

# Davranım Bozukluğu: Güncel Bir Bakış

## Conduct Disorder: An Update

Ahmet Özbay<sup>1</sup>, Osman Özçelik<sup>2</sup>, Süleyman Kahraman<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Milli Eğitim Bakanlığı, İstanbul

<sup>2</sup>İstanbul Aydın Üniversitesi, İstanbul

<sup>3</sup>İstanbul Beykent Üniversitesi, İstanbul

### ÖZ

Davranım bozukluğu (DB) çocuk ve ergen psikiyatri kliniklerine bakıldığında toplumsal ve uluslararası farklılıklar olmakla beraber fazla rastlanan etiyojisi oldukça heterojen olan ciddi bir ruhsal bozukluktur. DB, başkalarının temel haklarını, bulunduğu yaşa uygun sosyal norm ve değerleri ya da var olan kuralların istikrarlı olarak agresif davranış örüntüleriyle çiğnenmesi olarak tanımlanabilir. DSM-II'den beri çeşitli başlıklar altında tanımlanmıştır ve en son DSM-5'te "Yıkıcı Bozukluklar, Dürtü Denetim ve Davranım Bozuklukları" başlığı altında tanımlanmıştır. Etiyojisinde genetik faktörler, bireysel faktörler ve psikososyal faktörler rol alarak geniş bir etiyojiji oluşturmaktadır. Başlangıcı çocukluğa dayansa da yardım aranmadığı takdirde daha ciddi daha başka ruhsal bozukluklara sebep olmaktadır. DB'nin birçok ruhsal bozuklukla da komorbiditesi vardır. Bu nedenle ayırıcı tanının iyi yapılması ve etkili bir tedavi seçeneği oluşturulması gerekmektedir. Tedavide kendine özgü bir ilacı yoktur. Farklı disiplinler bir araya gelerek uzun süre çalışarak başarılı sonuçlar elde edebilir. Bu yazıda genel olarak DB'nin tanımı, DSM-5 tanı kriterleri, epidemiyolojisi, etiyojisi, eş tanı, ayırıcı tanı, prognoz ve tedavi yaklaşımları gözden geçirilmiştir.

**Anahtar sözcükler:** Davranım bozukluğu, derleme, ruh sağlığı

### ABSTRACT

Conduct disorder is a serious mental disorder with a heterogeneous etiology that is frequently encountered in child and adolescent psychiatric clinics, although there are social and international differences. Conduct disorder can be defined as violating the basic rights of others, age-appropriate social norms and values, or existing rules with consistently aggressive behavioral patterns. It has been defined under various headings since DSM-II and most recently in DSM-5 under the heading "Disruptive Disorders, Impulse Control and Conduct Disorders". Genetic, individual, and psychosocial factors play a role in the etiology and constitute a broad etiology. Although its onset dates to childhood, if assistance is not sought, it can lead to more serious mental disorders. Conduct disorders are associated with several mental disorders. Therefore, a differential diagnosis should be made and an effective treatment option should be established. No specific medications were available for treatment. Different disciplines can collaborate for a long time to achieve successful results. In this article, the definition of conduct disorder, DSM-5 diagnostic criteria, epidemiology, etiology, comorbidity, differential diagnosis, prognosis, and treatment approaches are reviewed.

**Keywords:** Conduct disorder, review, mental health

## Giriş

Davranım bozukluğu (DB), kişinin diğer insanların temel haklarını ihlal ettiği, hayvanlara ve nesnelere karşı zarar verici bir tutum sergilediği, toplumun değerlerine ve yerleşik yasalara sürekli ve tekrarlı olarak karşı geldiği saldırgan ve antisosyal davranışlarla karakterize ruhsal bir bozukluktur (Kohls ve ark. 2021, Tonyalı ve ark. 2019). En az 6 ay boyunca sık veya şiddetli antisosyal davranışlar göstererek kendini belli eder. Küçük çocukların klinik tablosuna bakıldığında normalin ötesinde meydan okuma, düşmanlık, uyum sorunları, yıkıcılık gibi belirgin karşı gelme davranışları görülürken, daha büyük çocuklarda çalma, hile yapma, okuldan ya da evden kaçma, yalan söyleme, kavga etme, eşyalara zarar verme gibi davranışlar görülmektedir. Daha ağır vakalarda ise öfke patlamaları, yangın çıkarma, hayvanlara ya da diğer çocuklara zarar verme gibi aşırı davranışlar görülebilmektedir (Mohamed 2022, Yücel 2020). Bu davranış sorunları çeşitli ortamlarda gözlemlenebilmekle birlikte Baumann ve arkadaşları (2022) davranım bozukluğu olan bireylerin siber zorbalık deneyimlerini inceledikleri bir çalışmada farklı bir noktaya değinmişlerdir. Buna göre, davranım bozukluğu olan bireylerin siber zorbalığın faili ya da mağduru olabileceği ortaya konmuştur (Bauman ve ark. 2022).

Çok faktörlü koşullar, çocuklarda ve ergenlerde en zorlu ve kalıcı ruh sağlığı bozukluklarından biri olan DB'nin

gelişimine katkıda bulunur. DB'li çocuk ve ergenler, altta yatan genetik bileşenlerin yanı sıra çevresel faktörlerin etkisi nedeniyle bu bozukluğa sahiptir. Özellikle, bozukluk kalıcı olduğunda, suç işleme (özellikle tekrarlanan, ağır ve şiddet içeren suçlar), antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB), madde bağımlılığı için güçlü risk faktörleri oluşturmakta ve ayrıca erken gebelik, liseyi tamamlayamama, artan sayıda araç kazası, yüksek yaralanma oranları, kötü akran ilişkileri ve fiziksel sağlık sorunları ile ilişkilendirilmektedir. Ayrıca, DB yetişkinlikte depresyon ve anksiyete için güçlü bir risk faktörüdür (Salmanian ve ark. 2018, Masroor ve ark. 2019, Kerekes ve ark. 2020,).

Bu çalışmanın amacı, çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde ciddi ve yaygın bir psikiyatrik bozukluk olan Davranım Bozukluğu (DB) hakkında güncel ve kapsamlı bir genel bakış sunmaktır. DB'nin tanımı, tanısı, epidemiyolojisi, etiyolojisi, komorbiditesi, tedavisi ve prognozu hakkındaki mevcut bilgileri özetlemektedir. Ayrıca, mevcut literatürdeki boşlukları ve sınırlamaları tanımlamakta ve gelecekteki araştırmalar için yönlere önermektedir. Bu derleme, DB olan çocuklar, ergenler ve yetişkinlerle çalışan klinisyenleri, araştırmacıları, politika yapıcıları ve eğitimcileri bilgilendirmeyi ve yönlendirmeyi amaçlamaktadır.

## DSM ve ICD

Davranım bozukluğu olarak bahsedilmese de ilk kez Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabının ikinci baskısında (DSM-II) (APA 1968) "Çocuklukta Sosyalleşmemiş Agresif Tepki" olarak tanımlanmıştır. DSM-III'te ise davranım bozukluğu kavramı ilk kez tanımlanmış ve bozukluğun dört alt tipi tanımlanmıştır. Bunlar sosyalleşmemiş agresif, sosyalleşmemiş agresif olmayan, sosyalleşmiş agresif ve sosyalleşmiş agresif olmayan tiplerdir (APA 1980). DSM-III-R'de "Yıkıcı Davranış Bozuklukları" ana başlığı altında tanımlanan 13 tanı ölçütünden üçünün en az 6 aydır mevcut olması gerekmektedir. Ayrıca, DSM-III'te tanımlanan dört alt tipin sayısı üçe indirilmiştir. Bu alt tipler bireysel, grup ve ayrılmamış agresif tiplerdir (APA 1987). DSM-IV'te davranım bozukluğu "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" ana başlığı altında yer almış ve 15 ölçüt tanımlanmıştır. Bu konuda tanı koyabilmek için son altı ay içinde en az bir tanı ölçütünün bulunması koşuluyla, son bir yıl (12 ay) içinde tanı ölçütlerinden en az üç ya da daha fazlasının bulunmuş olması ve sürekli olarak yineleyici bir biçimde görülen, başkalarının temel haklarına saldıran ya da yaşa uygun toplumsal değerleri ve kuralları hiçe sayan bir davranış örüntüsünün olması gerektiği vurgulanmaktadır. Belirtiler hastanın günlük işlevlerinde bozulmaya neden olur. Davranım bozukluğu belirtileri başlangıç yaşına göre çocuklukta başlayanlar ve ergenlikte başlayanlar olmak üzere ikiye ayrılır. Davranım bozukluğu belirtilerinden en az biri 10 yaşından önce görülüyorsa çocuklukta başlayan tip; belirtilerden hiçbiri 10 yaşından önce görülüyorsa ergenlikte başlayan tip olarak sınıflandırılır (APA 1994). Ayrıca DSM-IV-TR'de başlangıç yaşı belirsiz olan tip eklenmiştir (APA 2000).

DSM-5'te davranım bozukluğunun alt tipleri ve tanı ölçütleri değişmemiş ancak DSM-IV-TR'de "Yıkıcı Davranım Bozuklukları" başlığı altında yer alırken DSM-5'te "Yıkıcı, Dürtü Kontrolü ve Davranım Bozuklukları" başlığı altında yer almış ve prososyal duyguların varlığı ya da yokluğunu ortaya koymak için suçluluk ya da pişmanlık eksikliği, yapılabirlik kaygısı eksikliği, empati eksikliği, yetersiz ya da sığ etkiler gibi belirleyiciler eklenmiştir. Eklenen bu belirleyiciler arasında, bireyin eylemlerinin olumsuz sonuçları hakkında kaygı, suçluluk, pişmanlık veya kötü hissetmemesi, suçluluk veya pişmanlık eksikliği belirleyicisini; bireyin iş, okul veya diğer ciddi faaliyetlerde kendisinden beklenenler karşısında çaba göstermemesi, performans yeteneğine ilişkin endişe eksikliğini oluşturmaktadır; Kişinin başkalarına yönelik eylemlerinin başkaları üzerindeki etkisini düşünmemesi, başkalarının duygularını önemsememesi, başkalarının duygularını önemsememesi empati eksikliğinin bir işaretidir; ve son olarak, kişinin başkalarına yönelik duygularını kapatması, samimiysiz veya çıkarıcı duygular göstermesi (ör. örneğin başkalarını korkutmak için duygularını göstermek) yetersiz veya sığ duygulanımın bir işaretidir. Ayrıca davranışların şiddetini belirtmek için şiddetli, orta veya hafif olarak sınıflandırılmıştır. Davranım bozukluğu için DSM-5 tanı ölçütleri şunlardır (APA 2013, Çıkkılı 2015, Yücel 2020):

A. Aşağıdaki kategorilerde yer alan 15 kriterden en az üçünün son bir yıl (12 ay) içinde ve en az bir tanısal kriterin son altı ay içinde mevcut olması gerekir. Ayrıca, başkalarının temel haklarını, yaşa uygun sosyal değerleri veya yerleşik kuralları göz ardı eden, tekrarlanan ve tutarlı bir davranış örüntüsü olmalıdır.

İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık gösterme

1. Sıklıkla zorbalık yapar, gözdağı verir veya başkalarını korkuturlar.
2. Çoğu zaman kavga ederler, kavga başlatırlar.
3. Başkalarının ciddi şekilde yaralanmasına neden olabilecek bir alet kullanır (taş, çakı, cam kırığı, silah).
4. İnsanlara merhametsiz davranmıştır.
5. Hayvanlara merhametten yoksun davranmıştır.
6. Başkalarının gözü önünde hırsızlık yaptı (saldırı ve soygun, gasp, silahla soygun).

7. Başka bir kişiyi cinsel faaliyette bulunmaya zorladı.  
Eşyaları Kırmak Eşyalara Zarar Vermek
8. Önemli hasara yol açmak amacıyla kasıtlı olarak yangın çıkarmıştır.
9. Başkalarının mal ve mülklerine kasıtlı olarak zarar vermek (yangın çıkarmak dışında).  
Dolandırıcılık veya Hırsızlık
10. Başka bir kişinin evine, binasına veya arabasına zorla girmiştir.
11. Bir kazanç elde etmek, bir fayda sağlamak veya sorumluluklardan kaçmak için sık sık yalan söyler ("ikili oynar").
12. Başkaları görmeden değerli nesnelere çalmak (dükkanlardan mal çalmak).  
Önemli Kural İhlalleri
13. Ebeveyn yasaklarına rağmen 13 yaşından önce başlayarak gecelerin çoğunu dışarıda geçiriyor.
14. Ebeveynlerin veya onların yerine geçenlerin evinde kalırken en az iki kez evden kaçmış veya uzun bir süre sonra geri dönmeden bir kez evden kaçmış.
15. Çoğu zaman, 13 yaşından önce başlayarak, okuldan kaçmışlardır.
- B. Bu davranış bozukluğu okul, mesleki veya sosyal işlevsellikte klinik olarak anlamlı bozulmaya neden olur.
- C. 18 yaş ve üzeri bireyler antisosyal kişilik bozukluğu kriterlerini karşılamamaktadır.

<b>Tablo.1 Davranım bozukluğunun DSM tarihi boyunca değişimi</b>						
	<b>DSM-II</b>	<b>DSM-III</b>	<b>DSM-III-R</b>	<b>DSM-IV</b>	<b>DSM-IV-TR</b>	<b>DSM-5</b>
Bahsedildiği başlık	Çocukluk çağı sosyalleşemeyen agresif reaksiyonu	Davranım bozukluğu	Yıkıcı davranış bozuklukları	Dikkat eksikliği ve yıkıcı davranış bozuklukları	Yıkıcı davranış bozuklukları	Yıkıcı, dürtü kontrol ve davranım bozuklukları
Tanı Ölçütleri	Kavgacılık, fiziksel ve sözel saldırganlık, yıkıcılık, açık ya da gizli düşmanca itaatsizlik ve intikamcılık ile karakterize olan hırsızlık, yalan söyleme, öfke nöbetleri, başka çocuklara düşmanca sataşmanın yaygın olduğu bozukluktu r. Bu bozukluğa sahip bireylerde genel olarak tutarlı bir ebeveyn kabulü ve disiplini yoktur.	Çocukların ve ergenlerin sıradan şaka ve yaramazlıklarında n daha ciddi boyutta olan temelde başkalarının temel haklarını ya da yaşına uygun önemli toplumsal kuralların ve normların ihlal edildiği tekrarlayan davranış biçimleridir. Evde ve toplum içinde zorluklar yaygın olmakla beraber alt tiplere göre agresif ya da itaatkar cinsel aktiviteler vardır. Erken sigara, alkol ya da madde kullanımı yaygındır. Ek olarak sinirlilik, öfke patlamaları ve kıskırtıcı umursamazlık mevcuttur.		A. Başkalarının temel haklarının veya yaşa uygun toplumsal kuralların ve normların çiğnendiği tekrarlayıcı davranış örüntüsüdür: <i>İnsanlara ya da hayvanlara karşı saldırganlık gösterme</i> 1. Tehdit, göz korkutma ya da zorbaca davranışlar sergileyebilirler. 2. Sık sık fiziksel kavgalar başlatabilirler 3. Önemli derecede fiziksel zarara uğratabilecek bir silah kullanabilirler (bıçak, silah, kırık bir cam parçası, sopa vb.) 4. İnsanlara acıma duygusundan yoksun bir şekilde davranmıştır. 5. Hayvanlara acıma		A. Son bir sene içerisinde (on iki ay), aşağıda belirtilmiş olan kategoriler içerisindeki olan 15 kriterden en az üç tanesinin var olması ve en az bir tanı kriterinin de son altı ay içerisinde bulunması gerekir. Ayrıca diğerlerinin temel haklarını, yaşına uygun sosyal değerleri veya konulmuş olan kuralların yok sayılması, tekrarlı ve istikrarlı bir davranış örüntüsünün olması gerekmektedir. <i>İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık gösterme</i> 1. Çoğu zaman diğerlerine kabadayılık eder, gözdağı verir veya gözünü korkutur.

			<p>duygusundan yoksun bir şekilde davranmıştır.</p> <p>6. Başka insanların gözü önünde çalmıştır (saldırıp soyma, gasp etme, silahla soygun)</p> <p>7. Başkasını cinsel etkinlikte bulunması için zorlamıştır.</p> <p><i>Mal kaybına ya da hasara neden olan davranışlar</i></p> <p>8. Bilerek yangın çıkarmak</p> <p>9. Yangın çıkarmak dışında bilerek başkalarının mallarına zarar vermek (araba camları kırmak vb.)</p> <p><i>Dolandırıcılık ya da hırsızlık</i></p> <p>10. Başka birisinin evine, yapısına veya arabasına zor kullanarak girmiştir.</p> <p>11. Bir kazanç elde etmek, bir çıkar sağlamak veya sorumluluklarında kaçmak amacıyla çoğu zaman yalan söyler (diğerlerini "kazıklar")</p> <p>12. Diğerleri görmeden değerli nesnelere çalmıştır (dükkanlardan mal çalma)</p> <p><i>Kuralları önemli derecede çiğneme</i></p> <p>13. Anne ve babanın koymuş olduğu yasaklara rağmen, on üç yaşından önce başlayarak çoğu zaman geceyi dışarıda geçirmek</p> <p>14. Anne ve babanın veya onların yerini tutanların evinde kalırken en az iki kez evden kaçmıştır veya uzun bir zaman geçmeden dönmediği bir kez</p>	<p>2. Çoğu zaman kavga eder, dövüş başlatır.</p> <p>3. Diğerlerinin ciddi bir şekilde yaralanmasına sebep olabilecek bir araç kullanmıştır (taş, çakı, kırık bir cam parçası, silah)</p> <p>4. İnsanlara acıma duygusundan yoksun bir şekilde davranmıştır.</p> <p>5. Hayvanlara acıma duygusundan yoksun bir şekilde davranmıştır.</p> <p>6. Başka insanların gözü önünde çalmıştır (saldırıp soyma, gasp etme, silahla soygun)</p> <p>7. Başkasını cinsel etkinlikte bulunması için zorlamıştır.</p> <p><i>Eşyalara kırma ve eşyalara zarar verme</i></p> <p>8. Önemli derecede hasar vermek amacıyla isteyerek yangın çıkarmıştır.</p> <p>9. Bile isteye başkalarının malına ve mülküne zarar vermiştir (yangın çıkarmanın dışında)</p> <p><i>Dolandırıcılık veya hırsızlık</i></p> <p>10. Başka birisinin evine, yapısına veya arabasına zor kullanarak girmiştir.</p> <p>11. Bir kazanç elde etmek, bir çıkar sağlamak veya sorumluluklarında kaçmak amacıyla çoğu zaman yalan söyler (diğerlerini "kazıklar")</p> <p>12. Diğerleri görmeden değerli nesnelere çalmıştır (dükkanlardan mal çalma)</p>
--	--	--	---	--

				<p>evden kaçışı olmuştur.</p> <p>15. On üç yaşından önce başlayan zamanın çoğunda okuldan kaçmaları olmuştur.</p> <p>B. Üç (ya da daha çok) karakteristik davranışın son 12 ay içerisinde bulunması ve en az bir davranışın son 6 ay içinde bulunması gerekmektedir.</p> <p>Davranış bozukluğu akademik, mesleki ya da sosyal işlevsellikte klinik anlamda belirgin bozulmaya sebep olur.</p> <p>C. Davranım bozukluğu 18 yaşını geçmiş olan bireyler ancak antisosyal kişilik bozukluğu kriterleri karşılanmadığı zaman teşhis edilebilir.</p>		<p><i>Kuralları önemli derecede çiğneme</i></p> <p>13. Anne ve babanın koymuş olduğu yasaklara rağmen, on üç yaşından önce başlayarak çoğu zaman geceyi dışarıda geçirme</p> <p>14. Anne ve babanın veya onların yerini tutanların evinde kalırken en az iki kez evden kaçmıştır veya uzun bir zaman geçmeden dönmediği bir kez evden kaçışı olmuştur.</p> <p>15. On üç yaşından önce başlayan zamanın çoğunda okuldan kaçmaları olmuştur.</p> <p>B. Bu davranış bozukluğu, okulla, meslekle veya sosyal işlevsellikte klinik anlamda belirgin şekilde bozulmaya sebep olur.</p> <p>C. Birey 18 yaşında veya daha büyük yaşlardaysa toplumdışı (antisosyal) kişilik bozukluğu kriterlerini karşılamamaktadır.</p>
Süre	-	-		12 ay		12 ay
Alt tipler	-	Sosyalize olmayan agresif	Bireysel agresif	Çocuklukta başlayan tür	Çocuklukta başlayan tür	Çocuklukta başlayan tür
		Sosyalize olmayan nonagresif	Grup agresif		Ergenlikte başlayan tür	Ergenlikte başlayan tür
		Sosyalize agresif	Ayrılmamış agresif	Ergenlikte başlayan tür	Başlangıç yaşı belirsiz	Başlangıç yaşı belirsiz
		Sosyalize nonagresif	-		-	-
Belirleyiciler	-	-	-	-	-	Suçluluk veya pişmanlık duymama
						Yapabilirlik kaygısı taşımama
						Empati yoksunluğu
						Yetersiz ya da sığ duygulanım

