

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ
HAYDARPAŞA EĞİTİM HASTANESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI SERVİS ŐEFLİĐİ

ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU
TANILI BİREYLERDE PSİKOPATİ İLE
YÜZ TANIMA VE BAĞLANMA ARASINDAKİ İLİŞKİ

Murat ÖNCÜ

Hv. Tbp. Bnb.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi
Haydarpaşa Eğitim Hastanesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinin
Uzmanlık Eğitimi İçin Öngördüğü

UZMANLIK TEZİ

Olarak Hazırlanmıőtır

TEZ DANIŞMANI

Recep TÜTÜNCÜ

Doç.Hv. Tbp. Bnb.

İSTANBUL

2016

GATA Askeri Tıp Fakóltesi Dekanlığı'na:

“Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanıli bireylerde psikopati ile yüz tanıma ve bağlanma ilişkisi konulu bu çalışma jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

İMZA

Tez Danışmanı	: Doç. Hv. Tbp. Bnb. Recep TÖTÖNCÖ	
	(GATA Haydarpaşaa Eğitim Hastanesi)	
Başkan	: Prof. Hv. Tbp. Alb. Cengiz BAŞOĞLU	
	(GATA Haydarpaşaa Eğitim Hastanesi)	
Öye	: Doç. Dr. Yasin BEZ	
	(Marmara Üniversitesi)	
Öye	: Prof. Dz. Tbp. Alb. M. Alpay ATEŞ	
	(GATA Haydarpaşaa Eğitim Hastanesi)	
Öye	: Prof. Dr. Numan KONUK	
	(İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşaa Tıp Fakóltesi)	

ONAY:

Hv.Tbp.Bnb. Murat ÖNCÖ'nün 24.06.2016 tarihinde savunduğı bu tez akademi kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görölmüş ve kabul edilmiştir.

Hayati BİLGİÇ
Profesör Tabip Tümamiral
GATF Dekanı ve
Eğitim Hastanesi Baştabibi

TEŞEKKÜR

“Antisosyal Kişilik Bozukluğu Tanılı Bireylerde Psikopati ile Yüz Tanıma ve Bağlanma İlişkisi” konulu uzmanlık tezi çalışması Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Etik Kurulu’nun 29.01.2016 gün ve 1491-32-16/1539 sayılı kararı gereği Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Başkanlığı’nda yapılmıştır.

Uzmanlık eğitimim boyunca beni yetiştiren, bilgi ve becerilerini benimle paylaşan kıymetli hocalarım GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis Şefi Sayın Prof. Dr. Cengiz BAŞOĞLU’na teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca asistanlığım süresince yapmış olduğum nöroloji rotasyonu sırasında bilgi ve deneyimlerini paylaşan değerli hocam Prof. Dr. M. Fatih ÖZDAĞ’a, yetişmemde büyük katkıları ve emeği olan, tezimin tüm aşamalarında bana yol gösterip bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocalarım Prof.Dr. Servet EBRİNÇ, Prof.Dr. M.Alpay ATEŞ, Doç. Dr.Ayhan ALGÜL, Doç. Dr. Hakan BALIBEY ve Doç. Dr. Recep TÜTÜNCÜ’ye teşekkürlerimi sunarım.

Değerli yardımları ile her zaman yanımda olan, tez çalışmamdaki yardımlarından dolayı, asistanlığım süresince sıcak ve dostça bir çalışma ortamını paylaştığım asistan arkadaşlarıma, kliniğimizin değerli hemşirelerine ve tüm yardımcı personeline teşekkür eder, şükranlarımı sunarım.

Nöroloji, dahiliye ve çocuk psikiyatrisi rotasyonlarında bilgi ve deneyimlerini paylaşan değerli hocalarıma, Doç.Dr. M.Erdem TOĞROL, Doç.Dr. M. Güney ŞENOL, Doç. Dr. M.Tansel KENDİRLİ, Yar. Doç. Dr. Hakan TEKELİ ve Uzm. Dr. Gülhan AYHAN’ a ve aynı zamanda tezin hazırlanması esnasında her türlü konuda yardımını esirgemeyen klinik personeli P.Uzm.Çvş.Suat HANBAY’a teşekkür ederim.

Yaşamım boyunca hep yanımda olan, bu günlere ulaşmamda büyük emekleri olan aileme, tezimin hazırlanması sürecindeki her türlü yardımı, sonsuz özveri ve anlayışı sebebi ile sevgili eşim Ülker ve bana enerji kaynağı olan kızım Melis Sude ve oğlum Mert Efe’ye şükranlarımı sunarım.

Dr. Murat ÖNCÜ

ÖZET

Antisosyal Kişilik Bozukluğu Tanılı Bireylerde Psikopati ile Yüz Tanıma ve Bağlanma İlişkisi

Bu çalışma da ASKB tanısı alan bireylerde "Psikopat oluş" ve yüz tanıma becerilerinin ilişkisi ve bu durumun bağlanma özellikleri ile bağlantısının araştırılması amaçlanmıştır.

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre ASKB tanısı konulan 200 erkek hasta çalışmaya alınmıştır. Hasta grubuna yarı yapılandırılmış görüşme formu verilmiş ve sonrasında Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği, Bağlanma Ölçeği ve Yüz İfadesinden Duygu Tanıma Ölçeği uygulanmıştır.

ASKB tanılı 200 hasta psikopati puanlarına göre üç gruba ayrıldı. Gruplar arasında sürekli iş değiştirme, sigara içme, psikoaktif madde kullanımı, dayak yeme, çocukluğunda fiziksel ihmal edilme durumu, anne veya babadan 6 aydan uzun süre ayrı kalma, kendine zarar vermenin başlangıç yaşı, kendine zarar vermenin sıklığı, kendine zarar vermenin bağımlılığı durumu, intihar girişimi, işlenilen suçların çeşidi, toplam ceza, yasal sorunun bulunması ve birden fazla suç işleme oranı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.005$).

Yüz tanıma testindeki duygusal ifadelere verilen reaksiyon süreleri yönünden mutlu resime ($p=0.004$), kızgın resime ($p=0.042$) ve şaşırmış resime ($p=0.008$) verilen reaksiyon süreleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Anneye ve babaya bağlanma ölçeğinde tespit edilen toplam puan ile HPDÖ' de tespit edilen toplam puan arasında istatistiksel olarak negatif yönde, zayıf ($r= - 0,231$, $r=- 0,153$) ve anlamlı bir ilişki tespit edildi ($p= 0,001$, $p=0,031$).

Sonuç olarak psikopat oluş ile ilişkili olarak yüz tanıma becerilerinin azaldığı, ifadeyi tanıma zamanının uzadığı saptanmıştır. Bu durum sosyalizasyon ve kişilerarası ilişkileri olumsuz yönde etkiliyor gibi görünmektedir. Psikopati puanlarındaki artış ile anne-baba bağlanma düzeyinin azalması, psikopatinin oluşmasında önemli bir etken olabilir. Ancak bu durumun sonuç ya da neden olup olmadığının anlaşılabilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Psikopati, Bağlanma, Yüz Tanıma.

SUMMARY

The relationship between psychopathy, face recognition abilities and bonding in subjects with antisocial personality disorder

Purpose of our study was to investigate the relationship between psychopathy and face recognition abilities with individuals diagnosed with antisocial personality disorder (ASPD) and its relationship with bonding features.

Two-hundred male patients admitted to the Department of Psychiatry of GATA Haydarpasa Training diagnosed as ASPD according to DSM-5 criteria, were included into the study. Semi-structured Interview Form, Hare Psychopathy Checklist-Revised, Parental Bonding Instrument were given to the patients.

Patients were separated into three groups. Among the groups, there was statistically significant difference in terms of work change, smoking, psychoactive substance use, being punished, abuse, being separated from mother and father more than 6 months, age at exposed self-harm, frequency of self-harm, addiction to self-harm, suicide attempt, varieties of crimes, total number of penalty, legal issues and crime commitment more than on .

Reaction times to emotional expressions were also analyzed and the reaction time to the happy image($p=0.004$), angry image ($p=0.042$) and surprised image ($p=0.008$) were found to be statistically significant.

Consequently, it was found that face recognition abilities were decreased and recognition time was extended in psychopaths.

It can be concluded that socialization and interpersonal relations may be affected poorly due to poor bonding and emotion recognition abilities. The increase in psychopathy scores and the decreased level of parent bonding may be an important factor on development of psychopathy. However, more studies are needed to understand if it is a cause or a result.

Key words: Antisocial Personality Disorder, psychopathy, bonding, face recognition abilities.

İÇİNDEKİLER

ONAY SAYFASI.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
ÖZET.....	iii
İNGİLİZCE ÖZET.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	v
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vii
ŞEKİLLER.....	viii
TABLolar.....	ix
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	5
2.1. ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE PSİKOPATİ.....	5
2.1.1. Antisosyal Kişilik Bozukluğu.....	5
2.1.2. Psikopati.....	6
2.1.3. Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği.....	8
2.1.4. Psikopati ve ASKB Arasındaki Farklar.....	9
2.1.5. Epidemiyoloji.....	12
2.1.6. Etiyoloji.....	13
2.1.6.1. Biyokimyasal Faktörler.....	13
2.1.6.2. Hormonal Faktörler.....	14
2.1.6.3. Genetik Faktörler.....	15
2.1.6.4. Nöroanatomik Bozukluklar.....	15
2.1.6.4.1. EEG Anormallikleri.....	15
2.1.6.4.2. Düşük Otonomik Aktivite ve Kortikal Uyarılabilirlikte Azalma.....	16
2.1.6.4.3. Beyin Hasarları ve Fonksiyon Bozuklukları.....	17
2.1.6.5. Nörokognitif Teoriler.....	22
2.2. YÜZ TANIMA SÜREÇLERİ.....	24
2.3.1.BAĞLANMA KURAMI.....	25
2.3.2.ANA BABAYA BAĞLANMA ÖLÇEĞİ.....	28

3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	32
3.1 Çalışma Örneklemi.....	32
3.2 Veri Toplama Araçları.....	33
3.3.Uygulama.....	34
3.4. Verilerin Analizi	35
4. BULGULAR	36
5. TARTIŞMA.....	50
6. SONUÇLAR	61
7. KAYNAKLAR	64

EKLER

EK-A: Yarı yapılandırılmış Görüşme Formu	i
EK-B: Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği	v
EK-C: Anne ve Baba Bağlanma Ölçeği	vi
EK-D: Anne ve Baba Bağlanma Ölçeği	vii
EK-E: Yüzdeki Duygu İfadelerini Tanıma Testi	x

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABBÖ	:Ana Babaya Bağlanma Ölçeği
ABTE	:Ana Baba Tutum Envanteri
ASG	: Anterior Singulat Girus
ASKB	: Antisosyal Kişilik Bozukluğu
5HIAA	: 5 Hidroksi İndol Asetik Asit
BOS	: Beyin Omurilik Sıvısı
ÇYYİA	: Çocuğun Yetiştirilme Yaşantılarına İlişkin Anıları
DB	: Davranım Bozukluğu
DEHB	: Dikkat Eksiliği Hiperaktivite Bozukluğu
DLPFK	: Dorsolateral Prefrontal Korteks
DKB	: Disosyal Kişilik Bozukluğu
DSM-5	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DYİT	: Duygusal Yüz İfadesini Tanıma
EKT	: Elektrokonvulzif Tedavi
HPDÖ	: Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği
ICD	: International Classification of Diseases
IES	: Integrated Emotion System
MAO	: Mono Amino Oksidaz
OFK	: Orbitofrontal Korteks
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PCL-R	: Psychopathy Checklist-Revised
PFK	: Prefrontal Korteks
SHBG	: Seks Hormon Bağlayıcı Globulin
SİH	: Somatik İşaretleyici Hipotezi
TET	: Temel Emosyon Teorisi
VmPFK	: Ventro Medial Prefrontal Korteks
VMA	: Ventromedial Alan
VLS	: Ventral Limbik Sistem
VS	: Ventral Sitriatum

ŞEKİLLER DİZİNİ

<u>Şekil</u>	<u>Sayfa</u>
Şekil 2.1. Psikopatinin faktör yapısı	6
Şekil 2.2. Psikopati ve ASKB birlikteliği.....	10
Şekil 2.3. Prefrontal korteks anatomisi.....	18
Şekil 2.4. Phineas Gage vakasına ait bilgisayardaki demo görüntüsü.....	20
Şekil 2.5 Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Bağlanma Tipleri.....	27

TABLÖLER DİZİNİ

Tablo

Sayfa

Tablo 2.1. Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Bağlanma Özellikleri..... 28

Tablo 4.1. Psikopati gruplarının sosyo demografik özellikler
yönünden karşılaştırılması 37

Tablo 4.2. Psikopati gruplarının self mutilasyon yönünden
karşılaştırılması.....39

Tablo 4.3. Psikopati gruplarının intihar girişimi ve ilişkili özellikler
yönünden karşılaştırılması.....40

Tablo 4.4. Grupların yüz tanıma testinde duygusal ifadelere verilen
doğru yanıtlar yönünden karşılaştırılması.....41

Tablo 4.5. Grupların yüz tanıma testinde duygusal ifadelere verilen
reaksiyon süreleri yönünden karşılaştırılması.....42

Tablo 4.6. Bütün katılımcılarda anne babaya bağlanma verileri ile
yüz tanıma verileri arasındaki korelasyon43

Tablo 4.7. Her bir gruptaki anne babaya bağlanma verileri ile yüz
tanıma verileri arasındaki korelasyon.....44

Tablo 4.8. Her bir gruptaki anne babaya bağlanma verileri ile psikopati
arasındaki korelasyon.....47

Tablo 4.9. Her bir gruptaki anne babaya bağlanma verileri ile psikopati
arasındaki korelasyon.....48

Tablo 4.10. Grupların anne-baba bağlanma puanlarına göre
karşılaştırılması.....49

1. GİRİŞ

Antisosyal Kişilik Bozukluğu (ASKB), kişilerin erişkinlik ve ergenlik sürecinde sosyal kurallara uymasındaki bozukluğu ifade etmektedir. Sürekli bir şekilde, antisosyal veya suç işleme eylemleri ile karakterizedir. Fakat bozukluk suç ile eşanlamalı değildir (1).

ASKB ve Psikopati terimi profesyonel kişiler tarafından birbirleri ile eş ifadeli olarak kullanılsalar bile ASKB ve Psikopati terimleri çok farklı kavramlardır. Psikopati; antisosyal hayat biçimi, düşünmeden davranma özelliği, vicdansız ve duygu yoksunu davranış biçimi gösteren, Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği (HPDÖ) ile değerlendirilerek ölçümü yapılan, gelişimsel bir bozukluğu ifade etmektedir. Psikopatik kişiler, duygusal olarak duyarlı olmayan, işledikleri suçların kendileri haricindeki kişilere olan etkilerini umursamayan, topluma ait değerlere uyum sağlamayan, kişisel menfaatleri için kendisi haricindeki insanları kandırabilen ve bu davranışların kendilerine olan etkilerini umursamayan kişiler olarak tanımlanmaktadır. Bu kişiler, yakalanarak ceza alma ihtimali yüksek, kötü planlama yapılmış ve yeterince düşünülmeden yapılmış suçları işleyerek, önceden cezaya çarptırıldıkları davranışları tekrarlamaktan kaçınmazlar (2).

Son senelerdeki gelişmelerle ASKB ve Psikopati'nin gelişimine dair biyolojik etiyolojilerin belirlenmesiyle bu bozuklukların oluşmasından amigdalanın, orbitofrontal korteks (OFK)'in özellikle de ventromedial alan (VMA) larının sorumlu tutulduğu ifade edilmektedir. (3).

Bağlanma, çocuk ile onun bakımını sağlayan kişi arasındaki duygusal tanı olarak ifade edilir. Bağlanma kendisini çocuğun doğduğu andan itibaren birisine sıkıca bağlanması ve birisini araması süreci şeklinde kendisini gösterir. Bu sıkıca bağlanılan şahıs genellikle anne olur. Bebekler bir aylık süreci tamamladıklarından itibaren yakınlık sağlamayı arzuladıkları şahısla yakın olabilmek amacıyla bazı özel hareketler sergilerler (1).

Olağanüstü iyi olmayan şartlarda oluşan bağlanma örüntüsünü güvensiz bağlanma şeklinde ifade etmenin yeterli olmadığı görülmüş ve dezorganize bağlanma ifadesi sonradan geliştirilmiştir. Korumaya alınmış devlete bağlı olan kurumlarda yetiştirilen çocuklarda, daha sonradan evlatlık olarak alınsalar da tamamen düzelmeyen bağlanma bozuklukları meydana gelmektedir. Lise eğitimi ve öğretimi görenlerin bağlanmalarına dair algıları depresif bozukluk, madde kötüye kullanımı, kişilik bozuklukları ve yeme bozukluklarıyla ilişkili olarak tespit edilmiştir (4).

Güvenli olmayan bağlanma şekillerinin ergen ve erişkin olanlarda kişilik patolojisi ile; kaygılı bağlanmanın içe vuruk ve geri çekilme patolojilerle; kaçınan bağlanmanın ise bazı kişilik bozuklukları ile birliktelik gösterdiği ifade edilmiştir (5,6).

Duygu tanıma, genel olarak göz teması, yüz ifadesi, vücut hareketleri ve vücut duruşu ile gösterilen sözel ifade olunmayan iletişim biçiminin ana bileşenidir. Duygu ifadelerinin tanınmasındaki zorluklar sosyal etkileşim biçimi ve bireyler arası iletişim problemlerine yol açar (7). Duygu tanımadaki yaşanan zorluklar öncelikle şizofreni olmak üzere, bipolar bozukluk, depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk (OKB) gibi birden fazla psikiyatrik hastalıkta tanımlanmıştır (8). Yapılan birden fazla çalışmada şizofreni hastalığı olanlarda duyguları algılama basamakları araştırılmış ve hastalığa sahip olanların yüz tanıma kişilerin kendilerine gösterilen iki yüz ifadesi aynı mı? bunun ayırt edilmesi ve duygu tanıma (duyguları seviyelendirme, sınıflandırma, değerlendirebilme) kabiliyetlerinde kusurlar olduğu bildirilmiştir (9).

Bununla beraber yüz tanımaya dair yapılan insan ve hayvan araştırmalarına dayandırılan yeni tespit edilen bir modelde duygu algılamanın iki adet sinir sistemine dayandığı öne sürülmektedir (10). Bu yeni modele göre insula, amigdala, anterior singulat girus (ASG) 'un ventral bölgeleri, ventral sitriatum (VS) ve prefrontal korteksi (PFK) 'ide içine alan ventral limbik sistem (VLS) bir uyarının duygusal olarak önemini ifade etme ve arkasından oluşturulan afektif cevap için hayati bir önem taşımaktadır (11). Dorsal sistem

ise anterior singulat girus, hipokampus ve prefrontal korteksin dorsal alanlarını içine alır. Dorsal sistem duygusal durumların düzenlenmesi için gerekli olan yürütücü becerilerde önemlidir. Limbik sistemin birden fazla fonksiyonunu etkileyen şizofrenide duyguları biçimlendirme sürecinin; ifade etme, tecrübe etme ve tanımayı içine alan bütün bölümleri etkilenmiştir (11).

Suç davranışlarının olduğu ötimik bipolar bozukluğu olanlarda duygusal yüz ifadesini tanıma (DYİT) becerisinin araştırıldığı ilk çalışmada (12). Suç davranışları olduğu tespit edilen bipolar bozukluk hastalarının korkulu ve orta seviyede kızgın olan duygusal yüz ifadelerinin yanlış olarak tanınması ve remisyon sürecinde bile duygusal yüz ifadelerine cevap vermek için diğer kişilere nazaran biraz daha fazla süreye ihtiyaç gibi birtakım sosyal etkileşim problemleri olabileceği gösterilmiştir.

Kraniyal bölgeye uygulanan irradyasyonun yüz ifadesini tanıma becerisine olan etkilerinin araştırıldığı ve bu becerinin sağlıklı kontrol grubu ile karşılaştırıldığı bir çalışmada: Frontal alan ve Hipokampus gibi spesifik ve bilişle ilgili olan bölgeler dikkate alınmadan beyne uygulanan radyoterapi sürecinden sonraki aşamada hastalarda üzüntü, korku ve şaşkınlık şekillerinde düzelmelerin tespit edilmesi ilgi çekicidir (13).

Duygu tanıma aşamalarının geliştirilmesi şizofreni hastalarının sosyal becerilerini ve işlevselliklerini arttırabilme yönünden önemlidir. Bilişsel olarak gelişimi arttırabilecek ve sosyal yetenekleri geliştirecek eğitim programlarının uygulanmasının şizofreni hastalarında etkili sonuçlarının olduğu düşünülmektedir.

Antipsikotik tedavinin şizofrenisi olanlarda duygu tanıma ve duyguları anlatabilme yeteneklerine olan etkilerini araştırın çalışmalar yapılmıştır. Wolf ve ark.'nın yaptıkları bir çalışmada, iki hafta uygulanan tedavi süreci sonrasında şizofrenisi olanlarda olanzapinin yüzdeki duygu ifadelerine etkisinin olmadığı, risperidonun ise azalttığı saptanmıştır (14). Tedaviye direnç gösteren kişilerde klozapin verilerek yapılan bir araştırmada, klozapinin nörokognitif defisitlerin ve yüz tanıma tedavisinde faydalı

olabileceği öne sürülmüştür (15). Yapılan bir diğer çalışmada da ketiapinin öfke ve şaşkınlık ifadelerini tespit edebilme de faydalı olduğu gösterilmiştir (16).

Şizofreni tedavisindeki yöntemlerden bir diğeri olan Elektrokonvulzif Tedavi (EKT) 'nin dirençli şizofrenisi olanlar için etkili bir tedavi metodu olduğu bildirilmektedir (17). Rami ve arkadaşlarının bir çalışmasında EKT'nin erken aşamasında hafif derecede sağ hemisfer fonksiyon bozukluğuna neden olabileceği belirtilmiştir (18). Sağ hemisferin tüm duyguları işlemekten geçirme basamağı için özelleştiği bilinmektedir (11). EKT nin nörofizyolojik olarak olumlu olmayan etkilerine dair tutarlı olan bulgular tedavi sürecinin akut dönemine ve sıklıkla da depresif bozukluğu olanlarla yapılan çalışmalara dayanmaktadır (17). Akut EKT ye dayandırılan temel nöropsikolojik problem hafıza bozukluğudur. Yapılan birden fazla çalışma tedavi sürecinden itibaren 3-6 ay sonra oluşan ve yavaş olarak kaybolan kalıcı olmayan hafızadaki fonksiyon bozukluğunu göstermiştir (17). Bütün bunlara ilaveten, EKT'nin tedaviye direnç sebebiyle sürdürüm tedavisi olarak kullanıldığı bir çalışmada hasta olan kişilere ek olarak bilişsel bir bozukluk getirmediği ifade edilmiştir (19).

Bu çalışmada ASKB tanısı alan bireylerde; Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği ile psikopati seviyelerinin, Ana Babaya Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) ile Bağlanma düzeylerinin ve Yüz Tanıma Testi ile Yüz Tanıma becerilerinin belirlenmesi ve elde edilen bu sonuçlar ile birbiri arasındaki ilişkiyi değerlendirmek hedeflenmiştir. Araştırmanın sonucunda, birçok adli ve sosyal sorun yaşayan ASKB tanılı bireylerin bozukluğun oluşumunda bağlanma paternlerinin ortaya çıkarılması, "psikopat oluş" ta yüz tanımanın rolünün saptanması hedeflenmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE PSİKOPATİ

2.1.1. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısı olan kişilerin hikayesinde hayatlarının büyük bir kısmında bozukluk vardır. Doğru söylememe, okuldan firar etme, evden firar etme, hırsızlık yapma, kavgaya etme, madde kötüye kullanımı ve yasa dışı faaliyetler, çocukluk çağlarında başlayıp ilerleyen süreçte devam eden tipik yaşantılardır. Bu hastalar, kendi cinsinden olmayan klinisyenleri, sık olarak kişiliklerinin baştan çıkarıcı ve renkli özellikleri ile etkilerlerken, kendi cinslerine karşı talepkar davranabilirler. Özkıyım tehditleri ve somatik yakınmaları olmasına rağmen kendi halleriyle uyumsuz görünsede anksiyete ve depresyonları olmayabilir. Çoğunlukla sözel zekâlarının iyi olduğu izlenimi bırakırlar.

