ve kabaca aynı yaş grubundan arkadaşları olmalıdır. Antisosyal eylemlerini bu grupla birlikte sergilemiyor olması bu tanıyı dışlamaz.

F-91-3 : Genelde 9-10 yaşından küçük çocuklarda gözlenir, başkalarının haklarını çiğneyen ağır antisosyal veya saldırgan davranışlar bulunmamalıdır. Tam olmasa da DB'nun hafif şeklidir denilebilir.

F-92 : DB ve bir duygudurum bozukluğu biraradaysa bu tanı konulabilir.

F-92-0 : DB artı bir depresif bozukluk (örneğin distimi) biraradaysa kullanılır.

F-92-8 : DB artı bir başka duygusal sorun bir aradaysa kullanılır, örneğin; anksiyete, fobi, obsesyon/kompulsiyonlar, depersonalizasyon/derealizasyon, hipokondriasis vb.

KAYNAKLAR

- Adler J (1994) Kids growing up scared, *Newsweek* 1.10.1994 ; 123, 2, 37 - 43.
- American Psychiatric Association (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition*, APA Press, Washington DC.
- American Psychiatric Association (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third edition, Revised*, APA Press, Washington DC.
- American Psychiatric Association (1993) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Draft*, APA Press, Washington DC.
- Anderson JC, Williams S, McGee R ve ark (1987) DSM-III-R disorders in preadolescent children. *Arch Gen Psychiatry*, 44 ; 69-70
- Avcı A (1992) Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Psikiyatrisi Kliniğine Başvuran Hastaların Belirti Dağılımı ve Sosyodemografik Özellikleri. Çocuk Psikiyatrisi Uzmanlık Tezi, AÜTF Psikiyatrisi ABD, Çocuk Psikiyatrisi Bilim Dalı, Ankara.
- Bailey GW, Egan JH (1989) *Conduct Disorders. Review of Psychiatry Vol. 8*, Tasman A, Hales RE, Frances AJ (Ed.) Washington DC, APA Press, 180-196.
- Berzonsky MD (1981) *Adolescent Development*, Macmillan, New York, 477-493.
- Blackman M, Eustace J, Chowdhury T (1991) Adolescent residential treatment : A one to three year follow-up. *Can J Psychiatry* 36 ; 472-479.
- Bohman M (1978) Some genetic aspects of alcoholism and criminality. *Arch Gen Psychiatry* 35 ; 269-276.
- Brown GL, Goodwin FK, Ballenger JC ve ark (1979) Aggression in humans correlates with cerebrospinal fluid amine metabolites. *J Psychiatry Res*, 1 ; 131-139.
- Cadoret R (1978) Psychopathology in adopted away offspring of biological parents with antisocial behavior. *Arch Gen Psychiatry* 35 ; 176-184.
- Cantwell DP (1978) Hyperactivity and antisocial behavior. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 17 ; 252-262.
- Cantwell DP (1985) Hyperactive children have grown up. *Arch Gen Psychiatry*, 42, 1026-1028.
- Chiles J, Miller M, Cox G (1980) Depression in an adolescent delinquent population. *Arch Gen Psychiatry*, 37 ; 179-183.
- Coccaro ER, Siver LJ, Klar HM ve ark (1989) Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders. *Arch Gen Psychiatry* 46 ; 587-598.
- Coon H, Carey G, Corley R ve ark (1992) Identifying children in the Colorado Adoption Project at risk for conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 ; 503-511.
- Çalışkan D, Çöl M, Bilgin Y ve ark (1993) Psikiyatri kliniği adölesan bölümüne yapılan başvuruların SCL-90-R tarama sonuçları. 3. Halk Sağlığı Günlerinde poster olarak sunulmuştur. 5-7 Mayıs 1993, Ankara.