<b>Tablo.2 Davranım bozukluğunun ICD-10 ve ICD-11 için değişimleri</b>		
	<b>ICD-10</b>	<b>ICD-11</b>
Bağlı bulunduğu başlık	Davranışsal ve duygusal bozukluklar	Yıkıcı davranış veya disosyal bozukluklar
Tanı ölçütleri	<p>1.Gelişimsel düzeye göre çok sık ya da şiddetli öfke patlamaları vardır.</p> <p>2.Çoğunlukla büyükler ile tartışır.</p> <p>3.Çoğunlukla kurallara karşı gelir ya da büyüklerin isteklerini reddeder.</p> <p>4.Çoğunlukla bile isteye diğerlerini kızdıracak şeyler yapar.</p> <p>5.Çoğunlukla kendi yapmış olduğu hataları ya da olumsuz davranışları için diğerlerini suçlar.</p> <p>6.Diğerleri tarafından kolaylıkla kızdırılabilir ya da alıngandır.</p> <p>7.Çoğunlukla kızgın ya da güceniktir.</p> <p>8.Çoğunlukla kincidir ya da intikam almak ister.</p> <p>9.Sorumluluklarından kaçmak, çıkar elde etmek için yalan söyler.</p> <p>10.Dövüş, kavga başlatır (kardeşler ile yapıla kavgaları kapsamaz).</p> <p>11.Diğerlerine ciddi derecede fiziksel zarara uğratabilecek silah (bıçak, taş, sopa vb.) kullanır.</p> <p>12.13 yaşından önce başlayan ailenin koymuş olduğu yasaklara rağmen geceyi dışarıda geçirir.</p> <p>13.Diğerlerine fiziksel saldırganlık yapar.</p> <p>14.Hayvanlara karşı fiziksel olarak acımasız davranır.</p> <p>15.Diğerlerinin malına mülküne bile isteye zarar verir (yangın çıkarma hariç).</p> <p>16.Ciddi anlamda zarar vermek amacıyla yangın çıkarır.</p> <p>17.Diğerleri görmeden değerli eşyaları çalar (sahtekarlık, dükkanlardan mal çalma)</p> <p>18.13 yaşından önce başlayan okuldan kaçmaları vardır.</p> <p>19.En az iki defa geceleri evden kaçır (veya uzun süre boyunca dönmediyse bir defa)</p> <p>20.Diğerlerinin gözü önünde hırsızlık yapar (silahlı soygun, kapkaççılık )</p> <p>21.Başka birini cinsel etkinlikte bulunmak için zorlar.</p> <p>22.Diğerlerine kabadayılık yapar (sarkıntılık, işkence etme, zarar ya da acı verme)</p> <p>23.Diğerlerinin aracına, binasına veya evine zorla girer.</p>	<p><i>İnsanlara ve hayvanlara yönelik saldırganlık:</i></p> <p>1.Başkalarını tehdit etme ya da zorbalık</p> <p>2.Fiziksel kavga, kışkırtma</p> <p>3.Diğerlerine ciddi derecede fiziksel zarara uğratabilecek silah (tuğla, kırık şişe, silah, çakı vb.) kullanır</p> <p>4.İnsanlara fiziksel zulüm</p> <p>5.Hayvanlara fiziksel zulüm</p> <p>6.Saldırgan hırsızlık biçimleri (kapkaç, gasp vb.)</p> <p>7.Başka birini cinsel etkinlikte bulunmaya zorlamak</p> <p><i>Mülkün tahrip edilmesi:</i></p> <p>8.Diğerlerinin mallarına ciddi derecede zarar verme amacıyla bile isteye yangın çıkarma</p> <p>9.Diğerlerinin mallarına bile isteye zarar verme (diğer çocukların oyuncaklarını bile isteye kırma, arabaları çizme, lastikleri patlatma)</p> <p><i>Hırsızlık ve saldırganlık:</i></p> <p>10.Değerli eşyaları çalmak (hırsızlık, sahtecilik)</p> <p>11.Sorumluluktan kaçmak ya da mal veya iyilik elde etmek için yalan söylemek (diğerlerini dolandırmak)</p> <p>12.Diğerlerinin aracına, binasına veya evine zorla girmek</p> <p><i>Ciddi kural ihlalleri:</i></p> <p>13.Ebeveynlerinin yasaklarına rağmen çocukların ya da gençlerin sürekli olarak bütün gece dışarıda kalması, sürekli olarak evden kaçması ya da sürekli izinsiz olarak okula, işe gitmemesi</p>
Süre	6 ay	12 ay
Alt tipler	Aile ortamıyla sınırlı davranım bozukluğu	Çocukluk başlangıcı
	Sosyalleşmemiş davranım bozukluğu	Ergenlik başlangıcı
	Sosyalleştirilmiş davranım bozukluğu	
	Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu	
	Diğer davranım bozuklukları	

Dünya Sağlık Örgütü'nün sınıflama sistemi olan Uluslararası İstatistiksel Hastalık Sınıflandırması ve İlgili Sağlık Sorunlarının 11. Baskısı olan ICD-11'de (WHO 2022) "Yıkıcı Davranış veya Disosyal Bozukluklar" ana başlığı altında "Davranış ve Disosyal Bozukluk" olarak tanımlanmaktadır. DSM-5'e benzer şekilde, davranış kalıpları dört kategoride (insanlara veya hayvanlara yönelik saldırganlık, mülke zarar verme, hırsızlık veya saldırganlık ve ciddi kural ihlalleri) sınıflandırılır ve başlangıç yaşına göre iki kategoriye ayrılır: çocukluk başlangıcı ve ergenlik başlangıcı (WHO 2022). Burada, ICD-10'dan (WHO 2019) farklı olarak, davranış örüntüsünün "6 ay veya daha uzun" yerine "en az 12 ay" boyunca kalıcı ve sürekli olması gerektiği belirtilmektedir. Ayrıca ICD-10'da davranım bozuklukları için tanımlanan çeşitli alt tiplerin (aile ortamıyla sınırlı davranım bozukluğu, sosyalleşmemiş davranım bozukluğu, sosyal davranım bozukluğu vb) kaldırılması da ICD-11'de yapılan bir diğer değişikliktir (WHO 2019, WHO 2022).

## Epidemiyoloji

Davranım bozukluğu epidemiyolojisi göz önüne alındığında çocuk ve ergenlerde psikiyatri kliniklerine başvurularda sıklıkla karşılaşılan bir bozukluktur. Özellikle davranım bozukluklarının ileride ruhsal ve yasal sorunlara, antisosyal kişilik bozukluğuna ve yaşam süresinin kısalmasına neden olması nedeniyle ciddi bir bozukluktur (Uysal 2012). Davranım bozukluğunun yaygınlığı incelendiğinde geniş (%1-%16) sonuçlara ulaşıldığı, toplumsal ve ülkeler arası farklılıkların göze çarptığı görülmektedir. Bu farklı sonuçların elde edilmesinde DSM baskısı ve araştırma grubunun özellikleri etkili olabilmektedir (Ateş 2014). Birleşik Arap Emirlikleri'nde 6-15 yaş arası 3278 çocukla yapılan bir çalışmada davranım bozukluğu oranı %1,5 olarak bulunmuştur (Eapen ve ark. 1998). İsveç'te bir çocuk ve ergen psikiyatri hastanesinde 137 çift ile yapılan bir çalışmada davranım bozukluğu kriterlerini karşılama oranı %27,7'dir (Ramklint ve ark. 2002). İngiltere'de 5-15 yaş arası 10438 çocukla yapılan bir çalışmada davranım bozukluğu yaygınlığı %1.47 (Ford 2003); Brezilya'da 7-14 yaş arasında %2,2 (Fleitlich-Bilyk & Goodman 2004); Tayvan'da 13-15 yaş arasında %2,5 (Gau ve ark. 2005); İrlanda'da 12-15 yaş arasında %1,2 (Lynch ve ark. 2006) olarak bulunmuştur. İran'da 6-17 yaş arası 9636 İranlı çocuk ve ergen üzerinde yapılan bir başka çalışmada ise davranım bozukluğu oranı %32,9 olarak bildirilmiştir (Mohammadi ve ark. 2014). Günümüze daha yakın sayılabilecek bir başka çalışmada ise Avrupa'da gençler arasında davranım bozukluğu yaygınlığı incelenmiş ve Avrupa'da davranım bozukluğu oranı %1,5 olarak hesaplanmış, bu oran erkeklerde %1.8, kadınlarda ise %1.0 olarak hesaplanmıştır (Sacco ve ark. 2021).

**Tablo.3 Uluslararası ve ulusal alanda yapılmış epidemiyolojik çalışmalar**

Uluslararası				Ulusal			
Çalışma	Cinsiyet		Genel Davranım Bozukluğu Oranı	Çalışma	Cinsiyet		Genel Davranım Bozukluğu Oranı
	K	E			K	E	
Eapen ve ark. (1998)			%1,5	Gül ve ark, (2010)			%4,4
Ramklint ve ark. (2002)			%27,7	Ercan ve ark, (2019)	%0,29	%0,4	%0,36
Ford ve ark. (2003)			%1,47				
Fleitlich-Bilyk ve Goodman (2004)			%2,2				
Gau ve ark. (2005)			%2,5				
Lynch ve ark. (2006)			%1,2				
Mohammadi ve ark. (2014)			%32,9				
Sacco ve ark. (2021)	%1,0	%1,8	%1,5				
Polanczyk ve ark. (2015)			%2,1				
Erskine ve ark. (2013)	%1,5	%3,6					
Fairchild ve ark. (2019)	%1-2	%3-4	%2-2,5				

Ülkemizde 2010 yılında Trabzon ilinde 6-12 yaş arası 1126 çocukla yapılan bir çalışmada davranım bozukluğu oranı %4,4 olarak bulunmuştur (Gül ve ark. 2010). Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada ise davranım bozukluğu görülme oranı kızlarda %0.36 ve görülme sıklığı %0.29, erkeklerde ise %0,4 olarak bulunmuştur (Ercan ve ark. 2019).