Antisosyal kişilik bozukluğu olanlar hile yapan kişilerin en iyi temsilcisidirler. Bu şahıslar şöhret sahibi olmak, ün kazanmak ve kolay yollardan para sahibi olmak için kendi haricindeki kişileri, tasarladıkları planlara dahil etmeye çalışırlar. Hazırladıkları bu planlar sonunda sosyal bir utanca neden olabilir. Yalan söylerler, verilen bir görevi yerine getirirken dürüst davranmazlar, ahlaki değerleri hiçe umursamazlar. Günübürlük cinsel birliktelikler, eşin kötüye kullanılması, kendi çocuklarının kötüye kullanımı, alkollü olarak araç kullanma hayatlarındaki sıradan olaylardan bazılarıdır.

Antisosyal Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri;

A. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) olduğu, 15 yaşından itibaren süregelen, başkalarının haklarını çiğneme ile karakterize örüntü.

- 1.Tutuklama sebebi sayılabilecek tekrarlayıcı eylemlerde bulunma şeklinde, sosyal niteliklere uymada başarısızlık.
- 2.Sürekli olarak yalan söyleme, takma ad kullanma, kendi zevkleri için kendi haricindekileri yanıltma gibi tutumlar.
3. Dürtüsel davranma veya gelecek için bir planlamasının olmaması.
4. Tekrarlayan sinirlilik ve saldırganlık.
5. Kendisinin veya diğer şahısların güvenliği konusunda umursamazlık.
- 6.Süreklilik gösteren bir işinin olmaması veya parasal yönden sorumluluklarını yapmama şeklinde, sürekli olan sorumsuzluk halinin olması.
- 7.Başkasına kötü davranma, zarar verici davranışta bulunma veya başkalarının bir şeylerini çalmalarına rağmen ilgisiz davranma veya bu davranışlarına kendi açılarından mantıklı açıklamalarda bulunma şeklinde vicdan azabı ve pişmanlık hissetmeme.

B. Kişinin yaşı en az 18' dir.

C.15 yaşından önce davranım bozukluğunun başladığına dair kanıtlar vardır.

D.Bipolar bozukluk süreci veya Şizofreni sürecinde ortaya çıkmamıştır (20).

2.1.2.Psikopati

Psikopati ifadesi ilk olarak 19. yüzyılda Psikiyatrist P. Pinel'in "Mania sans delire (Madness without delirium)" ifadesi ile ortaya konulmuştur. Pinel bu ifadeyle, herhangi bir psikotik bulgusu olmayan ve entellektüel becerileri normal olan kişilerdeki ahlaki değerlerin olmaması ve kontrol dışı hareketleri tanımlamaktadır. 20. yüzyılda ise bu psikopati kavramı, H. Cleckley'nin "Mask of Sanity" isimli kitabında insanlar arası, duygulanım ve hareket özelliklerinin birbiri ile olan etkileşimi sonucu vuku bulan bir kavram olarak ifade edilmektedir. Hare, bu ifadeyi başlangıç noktası olarak değerlendirip, HPDÖ'ni geliştirmiştir (21,22). Psikopatlar, antisosyal hayat tarzıyla birlikte

bencil, manipüle edici, sorumluluk duygusu olmayan, dürtüsel davranan, korkmayan, duygu yoksunu, empati kuramayan ve vicdansız olan kişiler olarak ifade edilmektedir (21). Psikopatik bireyler, uyaran arama ihtiyacı olan ve buna yönelik hareket tarzı olan, hayal kırıklığına tahammül edemeyen, çok derin duygusal beraberlik kuramayan kişilerdir. Empati kurmada eksiklik ve vicdan eksikliği nedeniyle diğer kişilerin duygularına karşı duyarsızdırlar. Emosyonel cevapların düzenlenme ve işlenmesi sürecindeki bozukluklar nedeniyle ceza birisinin kaybı, ceza alma gibi iyi sonuçlanmayan olaylardan ders almamaktadırlar (2). Günümüzdeki psikopati, bahis olunan bozuklarla birlikte, saldırgan ve dürtüsel hareket modeli ile karakterize olan gelişimsel bir bozukluktur (21).

20. yüzyılda suç davranışı olan psikopat kişilerle yapılan çalışmalar neticesinde, birincil ve ikincil psikopati olarak birbirinden farklı iki grup tanımlaması yapılmıştır. Birincil psikopatlar; duygusu olmayan, soğukkanlı, vicdan yoksunu ve sakın kişiler olarak, ikincil psikopatlar ise emosyonel yönden durağan olmayan ve anksiyeteli kişiler olarak adlandırılmaktadır. Her iki grupta antisosyal ve dürtüsel davranışlar sergilemektedir; fakat nörotik veya ikincil olarak adlandırılan psikopatlar oynak bir duygulanım sergilemektedirler. Günümüzde ikincil psikopatlar DSM-5'te Borderline Kişilik Bozukluğu, ICD 10'da ise Emosyonel Olarak Durağan Olmayan Kişilik Bozukluğu olarak adlandırılmaktadır (23). McCord, birincil olarak adlandırılan psikopatiyi sosyal emosyonların meydana gelmesinde bazı eksiklikler yaşayan, sosyal olmayan davranışlar sergileyen kişiler olarak; "yalancı psikopat" olarak da adlandırılan ikincil psikopatiyi ise emosyonel olarak bozukluk göstermeyen, antisosyal hareketler gösteren kişiler olarak adlandırmaktadır. İkincil psikopatlar düzenbaz ve sapkın hareketlerini, çevresel ve sosyal etkenlerin olumsuz etkilerine cevap olarak oluştururlar. Birincil psikopatların hareketleri ise bütünüyle genetik ve biyolojik faktörler vasıtasıyla yönlendirilmektedir. Birincil psikopatlar çoğunlukla psikofizyolojik olarak uyarılabilirliklerini sağlamak amacıyla suç işlemekte veya suçlara alternatif hareketler sergilemektedirler (24).

2.1.3.Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği

Hare, Cleckley'in söylediği özellikleri gözden geçirerek HPDÖ'ni (Psychopathy Checklist-Revised, PCL-R) geliştirmiştir (21,22). Hapishanede olanlarda geliştirilmiş olan HPDÖ, toplam olarak 20 adet sorudan oluşmakta olup, iki faktörden oluşan bir yapıyı anlatmaktadır. (Şekil 2.1). Faktör 1, "Emosyonel ayrışmayı" ve Faktör 2 ise "Antisosyal davranış özelliklerini" belirtmektedir. Faktör 1; Psikopatların temel yapıları olan, vicdansızlık, duygu yoksunluğu ve manipülatif davranma gibi temel özellikleri içine alan duygulanım ve bireylerarası özellikleri anlatan sorulardan oluşmaktadır. Faktör 2, antisosyal davranış hikâyesi, dürtüsel davranma ve şiddet gibi özellikleri içine alır (21,25).



Şekil 2.1. Psikopatinin faktör yapısı (26)

HPDÖ' den belirli bir puanın üstünde puan alan kişiler, psikopat olarak değerlendirilir. Kuzey Amerika ve Kanada' daki hapishanedeki mahkûmlar da 30 puan kesme noktası kabul edilirken, Avrupa'da yapılmış olan çalışmalarda; Alınan hasta sayılarını (yapılan diğer çalışmalardakine göre) daha az olması nedeniyle Avrupalı hapishane mahkûmlarında psikopati kesme noktası 25 puan kabul edilmektedir (27). Kesme puanları hakkında

fikir birliği oluşmamıştır. Yapılan çalışmalardaki psikopati kesme puanları birbirinden farklılıklar arz etmektedir. Hare, 30 puan ve üstünü psikopat olarak değerlendirirken; Ogloff (28) ve arkadaşları yapmış oldukları çalışmada, 27 puan ve üstünü yüksek, 18-26 puan arasını orta ve 17 puan altındakileri düşük psikopati şeklinde değerlendirmiştir. Seto ve Barbaree (29) yaptıkları çalışmada 15 puanın üstünü yüksek, 15 puanın altındakileri düşük psikopati şeklinde değerlendirmiştir. Looman (30) ve arkadaşları 25 puanın altındakileri düşük psikopati şeklinde değerlendirmiş ve yaptıkları analizleri bu puanlara göre değerlendirmişlerdir.

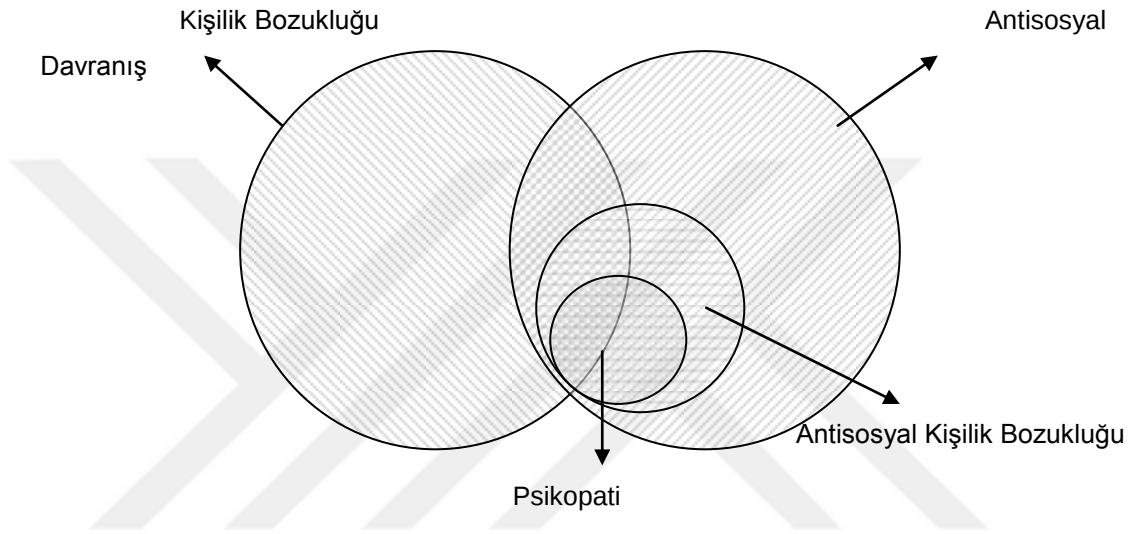
Hare, puanlama sistemi haricinde derecelendirme sisteminin kullanılmasının daha uygun bir yaklaşım olacağını ifade etmektedir. Bu derecelendirme sistemine göre 33-40 arası puan alanlar çok yüksek derecede psikopat (5. derece), 25-32 arası puan alanlar yüksek derecede psikopat (4.derece), 17-24 arası puan alanlar orta derecede psikopat (3. derece), 9-16 arası puan alanlar düşük derecede psikopat (2. derece), 0-8 puan ise çok düşük derecede psikopat (1.derece) olarak değerlendirilmektedir (27).

HPDÖ bunun yanında riski değerlendirme içinde kullanılmaktadır. HPDÖ'nden alınan puanlar bireyin bundan sonraki yaşamında suç işlemeye olan eğilimini göstermektedir (27).

2.1.4. Psikopati ve ASKB Arasındaki Farklar

Psikopati ve ASKB arasında önem arz eden farklılıklar vardır. Fakat bu iki terim profesyoneller kişilerce bile birbirine karıştırılmaktadır (31). ASKB sınıflandırma şeklinde yapılan bir değerlendirmedir. Psikopati hem boyutsal hem de sınıflandırmaya dayalı yapılırd ve aynı zamanda ölçülebilen bir tanıyı ifade etmektedir. Psikopati, DSM-5 sınıflandırmasına göre ASKB ve DB (Davranım Bozukluğu) ile ICD-10 sınıflandırmasına göre Disosyal Kişilik Bozukluğu (DKB) ile aynı anlamı taşımamaktadır. (şekil 2. 2). Fakat ICD-10' daki sınıflandırma ltleri, DSM-5' te yapılan ASKB sınıflandırma ölçütlerine göre psikopatik özellikler açısından daha uyumludur (32).

Disosyal Kişilik Bozukluğu ile beraber ASKB' de sosyal normlar dışında olan davranışlara odaklanır. Psikopati ise bu davranışların muhtemel nedenlerinden olan emosyonel fonksiyon bozukluğuna odaklanmaktadır (32). Psikopati, empatideki azalma, suçluluk duymama ve bunlarla beraber diğer kişilere duygusal yönden bağlanmada azalma şeklinde görülen, emosyonel fonksiyon bozukluğunu ve sosyal normlar dışındaki davranışları içermektedir (2).



Şekil 2.2. Psikopati ve ASKB birlikteliği (26)

Psikopati, yalnızca suç davranışı şeklinde olan olaylar ve sapkın hareket tarzlarına özgü değildir. Sosyal yönden başarılı kişilerde de görülebilir. Toplumda yaşamlarını sürdüren psikopatlar, psikopatik özellikleri gösterirler; Fakat genel olarak daha düşük derecede antisosyal hareket sergilerler. Hare'nin psikopati teriminin tam tersi olacak şekilde, DSM-5' teki ASKB tanımlaması ise çoğunlukla suç davranışı olayları ve sosyal yönden uygun olmayan davranışlarla sınırlı kalmaktadır. Psikopatik bireyler, HPDÖ' de olan 2 faktörden de yüksek olarak puan alırken, ASKB tanısı almış olan kişiler ise sadece Faktör 2'deki puanlandırmaya göre yüksek puan almaktadırlar. Hapishanede yatmakta olan mahkumların DSM-5 kriterlerine göre %75' inde ASKB tanı kriterleri karşılanırken, bunların içinde (%75' lik kesim) de ancak 1 bölü 4' ü psikopati kriterlerini karşılamaktadır (31). Toplumda ASKB' nun görüldüğü oran %3-5' dir. Fakat HPDÖ 'nden 30 puan

ve üstünde puan almış olupta psikopati tanısı alan kişiler %1'lik bir dilimi oluşturmaktadır (27). Tespit edilen bu oranlar ülkeler arasında farklılıklar göstermektedir. Psikopatların çoğu DSM 5' teki ASKB tanısı içinde yer alan özellikleri karşılarlar. Fakat ASKB olan kişilerin çoğu psikopata ait özellikleri karşılamaz (21).

DSM-5 tanı özelliklerini ve PDÖ' deki maddeleri birbiri ile kıyasladığımızda, Hare Faktör 1' e ait 8 maddeden yalnızca 3'ünün (hilekar olma, suçluluk ve vicdan eksikliği, patolojik yalan söyleme) faktör 2' ye ait 10 maddeden 6'sının (dürtüsel davranış, sorumluluk duygusunun yokluğu, uyarılma ihtiyacı, davranışını kontrol etmede zayıflık, erken yaşlardan itibaren davranış sorunlarının olması, suç davranışlarındaki çok yönlülük) DSM-5' teki ASKB' na ait tanı özellikleri ile uyumluluk göstermektedir. Sonuçta; ASKB, daha teferruatlı ve daha geniş sosyal olmayan hareket tarzlarına odaklanan, daha çok antisosyal hareketlerin sonuçlarını da temel alan ve fenomenolojik bir yaklaşımda içine alan bir tanı sistemidir. Psikopati ise daha homojen ve daha spesifik, daha çok duygu yoksunluğu ve vicdansızlık gibi kişilik özelliklerini, kısmi olarak yapısal bozuklukları temel alan kişilik ölçütlerindeki eksikliklere odaklı olan bir kavramdır (33).

Yapılan çalışmalar sonucunda; Psikopati ile ilişkili olan bozulardan ASKB psikopati ile en yakından ilişkili olan kişilik bozukluğudur. Psikopati puanları yüksek olarak tespit edilen kişilerde bu tanıya ek bir tanı olarak Paranoid, Narsistik ve Sınır kişilik bozukluğu gibi bozukluklar görülebilmektedir (34).

HPDÖ'nin 1. faktörü Histrionik ve Narsistik kişilik bozukluğu ile pozitif yönde bir ilişki gösterirken, bağımlı ve kaçınan kişilik bozukluklarında negatif yönde bir ilişki göstermektedir (35).

HPDÖ'nin 2. Faktöründeki özelliklerden ikincil psikopatiye ait özellikleri (sıkıntıya olan eğilim, parazitik yaşam tarzı, uyarılma ihtiyacında artma, erken yaşlardan itibaren olan davranış sorunları, davranışlarını kontrol etmedeki zayıflık, uzun vadeli amaçlarının olmaması, dürtüsel olarak davranış ve

sorumluluk duygusundan yoksun olma) ile ilişki göstermektedir. DSM-5' teki tanı sistemine göre, Antisosyal ve Sınır Kişilik Bozukluğu, HPDÖ ile ilişki göstermektedir (35).

Genel olarak değerlendirildiğinde Psikopat çabuk sinirlenen, saldırganlık özelliği olan, kalbi katı, dürtüsel olarak davranan, sorumluluk duygusundan yoksun, bencilce davranan, duygusal yönden sık olan, empati duyma, aşk, endişelenme ve pişmanlık duygusunu yaşamayan bir kimsedir. Bu nitelikler göz önüne alındığında, davranış olarak psikopatlar suç işlemeye meyilli kişilerdir. Psikopatların en önemli özelliklerinden biriside, saldırgan olan ve amaca yönelik olan saldırgan, dürtüsel davranışlardır (22).

2.1.5. Epidemiyoloji

DSM-5'e göre ASKB' nun 1 yıllık prevalansı %0,2 ile %3 arasında değişmektedir. Vilayetlerdeki fakirlerin olduğu bölgeler ve bu bölgelerdeki konum değiştiren kişiler arasında daha yaygın olarak görülmektedir. ASKB' nun yaygınlığının en yüksek olarak görüldüğü grup, Aşırı alkol kullanım bozukluğunun olduğu erkekler (%70' in üzerinde) ve ceza evlerinde kalan mahkûmlarda (%75' in üzerinde) arasında bulunur. Kadınlara göre erkeklerde yaygınlık çok daha fazladır. Kadınlarla kıyaslandığında erkek hastaların daha geniş aile gruplarından geldiği görülmektedir. Başlangıç yaşı 15 yaş öncesidir. Kızlarda görülen belirtiler puberte de iken görülebilirken, erkeklerde ise kızlara göre daha erken bile gözlenmektedir. Ailesel bir yüklülük görülmektedir. ASKB olan erkeklerin birinci dereceden yakınlığı olan akrabalarında, kontrol grubu ile kıyaslandığında 5 misli daha yaygın olduğu görülmektedir (1). Genç erişkin grupta 45 yaş üstündekilere kıyasla daha sık olarak rastlanmaktadır. Yapılan çalışmalara göre ırklarla yapılan kıyaslamada kendi aralarında çok az bir farklılık tespit edilmiş, yaşı artmasına paralel olarak ASKB' nun şiddetinde bir azalma olduğu tespit edilmiştir (36). Etiyolojisine bakıldığında etiyolojik yönden önemli bir yeri olduğu ifade edilen sosyokültürel faktörler, ASKB' nun yaygınlığını etkiler. Şehirleşme ASKB'ndaki önemli olan risk faktörlerinden biriside şehirleşmedir. Şehirlerdeki kenar mahallelerde daha yaygın olarak görülmektedir. Antisosyal

çocuk grupları ile yapılan çalışmalar, bu grupların geniş aile topluluklarından geldiğini göstermiştir. Muhtemel olarak aile içindeki diğer erkek çocukların sayısının fazlalığı antisosyal davranışın meydana gelmesine katkı sağlamaktadır. Fakat aile içindeki kız çocuklarının sayısının fazlalığı ise bunun tam tersine yönde etki oluşturmaktadır (37).

2.1.6. Etiyoloji

Son 50 yıllık süreçte ASKB etiyojisi ile ilişkili olarak öncelikle psikososyal faktörlerin üstünde odaklanarak yapılan birçok çalışmada ciddi sonuçlar elde edilememiştir (38). Ciddi evlilik problemleri, düşük sosyoekonomik durumun düşük olması, geniş aileye sahip olma, babanın suç işlemiş olması, annede ruhsal bozukluk olması gibi mevcut olan olumsuz faktörlerin, çocukta olan DEHB' nun ergenlerde oluşan ASKB açısından risk faktörü teşkil ettiği belirtilmiş olmasına rağmen, ASKB' nun yalnızca bu değişkenlere bağlı olmadığı ifade edilmektedir (39,40,41,42). ASKB' nun gelişim sürecinde gen ile çevre faktörlerinin etkileşiminde önemli bir rol oynadığı belirtilmektedir. Çevresel etkenler, gen ile çevre etkileşiminin, erişkin ve ergen popülasyonda antisosyal hareket tarzları ve davranım bozuklukları açısından önemli faktörler olarak kabul edildiği belirtilmiştir (43,44,45). ASKB'nun meydana gelmesinde sosyal ve kültürel faktörlerin etkisinin çok önemli olduğu, suç işleme davranışının; Uyum sağlayıcı ve öğrenilmiş bir hal olduğuna ilişkin görüşler olmasına rağmen, son senelerde etyolojik açıdan biyolojik faktörlerin etkili olduğu kanısı giderek güçlenmektedir (45,46). Sonuçta ASKB' nun meydana gelmesinde çeşitli psikososyal, psikodinamik, genetik ve biyolojik faktörlerin rol oynadığı belirtilmektedir. Bu faktörlerin her birisi birbirleriyle bir etkileşim halinde olma şeklinde etkilerini göstermektedirler.

2.1.6.1. Biyokimyasal Faktörler

Serotonin aktivitesinde düşüklük olması saldırgan davranışlar ile ilişkilidir (47). BOS serotonin ve serotonin metaboliti olan 5-HIAA (5-Hidroksi İndol Asetik Asit) miktarı ile ciddi derecede intihar davranışlarını da içine alan

saldırgan tutumların kendi arasında negatif (-) bir ilişki gösterilmiş, 5-HIAA seviyesindeki azalmanın dürtüsel olarak saldırganlık davranışının kontrolünü zorlaştırdığı bildirilmiştir (49,49,50). Suçlular arasında babası alkolik olanlarda, BOS' da 5 HIAA düzeyinde azalma ve çoğunlukla dürtüsel davranışların olduğu bildirilmiştir (51).

Mono Amino Oksidaz (MAO) aktivitesindeki düşüklük dürtüsel davranışlar ile ilişkilidir. Yapılan çalışmalarda psikopatinin tanımlayıcı ölçütlerinden olan, dürtüsellik, korteksin uyarılabilirliğinde azalma ve uyarın arayışının olması ile kortizol ve MAO arasında negatif (-) yönde ve gonadal hormonlar arasında ise pozitif (+) yönde bir ilişki olduğu ifade edilmektedir (45).

2.1.6.2. Hormonal Faktörler

Hapishanedeki kişilerde yapılan çalışmalarda; DSM-5' teki tanı kriterlerine göre ASKB tanısı alan kişilerde; Artmış T3 düzeyi, Psikopati ve alkolizm, yüksek olarak bulunan toplam testosteron ve SHBG konsantrasyonları arasında ilişkili tespit edilmiştir (52).