- Dadds MR, Powell MB (1991) The relationship of interparental conflict and global marital adjustment to aggression, anxiety in nonclinical children. *J Abnorm Child Psychol*, 19 ; 553-567.
- Dodge K (1980) Social cognition and children's aggressive behavior. *Child Development*, 51, 162-170.
- Dodge K, Newman J (1981) Biased decision making process in aggressive boys. *J of Abnormal Child Psychol*, 9,375-379.
- Dumas JE (1989) Treating antisocial behavior in children. *Clin Psychol Rev*, 9 ; 197-222.
- Erol N (1988) Çocuk Psikiyatrisinde demografik özellikler ve belirti dağılımı. *Ankara Tıp Bülteni*, 10, 3'e ek, 13-24.
- Erol N, Özcebe H (1988) Rutter ana baba ve öğretmen ölçeği ile çekondo kesiminde oturan çocukların davranış sorunlarının değerlendirilmesi. 24. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, serbest bildiri, 19-23/9/1988 Gülhane, Ankara.
- Erol N, Yalın A, Öztürk M (1988) Behavior problems of normal children : A normative study. *Ankara Tıp Bülteni*, 10,3'ek, 1-12.
- Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT (1992) Family change, parental discord and early offending. *J Child Psychol Psychiatry* 33 ; 1059-1075.
- Flavell J, Botkin P, Fry C ve ark (1968) *The Development of Role Taking and Communication Skills in Children*, Wiley, New York.
- Frick PJ, Lahey B, Loeber R ve ark (1992) Familial risk factors to oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Consult Clin Psychol*, 60 ; 49-55.
- Gardner RA (1988) *Psychotherapy With Adolescents. Creative Therapeutics*, New Jersey, 645-705.
- Garralda ME, Connell J, Taylor DC (1991) Psychophysiological anomalies in children with emotional and conduct disorders. *Psychol Med* 21 ; 947-957.
- Gerald PS (1976) Current concepts in genetics. *New Engl J Med*, 294 ; 706.
- Gray JA (1987) *The Psychology of Fear and Stress*, 2. Baskı, Cambridge University Press, Cambridge.
- Heston LL (1977) Schizophrenia. *Hosp Pract*, 12 ; 43-49.
- Johnson V, Pandina RJ (1991) Effects of the family environment on adolescent substance use, delinquency and coping styles. *Am J Drug Alcohol Abuse* 17 ; 71-88
- Kashani JH, Beck NC, Hooper EW ve ark (1987) Psychiatric disorders in a community sample of adolescents. *Am J Psychiatry*, 144, 5 ; 584-589.
- Kay RL, Kay J (1986) *Adolescent Conduct Disorders. Annual Review of Psychiatry Vol. 5* Frances AJ, Hales RE (Ed.) APA Press, Washington DC, 480-496.
- Kreuz LE, Rose RM (1972) Assessment of aggressive behavior and plasma testosterone in a young clinical population. *Psychosom Med*, 34 ; 321-332.
- Lahey BB, Loeber R, Quay HC ve ark (1992) Oppositional defiant and conduct disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 ; 539-546.
- Leheup R, Pearce JB (1993) *Conduct disorder and delinquency. Current Opinion In Psychiatry*, 6 ; 516-522.
- Lewis DO (1984) *Conduct Disorders and Juvenile Delinquency. Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 4th ed, Kaplan H, Sadock B (Ed.), Williams and Wilkins, Baltimore.