1985-2012 yılları arasında 27 ülkede yapılan 41 çalışmanın meta analizinde davranım bozukluğu yaygınlığı %2,1 olarak bulunmuştur (Polanczyk ve ark. 2015). 1990, 2005 ve 2010 yıllarında üç dönem halinde yapılan bir çalışmada, davranım bozukluğunun küresel yaygınlığı erkekler için %3,6 ve kadınlar için %1,5 olarak

bulunmuştur (Erskine ve ark. 2013). Bir başka çalışmada, davranım bozukluğunun küresel yaygınlığının %2-2,5 olduğu, yaygınlığın erkeklerde %3-4, kızlarda ise %1-2 olduğu bildirilmiştir (Fairchild ve ark. 2019).

## Etyoloji

Davranım bozukluklarının etiyolojisinde diğer ruhsal bozukluklarda olduğu gibi tek bir faktörün etkisinden bahsetmek mümkün değildir. Bu bozuklukta genetik faktörlerin çevresel faktörlerle bir araya gelerek epigenetik çerçevede ortaya çıkmasına neden olduğunu söylemek daha doğru olacaktır (Rodopman 2019). Kring ve arkadaşları (2017) genetik, psikoloji, nörobiyoloji ve sosyal faktörlerin kendi aralarında etkileşime girerek davranım bozukluklarının etiyolojisinde önemli rol oynadığını belirtmiştir. Literatüre baktığımızda, düşük sosyo-ekonomik düzey, parçalanmış aile, sürekli fiziksel ve cinsel istismara maruz kalma, antisosyal ebeveynlere sahip olma, iki veya daha fazla çocuklu ebeveynler, aşırı ceza veya yetersiz ebeveyn denetimi, işsizlik ve suç oranlarının yüksek olduğu okul ve mahalleler davranım bozukluğu için risk faktörleri olarak kabul edilmektedir (Arkan ve Üstün 2009, Lillig 2018, Masroor ve ark. 2019, Salmanian ve ark. 2020). Buna ek olarak, toplumsal şiddete tanık olmak veya toplumsal şiddet mağduru olmak, davranım bozukluğu geliştirme olasılığını sırasıyla iki ve dört kat artırmaktadır (Chan ve ark. 2022). Ayrıca, tüm bu risk faktörlerindeki artış da davranım bozukluğu geliştirme olasılığını artırmaktadır (Sagar ve ark. 2019). Loeber ve arkadaşları (2000) davranım bozukluklarını etkileyen risk faktörlerini üç gruba ayırmıştır. Bunlar biyolojik, çocukla ilgili ve psikososyal faktörlerdir. Biyolojik faktörler arasında genetik, nöroanatomi ve nörokimyasal bulgular, otonom sinir sistemi uyarımı, doğum öncesi ve sonrası sorunlar ve nörotoksinler; çocuk faktörleri arasında mizaç, bağlanma, zeka, akademik başarı ve sosyal beceriler; psikososyal faktörler arasında ise çocuk yetiştirme, akran etkisi, çocuk istismarı, yaşam stresörleri ve baş etme becerileri yer almaktadır (Burke ve ark. 2002, Murray ve Farrington 2010). Bu derlemede, davranım bozukluğunun nedenleri genetik ve biyolojik faktörler, bireysel faktörler ve psikososyal faktörler açısından ele alınmaktadır:

## Genetik ve Biyolojik Faktörler

Davranım bozukluğunun etiyolojisinde genler ve çevre arasındaki ilişkinin ele alındığı ikizlerle yapılan bir çalışmada, 9-10 yaşlarındaki çocuklarda davranış problemlerindeki bireysel farklılıkların %43'ü genetik faktörlerle, %44'ü çevresel faktörlerle açıklanırken, bir başka çalışmada genetik varyansın %61 olduğu öne sürülmüştür (Conner ve Lochman 2010, Wesseldijk ve ark. 2018). İkizlerle yapılan bir başka çalışmada, saldırgan davranışların (nesnelere, hayvanlara, insanlara vb. zarar verme) genetik olduğu görülmüştür. Ancak okuldan ve evden kaçma, hırsızlık, yangın çıkarma gibi olumsuz davranışlar çevrenin etkisi altında ortaya çıkmaktadır (Edelbrock ve ark. 1995). Ayrıca, babalarında antisosyal kişilik bozukluğu olan çocukların, babalarında antisosyal kişilik bozukluğu olmayan çocuklara kıyasla davranım bozukluğu geliştirme ve yetişkin yaşamlarında antisosyal davranışlarda bulunma riski iki kat daha fazladır (Blazei ve ark. 2008).

Davranım Bozukluğu karmaşık olduğundan, birçok gen ve genetik varyant fenotipe katkıda bulunur, bu nedenle davranım bozukluğu ile ilgili spesifik genleri tanımlamak için araştırmalar devam etmektedir (Salvatore ve Dick 2018). Araştırmalar, davranım bozukluklarının alkol ve madde kullanım bozuklukları da dahil olmak üzere diğer dışsallaştırıcı bozukluklarla genetik etkileri paylaşabileceğini düşündürmektedir. GABRA2 analizlerinde alkol ve uyuşturucu bağımlılığı ile ilişkili olan GABRA2, 860 çocuk ve ergen üzerinde yapılan bir çalışmada GABRA2 SNP için çocukluk çağı davranım bozukluğu ile ilişkilendirilmiştir (Salvatore ve Dick 2018). Sakai ve arkadaşları (2010) ise tam tersi bir sonuca ulaşmış ve GABRA2 SNP ile davranım bozuklukları arasında herhangi bir ilişki bulamamıştır.

Monoamin oksidaz-A (MAO-A) geni çocuklarda, ergenlerde ve yetişkinlerde saldırganlık bağlamında incelenmiş (Veroude ve ark. 2016), MAO-A genindeki eksiklikler saldırganlıkla ilişkilendirilmiş ve özellikle fiziksel veya cinsel istismar öyküsünün varlığında antisosyal davranışların ortaya çıkma olasılığının yüksek olduğu ortaya konmuştur (Torry ve Billick 2011). Bir başka çalışmada, MAO-A'yı kodlayan gendeki işlevsel bir polimorfizmin kötü muamelenin etkisini azalttığı sonucuna varılmıştır (Caspi ve ark. 2002). Bu sonuçların aksine, MAO-A'yı kodlayan gendeki polimorfizmlerin davranım bozuklukları için genetik bir risk oluşturduğunu desteklemeyen çalışmalar da vardır (Haberstick ve ark. 2005, Young ve ark. 2006). 442 Kafkasyalı erkek üzerinde yapılan bir çalışmada MAO-A'nın şiddet ve suç davranışı üzerinde önemli bir doğrudan etkisi olmadığı bulunmuştur (Dunedin, aktaran Beaver ve ark. 2007). Buna ek olarak, vazopressin, oksitosin ve vazopressin reseptörlerini (AVP, OXTR, AVPR1A ve AVPR1B) kodlayan genler çocuklarda saldırganlıkla ilişkilendirilmiş ve birkaç OXTR genindeki varyantlar davranım bozukluklarıyla ilişkilendirilmiştir (Veroude ve ark. 2016).

Gen-çevre etkileşimini ifade eden epigenetik mekanizmalar, genleri etkileyen ancak DNA dizilimini değiştirmeden işlevlerinde değişikliklere yol açabilen süreçleri ifade etmektedir. Yakın çevre, akran ilişkileri ve



ailesel psikososyal faktörlerin bu değişikliklere yol açan çevresel faktörler olduğunu vurgulamaktadırlar (Holz ve ark. 2018). Ayrıca, anne psikopatolojisi, madde bağımlılığı ve suç davranışı gibi risk faktörlerinin de epigenetik risk faktörlerini oluşturan diğer faktörler olduğu belirtilmiştir. Genel gen-çevre analizlerinde de davranım bozuklukları için genetik varyansın daha az kısıtlayıcı ortamlarda daha yüksek olduğu sonucuna varılmıştır (Salvatore ve Dick 2018).

Biyolojik faktörler arasında sayılabilecek bir diğer konu ise cinsiyettir. Davranım bozuklukları erkeklerde kadınlara göre daha yaygındır (Abalı ve ark. 2006, Loeber ve ark. 2000, Salmanian ve ark. 2020). Cinsiyete bağlı bu farklılık, erkeklerde androjen hormonları ile saldırganlık arasındaki ilişkiyi vurgulamaktadır (Çakar 2017, Rodopman 2019). Önceki çalışmalar, saldırganlığa karşı en etkili neorutransmitterin serotonin olduğunu göstermiştir (Searight ve ark. 2001). Serotonin dürtüsellik ve saldırganlıkla ilişkilidir ve dürtü kontrolü ve davranış bozukluğu olan kişilerde düşük miktarlarda bulunur (Rodopman 2019).

Annenin doğum öncesi dönemde alkol, sigara, metadon ve opioidler gibi toksik maddelere maruz kalması, fetüsü davranış sorunları açısından yüksek risk altına sokmaktadır (Dodge ve Pettit 2003). Bir araştırmaya göre, annenin hamilelik sırasında günde yarım paketten fazla sigara içmesi, davranış bozukluğu riskini 4.4 kat artırmaktadır (Larkby ve ark. 2011).