ASKB olan kişilerde Hipotalamo-Hipofiz-Adrenal aksın fonksiyonel yönden işleyiş sürecinde bir bozukluğun olduğu ifade edilmektedir (53). ASKB'nun stresör faktörlerle olan ilişkisi açısından sıkı bir birliktelik olması; Hem kliniğe ait görünümünün ve aynı zamanda da risk faktörlerinin belirlemiş olduğu bir durum olduğu belirtilmiştir. ASKB ile stres arasındaki mevcut olan ilişki birbirinden farklı 2 hipotezle açıklanmaya çalışılmaktadır. Birincisi, ASKB tanılı kişilerin stresi daha az olarak yaşadığı şeklindeki hipotezdir. Buna göre, kişilerin daha az stres ve korku yaşamış olmaları bu kişilerin daha fazla risk almalarına sebep olmaktadır. İkinci hipotezde ise, ASKB tanılı kişilerin bazal strese olan duyarlılıklarının azalmış olması (daha yüksek stres eşiği) nedeniyle, kendilerini şiddet derecesi daha yüksek olan stres faktörlerine maruz bırakmaktadırlar. Antisosyal davranışı olan ergen popülasyonda yapılmış olan çalışmada, hem bazal kan kortizolünün, hem de stresle indüklenmiş kan kortizol düzeylerinin antisosyal hareket tarzı olmayanlara

kıyasla anlamlı seviyede düşük olduğu gösterilmiştir (54). Çocuklukta maruz kalınan aşırı kötü davranış şekli, çocuklarda Hipotalamo-Hipofiz-Adrenal Aksın fonksiyonel açıdan işleyişini bozmaktadır (55).

2.1.6.3. Genetik Faktörler

ASKB'nun oluşumuna dair yapılmış olan çalışmalarda genetik faktörlerin önemli olduğu ifade edilmektedir. Yapılan birçok çalışmada, Antisosyal kişilerin birinci derece yakınlarında sosyopati ve alkolizm arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Antisosyal yetişkinlerin kontrol grubu ile kıyaslandığında antisosyal olan yakınlarının daha fazla sayıda olduğu belirtilmektedir (56,57,58). Evlatlıklar üzerinde yapılan çalışmalarda; çevresel ve genetik etkenlerin ASKB için önemli bir risk faktörü teşkil ettikleri gösterilmiştir. ASKB tanılı ebeveynlerin biyolojik ve evlatlık olan çocuklarında ASKB' dair riskin artmış olduğu bulunmuştur. Cloninger, genetik geçişin olduğu kişilerde zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı gibi karakter niteliklerinin antisosyal kişiliğin oluşumunda etkili olduğunu belirtmektedir (59,60).

2.1.6.4. Nöroanatomik Bozukluklar

Nöroanatomik bozukluklar; EEG'de mevcut olan anormallikleri, hormonal ve biyokimyasal değişiklikleri, otonomik aktivite düşüklüğünü, kortikal uyarılabilmedeki azalmayı ve yapısal yönden beyin fonksiyonlarındaki bozuklukları içermektedir.

2.1.6.4.1. EEG Anormallikleri

ASKB'nun organik zeminine dair yapılan çalışmalar çoğunlukla EEG üzerine yoğunlaşmıştır. Yapılan birçok çalışmada, EEG anomalileri ve ASKB arasında ilişki olduğu bildirilmiştir (22,61,62,63). Beyinde kişilerin davranışını düzenleyen ve emosyonel aktivite ile ilgili kısımlarda hasar olduğu ve bununla yapılan EEG çalışmalarında lokalize bulgularla desteklediği öne sürülmüştür. Beyinde tespit edilen hasar doğuştan itibaren mevcut olabileceği gibi, kafa travması ve çeşitli enfeksiyonlar sonucunda da olabilir. Suç işleme

davranışı olan antisosyaller üzerinde yapılan EEG çalışmalarının sonucunda; %80 oranla anormal veya sınırda biyoelektriksel anormallikler tespit edilmiştir (64,65). Clark ve Stanford yaptıkları çalışmada, cinayet suçundan dolayı mahkûm edilen antisosyallerin EEG'lerini incelemeleri sonucunda; EEG'deki tespit edilen aktivite bozukluğu ile işlenen suçun şiddetinin kıyaslanması sonrasında; aralarında anlamlı ilişki olduğu bulunmuştur (66). 64 antisosyal kişiyle yapılan diğer bir çalışmada, EEG' deki anormallikte genel popülasyonla kıyaslandığında anlamlı bir fark bulunamamışken, yapılan aynı çalışmada adam öldürme ve saldırganca davranma suçu işleyen kişilerde tespit edilen teta bandındaki yavaşlama ve fokal bulgular anlamlı olarak bulunmuştur (67). Hare, bazı antisosyal kişilerde tespit edilen normal dışı yavaş dalga EEG'sini dayanak alarak, bu bulgunun tespit edildiği antisosyal kişilerde limbik sistemde fonksiyon bozukluğu olduğunu öne sürmüştür (66).

2.1.6.4.2. Düşük Otonomik Aktivite ve Kortikal Uyarılabilirlikte Azalma

Hipotalamo-Hipofiz-Adrenal aksın işleyiş sürecindeki probleme paralel olarak ASKB olan kişilerin otonom sinir sistemi aktivitesinde düşüklük olduğu tespit edilmiştir (68). Sempatik deri cevabı ve irkilme refleksine yönelik olarak yapılan çalışmalarda sempatik aktivitenin düşük olduğu tespit edilmiştir. Psikopatinin en güvenilir olan fizyolojik ve psikolojik bulgularından birisi elektrodermal reaktivitedeki düşüklüktür. Rahatsız edici olan uyarana karşı azalmış olan koşullanma, otonom reaktivitedeki azalmaya eşlik eden ve ASKB olan kişilerin, tecrübelerinden ders çıkartma ile ilgili çektikleri güçlüğü açıklayan bir bulgu olarak görülmektedir. Korkuya olan koşullanmadaki zayıflık, anksiyete ile ilgili olan kaçınma davranışındaki azalmayla paralellik göstermektedir. Bununla beraber ödül arayışına olan yönelme ve cezaya karşı olan duyarsızlık birliktelik göstermektedir (69).

Bu konuda ile ilgili olarak yapılan ilk çalışmalar Quay ile Lippert' in birlikte yaptığı çalışmalardır. 1965 yılında Lippert yaptığı çalışmada

“sosyopatik olan” suçlu grup ve “sosyopatik olmayan” suçlu grupları birbiri ile deri direnci yönünden kıyaslamış ve “sosyopatik olan” grupta azalmış olan istirahat direnci, uyararla beraber daha yavaş olarak yükselen deri direnci ve tekrar eden uyarana karşı artan bir uyum olduğunu belirtmiştir (66).

Quay, 1965 yılında yapmış olduğu çalışmada psikopatiyi patolojik olan eşik altı uyarılmanın sonucunda, uyarar aramadaki tespit edilen aşırılık olarak tanımlamış, bu çalışmasında da bunun böyle olduğunu öne sürmüştür (70).

Sonuçta, dinlenme sırasındaki kalp hızı oranındaki düşmenin kısmi olarak kalıtsal olduğu ve deri iletkenliğindeki düşüklüğün, heyecan arayışı ve korkusuzluğun bir belirtici olduğu ve bu tespit edilen bu 2 belirtinin ASKB ve saldırgan davranış açısından tanısall bir değerinin olduğu öne sürülmüştür (71).

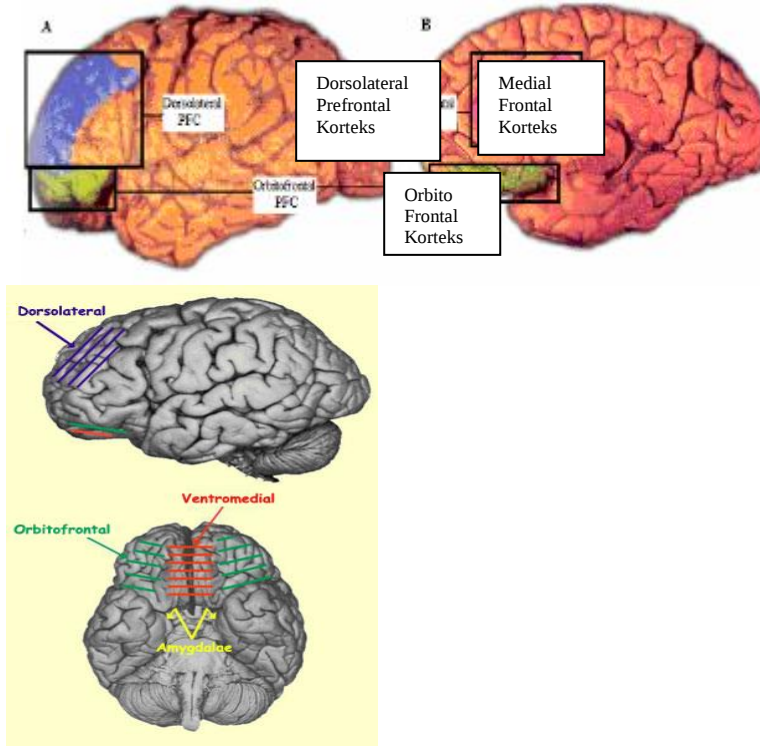
Kortikal uyarılabilmedeki düşme, ASKB olan kişilerin heyecan arama davranışı olarak ifade edilen, sürekli olarak yoğun bir arayış içerisinde bulunmalarının neden olmaktadır (22,72).

2.1.6.4.3. Beyin Hasarları ve Fonksiyon Bozuklukları

Beyin disfonksiyonlarından kaynaklı olabileceği değerlendirilen ASKB’ na dair etiyolojik nedenler tam olarak tespit edilememiştir. Beyindeki bölgelerden hangilerinin ASKB’ na neden olduğu halen araştırılmaktadır. Beyin bölgelerindeki disfonksiyon; hipoglisemi, nörotransmitter dengesizliği, kafa travması, kurşun gibi çeşitli toksinler, maternal ilaç kullanımı ve doğumda görülen komplikasyonlar gibi birden çok etkenden kaynaklanabilmektedir (73,74). Son senelerde, ASKB oluşumunda beyin disfonksiyonunun etkili olduğunu destekleyen çalışmalar yapılmıştır. frontal lob fonksiyon bozukluğu, beyindeki fonksiyon bozukluklarından üzerinde en fazla durulan mekanizma olmuştur (75,76,77,78).

Frontal lob, fonksiyon açısından dorsolateral, medial frontal ve orbitofrontal olarak 3 alt bölgeye ayrılmıştır (Şekil 2.3). Birçok hastalıkta bu 3

alt beyin bölgesi de etkilenme olmaktadır. Orbitofrontal Korteks(OFK) özellikle dürtüsel davranışların inhibisyonundan, Dorsolateral Prefrontal Korteks (DIPFK); bellek işleyişi ve yürütücü fonksiyonlardan, medial frontal korteks de amaca yönelik olan ve motive edici davranışlardan sorumlu olarak tutulmaktadır. Orbitofrontal bölgeye ait disfonksiyonda, sosyal yönden karar vermede zayıflık, dürtüsel davranma, davranış kontrolünde zorluk ve içgöründe azalma olduğu görülmektedir. OFK, frontal alandaki göz bölgesinin hemen alt kısmında prefrontal korteks'in dorsal ve ventral kısımlarında, özellikle de ventromedial kortekside içine alacak şekilde bulunmaktadır. Bunun yanında amigdala, hipokampus, talamus ve diğer prefrontal korteks kısımları ile de bağlantıları bulunmaktadır (79).



Şekil 2.3. Prefrontal korteks anatomisi (26)

Frontal loba ait fonksiyonların ölçümü senelerdir nörokognitif testlerle yapılmaktadır. Lakin nörokognitif testler büyük oranda Dorsolateral Prefrontal Korteks (DIPFK) kısmının fonksiyonlarını ölçerken, Vento Medial Prefrontal

Kortex (VmPFK) kısmının fonksiyonlarının ölçümü yapılamamaktadır (79). VmPFK' e ait lezyonlarda, karar verme fonksiyonlarında bozukluk olmakta ve bu hastaların sosyal ve bireysel ilişkilerinde bozukluklar görülmektedir. Son senelerde en başta karar verme ile ilgili fonksiyonlar olmak üzere VmPFK kısımlarının fonksiyonlarını ölçerek değerlendirilen testler geliştirilmiştir (80).

Frontal lobtaki fonksiyon bozukluğu ile antisosyal kişilerde görülen davranış şekli arasındaki ilişki, beyin travmasına bağlı hasarların sonucunda görülen psikopatik değişikliklerin raporlandığı 1800'li tarihlerden itibaren bilinmektedir (3,81,82,83). Prefrontal korteks bölgesinde hasarın olduğu, en çok ün yapmış olan hasta Phineas Gage'dir. Gage 1848 senesinde, demiryolu işçisi iken bir kaza sonrasında ucu metal olan bir çubuğun VmPFK kısmına zarar vermesi sonrasında; Gage' in entellektüel kapasitesi ve yaşam ile ilgili fonksiyonları hiç etkilenmemiş, fakat davranışlarında değişiklikler oluşmuştur. Kaza öncesinde herkese örnek olan, sorumluluk sahibi ve kibar birisi olan Gage, kaza sonrasında uygunsuz davranışlarda bulunan, davranış ve kişilik değişikliklerinin görüldüğü, günlük olaylar karşısındaki yargılamaları ve karar verme fonksiyonlarında da bozulmalar gösteren bir birey olmuştu (84,85). Gage'in kaza geçirdiği senelerde nörobilimsel olarak davranışlardaki bu değişimlerin nöranatomik nedenleri tanımlanamazken, günümüzdeki incelemelerin sonrasında bu kognitif fonksiyonlardaki sürecin nasıl etkilendiği ile ilgili açıklama yapılabilmektedir. Nörogörüntüleme demolarında Gage'in kafatasını zedeleyen cismin büyük ihtimalle VmPFK bölgesini etkilediği bildirilmektedir (Şekil 2.4.) (86).

Bu vakadan esinlenilerek seneler sonra psikopatinin meydana gelmesi ve karar verme fonksiyonlarına dair yapılacak açıklamalara yönelik olarak teoriler geliştirilmeye başlanmıştır.

Frontal lob hasarının sonrasında, psikopat kişilerin davranışlarına benzeyen tarzda hareketler sergileyen P. Gage vakasının bildirilmesiyle beraber, Damasio'ya göre "Edinsel Sosyopati", Benson ve Blumer'e göre ise "yalancı psikopati" terimleri tartışılmaya başlanmıştır (87,88,89).



Şekil 2.4. Phineas Gage vakasına ait bilgisayardaki demo görüntüsü (26).

“Edinsel sosyopati” diye adlandırılan hastalar, beyindeki hasardan sonra sosyal açıdan uygun olmayan ve agresif bir tarzda davranışlar sergilemeye başlamaktadırlar. Bechara, bu gruptaki hastaların karar verme fonksiyonlarında bozukluk olduğunu ve İKT’nde başarılı olmayan sonuçlar elde ettiklerini ifade etmektedir (80). Blair bu bulgulara dayanarak “edinsel sosyopati” hastalarının psikopat kişilerdeki bozukluklara model teşkil edebileceğini belirtmektedir (90).

Özellikle ventromedial prefrontal ve orbitofrontal bölgeye ait lezyonlarda psikopatlarda görülen hareketlerin görülme riskinde aşırı şekilde artış olduğu görülmektedir. Bununla beraber elektro fizyolojik, nöropsikolojik ve klinik olarak yapılan çalışmalar dorsolateral prefrontal bölgeye ait işlevlerde olan bozulmanın da antisosyal hareket ilişkili olduğuna işaret etmektedir (3,91,92).

Hapishanede yatan psikopatların VmPFK ve OFK’e duyarlı olan nörokognitif testlere ait performanslarında bozukluk olduğu, prefrontal korteks ve DIPFK fonksiyonlarında bozukluk olmadığı bulunmuştur (93).

Grafman, Vietnam’daki kafa travması geçiren hastalarla yaptığı çalışmasında VmPFK’i hasarlanan hastaların, VmPFK haricindeki kısımlarına hasar alan hastalarla kıyaslandığında daha artmış bir oranda saldırgan davranışlar sergiledikleri belirtmektedir (94). Raine ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada, ASKB tanılı hastalarda prefrontal gri cevherde,

kontrol grubu ile kıyaslandığında %11 oranında azalma olduğu ifade edilmektedir. Ayrıca yapılan bu çalışmada prefrontal kısmın hacminde azalmanın tespit edildiği, bunda öğrenme ve karar verme fonksiyonun görülen bozukluklarla ilişkili olduğu tespit edilmiştir (95).

Amigdala bölgesinin saldırgan davranışların sergilenmesinde önemli bir rolünün olduğu çok uzun zamandan beri bilinmektedir. Psikopatiye ait tipik semptomlardan, empati eksikliği, insanlar arası ilişkilerde bozulma, amaca yönelik olan saldırgan davranış ve empati eksikliği' nin temporal lob fonksiyonundaki bozuklukla birlikte görüldüğü ifade edilmektedir (96).

Yapılan çalışmalarda, HPDÖ ile sağ amigdalaya ait olan hacimlerin kıyaslanmasında aralarında negatif(-) yönde bir ilişki olduğu (97), psikopatların sağ superior bölgedeki temporal girusun gri cevherinde azalmanın olduğu (96), bilateral posterior hipokampus bölgesinin hacmindeki azalma ile HPDÖ puanları arasında negatif(-) bir ilişki olduğu (98), psikopatik antisosyal kişilerin korpus kallosumlarında bir defekt olduğu ve kontrol grubu ile kıyaslandığında, kallosal beyaz cevherde %23 oranında bir artma, kallosal uzunlukta %7 oranında bir fazlalık, kallosal kalınlıkta da %7 oranında bir azalma olduğu ifade edilmektedir (99).

ASKB olan kişilerde tespit edilen yapısal beyin bozuklukları farklı nörokognitif fonksiyonlarında etkilenmesine neden olmaktadır. VmPFC' teki fonksiyon bozukluğu, dürtülerin kontrol altına alınmasında zayıflık görülmesine, emosyonel açıdan öğrenmede bozukluğa, planlama yapma ve karar verme fonksiyonunda görülen bozulmaya (95); amigdaladaki fonksiyonel bozulmaya; emosyonların düzenlenmesinde olan bozukluğa (97); Hipokampal bölgedeki fonksiyon bozukluğuna, bütüncül öğrenme bozukluğu ve korku koşullanmasında bozukluğa neden olarak (100); superior temporal girus bölgesinin fonksiyonunda bozulmaya, empati kaybına ve soyut süreçlerin düzenlenmesinde bozukluğa neden olarak (101); korpus kallosumun fonksiyonunda görülen bozulma ve interhemisferik fonksiyonlardaki artışa (99) neden olarak psikopatiye sebebiyet vermektedir.

ASKB ve Psikopati' nin temelinde VmPFK' in ve VmPFK' le çok yoğun ilişkileri olan amigdala bölgesinde de bozuklukların olduğu düşünülse de, bunun tek bir beyin kısmına ait bozukluk veya tek bir nörotransmitterin oluşturmuş olduğu bir patolojiden kaynaklanmadığı, tüm sistemleri içine alan karmaşık bir bozukluk olduğu ifade edilmektedir (102).

2.1.6.5. Nörokognitif Teoriler

ASKB ile ilişkili olan nöropsikolojik açıdan yapılan araştırmalar; frontal loba ait disfonksiyonu temel alan birbirinden farklı olan 3 adet nörokognitif mekanizma üstünde durmaktadır (72).

1.Yürütücü İşlevlerde (planlama ve inhibisyon gibi) bozulmaya sebep olan DIPFK disfonksiyonu;

Yürütücü işlevler; Amaca ulaşmak için sorun çözebilme yeteneğini sürdürme ve planlama yeteneği olarak adlandırılmaktadır (90). Yürütücü işlevler DIPFK ve otomatik olmayan hareketler vasıtasıyla düzenlenmektedir. ASKB ve DB olan hastalar ve psikopati puanları yüksek kişilerle yapılmış olan çalışmalarda yürütücü işlevlerin ölçüldüğü testlerin performanslarında bozukluk görülmemiştir (103). Fakat DB' na DEHB'nun eşlik ettiğinde bu hastaların tespit edilen yürütücü işlev testlerindeki performanslarında düşmelerin olduğu tespit edilmektedir (103,104). Sonuçta; yürütücü işlevlerdeki fonksiyon bozukluğu direkt olarak ASKB oluşumunda etkili olmasa da, şiddet içerikli hareketlerin oluşması için bir risk faktörüdür (90).

2. Emosyonların işlenmesinin yönetilmesinde oluşan bozukluğa neden olan OFK disfonksiyonu;

Ventral OFK' çe düzenlenen bu mekanizma tersine söndürme ve öğrenme davranış biçiminin oluşmasını sağlar. Sonuç olarak; Daha önceden pekiştirilmiş olan yanıtların inhibe edilmesinin öğrenilmesine imkân oluşturmaktadır (84). Emosyonların işlenmesinin yönetilmesi modeline en uygun ve tek hipotez olarak tespit edilen Damasio'nun Somatik İşaretleyici Hipotezi (SİH)'dir (105). Muhakeme ve karar verme yetisine ait fonksiyonu

yöneten, uyarılar sonrasında oluşan bedensel tepkilere somatik işaretleyiciler denir. SİH'ni ölçen 4 desteli kart testinde tespit edilen sonuçlarda, sağlıklı gönüllü grupların, yüksek risk taşıyan destelerden kart seçmeden önce tespit edilen ölçümlerdeki otonomik tepkilerinin, düşük riskli olan destelerden kart seçmeden önce tespit edilen ölçümlerdeki yanıtlarına kıyasla, daha belirgin şekilde yüksek olduğu gösterilmektedir (106). Sonuç olarak somatik işaretleyicilerin bireyin uygunsuz seçimlerde bulunmasına engel olduğu düşünülmektedir. Honk, psikopatların karar verme fonksiyonlarını ölçme yoluyla psikopatide somatik işaretleyicilerde bir problem olduğunu tespit etmiştir (107).

3. Emosyonların işlenmesinde bozulmaya neden olan amigdala ve septal hipokampal sistemin fonksiyon bozukluğu;

Temel emosyon teorisi (TET), öncelikle korku içeren uyarıların düzenlenmesinde oluşan bozulma ile karakterizedir. ASKB'nun meydana gelmesinde en çok tartışılan teoridir (108,109).

Şiddet inhibisyon mekanizması; psikopatlardaki amigdalanın fonksiyonunda olan bozulmayı açıklamaya çalışan teorilerden bir tanesidir. Hayvan çalışmalarından elde etmiş olduğumuz verilerden dayanakla ortaya atılmıştır. Şiddet inhibisyon mekanizmasına göre, ahlaki sosyalleşmede, bu mekanizmaya göre; empatinin rolü çok önemlidir. Amigdala bu teorinin nörobiyolojik eşdeğeridir. Normalde bireyler üzgün bir yüz ifadesi gördüğü zaman geriye çekilerek teslim olurlar. Sıkıntıya neden olan işaretler olduğu zaman bu mekanizma aktive olarak otonomik aktivitede de artışa neden olur. Bunun devamında da mevcut davranışlar sonlandırılır. Bu fonksiyonlarda bozulma olması empati duymada eksikliğe ve buda psikopatiye neden olmaktadır (32). Yapılan çalışmalarda psikopatların korku ve üzüntü ifadelerini tanımlamakta zorlandıkları tespit edilmiştir (110,111). Tespit edilen bulgular şiddet inhibisyon mekanizmasını destekler niteliktedir.