- Lewis DO (1991) *Conduct Disorder. Child and Adolescent Psychiatry, Comprehensive Textbook*. Lewis M (Ed.) Williams and Wilkins, Baltimore, 561-573.
- Lewis DO (1992) From abuse to violence : Psychophysiological consequences of maltreatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 : 383-391.
- Lewis DO, Shanok SS (1980) The use of a correctional setting for follow-up care of psychiatrically disturbed adolescents. *Am J Psychiatry*, 137, 953-955.
- Lewis DO, Pincus JH, Shanok SS ve ark (1982) Psychomotor epilepsy and violence in an incarcerated adolescent population. *Am J Psychiatry* 139 ; 882-887.
- Lewis DO, Pincus JH, Lovely R ve ark (1987) Biopsychosocial characteristics of matched samples of delinquents and non-delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 26 ; 744-752.
- Lewis DO, Lovely R, Yeager C ve ark (1988) Intrinsic and environmental characteristics of juvenile murderers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 27 ; 582-587.
- Lewis DO, Lovely R, Yeager C ve ark (1989) Toward a theory of genesis of violence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 28 ; 431-436.
- Marttunen MJ, Aro HM, Lonnqvist JK (1992) Adolescent suicide : End point of long term difficulties. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 ; 649-654.
- Matthys W, Engeland WH (1992) Social cognitive researches in children with aggressive behavior : New perspectives. *Eur Child and Adolesc Psychiatry*, 1, 3 ; 178-185.
- Mattsson A, Schalling D, Oliveus D ve ark (1980) Plasma testosterone, aggressive behavior and personality dimensions in young male delinquents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 19 ; 476-491.
- McCord J (1978) A thirty year follow-up of treatment effects. *American Psychologist*, 35, 284-289.
- Mednick SA (1981) The learning of morality. Vulnerabilities to delinquency. Lewis DO (Ed.) New York, Spectrum, 187-204.
- Moore DR, Arthur JL (1983) Juvenile Delinquents. *Handbook of Child Psychopathology*. Ollendick TH, Hersen M (Ed.) Plenum Press, New York.
- Nicholi AM (1988) The Adolescent. *The New Harvard Guide To Psychiatry*. The Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge. 637-665.
- Nielsen J, Fisher M (1965) Sex chromatin and sex chromosome abnormalities in male hypogonadal mental patients. *Br J Psychiatry*, 111 ; 641-647.
- Osofsky JD, Wewers S, Hann DM ve ark (1993) Chronic community violence : What is happening to our children? *Psychiatry*, 56 ; 36-45.
- Perry D, Perry L, Rasmussen P (1986) Cognitive social learning mediators of aggression. *Child Dev* 57, 700-711.
- Persky H, Smith KD, Basu GK (1971) Relation of psychological measures of aggression and hostility to testosterone production in man. *Psychosom Med*, 33 ; 265-277.
- Piha J, Spurkland I (1992) Portraits of child psychiatric treatment in Finland and Norway. *Eur Child And Adolesc Psychiatry*, 1, 4 ; 201-208.
- Pincus JH (1985) *Limbic System and Violence*. Pincus JH, Tucker GJ (Ed.) : Behavioral Neurology, 3r ed., Oxford University Press, New York, 70-100.
- Pincus JH (1991) The Neurological Meaning of Soft Signs. *Child and Adolescent Psychiatry, Comprehensive Textbook*. Lewis M (Ed.) Williams and Wilkins, Baltimore, 486-492.
- Popper CW (1988) *Conduct Disorder. Textbook of Psychiatry*. Talbott JA, Hales RE, Yudofsky SC (Ed.) American Psychiatric Press, Washington, 664-670.
- Robbins LN (1978) Sturdy childhood predictors of adult antisocial behavior. *Psychol Med* 8 ; 611-622.
- Robbins LN (1981) Epidemiological approaches to natural history research : Antisocial disorders in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 20 ; 566-580.
- Robbins LN (1991) Conduct disorder. *J Child Psychol Psychiat* 32 ; 193-212
- Rogeness GA, Hernandez JM, Macedo CA ve ark (1984) Clinical characteristics of emotionally disturbed boys with very low activities of dopamine beta hydroxylase. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 23 ; 203-208.
- Rogeness GA, Javors MA, Pliszka SR (1992) Neurochemistry and child and adolescent psychiatry. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 ; 765 - 781.
- Sanson A, Smart D, Prior M ve ark (1993) Precursors of hyperactivity and aggression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 32 ; 1207-1216.
- Sahakian B, Robbins T (1977) Isolation-rearing enhances tail pinch induced oral behavior in rats. *Physiol Behav* 18 ; 53.
- Thomas A, Chess S, Birch HC (1968) *Temperament and Behavioral Disorders in Children*. New York University Press, New York.
- Virkkunen N, Nuutila A (1976) Specific reading retardation, hyperactive child syndrome and juvenile delinquency. *Acta Psychiatr Scand*, 54 ; 25-28.
- Virkkunen N, Dejong J, Bartho J ve ark (1989) Relationship of psychobiological variables to recidivism in violent offenders and impulsive fire setters. *Arch Gen Psychiatry*, 46; 600-603.
- Walker JL, Lahey BB, Russo MF ve ark (1991) Anxiety, inhibition and conduct disorders in children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30 ; 187-191.
- Widom CS (1989) The cycle of violence. *Science*, 244 ; 160-166.
- Wilson J, Herrnstein RJ (1985) *Crime and Human Nature*. Simon and Schuster, New York.
- World Health Organization (WHO) (1992) *ICD-10 Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar Sınıflandırması*. Ankara, Medikomat Basım Yayın Ltd. 251-258. Çev : Çuhadaroğlu F ve ark.
- Zoccolillo M (1992) Co-occurrence of conduct disorder and its adult outcomes with depressive and anxiety disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 31 ; 547-556.