### **Nörogörüntüleme Çalışmaları**

Davranım bozukluğu ve diğer antisosyal bozukluklara ilişkin nörogelişimsel teoriler, başta ventromedial frontal korteks, striatum, amigdala, superior temporal korteks ve anterior ve posterior singulat korteks olmak üzere bir dizi kortikal ve subkortikal bölgedeki işlev bozukluklarının bu bozuklukların gelişiminde rol oynadığını öne sürmektedir (Wallace ve ark. 2014). Davranım bozukluğu olan gençlerle kontrol grubunun karşılaştırıldığı bir yapısal nörogörüntüleme çalışmasında, davranış bozukluğu olan gençlerde kontrol grubundaki gençlere kıyasla superior temporal girusta azalmış kortikal kalınlık, orbitofrontal kortekste azalmış yüzey alanı ve insulada artmış kortikal katlanma görülmüştür (Fairchild ve ark. 2015). Benzer şekilde, Fahim ve arkadaşları (2011) davranım bozukluğu olan çocuklarda kontrol grubundaki çocuklara kıyasla kortikal kalınlıkta azalma, singulat, prefrontal ve insular kortekslerde inceleme ve aynı beyin bölgelerinde gri madde yoğunluğunda azalma gözlemlemiştir. Huebner ve arkadaşları (2008) da gri maddenin azaldığı yönünde benzer bir sonuca ulaşmıştır. Bir başka yapısal nörogörüntüleme çalışmasında, parietal lob, frontal lob, anterior singulat, ligual girus, serebellumun posterior lobu ve insulada gri madde farklılıkları bulunmuştur (Zhang ve ark. 2018). Son olarak, birçok nörogörüntüleme çalışması amigdala hacminde bir azalma bulmuştur (Fairchild ve ark. 2011, Rogers ve De Brito 2016, Sterzer ve ark. 2007, Wallace ve ark. 2014).

### **Bireysel Faktörler**

Davranım bozukluğu olan çocuklarda bireysel faktörler arasında düşük öz saygı, dürtüsellik, mizaç, yönetici işlev bozukluğu, düşük IQ, zayıf sözel beceriler ve düşük okul başarısı yer almaktadır (Baker 2013, Murray ve Farrington 2010). Bir kurumun bakımı altında olmak da davranış bozuklukları için risk faktörüdür (Ayaz ve ark. 2012). Kronik fiziksel hastalık (özellikle nörolojik) veya engellilik, davranım bozukluğu riskini artıran bir diğer faktördür (Rodopman 2019). Bireysel faktörler arasında vurgulanan diğer risk faktörleri arasında bağlanma ilişkileri ve mizaç yer almaktadır. Bağlanma ilişkileri konusunda net bir kanıt olmamasına rağmen, çalışmalar güvensiz-kaçınmacı veya güvensiz bağlanma ile yıkıcı davranışlar arasında belirli bağlantılar olduğunu bildirmiştir. Mizaç ise erken çocukluk döneminde gözlemlenebilen biyolojik temelli bir davranış örüntüsüdür. Zor mizaçlı çocuklar ebeveynlerde uyumsuz tutumlara neden olabilir ve bu da davranış bozukluklarının gelişimini kolaylaştırır (Burke ve ark. 2002).

### **Psikososyal Faktörler**

Davranım bozukluğunun etiolojisini açıklamada çevresel risk faktörleri de önemlidir. İkiz çalışmaları, çocukluk çağı davranış sorunlarında ortak çevresel etkilerin varyansının %30 olduğunu göstermiştir (Baker 2013). Davranım bozukluğu her ekonomik düzeyde görülebilmekle birlikte, düşük sosyo-ekonomik statüye sahip ve işsizlik gibi sorunları olan ailelerde daha yaygındır (Chan ve ark. 2022, Çakar 2017, Searight 2001). Yine çocuğun kötü muamele gördüğü, fiziksel ya da cinsel istismara uğradığı, uyuşturucu kullanımı ya da bağımlılığının olduğu ailelerde davranım bozukluğu görülme olasılığı artmaktadır (Afifi ve ark. 2011). Ayrıca, aile dışındaki çevrenin de etiyojiye etkisi araştırılmış ve sapkın akranlarla arkadaşlık kurmanın davranım bozukluğunu yordadığı ve şiddet düzeyinin yüksek olduğu mahallelerde davranım bozukluğu yaygınlığının daha yüksek olduğu belirtilmiştir (Conner ve Lochman 2010, Murray ve Farrington 2010).

## Komorbidite (Eş Tanı)

Davranım bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenlerin başka psikiyatrik bozukluklara sahip olma olasılığı daha yüksektir (Greene 2002). Önceki çalışmalarda, davranım bozukluğu tanısı konan ergenlerin %79'unda en az bir ek psikiyatrik bozukluk olduğu görülmüştür. Davranım bozukluklarıyla ilişkili en yaygın psikiyatrik bozukluklar karşıt olma karşı gelme bozukluğu (KGB), dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB), duygudurum bozuklukları, kaygı bozuklukları, madde kullanım bozukluğu ve travma sonrası stres bozukluğudur (Kohls ve ark. 2021, Rowe ve ark. 2010, Salmanian ve ark. 2020, Woodward ve ark. 2023). Ayrıca, davranım bozukluğu ve bipolar bozukluğun komorbid olduğu, bunun da hastaneye yatış ve güvenlik güçleriyle temas gibi olumsuz yaşam sonuçlarıyla ilişkili olduğu belirtilmiştir (Woodward 2023). Tüm psikiyatrik bozukluklar arasında, karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, davranım bozukluğu ile en yüksek komorbiditeyi göstermiştir. Bunun, bu bozuklukların bazı çevresel ve sosyal semptomlarının güçlü bir şekilde benzer olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir (Salmanian ve ark. 2020). Nitekim karşıt olma karşı gelme bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenlerin bir kısmının yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde davranım bozukluğu tanısı aldığı belirtilmektedir (Rowe ve ark. 2002, Maughan ve ark. 2004). Araştırmalar, davranım bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenlerde en iyi komorbidite tanısının çocukluk çağı dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu olduğunu göstermektedir (Çenteli 2021). Ayrıca, madde kullanımı ile davranım bozukluğu arasında yakın bir ilişki olduğu ve her türlü madde kullanımının davranım bozukluğu ile yakından bağlantılı olduğu düşünülmektedir (Masroor ve ark. 2019, Reebye ve ark. 1995, Tamam ve Döngel 2018, Zohdi ve ark. 2022). Hopfer ve arkadaşları (Hopfer ve ark. 2013) bu konuda yaptıkları bir çalışmada, davranım bozukluğu olan bireylerin madde kullanımına erken yaşta başladıklarını ve madde kullanım bozukluğu geliştirme oranlarının yüksek olduğunu ortaya koymuşlardır. Dolayısıyla, erken yaşta madde kullanımına başlanması, daha sonraki madde kullanım sorunlarının en güçlü yordayıcılarından biridir (Anderson ve ark. 2018). Bir başka çalışmada, erken yaşta davranım bozukluğu öyküsünün madde kullanım bozukluğu olasılığını iki katına çıkardığı bulunmuştur (Sung ve ark. 2004). Davranım bozukluğu ve madde kullanımı arasındaki bu ilişki, davranım bozukluğunun önde gelen semptomlarından biri olan dürtü kontrolü eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Dürtüsellik, bağımlılığın ve madde kullanım bozukluklarının patolojisinin altında yatan bir nedendir (Bakhshipour ve Karimpour 2021, Zohdi ve ark. 2022).

Davranım bozuklukları, duygudurum ve anksiyete bozukluklarıyla da ilişkilidir. Klinik çalışmalar, davranım bozukluğu tanısı konan çocuk ve ergenlerin yaklaşık %50'sinin majör depresif bozukluk veya distimi tanı kriterlerini karşıladığını göstermiştir. Ayrıca, bu iki bozukluğun ergenlik döneminde madde kullanım sorunları ve intihar olasılığını artırdığı bildirilmektedir (Caserini ve ark. 2023). Davranım bozukluğu tanısı olmayan ancak anksiyete bozukluğu olan çocuklar da yaşamlarının daha geç bir dönemi olan ergenlikte davranım bozukluğu geliştirme riski altında olsalar da, davranım bozukluğu tanısı alan çocuk ve ergenlerin anksiyete bozukluğu geliştirme olasılığı daha yüksektir (Ateş 2014, Çıkılı 2015).

Bugüne kadar, davranım bozukluğu olan gençlerin komorbidite oranlarını ve cinsiyet farklılıklarını araştıran çok az çalışma yapılmıştır. Davranım bozukluğu tanısı erkeklerde kadınlara göre daha yaygındır (Salmanian ve ark. 2020). Öte yandan, davranım bozukluğu tanısı alan kadınların yaşamları boyunca psikiyatrik bozukluklara eşlik etme oranları da erkeklere göre daha yüksektir. Karşıt olma karşı gelme bozukluğu her iki cinsiyette de en sık görülen komorbid bozukluktur (Kohls ve ark. 2021). Ilomäki ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, davranım bozukluğu olan kadınların erkeklere kıyasla daha fazla travma sonrası stres bozukluğu yaşadığını ve daha fazla majör depresif bozukluğa sahip olma eğiliminde olduğunu bulurken, davranım bozukluğu komorbiditelerinde herhangi bir cinsiyet farklılığı gözlemlenmemişlerdir (Ilomäki ve ark. 2012).

## Ayrırcı Tanı

Davranım bozukluğuna başka psikiyatrik bozuklukların da eşlik edebilmesi iyi bir ayrırcı tanı yapılmasını gerekli kılmaktadır. Ayrırcı tanıda ilk düşünülmesi gereken psikiyatrik bozukluk karşıt olma karşı gelme bozukluğudur. Erken çocukluktan yetişkinliğe kadar herhangi bir yaşta teşhis edilebilen ancak genellikle 8 yaşından önce başlayan karşıt olma karşı gelme bozukluğu, sınırlı ruh hali, muhalif ve tartışmacı davranışlar, sürekli öfke ve kindarlık ile karakterize bir ruh sağlığı bozukluğudur. Bununla birlikte, karşıt olma karşı gelme bozukluğu, ortak genetik faktörler veya benzer özellikler nedeniyle DEHB, madde kullanım bozukluğu ve davranım bozukluğu ile komorbid olabilir (Hawes ve ark. 2023). Davranım bozukluğu tanısı alan çocuklarda görülen bazı davranışlar, karşıt olma karşı gelme bozukluğu tanısı alan çocuklarda da görülmektedir. Karşıt olma karşı gelme bozukluğunda yetişkinlere ve otoriteye karşı gelme örüntüsü vardır ancak ayırım yapılırken dikkat edilmesi gereken en önemli nokta, karşıt olma karşı gelme bozukluğu olan çocukların başkalarının temel haklarına veya

toplumsal değerlere ve yerleşik kurallara saldırmamasıdır (Lilling 2018, Sagar ve ark. 2019, Searight ve ark. 2001, Uysal 2012, Tamam ve Döngel 2018).

Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuklar da agresif davranışlar sergileyebilir, ancak bu dürtüsellik ve hiperaktiviteden kaynaklanmaktadır. Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı alan çocuklar bu tür davranışlar sergileseler bile toplumsal değerleri ve kuralları ihlal etmezler (Uysal 2012, Yücel 2020). Aralıklı Patlayıcı Bozukluk, provokasyon veya stres faktörlerine yanıt olarak orantısız bir şekilde devam eden agresif patlamalar ve dürtüsellik ile karakterizedir (Shevidi ve ark. 2023, Tay ve ark. 2022). Davranım bozukluklarıyla birlikte teşhis edilebilen bir diğer bozukluk da aralıklı patlayıcı bozukluktur. Lilling'e (2018) göre, aralıklı patlayıcı bozuklukta saldırgan davranışlar olsa da, bu davranışlar planlı olmaktan ziyade dürtüselidir. Ayrıca, davranım bozukluğu olan kişilerden farklı olarak, aralıklı patlayıcı bozukluğu olan kişiler öfke patlamalarından sonra suçluluk ve pişmanlık yaşarlar. Davranış bozuklukları, duygudurum bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde görülebilir ve bu davranış bozukluklarını ayırt ederken duygudurum ataklarının seyri önemlidir. Çocuğun ya da ergenin bu davranışı manik ya da hipomanik bir döneme ait olabilir (Ateş 2014). Alkol ve madde kullanımında aşırı doz ya da madde yoksunluğu yıkıcı davranışlara yol açabilir ancak bu durumların yokluğunda bu yıkıcı davranışlar ortadan kalkar (Yücel 2020).

## Prognoz

Davranım bozukluklarının prognozu değişkenlik gösterebilir. Genel olarak, davranım bozukluğu yetişkinlikte düzelebilir, ancak bazı bireylerde ilerleyen dönemlerde de devam edebilir ve bu bireyler antisosyal kişilik bozukluğu için tanı ölçütleri gösterir. Ayrıca araştırmalar, çocuklukta başlayan davranım bozukluğunun kötü seyirli olduğunu ve yetişkinlikte antisosyal kişilik ve madde kullanım bozukluklarının görülme olasılığını artırdığını göstermektedir (Arkan ve Üstün 2009, Çenteli 2021, Tamam ve Döngel 2018). Ayrıca davranım bozukluğuna dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu eşlik ettiğinde prognoz kötü olmakta, antisosyal ve şiddet içeren davranışlar daha sık görülmektedir (Tamam ve Döngel 2018). Çalışmalar, davranım bozukluğu tanısı alan bireylerin %40'ında antisosyal kişilik bozukluğu geliştiğini, geri kalan %60'ında ise (antisosyal kişilik bozukluğu gelişmeyen) sosyal ve mesleki işlevlerde bozulma olduğunu göstermiştir (Arkan ve Üstün 2009, Tamam ve Döngel 2018). Ayrıca, genetik faktörlerin kronik antisosyal davranışların gelişiminde önemli bir rol oynayabileceği gösterilmiştir. Ergenlerin çoğu bir tür antisosyal davranışta bulunur, ancak çoğunluğu bu davranışları yetişkinlikte sürdürmez (Mezquita ve ark. 2021).

Bazı bireyler yetişkinlikte bozukluğun çözüldüğünü deneyimlerken, diğerleri semptomlar sergilemeye devam eder ve antisosyal kişilik bozukluğu kriterlerini karşılar (Berluti ve ark., 2023). Çocuklukta başlayan davranım bozukluğu, yetişkinlikte antisosyal kişilik ve madde kullanım bozuklukları geliştirme riskini artırdığı için kötü bir prognozla ilişkilendirilmiştir (Eskander 2020). Ayrıca, davranım bozukluğu dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile birlikte ortaya çıktığında prognoz özellikle kötüdür, çünkü bu kombinasyon daha yüksek antisosyal ve şiddet içeren davranış olasılığı ile ilişkilidir (Thabrew ve ark. 2017).

## Tedavi Yaklaşımları

Davranım bozukluğu, toplum için ekonomik sonuçları açısından maliyetli bir ruhsal bozukluk olduğundan, tedavisi için birçok tedavi şekli denenmiştir (Arkan ve Üstün 2009, Sagar ve ark. 2019). Bu denemelere rağmen davranım bozukluğunun tedavisinde net bir sonuca ulaşılamamış olsa da farklı disiplinlerin uzun süre birlikte çalışarak sonuçları iyileştirebileceği belirtilmiştir (Sagar ve ark. 2019). Çocuk ve ergenlerle birlikte problemleri davranışların ortaya çıktığı okul, aile ve toplumu hedef alan çok boyutlu tedavi ile başarılı sonuçlar elde edilebilmektedir (Çıkkılı 2015). Çok boyutlu tedavi, Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT), sosyal beceri eğitimi, ebeveyn-ebeveyn eğitimi veya terapileri ve psikofarmakolojik yöntemleri içerir (Mohamed ve ark. 2022).

Davranım bozukluklarının özgül bir ilacı yoktur, ancak kullanılan ilaçların antipsikotikler, antidepresanlar, uyarıcılar, benzodiazepinler ve öfke patlamaları ve saldırganlık için merkezi sistem uyarıcıları olduğu bilinmektedir (Arkan ve Üstün 2009, Çıkkılı 2015, Rodopman 2019, Sagar ve ark. 2019). Bu noktada literatürde davranım bozukluklarının tedavisinde psikososyal müdahalelerin önemi vurgulanmakta, çocuk ve ergen yaş gruplarına göre yapılacak müdahalelerin önemi üzerinde durulmakta ve yetişkinlikte antisosyal davranışlar sergilemesi muhtemel olan en saldırgan gençlerde bu davranışların başlangıcının çocukluk dönemine kadar uzandığı belirtilmektedir (Sagar ve ark. 2019). Ayrıca, davranış sorunlarına yönelik müdahaleler orta çocukluk döneminde (6-11 yaş) başlatıldığında ve bilişsel-davranış temelli olduğunda daha etkili olmaktadır (Smaragdi ve ark. 2020). On yaşından önce davranım bozukluğu olan çocuklarda tedavi çocuk, okul ve aile odaklı çalışmaları içerirken, ergenlik dönemi başlangıçlı davranım bozukluğu tedavisinde çocukluk dönemi başlangıçlı davranım

bozukluğunda kullanılan yöntemlere toplum temelli uygulamalar ve kısmi yatış programları eklenmektedir. Kanıta dayalı etkinliği araştırılan ve olumlu sonuçlar elde edilen bu psikososyal yöntemlerde, her çalışmanın kuramsal bir arka planı vardır ve çocuk ya da ailedeki sorunlu alanlara odaklanır. Örneğin çocuk odaklı çalışmalarda davranışsal müdahaleler çocukların iletişim ve problem çözme becerileri ile öfke ve dürtü kontrolünü artırmayı hedeflerken, ergen odaklı yöntemlerde bu sorunlar bilişsel-davranışçı müdahalelerle ele alınmaktadır (Tonyalı ve ark. 2019). Bilişsel-davranışçı müdahalelerin kullanılması, çalışmalarda ortaya konan çocuk ve ergenlerde sosyal bilgi işleme mekanizmasındaki eksikliklerin giderilmesi açısından da önemli görülmektedir (Sagar ve ark. 2019). Ayrıca literatürde orta ergenlik ve daha büyük yaşlardaki ergenlerin tedavi programlarından yeterince fayda görmediği belirtilmiş, bu nedenle DB olan ergenler için zihinselleştirme temelli tedavi geliştirilmiştir. Bu modele göre bağlanma bozuklukları ve mentalizasyondaki eksiklikler saldırgan davranışların altında yatan nedenler olarak ifade edilirken, sosyal yaşamda tehdit algısının artması ya da başkalarının sıkıntılarına karşı duyarlılığın azalması ve saldırgan davranışların önlenememesi mentalizasyon eksikliklerinin altında yatan nedenler olarak söylenmektedir. Zihinselleştirme temelli tedavi uygulayan terapistler, yıkıcı saldırganlık karşısında bilgili olmaktan kaçınmakta, davranışın altında yatan zihinsel durumları bilmeme duruşu sergilemekte ve ergenlerin saldırganlıklarına dair psikolojik bir anlayış kazanmaya, ortaya çıkan duyguları zihinselleştirmeye ve böylece ergenlerin uyarılmışlıklarını psikolojik olarak tamponlamalarına yardımcı olmaya çalışmaktadır (Hauschild ve ark. 2022). Bir diğer müdahale yöntemi olan okul odaklı yöntem, sosyal-bilişsel teoriye dayanırken, bu uygulamalara öğretmenler, psikolojik danışmanlar ve psikologlar katılmaktadır (Tonyalı ve ark. 2019). Aile odaklı yöntemde (ebeveyn eğitim programları) ise eğitim programları davranış temelli ve ilişki temelli olmak üzere iki kategoriye ayrılmaktadır. Davranış temelli eğitim programları sosyal bilişsel kurama dayanır ve programın odağında anne ve baba olmak üzere çocuk, anne ve babanın karşılıklı etkileşimleri yoluyla çocuklarda değiştirilmesi gereken davranışları hedefler. Diğer ebeveyn eğitim programı olan ilişki temelli program ise hümanistik, psikodinamik ve aile sistem teorilerine dayanmakta ve çocuğun problemleri davranışlarının nedeni olan duygu ve düşünceleri anlamayı ve ebeveynlerin çocuğa verdiği tepkileri çocuğa odaklanarak değerlendirmeyi amaçlamaktadır (Arkan ve Üstün 2009, Tonyalı ve ark. 2019).