VmPFK ve amigdala birbirleriyle ilişkili bir şekilde fonksiyonlarını ifa etmektedirler. Sonuç olarak; psikopati hem amigdala hem de PFK fonksiyon

bozukluğu sonrasında ortaya çıkmaktadır (112). Bu teorilerin haricinde; Blair, birleşik duygu sistemi diye isimlendirilen teorisinde, empati eksikliğini ele almıştır. Bu teoriye göre psikopatlarda; sosyalleşmeye yardımcı olarak empatik duygulanım şeklini düzenleyen amigdalanın fonksiyonundaki bozulma sonucunda oluştuğu belirtilmektedir (113).

2-2 YÜZ TANIMA SÜREÇLERİ

Trower (1980) tarafından önerilen bu modele göre; yüzdeki beliren duyguyu algılama sosyal hareketleri kavramada ilk basamağı oluşturmaktadır (114). Başkalarına ait olan duyguların uzun bir değerlendirmeye ihtiyaç duyulmadan anlaşılabilmesi aynalama sistemi ile olmaktadır. Ayna nöronlar başkalarına ait olan duygu ifadelerinin hafızadaki temsil ettiklerini bulmak suretiyle bu ifadelerin tanınabilmesini sağlarlar. Çeşitli deneyimlerin bilişsel olarak yorumlanmasının da duyguların anlaşılabilmesinde önemli olduğu düşünülmektedir (115). Başkalarına ait duygusal tepkileri algılamak ve davranışlarını buna göre bir düzene sokmanın, sözel olmayan iletişim şeklinde önemli bir rol oynadığı anlaşılmıştır (19). Bireyler arasındaki ilişkilerde sağlıklı olarak bir bağ oluşturabilmek, sözel olmayan ipuçlarının doğru olarak yorumlanmasına bağlıdır (116).

Evrensel olarak kabul görmüş olan 7 temel duygu tanımlanmaktadır; mutluluk, üzüntü, korku, şaşkınlık, kızgınlık, tikslenme ve ayrıca son dönemlerde bu duygulara kibir de eklenmiştir. Bu duygulara ilave olarak bazı topluluklarda sözü geçen, ama diğerlerinde söz edilmeyen nefret, imrenme, ilgi, kıskançlık, sevgi, önemsememe, suçluluk, gibi duygular da mevcuttur. Bu duygular sosyal duygular şeklinde isimlendirilmektedir. Temel duygular negatif ve pozitif olarak ikiye ayrılır. Korku, tikslenme, üzüntü ve kızgınlık negatif, mutluluk ise pozitif olarak tanımlanır. Şaşkınlık ise aradadır. Ne negatif ne de pozitifdir. İnsanların bazıları büyüklenme duygusundan hoşlandığı için kibir duygusunun hangi gruba girdiğine dair bir fikir birlikteliği yoktur (19). Dolayısıyla bu duygu ifadelerinin yorumlanmasında kültüründe etkili bir faktör olduğu unutulmamalıdır.

Duyguların oluşumunda hem çevresel ve hem de edinsel faktörlerin katkısı, hangi duyguların birbirlerine kıyas edildiğinde daha öncül olduğu, duyguların ortak olan yönleri ve kültürler arasındaki yaygınlığı, duyguların bilişsel süreçlerine olan etkisi gibi değişik konular üstünde tartışmalar yapılmaktadır. Sosyal etkileşimdeki sürecin önemli bir parçasını oluşturan duygu işleme süreçleri ile ilgili olarak yapılan değişik araştırmalarda; Hatırlama, deneyimleme, tanıma, kendini ifade etme şeklindeki duygular en sık incelenen kavramlar dır (117).

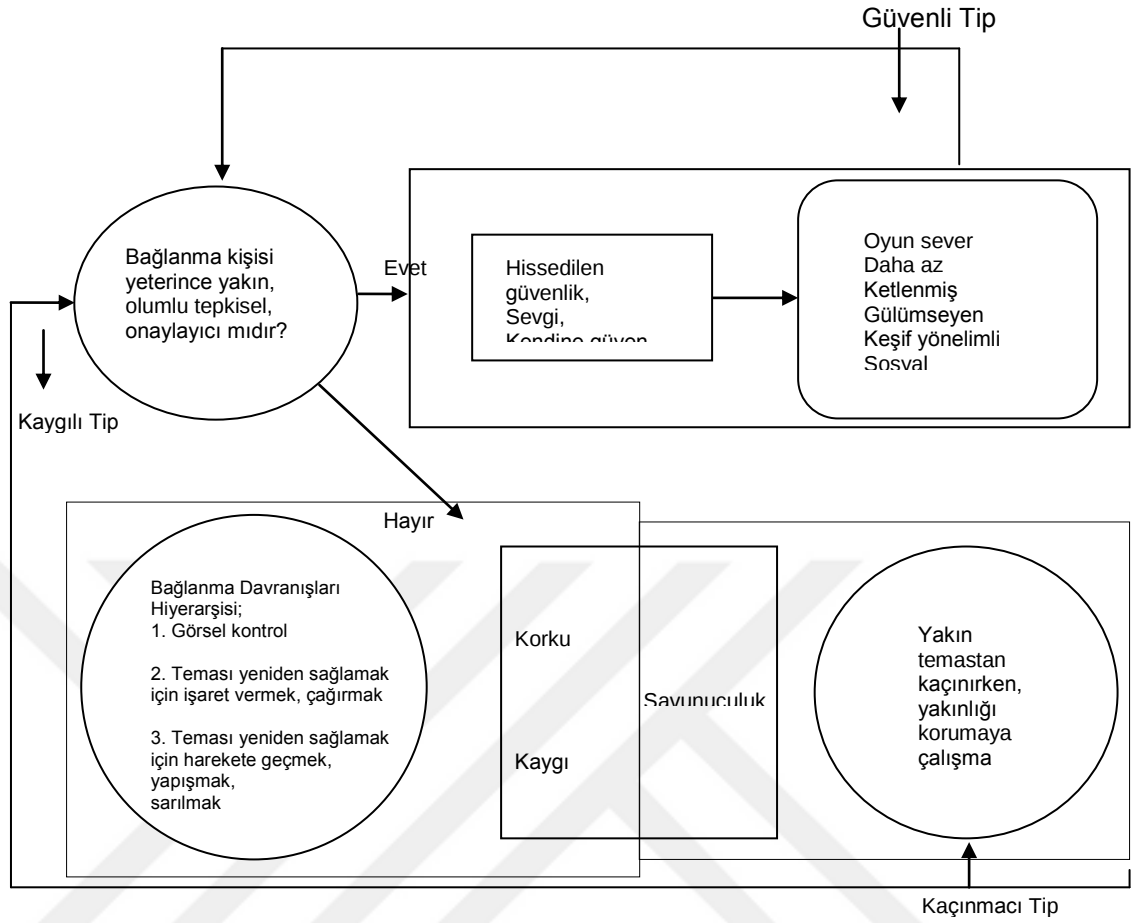
Psikiyatrik bozuklukların bazılarında gözlenen sosyal yönden iletişim eksikliklerinin yüzleri tanımada karşılaşılan zorluklarla ilgili olabileceği düşünülmektedir. Depresyon, alkol bağımlılığı, bipolar duygulanım bozukluğu, şizofreni, obsesif kompulsif bozukluk ve anksiyete bozukluğu olan birçok hastalıkta duygu tanıma ve iletişim ile ilişkili kısıtlılıkların olduğu gösterilmiştir (8,19). Bu hastalılardan şizofreni hastalığı olanlarda yüzleri tanımada kusurların daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Tespit edilen eksikliklerin bu hastaların diğer insanların niyetlerini, istek ve amaçlarını değerlendirmelerine engel olan unsurlardan birisi olduğu düşünülmektedir (19).

2.3.1 BAĞLANMA KURAMI

Kişilik bozukluklarının nedenleri tespit edebilme gayretleri; Seneler ilerledikçe bireyin içsel yaşamına odaklanmaktan ziyade, gelişimi ile ilgili olan etmenlerin araştırılmasına dönüşmüştür (118). Kişinin gelişimsel sürecine dair olan yaklaşımların temel fikri; Asıl bakım verenlerle yaşadıkları tecrübelerin, yalnızca bireyin benliğinin oluşmasını sağlamakla kalmadığı; Bunun yanında bireyin hayatı süresince karşılaştığı zorluklarla nasıl baş edeceğine şekil verdiği düşüncesidir. Gelişimsel yönden bakıldığında yaşam boyunca karşılaşılan en önemli olan sıkıntılardan birisi sosyal çevreyle olan sağlıklı ilişkiler devam ettirilirken bütünleşmiş bireysel kimliğin oluşturulabilmesi açısından karşılaşılan sorundur. Kişilik bozukluklarında görülen tipik ve işlevsel olmayan bireyler arasındaki tarz genellikle bozukluğun tanımlayıcı niteliklerinden birisini meydana getirmektedir.

Bowlby'nin yazıları bağlanma kuramının temelidir. Diğer meslektaşlarının yaptığı gibi çocuğun kendi içindeki fantezi dünyası üstüne yapılan spekülasyonlarla uğraşmaktan ziyade belirgin olarak görülen yaşam olayları ve çevresel etmenlerin meydana getirdiği sonuçlarla uğraşmıştır. Ergenlik dönemlerinde çalma davranışı sergileyen kişilerin bu davranışta bulunmayanlara göre erken çocukluk ve bebeklikte annelerinden uzun bir dönme ayrı kaldığı Bowlby' nin dikkatini çekmiş ve bu davranış şeklinin sıklıkla da duygusuz olarak nitelendirilmiş olan çocuklarla ilgili olduğu düşüncesini ileri sürmüştür. Bunun sonrasında yaptığı çalışmalar neticesinde annelerini yalnızca açlık güdüsünü tatmin ettikleri için sevdiğine dair yapılan açıklamalarına itiraz ederek, bağlanma kuramını ilerletmiştir (119). Bowlby' e ifadesine göre bağlanma davranışı içgüdüsel olarak yapılan bir hareket tarzıdır. Ana hedefini ise içgüdüsel olan ihtiyaçların karşılanması oluşturur. Temel davranış şekillerinde çok etkilidir. Sosyal ilişkilerin oluşturulmasında ana belirleyicidir (120).

Bowlby'e göre, çocukluk çağının erken döneminde birincil bakım verenlerin çocuğa karşı olan tekrarlayıcı davranış ve tutumları, çocuklardaki zihinsel şemaların şekillenmesini sağlar (120). Bu şemalar çocuklarda hayat boyu devam eden etkiler gösterir. Bağlanma kuramına göre, anne ve babanın davranışları ve etkileşim şekli ilerleyen süreçte bireylerarası ilişkilerde tutum, inanç ve beklentilere yön veren içsel çalışma modellerinin özelliğini oluşturmaktadır.



Şekil 2.5 Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Bağlanma Tipleri (121)

Normal gelişim sürecinde olması beklenen güvenli bağlanma modeli ve sağlıklı bir bireydir. Güvensiz bağlanma şekli ise hayatın ilerleyen sürecinde meydana gelen psikopatolojinin tipini belirlediği ileri sürülmüştür (122). Kaygılı/ikircikli bağlanma depresif bozukluk ve anksiyete bozukluğu ile ilişkili olduğu düşünülürken, kaçınan bağlanma şekli ise diğer dışa dönük patolojiler ve davranış bozuklukları gibi patolojilerle ilişkilendirilmiştir.

Güvensiz bağlanmaya neden olan durumlardan birisini oluşturan, bakım verenden bir dönem ayrı kalma, psikolojik ve fiziksel açıdan istismar ile bakım verenin otoriter ve sert olması ASKB' na sahip olan kişilerin hikâyesinde sık olarak bulunmaktadır (123). Böylece güvenli bir bağlanma modeli geliştiremeyen kişiler korkulu ve kayıtsız bağlanma şekline sahip olmaktadır (124). Bakım verenlerin istismar edici, sevgisiz ve kinci tutumları sonunda bu kişiler bu tutum ve davranışları öteki kişilerle

sürdürdüğü ilişkilerine aktarabilirler. Bu etkileşimler pişmanlık duygusundan yoksun, diğer kişileri kullanma gibi antisosyal davranış şeklinde eylemlere imkân sağlayabilir.

Tablo 2.1. Antisosyal Kişilik Bozukluğunda Bağlanma Özellikleri (121)

Bağlanma Tipi	Kendilik Modeli	Öteki Modeli	Beslenen İnanç
Kayıtsız ve Korkulu	Sevmeye değer birisi değilim	Başkaları asla beni sevmeyecek ve umursamayacak	Zarar görmemek için dayanıklı ve güçlü olmalıyım

2.3.2 ANA BABAYA BAĞLANMA ÖLÇEĞİ

Erken çocukluk sürecinde ana baba ve çocuk arasında olan ilişkilerin bireyin gelişimini, diğer kişilerle olan ilişkisini ve psikolojik yönden uyumlu olmasını etkilediği yönünde genel bir kanı vardır. Bu genel kanıya götüren ilk ve en önemli bulgular Bowlby'nin Çocuğun ana bakımını sağlayan bireyle çocuk arasında kurulmuş olan sosyal bağın, Çocuğun normal gelişim süreci açısından oldukça önemli bir yerinin olduğunu belirleyen yapılmış olan çalışma sonuçlarıdır. Bowlby (1969,1973) ve (Crockenberg ve ark. 1993)'e dayanarak çocukla ona bakımını sağlayan Kiwi arasında olan bağlanmanın meydana gelmesindeki temel etkenler; a) Kişileri ve hareketli nesneleri tercih etmeye yönelme, b) daha sık olarak gördüklerini az olarak gördüklerinden ayırmayı öğrenme, c) tanımadıklarından uzak durup tanıdıklarına yaklaşma, d) istemiş olduğu sonuçları sağlayan davranışları diğer davranışlardan ayırt etmedir. Ainswocrtth ve arkadaşları (1978), Bowlby'e ait olan kuramı baz alarak 3 çeşit bağlanma örüntüsü olduğunu belirtmişlerdir. Temel ihtiyaçlarını zamanında karşılayan bir bakıcısının olduğu bebekler oyun oynama veya etrafı keşfetmeye çıkma yönünden kendilerini güvende hissederler. Bakıcısı ile kurulan güvenli bağlanma örüntüsü bebakte oluşacak olan uyumun oluşumuna olanak sağlayacaktır. Bakıcının, bebekten aldığı sinyallere tutarsız olarak karşılık verdiği veya beklenen zamanda karşılık veremediği

hallerde bebekte kaygılı/kararsız bağlanma şekli oluşabileceği, diğer taraftan bakıcının bebeğin ihtiyaçlarına karşı tutarlı bir biçimde tepkisiz olması durumunda ise bebeğin bakıcısına karşı kaçınmacı/kaygılı bir biçimde bağlandığı ifade edilmektedir.

Hayatın ilk dönemlerinden itibaren bebekle ana bakıcı arasında oluşan bağlanma şeklinin, hem de yetişkinlik ve hemde çocukluk döneminde kişinin ruh sağlığı ile olan ilişkisini açıklayan birden çok araştırma bulgusu mevcuttur (Rohner ve Britner 2002). Ana baba ve çocuk arasında ilişkinin kişinin hayatındaki önemine ilişkin, çocuk/bireye göre çocuk, ana ve baba ilişkisini ne şekilde algılandığını değerlendirebilmek için birden çok ölçek/araç oluşturulmuştur. Bunlardan bazıları: 1.“Çocuğun Yetiştirilme Yaşantılarına Dair Anıları” (Perris ve ark. 1980), 2. Bağlanmanın Sürekliliği Ölçeği (Berman ve ark. 1994) 3. Ana ve Baba’ya Olan Bağlanma Soru Listesi (Kenny 1987). Türkiye’de de çocuk, ergen veya yetişkinlerin algılama düzeyine göre ana baba ve çocuk arasında ilişkiyi değerlendiren çeşitli araçlar geliştirilmiş veya uyarlanmıştır. Bu araçlardan ilki Kuzgun’un 1972 yılında geliştirmiş olduğu, “Ana-Baba Tutum Envanteri” isimli araçtır. Bu envanterde çocuk ve ergenlerin algılayabildiği şekilde otoriter ve ilgisiz ana baba davranışları değerlendirilmektedir. Kuzgun’un bu envanterinden faydalanılarak değişik araçlar da oluşturulmuştur. Yabancılarda oldukça yaygın bir şekilde kullanılan araçlardan biriside Ana ve Baba’ya Bağlanma Ölçeği’dir (PBI) (Parker ve ark. 1979). Uygulanan bu ölçek bağlanma kuramı (Bowlby 1969,1973) nı hedef alarak oluşturulan ilk ölçeklerden birisi olmuştur. Bowlby, patolojik olan ana babalığın öncelikle kontrol ve ilgi boyutlarıyla ilişkili olduğunu söylemiştir. İlgi terimi, yeterli olmayan bakım ve bebek için gerekli olan gereksinimleri karşılamama, eleştirme veya reddetmeyi içine içerir. Kontrol ise bağımsızlığı desteklememe veya aşırı derecede kontrolcü olma olarak adlandırılmıştır. Parker ve ark. (1979)’nın, çocuktaki ana ve baba bağlanma şeklini ölçebilmek için geliştirmiş oldukları PBI, Bowlby ‘nin çocuktaki ana ve baba bağlanma ilişkisinde öne sürdüğü kontrol ve ilgi boyutlarını içermektedir. Algılanan ana ve baba hareketleri bu 2 boyut açısından, ayrı ayrı puanlanmaktadır. Bununla beraber bu 2 boyut

beraberce ele alınınca, ana ve baba davranış şekli 4' lü bir sınıflandırma ile değerlendirilebilmektedir. 4' lü sınıflandırma modeline göre, aşırı korumama ve yeterli ilgi optimal bağlanma şekli olarak adlandırılmaktadır. Yeterli olmayan ilgi ve aşırı korumama ise zayıf bağlanma veya bağlanamama sınıfına girer. Aşırı koruma ve yeterli ilgi hareket tarzı sergileyen ana ve babalar da duyarlı olan kontrol sınıfında yer almaktadır. Son olarakta, aşırı korumacı ve yeterli seviyede olmayan ilginin olduğu ana ve baba davranışları ise, duyarsız kontrol grubu olarak sınıflanmıştır. PBI'a dair farklı kültürlerde yapılmış olan çalışmalarda, bu ölçeğin 2 faktörlü (aşırı koruma ve ilgi) veya 3 faktörlü (aşırı koruma, ilgi ve kontrol) bir yapıyı içerip içermediği konusu halen tartışma konusudur. 2 faktörlü bir yapının uygunluğunu destekleyen çalışmaların yanında (Parker ve ark. 1997 ve Uehara ve ark.1998) 3 faktörlü bir yapıyı içerdiğini destekleyen çalışma bulguları da vardır (Martin ve ark. 2004, Lizardi ve Klein 2002, Cox ve ark. 2000). Bazı araştırmalar da, hem 2, hem de 3 faktörden oluşan bir yapının onaylandığı belirtilmektedir (Qadir ve ark. 2005). Bunun yanında PBI ölçeğinin geliştirilmesinden yaklaşık olarak 15-20 yıl sonrasında, Pederson (1994) PBI'n içeriğindeki maddelerinin 10'a ve Kendler (1996) de bu maddelerin 16'ya indirilebileceğini önermiştir. Ölçek ana hatlarıyla, kişinin algısına yönelik olarak ana ve babasıyla kurduğu ilişki şeklinin geriye dönük değerlendirilmesidir. PBI kullanılıp yapılan çalışmalar ana ve baba ilişkisinin ruhsal açıdan oluşan bozukluklara artısının değerlendirebildiğini ve böylece yapılan klinik araştırmalarda kullanılabilirlik değerinin olduğunu göstermektedir. Yapılmış olan çalışmalarda ana ve babaya bağlanmanın özelliği ile yetişkinlik ve ergenlik sürecinde görülen ruhsal bozukluklara olan yatkınlığı arasında bir ilişki tespit edilmiştir. Örneğin ana ve babaya dair algılanan aşırı kontrolcü ve yeterli düzeyde olmayan ilgi davranışlarının kaygı bozuklukları (Chambers ve ark. 2004), depresyon (Uehara ve ark. 1998), şizofreni (Willinge ve ark. 2002), yeme bozuklukları (Meyer ve Gillings 2004), ergen intiharları (Violato ve Arato 2004) ve madde kötüye kullanımı (Gerra ve ark. 2004) gibi çeşitli ruhsal bozukluklarla ilgili olduğu gösterilmiştir. Ana ve babaya bağlanma ilişkisini ölçmek için kullanılan PBI'n hem batı kültürü ve hem de uzak doğu ve yakın doğu kültürlerinde

güvenilir ve geçerli bir yöntem olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmadaki temel amaç, sadece algılanan şey değil bunun yanında deneyimlenerek görülen ana ve babalık ölçütlerinin de geriye yönelik olarak değerlendirilebilen (Parker, 1983), çocuk, ana ve baba ilişki şeklini 20 sene gibi uzun süreçte kararlı olarak ölçebilen (Wilhelm ve ark. 2005) ve klinikte kullanım değeri taşıyan uygulaması ve puanlaması zor olmayan PBI'nın Türk kültürü açısından güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılmıştır.

Ölçek temelde kontrol/aşırı koruma ve ilgi ölçütlerini içerir. Ölçeğin 25 maddeden oluşan ilgi ile alakalı boyutu toplam olarak 12 madde içermekte olup (puanlar 0-36 aralığında değişmekte) , puan olarak yüksek puan alanlar anlayışlı, kabul edici ve sıcak diye nitelenen, puan olarak düşük puan alanlar ise reddedici ve soğuk diye nitelenen ana ve babayı yansıtmaktadır. Aşırı koruma/kontrol ile alakalı boyutu toplam 13 madde içermekte olup (puanlar 0-39 aralığında değişmekte) , yüksek puan alanlar özerkliğe izin vermeyen ve aşırı derecede kontrolcü ana ve baba algısını yansıtmaktadır. Kişiden, hayatının ilk 16 senesini düşünüp, ölçekte yer alan ifadelerin anne veya babasının kendisine dair hareket tarzlarını ne derecede yansıttığını 4'lü likert-tipi seviyelendirme ile (tamamen böyleydi =3.... hiç böyle değildi=0) şeklinde ifade etmesi istenmektedir. Kişi, hem anne ve hemde babasına yönelik olarak 2 ayrı değerlendirme yapar. İlgiye dair olan ölçeğin puanlanmasında 2, 3, 4, 7, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 24 ve 25. te olan maddeler; aşırı koruma/kontrole dair olan ölçeğin puanlanmasında ise 8, 9, 10, 13, 19, 20 ve 23.de olan maddeler tersine (0-3) kodlanmaktadır.

PBI ölçeği ile tespit edilen 2 faktörlü yapı 2 ayrı ölçek şeklinde değerlendirilmekte, her bir alt ölçekten ayrı ayrı olacak şekilde toplam puan elde edilir. Ölçeğin ilgi boyutunda oluşan puan artması, kontrol/aşırı koruma boyutunda ise oluşan puan azalması, olumlu olarak algılanan ana ve baba davranışlarını yansıtmaktadır. İki ölçeğin her biri birbirlerinden bağımsız bir şekilde kullanılabilirdiği gibi, birarada da kullanılabilmektedir. İkinci türün olduğu kullanım şeklinde algılanan ana ve baba hareket tarzları 4'lü model içinde sınıflandırılabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Çalışma Örneklemi

Çalışmaya alınan katılımcı grubu GATA HEH psikiyatri polikliniğine müracaat eden hastaların arasından seçilmiştir. En az 2 ayrı psikiyatri uzmanınca görüldükten sonra DSM-5 tanı kriterlerine göre ASKB tanılı olan hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. 18-45 yaşları arasında olan 200 ASKB tanılı bireyler çalışmaya katılmıştır. Hasta olan gruba aydınlatılmış onam formu verilerek onayları alınmıştır.