## Sonuç

Davranım bozukluğu, çocukluk veya ergenlik döneminde agresif ve antisosyal davranışlarla karakterize psikiyatrik bir bozukluktur. Son yıllarda yapılan çalışmalar, davranım bozukluğunun önemli bir yönüne daha dikkat çekmiş ve davranım bozukluğu olan çocuk ve ergenlerin geleneksel zorbalığın yanı sıra siber zorbalığın da faili veya mağduru olabileceğini ortaya koymuştur ki bu da davranım bozukluğunun anlaşılması ve tedavisinde bir alternatif olarak değerlendirilebilir. Etiyoloji net olarak tanımlanmamış olsa da, birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, biyolojik, bireysel ve psikososyal birçok faktörden etkilenen bir etiyoloji söz konusudur. Davranım bozukluğunun birçok psikiyatrik bozuklukla komorbiditesi gözlenmiştir, ancak en yüksek komorbiditeye sahip olan karşıt olma karşı gelme bozukluğu ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğundan dikkatle ayırt edilmelidir. Davranım bozukluğu çocuğu, aileyi ve toplumu olumsuz etkileyen bir sorun olduğu için tedavisi için multidisipliner bir yaklaşım sergilenmelidir. Bu tedaviler, çocuğun öfke ve saldırganlık patlamalarını önlemeye yönelik psikofarmakolojik tedaviler şeklinde olabileceği gibi, ebeveynleri de kapsayan ebeveyn eğitim programları ve çocuğun bilişsel sorunlarını ele alan bilişsel davranışçı terapi şeklinde de olabilir.

## Kaynaklar

- Abalı O, Onur M, Gürkan K, Çelik Ö, Tüzün ÜD (2006) İlköğretim çağı çocuklarındaki davranım bozukluğu semptomlarının sosyodemografik verilere göre değerlendirilmesi. *Dusunen Adam*, 19:14-19.
- Afifi TO, McMillan KA, Asmundson GJ, Pietrzak RH, Sareen J (2011) An examination of the relation between conduct disorder, childhood and adulthood traumatic events, and posttraumatic stress disorder in a nationally representative sample. *J Psychiatr Res*, 45:1564-1572.
- Anderson SL, Zheng Y, McMahan RJ (2018) Do callous-unemotional traits and conduct disorder symptoms predict the onset and development of adolescent substance use? *Child Psychiatry Hum Dev*, 49:688-698.
- APA (1968) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 2nd ed. Washington DC, American Psychiatric Association.
- APA (1980) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed. Washington DC, American Psychiatric Association.
- APA (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3rd ed rev. Washington DC, American Psychiatric Association.
- APA (1994) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed. Washington DC, American Psychiatric Association.

- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4th ed rev. Washington DC, American Psychiatric Association.
- APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. Washington DC, American Psychiatric Association.
- Arkan B, Üstün B (2009) Davranım bozukluğu olan çocuklara psikiyatrik yaklaşımda anne-baba eğitim programları: iki örnek bağlamında değerlendirme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1:155-174.
- Ateş S (2014) Davranım bozukluğu tanısı alan ergenlerin ebeveynlerinde psikopatolojik özellikler ve cinsiyetlerine göre karşılaştırılması (Uzmanlık tezi). İstanbul, İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Has. Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Ayaz M, Ayaz AB, Başgül ŞZ, Karakaya I, Şişmanlar ŞG, Yar G et al. (2012) 3-5 yaş grubu kurum bakımındaki çocuklarda ruhsal hastalık sıklığı ve ilişkili etmenler. *Türk Psikiyatri Derg*, 23:82-88.
- Baker K (2013) Conduct disorders in children and adolescents. *Paediatr Child Health*, 23:24-29.
- Bakhshipour RA, Karimpour VA (2021) The role of impulsivity and sensitivity to reward in dropout of addiction treatment in heroin addicts. *Addict Health*, 13:45-51.
- Baumann S, Bernhard A, Martinelli A, Ackermann K, Herpetz DB, Freitag C et al. (2022) Perpetrators and victims of cyberbullying among youth with conduct disorder. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 32:1643-1653.
- Beaver KM, Wright, JP, DeLisi M, Walsh A, Vaughn MG, Boisvert D et al. (2007) A gene x gene interaction between DRD2 and DRD4 is associated with conduct disorder and antisocial behavior in males. *Behav Brain Funct*, 3:30.
- Berluti K, Ploe ML, Marsh AA (2023) Emotion processing in youths with conduct problems: an fMRI meta-analysis. *Transl Psychiatry*, 13:105.
- Blazei RW, Iacono WG, McGue M (2008) Father-child transmission of antisocial behavior: the moderating role of father's presence in the home. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47:406-415.
- Burke J, Loeber R, Birmaher B (2002) Oppositional defiant disorder and conduct disorder: a review of the past 10 years, part II. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 41:1275-1293.
- Caserini C, Ferro M, Nobile M, Scaini S, Michelini G (2023) Shared genetic influences between depression and conduct disorder in children and adolescents: a systematic review. *J Affect Disord*, 322:31-38.
- Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW et al. (2002) Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science*, 297:851-854.
- Chan L, Simmons C, Tillem S, Conley M, Brazil IA, Baskin SA (2023) Classifying conduct disorder using a biopsychosocial model and machine learning method. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*, 8:599-608.
- Conner BT, Lochman JE (2010) Comorbid conduct disorder and substance use disorders. *Clin Psychol (New York)*, 17:337-349.
- Çakar FS (2017) Davranım bozukluğu. In *Çocuk ve Ergenlerde Gelişimsel ve Davranışsal Bozukluklar* (Ed S Avşaroglu):1-19. Ankara, Vize Yayıncılık.
- Çenteli K (2021) Davranım bozukluğu olan ergenlerin ailelerinde disiplin uygulamaları: Fenomenolojik bir çalışma (Yüksek lisans tezi). İzmir, Ege Üniversitesi.
- Çıkkılı UM (2015) Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluğu olan erkek çocuk ve ergenlerde nöropsikolojik test ve dinlenme hali fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (rs-fMRG) profili (Uzmanlık tezi). Kayseri, Erciyes Üniversitesi.
- Dodge KA, Pettit GS (2003) A biopsychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Dev Psychol*, 39:349-371.
- Eapen V, Al-Gazali L, Bin-Othman S, Abou-Saleh M (1998) Mental health problems among school children in United Arab Emirates: prevalence and risk factors. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 37:880-886.
- Edelbrock C, Rende R, Plomin R, Thompson LA (1995) A twin study of competence and problem behavior in childhood and early adolescence. *J Child Psychol Psychiatry*, 36:775-785.
- Ercan ES, Polanczyk G, Ardiç UA, Yüce D, Karaçetin G, Tufan AE et al. (2019) The prevalence of childhood psychopathology in Turkey: a cross-sectional multicenter nationwide study (EPICPAT-T). *Nord J Psychiatry*, 73:132-140.
- Erskine HE, Ferrari AJ, Nelson P, Polanczyk GV, Flaxman AD, Vos T et al. (2013) 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.
- Eskander N (2020) The psychosocial outcome of conduct and oppositional defiant disorder in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Cureus*, 12:e9521.
- Fahim C, He Y, Yoon U, Chen J, Evans A, Pérusse D (2011) Neuroanatomy of childhood disruptive behavior disorders. *Aggress Behav*, 37:326-337.
- Fairchild G, Passamonti L, Hurford G, Hagan CC, von dem Hagen EA, van Goozen SH et al. (2011) Brain structure abnormalities in early-onset and adolescent-onset conduct disorder. *Am J Psychiatry*, 168: 624-633.
- Fairchild G, Toschi N, Hagan CC, Goodyer IM, Calder AJ, Passamonti L (2015) Cortical thickness, surface area, and folding alterations in male youths with conduct disorder and varying levels of callous-unemotional traits. *Neuroimage Clin*, 8:253-260.