ASKB grubu için çalışmaya kabul kriterleri

1. Farklı 2 psikiyatri uzmanınca yapılan değerlendirme sonucunda DSM-5 tanı kriterlerine göre ASKB tanısını alanlar,
2. Yapılan klinik değerlendirme sonucunda zekâ yetersizliği düşünülmeyenler,
3. Klinik görüşmeyle entelektüel seviyesi yapılacak olan testleri alabilmesine yetecek düzeyde bulunanlar,
4. 18-45 yaşları arasında olanlar,
5. Olgulardan yapılacak olan bu çalışmaya katılmayı kabul edenler.

ASKB grubu için çalışmadan dışlanma kriterleri:

1. DSM-5'e göre diğer psikiyatrik bozukluğu olanlar.
2. Bilişsel işlevleri etkileyecek nörolojik bir hastalığı olan veya işitme-görme bozukluğu olanlar,
3. Bilinç kaybına neden olan kafa travması geçirenler,
4. Son 1 aylık süreçte psikoaktif madde kullanmış olanlar.

3.2. Veri Toplama Araçları

Yarı Yapılandırılmış Görüşme Formu

Katılımcıların sosyodemografik yönden (cinsiyet, medeni durum, yaş, öğrenim durumu, yaşadığı yer, alkol-madde kullanımı, çalışma durumu, kendine zarar verme, intihar girişimi gibi) niteliklerini tespit etmeye yönelik hasta ve yakınları tarafından doldurulan görüşme formudur.

Yüz Duygu Tanıma Testi

Çalışmamızda P. Ekman ve W.V.Friesen' e ait 1976 senesinde hazırlanan ve öğrenmiş, korkmuş, üzgün, şaşırılmış, mutlu, kızgın olmak üzere 6 adet duygu ifadesi ile beraber nötr duygu ifadesini içine alan fotoğraflardan oluşmuş olan setteki 4'ü erkek ve 4'ü kadın olan 8 adet modele ait toplam 56 adet fotoğraf kullanılmıştır. 56 adet fotoğrafın ilk yedisi hastalara tanıtılmak suretiyle sonraki 49 adet resmi bilmeleri istenmiştir. Tanıtılan fotoğraflar toplumca %90ın üstünde tanınmış olanların içinden seçilmiştir (126). Hastaların bilgisayar kullanmada yaşayacağı güçlükler düşünülerek A4 (210 × 297mm) boyutundaki kartlara siyah beyaz olacak şekilde bastırılmış fotoğraflar kullanılmıştır. Bu fotoğraflardaki duygu ifadelerini 60 cm' lik bir mesafeden doğru olacak şekilde ve en kısa zamanda tanımları istenmiştir. Yapılan bu testte herhangi bir zaman kısıtlaması uygulanmamıştır. Test sırasında katılımcıların verdikleri cevaplarla beraber aynı zamanda cevaplandırma süreleri de kaydedilmiştir (Ek 1).

Hare Psikopati Derecelendirme Ölçeği (HPDÖ)

Hare tarafından 1991 senesinde psikopati derecesinin sınıflandırılabilmesi için geliştirilmiş ölçek (Pschyopathy Checklist-Revised/ PCL-R); görüşmeyi yapan kişi tarafından uygulaması yapılan ve 20 sorudan oluşmuş, yarı yapılandırılmış klinik görüşmedir (2). Testteki uygulanan tüm bu sorular yarı yapılandırılmış görüşme formunun uygulanması sonunda elde edilmiş olan verilerin ışığında 0-1-2 şeklinde 3 puan üstünden derecelendirilir (27). Görüşme sonunda her kişi toplam puan, aynı zamanda hem Hare

Faktör 1 ve hemde Hare Faktör 2 puanı alır. Faktör 1 de psikopatinin nitelikleri olan duygusal sığılık ve becilce davranma gibi duygulanım ölçütleri ile değerlendirilir. Faktör 2 ise unstabil antisosyal yaşam şeklini gösteren, dürtüsel ve sapkın olan davranışlar değerlendirilmektedir. HPDÖ' nde tespit edilen bu toplam puan 0-40 aralığında değişir. 30 puan ve üstü psikopati şeklinde değerlendirilmektedir (27). Yapılmış olan çalışmalarda psikopatinin düzeyini belirlemek için kullanılmaktadır. Türkiye'deki geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tütüncü ve ark. tarafından yapılmıştır (127).

Ana Babaya Bağlanma Ölçeği-ABBÖ

The Parental Bonding Instrument (PBI) , Parker ve ark. 1979): ABBÖ, kişinin algısı ile anne ve babasıyla kurmuş olduğu ilişki şeklini -geriye dönük bir şekilde- değerlendirir. ABBÖ temelde aşırı koruma/kontrol ve ilgi boyutunu içerir. 25 adet maddeden oluşmuş olan ölçekte ilgi ile ilgili boyutta toplam olarak 12 madde bulunmakta (puanlar 0-36 aralığında değişmekte)' dir. Bu 12 maddeye ait toplam puanda, yüksek olarak tespit edilen puanlar kabul edici, anlayışlı ve sıcak şeklinde algılanan, düşük olarak tespit edilen puanlar ise reddedici ve soğuk şeklinde algılanan anne ve babayı yansıtır. Aşırı koruma/kontrol boyutunda toplam olarak 13 madde bulunmakta (puanlar 0-39 aralığında değişmekte) ve yüksek puanlar özerkliğe izin vermeyen veya aşırı kontrolcü ana ve baba algısını yansıtır. Kişiden, yaşamının ilk 16 senesini düşünüp, ABBÖ' deki her bir ifadenin anne veya babasının kişinin kendisine dair hareket tarzlarını ne düzeyde yansıttığını 4'lü likert-tipi seviyelendirme ile (tamamen böyleydi=3.... hiç böyle değildi=0) olarak ifade etmesi istenir. Kişi, anne ve babası ile ilgili olarak 2 ayrı değerlendirme yapar. İlgi ölçeğine ilişkin yapılan puanlanmada 2, 3, 4, 7, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 24 ve 25. maddeler; aşırı koruma/kontrol ölçeğine ilişkin puanlanmada ise 8, 9, 10, 13, 19, 20 ve 23. maddeler tersine (0-3) kodlanır (125).

3.3. Uygulama: ASKB olan bireylerde "Psikopati ile Yüz Tanıma ve Bağlanma İlişkisi" ni ortaya koyabilmek amacıyla GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran, DSM-5 tanı ölçütlerine göre ASKB tanısı konulan 200 erkek hasta çalışmaya alınmıştır. Hasta grubuna

yarı yapılandırılmış görüşme formu verilerek sosyodemografik özellikler araştırılmış sonrasında Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği, Bağlanma Ölçeği ve Yüz İfadesinden Duygu Tanıma Ölçeği uygulanmıştır.

3.4. Verilerin Analizi

Verilerin analizi SPSS 22.0 istatistik paket programıyla yapılmıştır. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama, standart sapma, en küçük ve en büyük değerler kullanılmıştır. Gruplar arası karşılaştırmalarda kesikli değişkenler için ki kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler için ANOVA testi kullanılmış, post hoc test olarak bonferroni testi kullanılmıştır. Değişkenler arası doğrusal ilişkinin değerlendirilmesinde pearson korelasyon testi kullanılmıştır. $P < 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir.

4-BULGULAR

Çalışmaya dahil olan 200 katılımcının yaş ortalaması $21,4 \pm 2,6$ yıl (en küçük=18, en büyük=37) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların %50,5'i (n=101) hare ölçeğinden 30 ve üzeri puan almıştır. Anne bağlanma ölçek puanı $41,9 \pm 12,6$ (en küçük=7, en büyük=69), baba bağlanma ölçek puanı $38,6 \pm 12,9$ (en küçük=1, en büyük=72) olarak hesaplanmıştır.

HARE ölçeği kullanılarak oluşturulan psikopati grupları arasında, iş durumu ($p=0.001$), madde su istimali ($p<0.001$), çocukluk ve gençlikte fiziksel ihmal durumu ($p=0.043$) çocukluk ve/veya gençlikte dayak öyküsü ($p=0.032$), sigara içme sıklığı ($p=0.014$), çocukluk/gençlikte duygusal ihmal durumu ($p=0.035$) ve bebeklik/küçük çocukluk döneminde anne veya babadan uzun süre (en az altı ay) ayrı kalma ($p=0.003$) özellikleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Katılımcıların psikopati düzeylerine göre oluşturulan 3 grup arasında sosyo demografik özellikler yönünden yapılan karşılaştırmalar Tablo 4.1'de sunulmuştur.

Tablo 4.1. Psikopati gruplarının sosyo- demografik özellikler yönünden karşılaştırılması

Veriler		Psikopati 19 ve altı (Grup I) n=22 n (%)	Psikopati 20-29 (Grup II) n=77 n (%)	Psikopati 30 ve üzeri (Grup III) n=101 n (%)	p
Yaşadığı yer	Şehir merkezi İlçe Köy	12 (54,5) 8 (36,4) 2 (9,1)	49 (63,6) 24 (31,2) 4 (5,2)	65 (64,4) 26 (25,7) 10 (9,9)	0.656
Memleket	1 2 3 4 5 6 7	1(4,5) 6 (27,3) 2(9,1) 3(13,6) 2 (9,1) 5(22,7) 3(13,6)	13(16,9) 4 (5,2) 9(11,7) 11(14,3) 8 (10,4) 18(23,4) 14(18,2)	7(6,9) 6(5,9) 13(12,9) 9(8,9) 11(10,9) 29(28,7) 26(25,7)	0.060
Eğitim süresi	1-5 yıl 6-8 yıl 9-11 yıl 12 yıl ve üzeri	6 (27,3) 11 (50,0) 4 (18,2) 1 (4,5)	18(23,4) 41(53,2) 12(15,6) 6(7,8)	27 (26,7) 59(58,4) 13(12,9) 2 (2,0)	0.636
Medeni durum	Bekâr Evli Ayrı/ boşanmış	18 (81,8) 4 (18,2) 0 (0,0)	67 (87,0) 9 (11,7) 1 (1,3)	78(77,2) 21 (20,8) 2 (2,0)	0,530
Ekonomik durum	Düşük Orta İyi	14 (63,6) 8 (36,4) 0 (0,0)	46 (59,7) 29 (37,7) 2 (2,6)	77(76,2) 23 (22,8) 1 (1,0)	0.164
İş durumu	Düzenli işi var İş değiştirir İşsiz	8(36,4) 10 (45,5) 4 (18,2)	21 (27,3) 45(58,4) 11(14,3)	7(6,9) 67(66,3) 27(26,7)	0.001 ^{a,b}
Ruhsal sorun	Evet Hayır	13(59,1) 9(40,9)	42(54,5) 35(45,5)	67(66,3) 34(33,7)	0.274
Ailede Ruhsal sorun	Evet Hayır	5(22,7) 17(77,3)	25(32,5) 52(67,5)	43(42,6) 58(57,4)	0.139
Madde suiistimali	Var Yok	13(59,1) 9(40,9)	59(76,6) 18(23,4)	94(93,1) 7(6,9)	<0.001 ^{a,b}
Çocukluk ve gençlikte fiziksel İhmal durumu	Var Yok	10 (45,5) 12(54,5)	41(53,2) 36(46,8)	69(68,3) 32(31,7)	0.043 ^{a,b}
Çocukluk ve gençlikte sözlü şiddet	Var Yok	11(50,0) 11(50,0)	42(54,5) 35(45,5)	67(66,3) 34(33,7)	0,169
Çocukluk ve/veya gençlikte dayak öyküsü	Var Yok	11(50,0) 11(50,0)	42(54,5) 35(45,5)	72(71,3) 29(28,7)	0.032 ^b
Aile ilişkileri	Evet Hayır	10 (45,5) 12(54,5)	36(46,8) 41(53,2)	31(30,7) 70(69,3)	0.072
Alkol	İçiyor İçmiyor	10 (45,5) 12(54,5)	47(61,0) 30(39,0)	69(68,3) 32(31,7)	0.119
Sigara	İçiyor İçmiyor	20 (90,9) 2 (9,1)	71(92,2) 6(7,8)	101(100,0) 0 (0,0)	0.014 ^{a,b}
Çocukluk ve gençlikte duygusal İhmal durumu	Var Yok	12(54,5) 10(45,5)	47(61,0) 30(39,0)	77(76,2) 24(23,8)	0.035 ^{a,b}
Çocukluk ve gençlikte cinsel istismar durumu	Var Yok	0(0,0) 22(100,0)	0(0,0) 77(100,0)	1(1,0) 100(99,0)	0.611
Çoc. Dönemi ebevyden uzun süreli ayrılık	Evet Hayır	6(27,3) 16(72,7)	37(48,1) 40(51,9)	65(64,4) 36(35,6)	0.003 ^{a,b}
Anne baba boşanma durumu	Evet Hayır	6(27,3) 16(72,7)	12(15,6) 65(84,4)	20(19,8) 81(80,2)	0.448
Yaş ortalaması±ss		21,7±3,1	20,9±1,4	21,8±3,1	0.091

a=1-3 karşılaştırması

b= 2-3 karşılaştırması

Self mutilasyonu bulunanlarda yapılan gruplar arası karşılaştırmalarda, self mutilasyonun süresi ($p=0,010$), self mutilasyonun ilk başlama yaşı ($p=0,022$), self mutilasyonun sıklığı ($p=0.024$), self mutilasyonun bağımlılık durumu ($p=0.027$), son 1 yıl içinde self mutilasyon varlığı ($p=0.026$) yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Self mutilasyonu bulunan katılımcıların psikopati düzeylerine göre oluşturulan 3 grup arasında self mutilasyon ile ilişkili özellikler yönünden yapılan karşılaştırmalar Tablo 4.2'de sunulmuştur.



Tablo 4.2. Psikopati gruplarının self mutilasyon yönünden karşılaştırılması

Veriler		Psikopati 19 ve altı n=22	Psikopati 20-29 n=77	Psikopati 30 ve üzeri N=101	P
		n (%)	n (%)	n (%)	
İntihar niyeti olmadan doku hasarı oluşturan self mutilasyon	Evet Hayır	19(8,4) 3(13,6)	71(92,2) 6(7,8)	96(95,0) 5(5,0)	0.331
Eğer self mutilasyon var ise zarar verici davranış şekli	1 2 3 4 5 7	4(21,1) 0(0,0) 13(68,4) 1(5,3) 0(0,0) 1(5,3)	11(15,5) 1(1,4) 46(64,8) 4(5,6) 4(5,6) 5(7,0)	20(20,8) 1(1,0) 60(62,5) 9(9,4) 3(3,1) 3(3,1)	0,908
Self Mutasyonu tetikleyen veya zemin hazırlayan durum		19 (100,0)	71(100,0)	96(100,0)	1,0
Eğer var ise self mutilasyonun süresi	<i>ortalama±ss</i>	4,3±2,2	4,9±2,7	6,4±4,2	0,017 ^a
Self mutilasyonun ilk başlama yaşı	<i>ortalama±ss</i>	16,8±2,3	15,6±2,5	15,1±2,7	0,250
Self mutilasyonun sıklığı	Birkaç günde bir Birkaç haftada bir Birkaç ayda bir Yılda bir kez veya daha nadir	3 (15,8) 2(10,5) 2(10,5) 12(63,2)	9(12,7) 11(15,5) 16(22,5) 35(49,3)	14(14,6) 18(18,8) 37(38,5) 27(28,1)	0.024 ^{a,b}
Self mutilasyon sayısı	1 2-5 6-10 10'dan fazla	6(31,6) 7(36,8) 2(10,5) 4(21,1)	9(12,7) 25(35,2) 7(9,9) 30(42,3)	11(11,5) 25(26,0) 8(8,3) 52(54,2)	0.108
Self mutilasyonun bağımlılık durumu	Evet Hayır	6(31,6) 13(68,4)	32(45,1) 39(54,9)	58(60,4) 38(39,6)	0.027 ^a
Son 1 yıl içinde self mutilasyon varlığı	Evet Hayır	10(52,6) 9(47,4)	42(59,2) 29(40,8)	73(76,0) 23(24,0)	0.026 ^{a,b}
Self mutilasyonun sebebi amacı	0 1	1(5,3) 18(94,7)	2(2,8) 69(97,2)	2(2,1) 94(97,9)	0.733
Self mutilasyon sırasında oluşan yaraların büyüklüğü	1 2 3 4	13(68,4) 4(21,1) 1(5,3) 1(5,3)	36(50,7) 19(26,8) 9(12,7) 7(9,9)	37(38,5) 33(34,4) 16(16,7) 10(10,4)	0.323
Self mutilasyon sırasında hissedilen duygu	1 2	0(0,0) 19(100,0)	5(7,0) 66(93,0)	4(4,2) 92(95,8)	0.405
Self mutilasyon sonucu tıbbi bir komplikasyon varlığı	Evet Hayır	2(10,5) 17(89,5)	19(26,8) 52(73,2)	27(28,1) 69(71,9)	0.270

a=1-3 karşılaştırması

b= 2-3 karşılaştırması

Gruplar arasında intihar girişim durumu ($p<0.001$), işlenilen suç durumu ($p<0.001$), ilk suç işleme yaşı ($p=0.012$) ve toplam ceza sayısı ($p=0.013$) yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Psikopati düzeylerine göre oluşturulan 3 grup arasında, intihar girişimi ve suç işleme ile ilişkili özellikler yönünden yapılan karşılaştırmalar Tablo 4.3'de sunulmuştur.

Tablo 4.3. Psikopati gruplarının intihar girişimi ve ilişkili özellikler yönünden karşılaştırılması

Veriler		Psikopati 19 ve altı n=22	Psikopati 20-29 n=77	Psikopati 30 ve üzeri n=101	P
		n (%)	n (%)	n (%)	
İntihar girişim durumu	Evet	8(36,4)	50(66,7)	78(78,8)	<0.001 ^a
	Hayır	14(63,6)	25(33,3)	21(21,2)	
Kullanılan intihar girişim yöntemi	1	3 (37,5)	22(43,1)	35(44,3)	0.920
	2	1(12,5)	10(19,6)	18(22,8)	
	3	1(12,5)	7(13,7)	11(13,9)	
	4	2(25,0)	8(15,7)	7(8,9)	
	5	1(12,5)	4(7,8)	6(7,6)	
	7	0(0,0)	0(0,0)	2(2,5)	
İntihar girişim sayısı	<i>ortalama±ss</i>	3,1±1,8	2,7±2,4	3,1±3,2	0.783
İşlenilen suç durumu	Evet	13(59,1)	39(50,6)	22(21,8)	<0.001 ^{a,b}
	Hayır	9(40,9)	38(49,4)	79(78,2)	
İlk suç işleme yaşı	<i>ortalama±ss</i>	17,3±2,3	16,9±2,2	15,7±2,5	0.008 ^{a,b}
Toplam ceza sayısı	<i>ortalama±ss</i>	0,6±0,7	1,1±1,7	2,2±2,4	0.003 ^{a,b}

a=1-3 karşılaştırması

b= 2-3 karşılaştırması

Gruplar arasında yüz tanıma yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Psikopati düzeylerine göre oluşturulan 3 grup arasında yüz tanıma yönünden yapılan karşılaştırmalar Tablo 4.4'de sunulmuştur.

Tablo 4.4. Grupların yüz tanıma testinde duygusal ifadelere verilen doğru yanıtlar yönünden karşılaştırılması

	Psikopati 19 ve altı (n=22)		Psikopati 20-29 (n=77)		Psikopati 30 ve üzeri (n=101)		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Mutlu resim	6,55	0,963	6,57	1,229	6,29	1,366	0.140
Üzgün resim	3,77	1,688	3,97	1,892	3,51	1,803	0.310
Korkmuş resim	2,32	1,585	2,40	1,656	2,05	1,639	0.283
Kızgın resim	4,32	2,338	4,74	1,743	4,37	2,043	0.596
Şaşırmış resim	4,77	1,974	5,12	1,828	4,97	1,873	0.700
İğrenmiş resim	3,95	2,058	3,77	1,820	3,69	1,984	0.761
Nötr resim	5,64	1,814	5,21	2,098	4,94	2,195	0.341

Gruplar arasında yüz tanıma testinde duygusal ifadelere verilen reaksiyon süreleri yönünden yapılan karşılaştırmalarda, mutlu resime ($p=0.004$), kızgın resime ($p=0.042$) ve şaşırmış resime ($p=0.008$) verilen reaksiyon süreleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Psikopati düzeylerine göre oluşturulan 3 grup arasında yüz tanıma testinde duygusal ifadelere verilen reaksiyon süreleri yönünden yapılan karşılaştırmalar Tablo 4.5'de sunulmuştur.

Tablo 4.5. Grupların yüz tanıma testinde duygusal ifadelere verilen reaksiyon süreleri yönünden karşılaştırılması

	Psikopati 19 ve altı n=22		Psikopati 20-29 n=77		Pikopati 30 ve üzeri n=101		P
	Ortalama	SS	Ortalama	SS	Ortalama	SS	
Mutlu resim	5,30	1,87	5,68	1,27	6,15	1,33	0.004 ^{bc}
Üzgün resim	6,70	2,08	7,48	1,47	7,54	1,39	0.181
Korkmuş resim	6,88	2,30	7,86	1,56	7,57	1,43	0.069
Kızgın resim	6,64	2,01	7,57	1,85	7,52	1,44	0.042 ^a
Şaşırmış resim	6,57	1,94	7,70	1,65	7,35	1,35	0.008 ^{ac}
İğrenmiş resim	7,03	2,30	7,83	1,73	7,81	1,49	0.223
Nötr resim	5,66	1,92	6,52	1,48	6,60	1,35	0.061

a=1-2 karşılaştırması b=1-3 karşılaştırması c= 2-3 karşılaştırması

Bütün katılımcılarda anneye bağlanma ölçek puanı ile babaya bağlanma ölçek puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0.694$) ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) bir korelasyon bulunmuştur. Yüz tanıma testleri ile ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Bütün katılımcılarda ölçek puanları ve yüz tanıma verileri arasındaki korelasyonlar Tablo 4.6. da sunulmuştur.

Tablo 4.6. Bütün katılımcılarda anne babaya bağlanma verileri ile yüz tanıma verileri arasındaki korelasyon (n=200)

		anne_ bağlanma_ toplam	baba_ bağlanma_ toplam	mutlu resim	üzgün resim	korkmuş resim	kızgın resim	şaşırmış resim	iğrenmiş resim	nötr resim	mutlu süre	üzgün süre	korkmuş süre	kızgın süre	şaşırmış süre	iğrenmiş süre
baba_bağlanma_toplam	r	0.694														
	p	<0.001														
mutlu resim	r	0.013	-0.030													
	p	0.855	0.670													
üzgün resim	r	0.131	0.062	0.408												
	p	0.064	0.382	<0.001												
korkmuş resim	r	0.053	-0.085	0.256	0.216											
	p	0.459	0.233	<0.001	0.002											
kızgın resim	r	0.014	-0.040	0.548	0.559	0.229										
	p	0.846	0.578	<0.001	<0.001	0.001										
şaşırmış resim	r	0.085	0.001	0.606	0.421	0.187	0.518									
	p	0.232	0.994	<0.001	<0.001	0.008	<0.001									
iğrenmiş resim	r	0.060	0.002	0.518	0.391	0.299	0.394	0.555								
	p	0.400	0.983	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001								
nötr resim	r	-0.011	-0.035	0.619	0.207	0.291	0.443	0.432	0.540							
	p	0.876	0.619	<0.001	0.003	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001							
mutlu süre	r	-0.038	-0.059	-0.411	-0.115	-0.028	-0.161(*)	-0.249	-0.310	-0.391						
	p	0.594	0.409	<0.001	0.105	0.699	0.023	<0.001	<0.001	<0.001						
üzgün süre	r	0.035	0.003	-0.138	-0.039	0.040	-0.025	-0.038	-0.079	-0.176(*)	0.669					
	p	0.626	0.963	0.051	0.583	0.578	0.722	0.589	0.267	0.013	<0.001					
korkmuş süre	r	0.019	-0.035	-0.077	0.011	0.120	0.028	-0.010	-0.011	-0.084	0.647	0.846				
	p	0.789	0.620	0.279	0.882	0.090	0.691	0.884	0.874	0.234	<0.001	<0.001				
kızgın süre	r	0.007	-0.012	-0.110	-0.029	0.071	-0.055	-0.020	-0.040	-0.129	0.608	0.796	0.830			
	p	0.926	0.863	0.119	0.681	0.315	0.437	0.782	0.570	0.068	<0.001	<0.001	<0.001			
şaşırmış süre	r	-0.005	-0.077	-0.132	-0.001	0.058	-0.033	-0.084	-0.108	-.170(*)	0.623	0.785	0.857	0.812		
	p	0.940	0.279	0.062	0.991	0.418	0.641	0.237	0.129	0.016	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001		
iğrenmiş süre	r	0.033	0.024	-0.068	-0.018	0.016	-0.007	-0.014	0.011	-0.058	0.567	0.843	0.863	0.852	0.832	
	p	0.645	0.734	0.339	0.803	0.821	0.927	0.845	0.874	0.411	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	
nötr süre	r	0.009	-0.034	-0.326	-0.137	-0.051	-0.165(*)	-0.200	-0.248	-0.386	0.781	0.742	0.741	0.716	0.773	0.688
	p	0.897	0.634	<0.001	0.053	0.475	0.020	0.005	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

Her bir grupta anneye bağlanma ölçek puanı ile babaya bağlanma ölçek puanları arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (sırasıyla $r=0.675$, $p=0.001$; $r=0.740$, $p<0.001$; $r=0.635$, $p<0.001$). Yüz tanıma testleri ile ölçekler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$). Her bir grupta ölçek puanları ve yüz tanıma verileri arasındaki korelasyonlar Tablo 4.7. de sunulmuştur.

Tablo 4.7. Her bir gruptaki anne babaya bağlanma verileri ile yüz tanıma verileri arasındaki korelasyon (19 ve altı Psikopatisi olmayan grup)

HARE ÖLÇEK PUANLARI (≤19 psi yok)		anne_ bağlanm a toplaml	baba_ bağlanm a toplaml	mutlu resim	üzgün resim	korkmuş resim	kızgın resim	şaşırmış resim	iğrenmiş resim	nötr resim	mutlu süre	üzgün süre	korkmuş süre	kızgın süre	şaşırmış süre	iğrenmiş süre
baba_	r	0.675														
bağ. toplam	p	0.001														
mutlu	r	0.365	0.068													
resim	p	0.095	0.763													
üzgün resim	r	0.260	0.004	0.461												
	p	0.243	0.985	0.031												
korkmuş	r	-0.189	-0.198	0.380	0.011											
resim	p	0.400	0.377	0.081	0.963											
kızgın	r	-0.027	-0.239	0.448	0.647	0.318										
resim	p	0.907	0.285	0.036	0.001	0.149										
şaşırmış	r	0.427	0.100	0.695	0.398	0.268	0.512									
resim	p	0.048	0.659	<0.001	0.067	0.229	0.015									
iğrenmiş	r	0.190	-0.085	0.638	0.353	0.632	0.369	0.654								
resim	p	0.397	0.707	0.001	0.107	0.002	0.091	0.001								
nötr	r	0.401	0.054	0.855	0.625	0.423	0.534	0.734	0.748							
resim	p	0.064	0.810	<0.001	0.002	0.050	0.010	<0.001	<0.001							
mutlu	r	0.034	-0.056	-0.561	-0.282	-0.042	-0.315	-0.315	-0.064	-0.288						
süre	p	0.880	0.805	0.007	0.204	0.851	0.153	0.153	0.778	0.194						
üzgün	r	0.073	-0.059	-0.447	-0.341	0.101	-0.178	-0.121	0.116	-0.209	0.817					
süre	p	0.746	0.795	0.037	0.121	0.653	0.428	0.593	0.607	0.350	<0.001					
korkmuş süre	r	0.104	-0.076	-0.171	-0.274	0.184	-0.157	0.133	0.368	0.026	0.774	0.841				
	p	0.645	0.738	0.447	0.218	0.411	0.486	0.556	0.092	0.908	<0.001	<0.001				
kızgın	r	0.193	0.022	-0.307	-0.264	0.088	-0.190	0.028	0.213	-0.116	0.855	0.908	0.929			
süre	p	0.389	0.924	0.164	0.235	0.698	0.397	0.903	0.341	0.606	<0.001	<0.001	<0.001			
şaşırmış süre	r	0.056	-0.119	-0.280	-0.282	0.222	-0.210	-0.012	0.235	-0.013	0.797	0.847	0.916	0.857		
	p	0.804	0.597	0.207	0.203	0.322	0.349	0.958	0.291	0.953	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001		
iğrenmiş süre	r	0.164	0.016	-0.329	-0.245	0.108	-0.082	0.024	0.219	-0.079	0.765	0.922	0.862	0.887	0.866	
	p	0.465	0.944	0.135	0.271	0.633	0.716	0.916	0.328	0.727	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	
nötr	r	-0.061	-0.246	-0.456	-0.517	0.067	-0.410	-0.168	0.041	-0.322	0.804	0.842	0.812	0.816	0.847	0.726
süre	p	0.788	0.269	0.033	0.014	0.766	0.058	0.454	0.856	0.144	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

Tablo 4.7.a: Her bir gruptaki anne babaya bağlanma verileri ile yüz tanıma verileri arasındaki korelasyon HARE ÖLÇEK PUANLARI (20-29 (Olası psikopat))

		anne_ bağlanma_ toplam	baba_ bağlanma_ toplam	mutlu resim	üzgün resim	korkmuş resim	kızgın resim	şaşırmış resim	igrenmiş resim	nötr resim	mutlu süre	üzgün süre	korkmuş süre	kızgın süre	şaşırmış süre	igrenmiş süre
baba_ bağlanma_ toplam	r	0.740														
	p	<0.001														
mutlu resim	r	-0.014	-0.008													
	p	0.906	0.947													
üzgün resim	r	0.105	-0.014	0.306												
	p	0.362	0.902	0.007												
korkmuş resim	r	0.145	-0.007	0.196	0.205											
	p	0.209	0.951	0.088	0.074											
kızgın resim	r	0.054	-0.030	0.396	0.513	0.269										
	p	0.641	0.797	<0.001	<0.001	0.018										
şaşırmış resim	r	0.104	0.030	0.514	0.362	0.232	0.365									
	p	0.370	0.798	<0.001	0.001	0.042	0.001									
igrenmiş resim	r	0.114	0.025	0.454	0.254	0.224	0.217	0.503								
	p	0.325	0.832	<0.001	0.026	0.051	0.058	<0.001								
nötr resim	r	0.047	-0.022	0.504	0.015	0.263	0.242	0.271	0.488							
	p	0.683	0.851	<0.001	0.899	0.021	0.034	0.017	<0.001							
mutlu süre	r	-0.155	-0.141	-0.292	-0.023	0.003	0.076	-0.207	-0.335	-0.352						
	p	0.177	0.221	0.010	0.843	0.979	0.510	0.070	0.003	0.002						
üzgün süre	r	-0.046	-0.059	0.002	0.107	0.048	0.140	0.008	-0.071	-0.154	0.621					
	p	0.690	0.609	0.984	0.356	0.676	0.226	0.946	0.542	0.180	<0.001					
korkmuş süre	r	-0.046	-0.090	-0.051	0.087	0.135	0.112	-0.082	-0.118	-0.170	0.675	0.882				
	p	0.693	0.436	0.661	0.451	0.242	0.330	0.480	0.308	0.139	<0.001	<0.001				
kızgın süre	r	-0.066	-0.088	-0.073	-0.017	0.071	0.016	-0.075	-0.094	-0.142	0.539	0.795	0.808			
	p	0.569	0.447	0.528	0.881	0.537	0.891	0.518	0.418	0.219	<0.001	<0.001	<0.001			
şaşırmış süre	r	-0.081	-0.146	-0.082	0.059	0.028	0.107	-0.137	-0.140	-0.212	0.567	0.843	0.862	0.771		
	p	0.483	0.206	0.479	0.611	0.810	0.355	0.235	0.226	0.065	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001		
igrenmiş süre	r	-0.018	-0.081	0.013	-0.013	0.021	0.022	-0.049	0.001	-0.066	.520	.852	.864	.813	.860	
	p	0.879	0.486	0.913	0.913	0.854	0.851	0.671	0.997	0.566	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	
nötr süre	r	-0.057	-0.077	-0.236	-0.033	-0.079	-0.009	-0.178	-0.306	-0.412	0.721	0.792	0.783	0.696	0.795	0.764
	p	0.625	0.504	0.039	0.773	0.492	0.936	0.121	0.007	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

Tablo 4.7.b: Her bir gruptaki anne babaya bağlanma verileri ile yüz tanıma verileri arasındaki korelasyon (HARE ÖLÇEK PUANLARI ≥30 ve üzeri Piskopat)

		anne_ bağlanma_ toplam	baba_ bağlanma_ toplam	mutlu resim	üzgün resim	korkmuş resim	kızgın resim	şaşırmış resim	iğrenmiş resim	nötr resim	mutlu süre	üzgün süre	korkmuş süre	kızgın süre	şaşırmış süre	iğrenmiş süre
baba_ bağlanma_ toplam	r	0.639														
	p	<0.001														
mutlu resim	r	-0.072	-0.099													
	p	0.473	0.326													
üzgün resim	r	0.078	0.114	0.463												
	p	0.439	0.255	<0.001												
korkmuş resim	r	-0.017	-0.166	0.266	0.245											
	p	0.863	0.096	0.007	0.014											
kızgın resim	r	-0.040	-0.019	0.660	0.573	0.174										
	p	0.692	0.848	<0.001	<0.001	0.082										
şaşırmış resim	r	-0.020	-0.057	0.664	0.472	0.134	0.617									
	p	0.841	0.571	<0.001	<0.001	0.182	<0.001									
iğrenmiş resim	r	-0.020	-0.005	0.546	0.503	0.281	0.509	0.573								
	p	0.839	0.959	<0.001	<0.001	0.004	<0.001	<0.001								
nötr resim	r	-0.172	-0.090	0.663	0.276	0.282	0.560	0.501	0.538							
	p	0.085	0.368	<0.001	0.005	0.004	<0.001	<0.001	<0.001							
mutlu süre	r	0.122	0.070	-0.456	-0.107	-0.008	-0.247	-0.274	-0.370	-0.433						
	p	0.223	0.489	<0.001	0.289	0.939	0.013	0.006	<0.001	<0.001						
üzgün süre	r	0.124	0.107	-0.169	-0.068	0.028	-0.093	-0.064	-0.138	-0.165	0.638					
	p	0.217	0.287	0.090	0.502	0.780	0.354	0.525	0.167	0.099	<0.001					
korkmuş süre	r	0.023	0.019	-0.090	0.016	0.086	0.015	-0.027	-0.054	-0.037	0.604	0.820				
	p	0.819	0.853	0.371	0.873	0.394	0.884	0.791	0.591	0.717	<0.001	<0.001				
kızgın süre	r	0.038	0.077	-0.105	0.021	0.077	-0.089	-0.002	-0.059	-0.101	0.587	0.747	0.813			
	p	0.706	0.444	0.298	0.833	0.442	0.375	0.988	0.560	0.316	<0.001	<0.001	<0.001			
şaşırmış süre	r	0.016	-0.010	-0.169	-0.004	0.028	-0.120	-0.093	-0.185	-0.168	0.652	0.706	0.818	0.836		
	p	0.875	0.919	0.092	0.971	0.783	0.230	0.356	0.064	0.093	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001		
iğrenmiş süre	r	0.052	0.153	-0.070	0.047	-0.010	-0.012	-0.012	-0.037	-0.024	0.519	0.791	0.862	0.878	0.789	
	p	0.602	0.128	0.487	0.640	0.918	0.905	0.903	0.710	0.812	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	
nötr süre	r	0.128	0.104	-0.379	-0.120	-0.050	-0.211	-0.255	-0.292	-0.374	0.825	0.633	0.663	0.681	0.720	0.578
	p	0.201	0.301	<0.001	0.230	0.623	0.035	0.010	0.003	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001

ASKB tanılı hastalardan psikopati seviyelerine göre ayırdığımız üç gruba anne ve babaya bağlanma ölçeği uygulanmış olup, babaya bağlanma ölçeğinde tespit edilen toplam puan ile HPDÖ' de tespit edilen toplam puan arasında istatistiksel olarak negatif yönde, zayıf ($r = -0,153$) ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p = 0,031$).

ASKB tanılı hastalardan psikopati seviyelerine göre ayırdığımız üç gruba anne ve babaya bağlanma ölçeği uygulanmış olup, anneye bağlanma ölçeğinde tespit edilen toplam puan ile HPDÖ' de tespit edilen toplam puan arasında istatistiksel olarak negatif yönde, zayıf ($r = -0,231$) ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p = 0,001$). Psikopati, anne-baba bağlanma verilerinin korelasyonu Tablo 4.8. de sunulmuştur.

Tablo 4.8. Psikopati, anne-baba bağlanma verilerinin korelasyonu

		Psikopati	Anne Bağlanma	Baba Bağlanma
Psikopati	r	-	-0,231**	-0,153*
	P		0,001	0,031
Anne Bağlanma	r	-0,231**	-	0,694**
	P	0,001		0,000
Baba Bağlanma	r	-0,153*	0,694**	-
	P	0,031	0,000	

ASKB tanılı hastalardan psikopati seviyelerine göre ayırdığımız üç grubun her biri için (psikopatisi olmayan, olası psikopati ve psikopati) yapılan korelasyonda hare toplam puanı ile anne-baba bağlanma puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı. Grupların kendi içlerinde anne-baba bağlanma puanları ile korelasyonu Tablo 4.9. da sunulmuştur.

Tablo 4.9. Grupların kendi içlerinde anne-baba bağlanma puanları ile korelasyonu

Psikopati			Psikopati	Anne Bağlanma	Baba Bağlanma
19 ve altı	Psikopati	<i>r</i>	1	-,029	-,087
		<i>P</i>		,899	,700
	Anne Bağlanma	<i>r</i>	-,029	1	,675**
		<i>P</i>	,899		,001
	Baba Bağlanma	<i>r</i>	-,087	,675**	1
		<i>P</i>	,700	,001	
20-29	Psikopati	<i>r</i>	1	-,170	-,151
		<i>P</i>		,139	,189
	Anne Bağlanma	<i>r</i>	-,170	1	,740**
		<i>P</i>	,139		,000
	Baba Bağlanma	<i>r</i>	-,151	,740**	1
		<i>P</i>	,189	,000	
30 ve üzeri	Psikopati	<i>r</i>	1	-,150	-,044
		<i>P</i>		,134	,659
	Anne Bağlanma	<i>r</i>	-,150	1	,639**
		<i>P</i>	,134		,000
	Baba Bağlanma	<i>r</i>	-,044	,639**	1
		<i>P</i>	,659	,000	

**. Correlation is significant at the 0.01

ASKB tanılı hastalardan psikopati seviyelerine göre ayırdığımız üç grup arasında anne bağlanmaya bağlı ölçek puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur $p=0.005$. Psikopati seviyesine göre, psikopatisi olanların anneye bağlanma ölçek puanları düşük olarak bulundu. Bu farkın kaynağı, olası psikopati ile psikopatisi olan grup arasından kaynaklanan fark idi. Grupların anne-baba bağlanma puanlarına göre karşılaştırılması Tablo 4.10. da sunulmuştur.

Tablo 4.10. Grupların anne-baba bağlanma puanlarına göre karşılaştırılması

	Grup 1 n=22	Grup 2 n=77	Grup 3 n=101	Toplam n=200	p
	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	Ort±ss	
Anne Bağlanma Ölçeği	43,7 ± 12,9	45,1±12,8	39,1±11,8	41,9±12,6	0.005*
Baba bağlanma Ölçeği	40,0±13,1	40,5±14,2	36,7±11,8	38,6±12,9	0.135

* Farkın kaynağı, Grup 2 ve Grup 3 arası karşılaştırmadır.

5-TARTIŞMA

Çalışmamızda ASKB tanılı bireylerde; psikopati seviyeleri ile bağlanma düzeyleri ve yüz tanıma becerileri arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık. Psikopatik özellik olan adli ve sosyal sorun yaşayan ASKB tanılı bireylerin yüz tanıma becerileri ayırt edici bir özellik olabilir. Bağlanma tarzlarının tespit edilip ana-baba çocuk ilişkilerinin düzenlenmesi, böylelikle psikopati düzeylerinin azaltılması için yararlı olabilecek bilgiler elde edinilebilir. Burada bu bulguların güncel literatürler ışığında tartışılması hedeflenmiştir.

ASKB ergenlik döneminin ilk başlarından başlayarak yetişkin dönemdeki süreçte de devam eden başkalarının haklarına saldırı, saldırgan tutumlar, toplum kurallarına uymama, pişmanlık duymama, kendine zarar verme, empati eksikliği, suçluluk duymama, yalan söyleme, kendilerinin ve başkalarının güvenliğini önemsememe gibi davranış örüntüleri içerir. Aynı zamanda adli sorun teşkil edebilecek suç içeren davranışları tekrarlama ve yasalara uyumda sorun yaşama gibi özellikleri de içermektedir (20,128).

ASKB, psikopati ile ilişkili bir psikolojik bozukluktur. ASKB ve psikopatide genetik, psikososyal, sosyokültürel faktörler rol oynamaktadır. Psikopati antisosyal yaşam tarzı, sorumsuz davranış özellikleri, duygu yoksunluğu ve vicdansızlık, aldatıcı davranış özellikleri gösteren gelişimsel bir bozukluktur. ASKB olan bireyler ve psikopati özelliği olan bireyler yaşamları boyunca sorumsuz davranışlar göstererek kendilerinin ve başkalarının güvenliğini önemsemezler ve tehlikeye atarlar. Bu bireylerin tipik davranış özellikleri; başkalarının haklarını ihlal etmek, aldatıcı davranışlarda bulunmak ve yalan söylemek, saldırgan tutum içinde bulunmak, sosyal, toplumsal ve yasal kuralları çiğnemektir. Psikopati tanısındaki en önemli kriter antisosyal şiddet davranışı ve tekrarlayan suç işleme eğilimidir. ASKB bireylerde psikopati düzeyinde bencil duyarsız ve parazitik yaşam denilen başkaları üzerinden geçinme potansiyeli yoktur (2,22).

Çocuk gelişiminde anne baba çocuk ile ebeveynler arasındaki duygu paylaşımı, çikarsız ve karşılıksız sevgi ile kurulan bağ oldukça önemlidir. Bu bağın eksikliği ve aşırılığı psikolojik bozukluklara zemin hazırlamaktadır. Aşırı korumacı ebeveyn tutumu nedeniyle çocuklar kendi özelliklerini ve yeteneklerini tanıyamazlar ve risk alamayan, kararsız ve özgüvensiz bağımlı bireyler olarak toplumda yerlerini alırlar (119,120). Normal gelişimde beklenen model güvenli bağlanma modelidir. Güvensiz bağlanma biçimleri ise yaşamın sonraki döneminde beliren psikopatolojinin türünü belirleyen faktör olduğu düşünülmektedir (122). Güvensiz bağlanmaya yol açan durumlardan birisi bakım verenden uzun süreli ayrı kalma, psikolojik ve fiziksel istismar ve ebeveynin otoriter ve sert tutumu ASKB kişilerin geçmişinde sıklıkla bulunmaktadır (123).

Duygusal yüz ifadelerini tanıma süreci normal sosyalleşme ve kişisel etkileşim için gerekli bir faktör olup toplumdaki diğer bireylerin sosyal iletişimi ile uygun bir biçimde yönlendirilememesi sonucu agresyon ve benzeri antisosyal davranışların nedeni olabilir. Sıkıntı ile ilgili işaretler özellikle de korku ve üzgün ifadeler antisosyal davranışı inhibe etmede önemlidir. Bu nedenle duygusal yüz ifadesini tanıma toplumdaki kişiler arasındaki davranışları düzenlemede önemli bir role sahiptir (129).

Çalışmamızda ASKB tanılı bireylerin sosyo demografik özelliklerine bakacak olursak; çalışmaya alınan iki yüz hastanın yaş ortalaması $21,4 \pm 2,6$ yıl (en küçük=18, en büyük=37) olarak hesaplandı. Yaş ortalaması açısından üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmadı. ($p=0.091$). Çalışma grubumuz genç erkek hastalardan oluştuğu için erkek cinsiyet ve genç yaşın ASKB ve psikopati seviyesi üzerine etkisi konusunda yorum yapmak olanaksızdı.

Psikopati seviyesine göre ayırmış olduğumuz bu üç grup ile eğitim süresi arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.636$). Bu durum antisosyal kişilik bozukluğu ile ilişkili olarak erken yaşlarda ortaya çıkan okuldan kaçma, sosyal uyum bozukluğu sonucu okul başarısızlığı ile ilgili olabileceğini düşündürmüştür. Aynı zamanda bu sonuç antisosyal kişilik bozukluğu

olanlarda eğitim seviyesinin psikopati seviyesini tek başına etkilemediği sonucunu ortaya çıkarmıştır. Bu durum diğer faktörlerin önemli olabileceğini akla getirmektedir. Diğer çalışmalara bakıldığında; bizim çalışmamız ile benzer sonuçlar elde edilmiş olup eğitim düzeyi psikopatisi olmayan grubu ve psikopati grubu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır (130).

Psikopati seviyesine göre ayırmış olduğumuz bu üç grup ile memleket arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.060$) ve yine bu üç grup ile yaşadığı yer arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.656$). Ancak psikopati seviyesine sahip olan hastalarda Doğu Anadolu'da yaşayanlar % 28.7 ve Güneydoğu Anadolu'da yaşayanlar % 25.7 oranına sahiptir. İstatistiksel açıdan anlamlı fark olmamasına rağmen psikopatisi olmayan ve psikopati grupları karşılaştırıldığında bu sonuçlar daha önceki çalışmalarda da gösterildiği gibi psikopatların az gelişmiş ve suça yatkın yerlerde yaşamış olabilecekleri hipotezini desteklemektedir (59).

Psikopati düzeylerine göre ayrılan üç grup ile medeni durum arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.530$), ancak her üç grupta da bekâr olanlar yüksek orana sahipti. Çalışma grubumuzun yaşlarının homojen dağılımından dolayı daha çok genç erişkin hastaların sayısının fazla olmasına ve ülkemiz evlilik yaş ortalamasına yakın veya altında olması nedeniyle bekâr hastaların daha fazla olduğunu düşünmekteyiz.

Gruplar arasında iş durumu açısından anlamlı farklılık mevcuttu. ($p=0.001$). İş değiştiren ve işsizlerde psikopati seviyesi anlamlı olarak yüksek değerlendirildi. Bu da psikopati seviyesinin işsizlik üzerinde önemli olabileceğini düşündürmüştür. Benzer çalışmalara bakıldığında; İş durumu ve düzenli iş sahibi olma gibi özellikler açısından karşılaştırıldığında psikopatisi olmayanlar ile psikopatisi olanlar arasında anlamlı farklılık bulunmuştur. Düzenli bir iş ve meslek sahibi olmama durumunun yenilik arama davranışı, çabuk sıkılma ve kurallara karşı tahammülsüzlük özelliklerinden dolayı görüldüğü düşünülmektedir (27).