- Fairchild G, Hawes DJ, Frick PJ, Copeland WE, Odgers CL, Franke B et al. (2019) Conduct disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 5:1-25.
- Fleitch-Bilyk B, Goodman R (2004) Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 43:727-734.
- Ford T, Goodman R, Meltzer H (2003) The British child and adolescent mental health survey 1999:the prevalence of DSM-IV disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 42:1203-1211.
- Gau SS, Chong MY, Chen TH, Cheng AT (2005) A 3-year panel study of mental disorders among adolescents in Taiwan. *Am J Psychiatry*, 162:1344-1350.
- Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monuteaux MC, Goring JC, Faraone SV (2002) Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J Psychiatry*, 159:1214-1224.
- Gül N, Tiryaki A, Kültür SE, Topbaş M, Ak I (2010) Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder and comorbid disruptive behavior disorders among school age children in Trabzon. *Klin Psikofarmakol Bülteni*, 20:50-56.
- Haberstick BC, Lessem JM, Hopfer CJ, Smolen A, Ehringer MA, Timberlake D et al. (2005) Monoamine oxidase A (MAOA) and antisocial behaviors in the presence of childhood and adolescent maltreatment. *American journal of medical genetics. Part B, Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 135:59-64.
- Hauschild S, Kasper L, Volkert J, Sobanski E, Taubner S (2022) Mentalization-based treatment for adolescents with conduct disorder (MBT-CD): A feasibility study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, doi:10.1007/s00787-022-02113-4.
- Hawes DJ, Gardner, F, Dadds MR, Frick PJ, Kimonis ER, Burke JD et al. (2023) Oppositional defiant disorder. *Nat Rev Dis Primers*, 9:31.
- Holz NE, Zohsel K, Laucht M, Banaschewski T, Hohmann S, Brandeis D (2018). Gene x environment interactions in conduct disorder: Implications for future treatments. *Neurosci Biobehav Rev*, 91:239-258.
- Hopfer C, Salomonsen SS, Mikulich GS, Min SJ, McQueen M, Crowley T et al. (2013) Conduct disorder and initiation of substance use: A prospective longitudinal study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 52:511-518.
- Huebner T, Vloet TD, Marx I, Konrad K, Fink GR, Herpertz SC et al. (2008). Morphometric brain abnormalities in boys with conduct disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 47:540-547.
- Illomäki E, Hakko H, Illomäki R, Räsänen P (2012) STUDY-70 workgroup. Gender differences in comorbidity of conduct disorder among adolescents in Northern Finland. *Int J Circumpolar Health*, 71:17393.
- Kerekes N, Zouini B, Karlsson E, Cederholm E, Lichtenstein P, Anckarsäter H et al. (2020) Conduct disorder and somatic health in children: a nationwide genetically sensitive study. *BMC Psychiatry*, 20:595.
- Kohls G, Konrad K, Bauman S, Bernhard A, Martinelli A, Ackermann K et al. (2021) Sex differences in psychiatric comorbidity and clinical presentation in youths with conduct disorder. *J Child Psychol Psychiatry*, 63:218-228.
- Kring AM, Johnson SL, Davidson G, Neale J (2017) Anormal Psikoloji (Çeviri Ed. M. Şahin). Ankara, Nobel Yayınvevi.
- Larkby CA, Goldschmidt L, Hanusa BH, Day NL (2011) Prenatal alcohol exposure is associated with conduct disorder in adolescence: findings from a birth cohort. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50:262-271.
- Lillig M (2018) Conduct disorder: recognition and management. *Am Fam Physician*, 98:584-592.
- Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M (2000) Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39:1468-1484.
- Lynch F, Mills C, Daly I, Fitzpatrick C (2006) Challenging times: prevalence of psychiatric disorders and suicidal behaviours in Irish adolescents. *J Adolesc*, 29:555-573.
- Masroor A, Patel RS, Bhimanadham NN, Raveendran S, Ahmad N, Queeneth U et al. (2019) Conduct disorder-related hospitalization and substance use disorders in American Teens. *Behav Sci (Basel)*, 9:73.
- Maughan B, Rowe R, Messer J, Goodman R, Meltzer H (2004) Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *J Child Psychol Psychiatry*, 45:609-621.
- Mezquita L, Bravo AJ, Pilatti A, Ortet G, Ibáñez MI, Team CAS (2021) Preliminary validity and reliability evidence of the Brief Antisocial Behavior Scale (B-ABS) in young adults from four countries. *Plos ONE*, 16:e0247528.
- Mohamed MS, Marzouk SA, Ahmed FA, Nashaat NAM, Thabet ORAE (2022) Cognitive behavioral program on aggression and self-concept among institutionalized children with conduct disorder. *Arch Psychiatr Nurs*, 39:84-90.
- Mohammadi MR, Salmanian M, Ghanizadeh A, Alavi A, Malek A, Fathzadeh H et al. (2014) Psychological problems of Iranian children and adolescents: parent report form of strengths and difficulties questionnaire. *J Ment Health*, 23:287-291.
- Murray J, Farrington DP (2010) Risk factors for conduct disorder and delinquency: Key findings from longitudinal studies. *Can J Psychiatry*, 55:633-642.
- Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA (2015) Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. *J Child Psychol Psychiatry*, 56:345-365.
- Ramklint M, Von Knorring AL, Von Knorring L, Ekselius L (2002) Personality disorders in former child psychiatric patients. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 11:289-295.
- Reebye P, Moretti M, Lessard J (1995) Conduct disorder and substance use disorder: Comorbidity in a clinical sample of preadolescents and adolescents. *Can J Psychiatry*, 40:313-319.
- Rodopman AA (2019) Karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğunda izlem ve süreç, prognostik faktörler ve erken tedavinin etkisi. *Türkiye Klinikleri J Child Psychiatry-Special Topics*, 5:76-81.

- Rogers JC, De Brito SA (2016) Cortical and subcortical gray matter volume in youths with conduct problems: A meta-analysis. *JAMA Psychiatry*, 73:64-72.
- Rowe R, Costello EJ, Angold A, Copeland WE, Maughan B (2010) Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. *J Abnorm Psychol*, 119:726-738.
- Rowe R, Maughan B, Pickles A, Costello EJ, Angold A (2002) The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the great smoky mountains study. *J Child Psychol Psychiatry*, 43:365-373.
- Sacco R, Camilleri N, Umla-Runge K (2021) The prevalence of conduct disorders among young people in europe: Asystematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*, 64:637-638.
- Sagar R, Patra BN, Patil V (2019) Clinical practice guidelines for the management of conduct disorder. *Indian J Psychiatry*, 61:270-276.
- Sakai JT., Stallings MC, Crowley TJ, Gelhorn HL, McQueen MB, Ehringer MA (2010) Test of association between GABRA2 (SNP rs279871) and adolescent conduct/alcohol use disorders utilizing a sample of clinic referred youth with serious substance and conduct problems, controls and available first degree relatives. *Drug Alcohol Depend*, 106:199-203.
- Salmanian M, Mohammadi MR, Keshavarzi Z, Brand S (2018) An update on the global prevalence of conduct disorder (2011-2017): Study protocol for a systematic review and meta-analysis. *J Forensic Leg Med*, 59:1-3.
- Salmanian M, Mohammadi MR, Hooshyari Z, Mostafavi SA, Zarafshan H, Khaleghi A et al. (2020) Prevalence, comorbidities, and sociodemographic predictors of conduct disorder: The national epidemiology of Iranian children and adolescents psychiatric disorders (IRCAP). *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 29:1385-1399.
- Salvatore JE, Dick DM (2018) Genetic influences on conduct disorder. *Neurosci Biobehav Rev*, 91:91-101.
- Searight HR, Rottnek F, Abby SL (2001) Conduct disorder: diagnosis and treatment in primary care. *Am Fam Physician*, 63:1579-1588.
- Shevidi S, Timmins MA, Coccaro EF (2023) Childhood and parental characteristics of adults with DSM-5 intermittent explosive disorder compared with healthy and psychiatric controls. *Compr Psychiatry*, 122:152367.
- Smaragdi A, Blackman A, Donato A, Walsh M, Augimeri L (2020) Sex differences in the classification of conduct problems: Implications for treatment. *J Dev Life Course Criminol*, 6:280-295.
- Sterzer P, Stadler C, Poustka F, Kleinschmidt A (2007) A structural neural deficit in adolescents with conduct disorder and its association with lack of empathy. *NeuroImage*, 37:335-342.
- Sung M, Erkanlı A, Angold A, Costello EJ (2004) Effects of age at first substance use and psychiatric comorbidity on the development of substance use disorders. *Drug Alcohol Depend*, 75:287-299.
- Tamam L, Döngel BD (2018) Yıkıcı bozukluklar, dürtü kontrol ve davranım bozuklukları. In *Temel ve Klinik Psikiyatri* (Ed O Karamustafaloğlu):539-550. Ankara, Güneş Yayınevi.
- Tay A, Mohsin M, Rees S Silove D (2022) Prevalence and correlates of DSM-IV and DSM-5 intermittent explosive disorder amongst Myanmar refugees living in Malaysia: A population-based study. *Epidemiol Psychiatr Sci*, 31:e57.
- Thabrew H, McDowell H, Given KS, Murrell K (2017) Systematic review of screening instruments for psychosocial problems in children and adolescents with long-term physical conditions. *Glob Pediatr Health*, 4:2333794X17690314.
- Tonyalı A, Göker Z, Üneri ÜŞ (2019) Çocuk ve ergen davranım bozukluğu tedavisinde psikososyal müdahaleler. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 11:284-303.
- Torry ZD, Billick S (2011) Implications of antisocial parents. *Psychiatr Q*, 82:275-285.
- Uysal T (2012) İzmir ili Konak merkez ilçede ilköğretim 1.sınıf, 2.sınıf, 3.sınıf, 4.sınıf ve 5.sınıf öğrencilerinde dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, karşıt olma karşıt gelme bozukluğu ve davranım bozukluğu prevalansı (Uzmanlık tezi). İzmir, Ege Üniversitesi.
- Veroude K, Zhang-James Y, Fernández-Castillo N, Bakker MJ, Cormand B, Faraone, SV (2016) Genetics of aggressive behavior: An overview. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 171B: 3-43.
- Young SE, Smolen A, Hewitt JK, Haberstick BC, Stallings MC, Corley R et al. (2006) Interaction between MAO-A genotype and maltreatment in the risk for conduct disorder: Failure to confirm in adolescent patients. *Am J Psychiatry*, 163:1019-1025.
- Zhang J, Liu W, Zhang J, Wu Q, Gao Y, Jiang Y et al. (2018) Distinguishing adolescents with conduct disorder from typically developing youngsters based on pattern classification of brain structural MRI. *Front Hum Neurosci*, 12:152.
- Wallace GL, White SF, Robustelli B, Sinclair S, Hwang S, Martin A et al. (2014) Cortical and subcortical abnormalities in youths with conduct disorder and elevated callous-unemotional traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 53:456-65.
- Wesseldijk LW, Bartels M, Vink JM, Van Beijsterveldt CEM, Ligthart L, Boomsma DI et al. (2018) Genetic and environmental influences on conduct and antisocial personality problems in childhood, adolescence and adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 27:1123-1132.
- WHO (2019) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th version (ICD-10). Geneva, World Health Organisation.
- WHO (2022) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11th version (ICD-11). Geneva, World Health Organisation
- Woodward D, Wilens TE, Yule AM, Di Salvo M, Taubin D, Berger A et al. (2023) Examining the clinical correlates of conduct disorder in youth with bipolar disorder. *J Affect Disord*, 329:300-306.

Yücel Y (2020) Davranım bozukluğu temel belirtileri gözlenen ön ergenlere yönelik hazırlanan müdahale programının etkililiğinin değerlendirilmesi (Doktora tezi). İstanbul, İstanbul Arel Üniversitesi.

Zohdi Y, Mohammadkhani P, Karipour VA (2022) The role of anhedonia and low arousal in substance use disorder among adolescents with conduct disorder symptoms. Pract Clin Psychol, 10:111-120.

**Yazarların Katkıları:** Çalışmaya önemli bir bilimsel katkı sağlandığı ve makalenin hazırlanmasında veya gözden geçirilmesinde yardımcı olunduğu tüm yazar(lar) tarafından beyan edilmiştir.

**Danışman Değerlendirmesi:** Dış bağımsız

**Çıkar Çatışması:** Çıkar çatışması bildirilmemiştir.

**Finansal Destek:** Bu çalışma için finansal destek alındığı beyan edilmemiştir.

**Authors Contributions:** The author(s) have declared that they have made a significant scientific contribution to the study and have assisted in the preparation or revision of the manuscript

**Peer-review:** Externally peer-reviewed.

**Conflict of Interest:** No conflict of interest was declared.

**Financial Disclosure:** No financial support was declared for this study.