Üç grup arasında ekonomik durum açısından anlamlı farklılık yoktu ($p=0.164$) Ancak psikopatisi olan hastalarda, düşük ekonomik seviye % 78.2 olup yüksek oranda saptanmıştır. Diğer bir çalışmada, çalışma durumu, mesleki durum ve ekonomik durum açısından karşılaştırıldığında psikopatisi olmayan ve psikopati grupları arasında anlamlı fark bulunmuştur. Ekonomik durumunun düşük seviyeli olmasının ASKB tanılı kişilerin düzenli çalışmaması ve meslek sahibi olmamalarından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir (27).

Çalışmamızda bu üç grup arasında ruhsal sorun varlığı açısından ($p=0.274$) ve ailede ruhsal sorun varlığı açısından anlamlı farklılık yoktu ($p=0.139$). Ancak psikopatisi olan hastalarda ruhsal sorun varlığı % 78.2 ile ve yine psikopatisi olan hastalarda ailesinde ruhsal sorun varlığı % 42.6 ile yüksek oranda saptanmıştır. Benzer çalışmalara bakıldığında; ASKB tanılı hastaların birinci derece yakınlarında ruhsal bozukluk daha sık görülmüştür. Genetik araştırmalarda aynı ailedeki erkek bireylerin ASKB'li hastalardaki birinci derece akrabalarındaki psikiyatrik hastalık öyküsü % 50 olarak bulunmuştur. Psikopatisi olmayan ve psikopati grupları karşılaştırıldığında aile içi psikiyatrik hastalık öyküsü psikopati grubunda anlamlı olarak yüksek saptanmıştır. Anne ve babaya ithaf edilen olumsuz kişilik özellikleri ve olumsuz aile tutumları ile daha sık karşılaşılmaktadır. Bu durum ASKB psikopatolojisinde işlevselliği olmayan ailenin önemini vurgulayan çalışmalar ile uyumludur (56,58,131,132).

Psikopati düzeyine göre ayırmış olduğumuz bu üç grup ile sigara içme durumu arasında anlamlı farklılık mevcuttu. ($p=0.014$). psikopatisi olan kişilerde sigara içme oranı % 100 idi. Bu sonuç bize psikopati seviyesi arttıkça sigara gibi bağımlılık yapıcı maddelerin tüketiminin de doğru orantılı olarak artmış olduğunu düşündürmüştür.

Üç grup ile alkol kullanma durumu arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.119$) her ne kadar alkol kullanma durumu ile psikopati seviyeleri arasında anlamlı farklılık saptanmasa da psikopatisi olan kişilerde alkol kullanma oranı % 54.8 (69 kişi) olup yüksek olarak değerlendirildi. Bu sonuç

da sigara kullanma oranına benzer şekilde bağımlılık yapıcı maddelerin tüketiminin artmış olduğunu düşündürmüştür.

Psikopati düzeyine göre ayırmış olduğumuz bu üç grup ile madde kullanımı durumu arasında anlamlı farklılık mevcuttu. ($p=0.000$). Psikopatisi olan kişilerde madde kullanım oranı anlamlı oranda yüksekti (133,134,135,136,137). Madde kullanım bozuklukları ASKB tanılı hastalarda eş tanı olarak topluma göre daha yüksek oranda görülmektedir. ASKB de madde kullanım sıklığındaki artışın yenilik arayışı davranışının yüksek olması, zarardan kaçınma düzeyinin düşük olması, kendi kendini tedavi, ödül duyarlılığı ve benzeri etkenler ile ilgili olabileceği düşünülmektedir (137,138,139).

Üç grup arasında aile ilişkisi durumu açısından anlamlı farklılık yoktu ($p=0.072$). Ancak psikopatisi olanlarda aile bağı zayıf olanlar % 69.3 olup yüksek oranda saptanmıştır.

Üç grup arasında ile dayak yeme durumu açısından anlamlı farklılık mevcuttu. ($p=0.032$). Psikopatisi olan kişilerde dayak yeme oranı yüksek olarak bulundu. Sıklıkla çocukluk döneminde kötü muamele öyküsü bulunan veya ailesi tarafından dayak atılan çocuklarda ASKB saptanmaktadır (140).

Psikopati düzeyine göre ayırmış olduğumuz bu üç grup ile tehdit durumu arasında ise anlamlı farklılık yoktu ($p=0.169$). Fiziksel ihmal durumu arasında anlamlı farklılık mevcuttu ($p=0.043$). Psikopatisi olan kişilerde fiziksel ihmal oranı yüksek olarak bulundu. Yine bu üç grup ile ruhsal ihmal durumu arasında anlamlı farklılık mevcuttu ($p=0.035$). Psikopatisi olan kişilerde ruhsal ihmal oranı yüksek olarak bulundu. Yine bu üç grup ile cinsel açıdan kötüye kullanım durumu arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.611$) (131,132,141,142,143). ASKB' si olan bireylerin aile ilişkilerinin zayıf olduğu, anne babanın çocuğa karşı fiziksel ve ruhsal ihmali ve kötüye kullanımı (fiziksel istismar, tehdit, dayak), yetersiz disiplini olduğu ve antisosyal özelliklere sahip olduğu görülmüştür (141,142,143).

Psikopati düzeyine göre ayırmış olduğumuz bu üç grup ile polikliniğe başvuru amacı durumu arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.150$). Bu durum psikopati özellikleri olmasa bile antisosyal kişilik özelliği taşıyan tüm hastalar psikiyatri polikliniğine sevk edilmesi nedeni ile ortaya çıkmıştır.

Çalışmamızda gruplar arasında anne veya babadan altı aydan uzun ayrı kalma durumu arasında anlamlı farklılık mevcuttu ($p=0.003$). Psikopatisi olan kişilerde anne veya babadan altı aydan uzun ayrı kalma oranı yüksek olarak bulunmuştur.

Psikopati seviyesine göre ayırmış olduğumuz bu üç grup ile anne baba boşanma durumu arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.448$). Aile ilişkilerinin zayıf olması, ebeveyn boşanması, ASKB' li hastalarda istatistiksel olarak anlamlı ve yüksek bulunmuştur. Bu bilgi daha önceki literatür bulguları ile uyumlu olarak değerlendirilmiştir (59).

Self mutilasyon ile ilişkili sonuçlar ise dikkat çekici ve karşılaştırmaya değerdi. Self mutilasyonun süresi açısından psikopati düzeylerine göre oluşturulan gruplar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($p=0,010$). Self mutilasyonun ilk başlama yaşı yönünden üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($p=0,022$). Self mutilasyonun sıklığı yönünden üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($p=0.024$). Self mutilasyonun bağımlılık durumu yönünden üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($p=0.027$). Son 1 yıl içinde self mutilasyon varlığı yönünden üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yani psikopatisi olan grupta uzun bir zamandır ve çok küçük yaşlardan beri self mutilasyon davranışı bulunmaktadır. Yine psikopatisi olan gruplarda çocukluktan beri başlayan bu süreçte self mutilasyon davranışı sık olarak izlenmektedir.

Psikopati seviyesine göre ayırmış olduğumuz bu üç grup ile self mutilasyon girişimi arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.331$). Self mutilasyon davranışı ASKB nin tanı kriterlerinden biri olup bizim çalışmamızda antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan 200 kişiden 186 hastada self mutilasyon

davranışı bulunduğundan hemen hemen grupların tamamına yakınında self mutilasyon saptandı. Bu nedenle gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı. ASKB olan hastalardaki self mutilasyon oranını araştıran benzer çalışmalara bakıldığında; ASKB grubunda self mutilasyon davranışı oranı %82 ve intihar girişimi oranı ise % 69 olarak saptanmıştır. Bu sonuçlar psikopatisi olan grupta self mutilasyon davranışı oranı ve intihar girişimi oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı ve belirgin olarak yüksek saptanmıştır. Bu anlamlılığın nedeni ASKB grubunun doğal psikopatolojik özelliğı ile uyumlu olarak beklenen bir sonuç olduğı değerlendirilmiştir. Yine yapılan diğeri bir çalışmada ASKB tanılı hastalarda self mutilasyon davranışı oranı %94, intihar girişim oranı %70 olarak saptanmıştır ve bu oranlar Toğul'un yaptığı çalışmadaki sonuçlara benzerdir Psikopati seviyesine göre ayırmış olduğumuz bu üç grup ile self mutilasyon çeşitleri (vurarak yaralama, ısıarak yaralama, kesici aletler ile yaralama, sivri uçlu aletler ile yaralama, yakarak yaralama, asitle yaralama ve diğeri) durumu arasında anlamlı farklılık yoktu ($p=0.908$) ASKB' li psikopati hastaları arasında anlamlı farklılık olmasa da psikopatisi olup self mutilasyona eğilimli olan hastalar ulaşabildikleri her türlü alet ile kendilerine zarar verebildiğinden kullanılan yöntemler arasında anlamlı farklılık bulunmadığını düşündürmüştür (26,144).

Psikopati düzeylerine göre oluşturulan üç grup arasında, intihar girişimi yönünden bakacak olursak; İntihar girişimi yönünden psikopati seviyesine göre ayırmış olduğumuz bu üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($p<0.001$). Olası psikopatisi olan kişilerde intihar oranı yüksek olarak bulunmuştur. Cleckley' nin yaptığı klinik araştırmalarda ASKB olgularında intihar girişimleri daha az oranda gözlemlenmiş olup bunun nedenini de "psikopatili olguların yaşamlarını sonlandırma isteğinin tam aksine intihar girişimi davranışına karşı özel bir bağışıklık gösterdiklerini" söylemiştir. Yani bu hastaların psikolojik savunma mekanizmaları normal davranışa sahip bireylere göre daha çabuk devreye girmektedir. Çünkü ASKB' li hastalar her durumda haklı olduklarını ve diğeri bireylerin kendilerine haksızlık yaptığini düşündükleri için her durumda savunma mekanizmaları ile benliklerini korumaktadırlar. Diğeri bir yandan Verona ve arkadaşlarının

yaptığı bir çalışmada intihar davranışı ile psikopatinin faktör yapısından birisi olan Faktör 2 nin ilişkili olduğu belirtilmiştir. ASKB tanılı hastalarda intihar davranışı ve self mutilasyon davranışı ile dürtüsellüğün ilişkili olduğu ileri sürülmüştür (145,146,147,148).

Psikopati düzeylerine göre oluşturulan üç grup arasında, suç işleme ile ilişkili özellikler yönünden bakacak olursak; İşlenen suç durumu yönünden psikopati seviyesine göre ayırmış olduğumuz bu üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($p<0.001$). İlk suç işleme yaşı yönünden psikopati seviyesine göre ayırmış olduğumuz bu üç grup arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık mevcuttu ($p=0.012$) ve toplam ceza sayısı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p=0.013$). Yine bu üç grup ile yasal sorun bulunma durumu arasında anlamlı farklılık mevcuttu ($p=0.000$). ASKB tanılı psikopati hastalarında yapılan benzer çalışmalara bakıldığında Kriminalite yani suç işleme psikopati grubu ve/veya kişilik bozukluğu ile ilişkilendirilmiş olup suç kaydı olanların HPDÖ değerlerinin daha yüksek olduğu İsveç' te yapılan bir çalışmada da belirtilmiştir. Bizim çalışmamızda da psikopati grubunda psikopatisi olmayan gruba oranla birden fazla suç işleme oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur (149).

Psikopati düzeylerine göre oluşturulan üç grup arasında, yüz tanıma testinde duygusal ifadelerle verilen doğru yanıt ilişkisi yönünden bakacak olursak; gruplar arasında yüz tanıma yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Ancak gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlılık olmasa da her üç grupta en iyi doğru tanımlanan yüz ifadesi mutlu resim olup (ort 6.55) ve her üç grupta en kötü yanlış olarak tanımlanan yüz ifadesi korkmuş ifade resim (ort 2.32) olarak bulunmuştur. Antisosyal popülasyonda duygusal yüz ifadelerini tanıma yeteneğini değerlendirmek amacıyla yapılan yirmi çalışmanın meta-analizinde korku duygusunu tanıma doğruluğundaki düşük oran ya da tanımda yetersizlik ile antisosyal davranışlar arasında anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır (129).

Demirel ve ark. nın bipolar duygulanım bozukluğu olan hastalarda psikopati ve duygusal yüz ifadesi tanıma becerili konulu yaptığı çalışmada en

iyi doğru tanımlanan duygusal yüz ifadesi yüzdesi “mutlu” için elde edilirken (her ikisi için $> \%99$), en kötü yanlış tanımlanan duygu her iki grupta da “korku” olmuştur (her iki grup için de, $< \%50$). Korku ifadelerini tanımanın doğruluk oranı kontrol grubuna göre vaka grubunda anlamlı düzeyde daha kötü saptanmıştır ($p < 0.05$). Ayrıca, suç davranışları olan ötimik bipolar hastalarda kızgın yüz ifadelerine karşı daha kötü tanıma eğiliminin olduğu gösterilmiştir (150).

Demirbuğa ve ark. nın şizofreni hastalarında duygusal yüz ifadelerini tanıma yeteneğini değerlendirmek amacıyla yaptıkları bir çalışmada korku ve öfke ifadesini kötü seviyede tanınması ile suç davranışları arasında ilişki saptanmıştır. Bununla birlikte şiddet eğilimi olan ve olmayan şizofreni hastaları arasında korku ifadesini tanımlama bakımından istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmamıştır. Korku ve üzüntü ifadelerinin bir çocukta antisosyal davranışı sergilemesini engelleyen bir sosyal pekiştirici olarak ortaya çıktığı kabul edilmiştir (151).

Bizim çalışmamızda psikopati grupları arasında yüz tanıma testindeki duygusal ifadelere verilen reaksiyon süreleri yönünden yapılan karşılaştırmalarda, mutlu resime ($p = 0.004$), kızgın resime ($p = 0.042$) ve şaşırmış resime ($p = 0.008$) verilen reaksiyon süreleri yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır.

Mutlu yüz ifadesinin tanınma süresi ile psikopati grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0,004$) . Psikopatisi olmayan ve psikopatisi olanlar arasında anlamlı olarak fark vardır. Duygusal ifadelerin bulunduğu yüz tanıma testinde mutlu yüz ifadesini; psikopatisi olmayanlar 5.25 sn.de, psikopatisi olanlar 6.1 sn.de tanımıştır. Yani psikopatisi olan bireyler yüzleri tanımakta zorlanmaktadır.

Kızgın yüz ifadesinin tanınma süresi ile psikopati grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı ($p = 0.042$). Psikopatisi olmayanlar ve psikopatisi olanlar arasında anlamlı olarak fark vardır. Duygusal ifadelerin bulunduğu yüz tanıma testinde kızgın yüz ifadesini; psikopatisi olmayanlar 6.6 sn.de, olası psikopatlar ve psikopati olanlar 7.5 sn.de tanımıştır. Yani olası

psikopatlar ve psikopatisi olan bireyler kızgın yüz ifadelerini tanımakta zorlanmaktadır.

Şaşırmış yüz ifadesinin tanınma süresi ile psikopati grupları arasında anlamlı olarak fark vardır.($p=0.008$), psikopatisi olmayanlar, olası psikopati ve psikopatisi olanlar arasında anlamlı olarak fark vardır. Psikopatisi olmayanlar 6,8 sn.de olası psikopatlar 7,8 sn.de ve psikopatisi olanlar 7,3 sn.de yüz tanıma testinde; yüzleri tanıyorlar. Sonuçta psikopatisi olmayanlar yüzleri hızlı tanıyorlar, olası psikopatlar ve psikopatisi olanlar yüzleri daha geç olarak tanıyorlar. Yüz ifadelerini en hızlı tanıyanlar psikopatisi olmayanlardır.

Korkmuş yüz ifadesinin tanınma süresi ile psikopati grupları arasında anlamlı olarak fark vardır.($p=0.069$), psikopatisi olmayanlar ve olası psikopatlar arasında anlamlı olarak fark yoktur. Psikopatisi olmayanlar 6,8 sn.de olası psikopatlar 7,8 sn.de duygusal ifadelerin bulunduğu yüz tanıma testinde; yüzleri tanıyorlar. Sonuçta olası psikopatlar yüzleri tanımakta zorlanıyorlar. Yüz ifadelerini en hızlı tanıyanlar psikopatisi olmayanlardır..

Nötr yüz ifadesinin tanınma süresi ile psikopati grupları arasında anlamlı olarak fark vardır.($p=0.061$), psikopatisi olmayanlar, olası psikopatlar ve psikopatisi olanlar arasında anlamlı olarak fark vardır. Psikopatisi olmayanlar 5,7 sn.de olası psikopatlar 6,5 sn.de ve psikopatisi olanlar 6,6 sn.de yüz tanıma testinde; yüzleri tanıyorlar. Sonuçta psikopatisi olmayanlar yüzleri erken tanıyorlar, olası psikopatlar ve psikopatisi olanlar yüzleri daha geç olarak tanıyorlar. Yüz ifadelerini en hızlı tanıyanlar psikopatisi olmayanlardır.

Mutlu, korku dolu, tiksinti dolu ve kızgın ifadelere karşı verilen yanıt süreleri kontrol grubuna kıyasla vaka grubunda anlamlı düzeyde daha uzun olmuştur ($p<0.05$) (150).

Bütün katılımcılarda anneye bağlanma ölçek puanı ile babaya bağlanma ölçek puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0.694$) ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) bir korelasyon bulunmuştur. Her bir grupta anneye bağlanma ölçek puanı ile babaya bağlanma ölçek puanları

arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulunmuştur (sırasıyla $r=0.675$, $p=0.001$; $r=0.740$, $p<0.001$; $r=0.635$, $p<0.001$). Yüz tanıma testleri ile ölçekler arasında istatistiksel anlamlı bir ilişki bulunmamıştır ($p>0.05$).

ASKB tanılı hastalardan psikopati seviyelerine göre ayırdığımız üç gruba anne ve babaya bağlanma ölçeği uygulanmış olup, anneye bağlanma ölçeğinde tespit edilen toplam puan ile HPDÖ' de tespit edilen toplam puan arasında istatistiksel olarak negatif yönde, zayıf ($r= - 0,231$) ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p= 0,001$).

ASKB tanılı hastalardan psikopati seviyelerine göre ayırdığımız üç gruba anne ve babaya bağlanma ölçeği uygulanmış olup, babaya bağlanma ölçeğinde tespit edilen toplam puan ile HPDÖ' de tespit edilen toplam puan arasında istatistiksel olarak negatif yönde, zayıf ($r= - 0,153$) ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir ($p= 0,031$).

Bu durum bağlanmanın psikopatinin ve antisosyal özelliklerin ortaya çıkışında önemli olabileceğini düşündürmektedir. Anne-babaya zayıf bağlanma bozukluğun nedeni ya da sonucu olabilir. Ek olarak zayıf bağlanma özelliklerinin sosyalleşme ve kişiler arası yeterli ilişki kurmada önemli olduğu bilinmektedir. Dolayısıyla psikopatide görülen yüz tanıma becerilerinin zayıflığı bağlanmadaki yetersizlik ile ilişkili olabileceği speküle edilebilir.

ASKB tanılı hastalardan psikopati seviyelerine göre ayırdığımız üç grup arasında anne bağlanmaya bağlı ölçek puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur $p=0.005$. Psikopati seviyesine göre, psikopatisi olanların anneye bağlanma ölçek puanları düşük olarak bulundu. Bu farkın kaynağı, olası psikopati ile psikopatisi olan grup arasından kaynaklanan fark idi. Bu durum bağlanmanın psikopatinin ve antisosyal özelliklerin ortaya çıkışında önemli olabileceğini düşündürmektedir (125).

6- SONUÇLAR

1. ASKB tanısı almış olan 200 hasta çalışmaya alındı. Bu hastalara HPDÖ uygulanarak psikopati seviyelerine göre 3 gruba ayrıldı. Birinci grup 20 nin altı (psikopati yok), ikinci grup 20-30 arası (olası psikopati) ve üçüncü grup 30 üzeri puan alanlar (psikopat olanlar). Hastaların %50,5'i (n=101) hare ölçeğinden 30 ve üzeri puan aldı.
2. Gruplar arasında yaş ortalaması, eğitim süreleri, memleketleri, yaşadığı yer medeni durumları, ekonomik durumları, ebeveyn boşanması, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, alkol kullanımı, aile ilişkilerinin zayıf olması, polikliniğe başvurma amacı, kendine zarar verme girişimi, çocukluğunda tehdit edilme durumu ve kendine zarar verme girişimi açılarından değerlendirildiğinde; istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.005$).
3. Ancak sürekli iş değiştirme, sigara içme, psikoaktif madde kullanımı, çocukluğunda dayak yeme, çocukluğunda fiziksel ihmal edilme, anne veya babadan 6 aydan uzun süre ayrı kalma, kendine zarar vermenin başlangıç yaşı, kendine zarar vermenin sıklığı, kendine zarar vermenin bağımlılığı, intihar girişimi, işlenilen suçların çeşidi, toplam ceza sayısı, yasal sorunun bulunması ve birden fazla suç işleme oranı açılarından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p < 0.005$).
4. ASKB tanılı hastalardan psikopati seviyelerine göre ayırdığımız üç gruba yüz ifadelerini tanıma testi uygulandı. Gruplar arasında yüz tanıma yönünden istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.05$). Ancak gruplarda en iyi doğru tanımlanan yüz ifadesi mutlu resim olup (ort 6.55), en kötü yanlış olarak tanımlanan yüz ifadesi korkmuş ifadeli resim (ort 2.32) olarak bulundu.
5. Psikopati grupları arasında yüz tanıma testindeki duygusal ifadelere verilen reaksiyon süreleri yönünden mutlu resime ($p=0.004$), kızgın resime ($p=0.042$) ve şaşırılmış resime ($p=0.008$) istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

6. ASKB tanılı hastalardan psikopati seviyelerine göre ayırdığımız üç gruba anne ve babaya bağlanma ölçeği uygulandı. Her üç grubun her birinde HPDÖ puanı ile anne bağımlılığı arasında ve yine her üç grubun her birinde HPDÖ puanı ile baba bağımlılığı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı ($p>0.005$).
7. ASKB tanılı hastalardan psikopati seviyelerine göre ayırdığımız üç gruba anne ve babaya bağlanma ölçeği uygulandı. Gruplar arasında anneye bağlanma ölçek puanı ile babaya bağlanma ölçek puanları arasında pozitif yönde, orta düzeyde ($r=0.694$) ve istatistiksel olarak anlamlı ($p<0.001$) bir korelasyon bulundu. Her bir grupta anneye bağlanma ölçek puanı ile babaya bağlanma ölçek puanları arasında pozitif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon bulundu ($r=0.675$, $p=0.001$; $r=0.740$, $p<0.001$; $r=0.635$, $p<0.001$).
8. ASKB tanılı hastalardan psikopati seviyelerine göre ayırdığımız üç gruba anne ve babaya bağlanma ölçeği uygulandı. Anneye bağlanma ölçeğinde tespit edilen toplam puan ile HPDÖ' de tespit edilen toplam puan arasında istatistiksel olarak negatif yönde, zayıf ($r= - 0,231$) ve anlamlı bir ilişki tespit edildi ($p= 0,001$). Sonuçta HPDÖ' de tespit edilen toplam puan arttıkça, anneye bağlanma ölçeğinde tespit edilen toplam puanın azaldığı bulunmuş olup, bunun sonucu olarakta psikopatlık derecesi arttıkça, anneye bağlanma derecesinin azaldığı tespit edilmiştir.
9. ASKB tanılı hastalardan psikopati seviyelerine göre ayırdığımız üç gruba anne ve babaya bağlanma ölçeği uygulandı. Babaya bağlanma ölçeğinde tespit edilen toplam puan ile HPDÖ' de tespit edilen toplam puan arasında istatistiksel olarak negatif yönde, zayıf ($r= - 0,153$) ve anlamlı bir ilişki tespit edildi ($p= 0,031$). Sonuçta HPDÖ' de tespit edilen toplam puan arttıkça, babaya bağlanma ölçeğinde tespit edilen toplam puanın azaldığı bulunmuş olup, bunun sonucu olarakta psikopatlık derecesi arttıkça, babaya bağlanma derecesinin azaldığı tespit edilmiştir.

10. ASKB tanılı hastalardan psikopati seviyelerine göre ayırdığımız üç grup arasında anne bağlanmaya bağlı ölçek puanı yönünden istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur $p=0.005$. Psikopati seviyesine göre, psikopatisi olanların anneye bağlanma ölçek puanları düşük olarak bulundu. Bu farkın kaynağı, olası psikopati ile psikopatisi olan grup arasından kaynaklanan fark idi.
11. Yüz tanıma testleri ile bağlanma ölçekleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p>0.05$).



7- KAYNAKLAR

1. Sadock, B.J., Sadock, V.A., Comprehensive textbook of psychiatry, 11.baskı,Türkçe çeviri, Ankara, Öncü Basımevi, 2011
2. Hare, R.D., Manual for the Hare Psychopathy Checklist—Revised, Toronto, Multi-Health Systems, 1991.
3. Blair, R.J.R., The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior, Brain and Cognition, 55, 198–208, 2004.
4. Çetin FÇ. Gelişimsel psikopatolojinin temel kavramları. In Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (Eds FÇ Çetin, A Coşkun, E İşeri, R Uslu):141-142. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, 2008.
5. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G. The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. J Consult Clin Psychol 1996; 64:22-31.
6. Fonagy P, Target M, Gergely G. Attachment and borderline personality disorder: A theory and some evidence. Psychiatr Clin North Am 2000; 23:103-122.
7. Beeger S et al. Attention to facial emotion expressions in children with autism. Autism. 2006; 10;37
8. Kohler CG, Turner TH, Bilker WB, et al. Facial emotion recognition in schizophrenia: intensity effects and error pattern. Am J Psychiatry 2003; 160:1768-74.
9. Johnston PJ, Katsikitis M, Carr VJ; A generalised deficit can account for problems in facial emotion recognition in schizophrenia. Biol Psychol. 2001;58(3):203-27
10. Phillips ML, Drevets WC, Rauch SL, Lane R. Neurobiology of emotion perception. I: The neural basis of normal emotion perception. Society of Biological Psychiatry 2003;54: 504-14.

11. Kohler Christian G. & Elizabeth A. Martin Emotional processing in schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry* 2006;11(3): 250-71
12. Demirel H., Yeşilbaş D., Özver İ., Yüksek E., Şahin F., Aliustaoğlu S., Emül M., Suç Davranışlarının Eşlik Ettiği Yada Etmediği Bipolar Duygulanım Bozukluğu Olan Hastalarda Psikopati ve Duysal Yüz İfadesi Tanıma Becerisi *Comprehensive Psychiatri* 55 (2014) 542-546
13. Yüksek E., Eröz S., Yassa A., Aktürk D., Zakirov F., Engin Akçam F., Emül M., Tüm Beyin Radyoterapsinin Sosyal Kavrayış Üzerindeki Etkileri ve Hipokampal ve Frontal Dozimetre Arasındaki İlişki *Psychiatr Q* (2015) 86:533-543
14. Wolf K, Mass R, Kiefer F, Eckert K, Stritzky AV, Haasen C, Wiedemann K, Naber D. The influence of olanzapine versus risperidone on facial expression of emotions in schizophrenia-preliminary results of a facial electromyogram study. *J Clin Psychopharmacol.* 2005;25(3):278-81
15. Machado de Sousa JP, Hallak JE. Neurocognitive functioning and facial affect recognition in treatment-resistant schizophrenia treated with clozapine. *Schizophr Res.* 2008;106(2-3):371-2
16. Cabral CY, Mendoza QR, Garcia A, et al. Effect of quetiapine treatment on facial emotion recognition deficits in schizophrenia patients. *Schizophr Res.* 2010;119:275–276
17. Rami L, Bernardo M, Valdes M, et al. Absence of Additional Cognitive Impairment in Schizophrenia Patients During Maintenance Electroconvulsive Therapy *Schizophrenia Bulletin*, 2004;30(l):185-9
18. Rami L, Goti J, Ferrer J, Marcos T, Salamero M, Bernardo M. Cognitive functions after only one ECT session: a controlled study. *Psychiatry Res.* 2008;158(3):389-94
19. Pınar Dursun, Murat Emül, Faruk Gençöz. A Review of the Literature on Emotional Facial Expression and Its Nature *Yeni Sempozyum Temmuz* 2010;48(3)

20. K ro lu E. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı (DSM-5) 2014
21. Hare, R.D., Clark, D., Grann, M., Thornton, D., Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective, Behavioural Sciences and the Law, 18, 623–645, 2000.
22. Hare, R.D.: Psychopathy: Theory and research. New York, John Wiley, 1970.
23. Maughs, S.B., Criminal psychopathology, Progress in Neurology and Psychiatry, 27, 275–278, 1972.
24. Mealey, L., The sociobiology of sociopathy: An integrated evolutionary model, Behavioral and Brain Sciences, 18(3), 523-599, 1995.
25. McHoskey, J.W., Wrozel, W., Szyarto C, Machiavellianism and psychopathy, J. Pers. Soc.Psychol., 74(1), 192-210, 1998.
26. Noyan, C.Onur, antisosyal kişilik bozuklu u tanılı bireylerin karar verme süreçleri ile psikopati ve miza -karakter özellikleri arasındaki ilişki, Gata Haydarpaşa E itim Hastanesi, Tez  alışması, İstanbul, 2008.
27. Hare, R.D., Manual for the Revised Psychopathy Checklist (2nd ed.), Toronto, Multi-Health Systems, 2003.
28. Ogloff, J.R.P., Wong, S., Greenwood, A., Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program, Behavioral Sciences and Law, 8, 181–190, 1990.
29. Seto, M.C., Barbaree, H.E., Psychopathy, treatment behavior, and sex offenders recidivism, Journal of Interpersonal Violence, 14,1235–1248, 1999.
30. Looman, J., Abracen, J., Serin, R., Marquis, P., Psychopathy, treatment change, and recidivism in high-risk, high-need sexual offenders, Journal of Interpersonal Violence, 20, 549–568, 2005.

31. Hare, R.D.: Psychopathy, affect, and behavior, *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*, Dordrecht, Kluwer, 105-137, 1998.
32. Blair, R.J.R., The emergence of psychopathy: implications for the neuropsychological approach to developmental disorders. *Cognition* 101: 414–442, 2006
33. Reidy, T.J., Cunningham, M.D., Antisocial Personality Disorder and Psychopathy: Diagnostic Dilemmas in Classifying Patterns of Antisocial Behavior in Sentencing Evaluations, *Behav. Sci Law*, 16, 333-351, 1998.
34. Blackburn, R., Coid, J.W., Psychopathy and the dimensions of personality disorder in violent offenders, *Personality and Individual Differences*, 25, 129–145, 1998.
35. Hart, S.D., Hare, R.D., Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population, *Psychol. Assess.*, 5, 211–218, 1989.
36. Frances, A.J., Hales, R.E.: *Disorders of American Psychiatric Association Annual Review*, Vol.5, Washington, American Psychiatric Press, 265-273, 1986.
37. Perry, J.C., Vaillant, G.E.: *Personality Disorders*, Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5 th. Edition Vol.2, Baltimore, Williams & Wilkins, 1352-1377, 2000.
38. Eronen, M., Angermeyer, M.C., Schulze, B., The Psychiatric Epidemiology of Violent Behaviour, *Social Psychiatry Psychiatr Epidemiology*, 33(1), 13-23, 1998.
39. Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S.V., Kiely, K., Guite, J., Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter's indicators of adversity, *Archives of General Psychiatry*, 52, 464-470, 1995.

40. Cadoret, R.J., Stewent, M.A., An Adoption Study of Attention Deficit/Hyperactivity / Agression an their Relationship to Adult Antisocial Personality, Compr. Psychiatry, 32(1), 73-82, 1991.
41. Faraone, S.V., Biederman, J., Jetton, J.G., Tsuang, M.T., Attention deficit disorder and conduct disorder: Longitudinal evidence for afamilial subtype, Psychological Medicine, 27, 291-300, 1997.
42. Rutter, M., Rutter, M., Developing minds: Challenge and continuity across the life span, New York, Basic Books, 1993.
43. Linnoila, M., Dejong, J., Virkunen, M., Family History of Alcholism in Violent Offenders an Impulsive Fire Setters, Arch. Gen. Psychiatry, 46, 613-616, 1989.
44. Lyons, M.J., True, W.R., Eisen, S.A., Goldberg, J., Meyers, J.M., Differential heritability of adult and juvenile antisocial traits, Archives of General Psychiatry, 52, 906-915, 1995.
45. Martens, W.H.J., Effects of antisocial or social attitudes on neurobiological functions, Medical hypotheses, 56(6), 664-671, 2001.
46. Cusack, J.R., Malaney, K.R., Patients With Antisocial Personality Disorder, Postgraduate Medicine, 91(4), 341-355, 1992.
47. Dolan, M., Psychopathy—A neurobiological perspective, British Journal of Psychiatry, 165, 151-159, 1994.
48. Başıoğlu, C., Saldırganlık Davranışının biyolojik Belirleyicilerinin Araştırılmasına Yönelik Bir Çalışma, Uzmanlık Tezi, GATA Haydarpaşa Psikiyatri Servisi, İstanbul, 1998.
49. Gardner, D.L., Lucar, P.B., Cowdry, R.W., CSF metabolites in borderline personality disorder compared with normal controls, Biol. Psychiatry, 28, 247-54, 1990.
50. Oral, T., Ebrinç, S., Burdurlu, N., Çelebi, S., Saldırgan Davranışta Anormal Glikoz Toleransı, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 2(3), 43-46, 1992.

51. Reid, W.H., The Antisocial Personality: A Review, *Hosp. Community Psychiatry*, 36(8), 831-837, 1985.
52. Stålenheim, E.G., Eriksson, E., von Knorring, L., Wide, L. Testosterone as a biological marker in psychopathy and alcoholism, *Psychiatry Research*, 77, 79-88, 1998.
53. Van Goosen, S.H.M., Fairchild, G., Neuroendocrine and neurotransmitter correlates in children with antisocial behavior, *Hormones and Behavior*, 50, 647-54, 2006.
54. Van Goosen, S.H.M., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P.T., Salivary Cortisol and cardiovascular activity during stress in oppositional defiant disorder boys and normal controls, *Biological Psychiatry*, 43, 531-539, 1998.
55. Vanyukov, M.M., Moss, H.B., Plail, J.A., Blackson, T., Mezzich, A.C., Tarter, R.E., Antisocial symptoms in préadolescent boys and in parents: Associations with Cortisol, *Psychiatry Research*, 46, 9-17, 1993.
56. Carey, G., Twin Imitation for Antisocial Behavior: Implications for Genetic and Family Environment Research, *J. Abnorm. Psychol*, 101(1), 18-25, 1992.
57. Cadoret, R.J., Yates W.R., Troughton, E. Woodworth, G, & Stewent, M.A., Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders., *Archives of general Psychiatry* 52,916-924, 2000.
58. Eichelman, B.: *Neurochemical and Psychopharmacologic Aspects of Aggressive Behavior. Psychopharmacology, The third generation of progress*, Raven Press, New York, 697-704, 1987.
59. Cloninger, C.R., Bayon, C., Przybeck, T.R.: *Epidemiology and Axis I comorbidity of antisocial personality disorder*, *Handbook of Antisocial Behavior*, John Wiley & Sons, New York, 12–21, 1997.

60. Tremblay, R.E., Pihl Vitaro, F., Dobkin, P. , Predicting Early Onset of Male Antisocial Behavior From Preschool Behavior, Arch. Gen. Psychiatry, 51, 732-739, 1994
61. Hare, R.D., Cox, D.N.: Psychophysiological research on psychopathy, The psychopath: A comprehensive study of antisocial disorders and behavior, New York: Brunner/Mazel, 209-223, 1978.
62. Howard, R.C., The clinical EEG and personality in mentally abnormal offenders, Psychological Medicine, 14, 569-580, 1984.
63. Scarpa, A., Raine, A., Psychophysiology of Anger and Violent Behavior, Psychiatr. Clin. of North America, 20(2), 375-94, 1997.
64. Deckel, A.W., Hesselbrock, V., Bauer, L., Antisocial personality disorder, childhood delinquency, and frontal brain functioning: EEG and neuropsychological findings, Journal of Clinical Psychology, 52, 639-650, 1996.
65. Lewis, C.E., Neurochemical Mechanisms of Chronic Antisocial Behavior (Psychopathy), J. Nerv. Ment. Dis, 179(12), 720-727, 1991.
66. Dinitz, S.: The Antisocial Personality, Modern Legal Medicine, Psychiatry and Forensic Science, Philadelphia, Davis Company, 799-811, 1980.
67. Tarhan, N., Psikopatik-Sosyopatik Kişilik Özelliği Gösterenlerde Elektro ensefalografik Bulgular, Tıpta Uzmanlık Tezi, GATA, Ankara, 1982.
68. Fowles, D.C., Electrodermal hyporeactivity and antisocial behavior: Does anxiety mediate the relationship?, Journal of Affective Disorders, 61, 177-89, 2000.
69. Koçak, O.M., Soykan, A., Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Türkiye Klinikleri J.Int. med. Sci, 3(12), 35-39, 2007.

70. Willem, H.J., Antisocial and Psychopathic Personality Disorders: Causes, Course, and Remission—A Review Article, *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 44(4), 406-430, 2000.
71. Raine, A., Venables, P.H., Mednick, S.A., Low resting heart rate at age 3 years predisposes to aggression at age 11 years: Evidence from the Mauritius Child Health Project, *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36, 1457-1464, 1997.
72. Fitzgerald, K.L., Demakis, G.J., The neuropsychology of Antisocial Personality disorder, *Dis. mon.*, 53, 177-183, 2007.
73. Maj, M., Akiskal, H.S., Mezzich, J.E., Okosha, A.: *Personality disorders*. Chichester, England, John Wiley & Sons, WPA Series Volume 8, 2005
74. Robinson, R.G., Starkstein, S.E.: *Neuropsychiatric aspects of cerebrovascular disorders*, *The American psychiatric press textbook of neuropsychiatry*, London, American Psychiatric Press, 1997.
75. Damasio, A.R., A neural basis for sociopathy, *Arch. Gen. Psychiatry*, 57, 128-129, 2000.
76. Hare, R.D., Performance of Psychopaths on Cognitive Tasks Related to Frontal Lobe Function, *Journal of Abnormal Psychology*, 93(2), 133-140, 1984
77. Hart, S.D., Forth, A.E., Hare, R.D., Performance of criminal psychopaths on selected neuropsychological tests, *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 374–379, 1990.
78. Mimura, M., Deficits of Problem-Solving Ability in Patients with Focal Brain Damage: Neuropsychological Investigation of Prediction and Hypothesis Behavior, *Keio J. Med.*, 41(2), 87-98, 1992.
79. Cummings, J., Mega, M.: *Neuropsychiatry and behavioral neuroscience*, New york, Oxford University Press, 2003.

80. Bechara, A., Damasio, H., Damasio, A.R., Lee, G.P., Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making, *J. Neurosci.*, 19, 5473-81, 1999.
81. Brower, M.C., Price, B.H., Neuropsychiatry of frontal lobe dysfunction in violent and criminal behaviour: A critical review, *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 71, 720-726, 2001.
82. Elliott, F.: Neurological aspects of antisocial behavior, *The psychopath: A comprehensive study of antisocial disorders and behaviors*, New York, Bruner/Mazel, 146-189, 1978.
83. Gorenstein, E.E., Frontal lobe functions in psychopaths, *Journal of Abnormal Psychology*, 91, 368–379, 1982.
84. Damasio, A.R.: *Descartes'in yanılgısı*. (2. Baskı) Varlık Yayınları, İstanbul, 1994.
85. Harlow, J.M., Recovery from the passage of an iron bar through the head, *Publications of the Massachusetts Medical Society*, 2, 327–346, 1868.
86. Damasio, H., Grabowski, T., Frank, R., Galaburda, A.M., Damasio, A.R., The return of Phineas Gage: clues about the brain from the skull of a famous patient, *Science*, 264, 1102–1105, 1994.
87. Benson, D.F., Blumer, D.: *Personality changes with frontal and temporal lobe lesions, Psychiatric aspects of neurologic disease*, New York: Grune & Stratton, 1975.
88. Broomhall, L.G.J., Acquired sociopathy: A neuropsychological study of executive dysfunction in violent offenders. *Psychiatry, Psychology and Law*, 12, 367–387, 2005.
89. Damasio, A.R., Tranel D, Damasio, H., Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli. *Behavioural Brain Research*, 41, 81–94, 1990.

90. Blair, R.J.R., Neurocognitive explanations of the antisocial personality disorders, *Criminal Behaviour and Mental Health*, 10, 66-81, 2000.
91. Miller, L., Neuropsychology of the aggressive psychopath: An integrative review, *Aggressive Behavior*, 13, 119-140, 1987.
92. Milner, B., Effects of different brain lesions on card sorting, *Arch. Neurol.*, 9, 100–110, 1963.
93. LaPierre, D., Braun, C.M., Hodgins, S., Ventral frontal deficits in psychopathy: Neuropsychological test findings. *Neuropsychologia*, 33, 139–151, 1995.
94. Grafman, J., Schwab, K., Warden, D., Pridgen, A., Brown, H., Salazar, A., Frontal lobe injuries, violence, and aggression: A report of the Vietnam head injury study, *Neurology*, 46, 1231–1238, 1996.
95. Raine, A., Lencz, T., Bihle, S., LaCasse, L., Colletti, P., Reduced prefrontal gray matter volume and reduced autonomic activity in antisocial personality disorder, *Archives of General Psychiatry*, 57, 119–127, 2000.
96. Muller, J.L., Ganssbauer, S., Sommer, M., Weber, T., Schwerdtner, J., Dohnel, K., Hajak, G., Volume loss and reduced emotion related brain function in right superior temporal gyrus in criminal psychopathy. A study using voxel-based morphometry and functional MRT, *Psychiatrische Praxis*, 34, 165–167, 2007.
97. Tiihonen, J., Hodgins, S., Vaurio, O., Laakso, M., Repo, E., Soininen, H., Aronen, H.J., Nieminen, P., Savolainen, L., Amygdaloid volume loss in psychopathy, *Society for Neuroscience Abstracts*, 2017, 2000
98. Laakso, M., Vaurio, O., Koivisto, E., Savolainen, L., Eronen, M., Aronen, H. J., Hakola, P., Repo, E., Soininen, H., & Tiihonen, J. Psychopathy and the posterior hippocampus, *Behavioural Brain Research*, 118, 187–193, 2001.

99. Raine, A., Lencz, T., Taylor, K., Hellige, J.B., Bihle, S., LaCase, L., Lee, M., Ishikawa, S.S., Colletti, P., Corpus callosum abnormalities in psychopathic antisocial individuals, *Archives of General Psychiatry*, 60, 1134–1142, 2003.
100. Raine, A., Ishikawa, S.S., Arce, E., Lencz, T., Knuth, K.H., Bihle, S., LaCasse, L., Colletti, P., Hippocampal structural asymmetry in unsuccessful psychopaths, *Biological Psychiatry*, 55, 185–191, 2004.
101. Weber, S., Habel, U., Amunts, K., Schneider, F., Structural Brain Abnormalities in Psychopaths—a Review, *Behav. Sci. Law*, 26, 7–28, 2008.
102. Blair, R.J.R., Dysfunction of Medial and Lateral Orbitofrontal Cortex in Psychopathy. *Ann.N.Y.Acad.Sci.* 1121:561-479, 2007
103. Pennington, B.F., Ozonoff, S., Executive functions and developmental psychopathology, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 37, 51–87, 1996.
104. Rasmussen, P., Gillberg, C., Natural outcome of AD/HD with developmental coordination disorder at age 22 years: a controlled, longitudinal community-based study, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1424-1431, 2000.
105. Rolls, E.T., The orbitofrontal cortex, *Philosophical Transactions of the Royal Society*, 351,1433–1443, 1997.
106. Bechara, A., Damasio, A.R., Damasio, H., Anderson, S.W., Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex, *Cognition*, 50, 7-15, 1994.
107. Honk, J.V., Hermans, E.J., Putman, P., Montagne, B.,Schutter, J.L.G., Defective somatic markers in subclinic psychopathy, *Cognitive neuroscience and neuropsychology*, 13(8), 1025-1027, 2002.
108. Muller, J.L., Sommer, M., Disturbed Prefrontal and Temporal Brain Function During Emotion and Cognition Interaction in Criminal Psychopathy, *Behav. Sci. Law*, 26, 131–150, 2008.

109. Patrick, C.J., Cuthbert, B.N., Lang, P.J., Emotion in the criminal psychopath: fear image processing, *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 523–534, 1994.
110. Dolan, M., Fullam, R., Face affect recognition deficits in personality-disordered offenders: Association with psychopathy, *Psychological Medicine*, 36, 1563–1569, 2006.
111. Herpertz, S.C., Sass, H., Emotional deficiency and psychopathy, *Behavioral Sciences and the Law*, 18, 567–580, 2000.
112. Mitchell, D.G., Fine, C., Richell, R.A., Newman, C., Lumsden, J., Blair, K.S., Blair, R.J., Instrumental learning and relearning in individuals with psychopathy and in patients with lesions involving amygdala or orbitofrontal cortex, *Neuropsychology*, 20, 280–289, 2006.
113. Blair, R.J.R., Applying a cognitive neuroscience perspective to the disorder of psychopathy, *Dev. Psychopathol.*, 17, 865–91, 2005.
114. Tse WS, Yan Lu.,Bond AJ, Chan RC, Tam DW. Facial emotion linked cooperation in patients with paranoid schizophrenia: A test on the Interpersonal Communication Model. *Int J Soc Psychiatry*. 2011;57(5):509-17
115. Gallese V. The roots of empathy: the shared manifold hypothesis and the neural basis of intersubjectivity. *Psychopathology*. 2003;36(4):171-80.
116. Erol A, Ünal K.E, Gülpek D, Mete L. Yüzde Dışavuran Duyguların Tanınması ve Ayırt Edilmesi Testlerinin Türk toplumunda güvenilirlik ve geçerlilik çalışması *Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:116-123
117. Sauter DA, Eisner F, Ekman P. Cross-cultural recognition of basic emotions through nonverbal emotional vocalizations. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010;107(6):2408-12.
118. Millon,T., Everly, G.S., *Personality and its disorders: A biosocial learning approach*. New York: John Wiley,& Sons 1985.

119. Çalışır M.,Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi,Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar,1:240-255,.2009.
120. Bowlby J.,Atteachment and Loss:Separation,Anxiety and Anger.New York,Basic Books, 1973.
121. Barlak S.M., antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerde psikopati düzeyinin disk fonksiyonel şemalar ve zihin kuramı yetenekleriyle ilişkisinin belirlenmesi Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Tez Çalışması, İstanbul, 2012.
122. Nakash-Eisikovits O., ve diğ., Relationship between atteachment patterns and personality pathology in adolescents. J Am Acad Chid Adolesc Psychiatry 41:1111-1123,2000.
123. Bailey, K., ve diğ., Parenting attitudes, behaviours and abilities: The rol of criminality and the differences between parents who abuse and parents who neclegt. British Psychological society,Proceedings,13(1),8-15,2005.
124. Lyddon W.J., ve diğ., Developmental Personality tyles: An Atteachment Theory Conceptualization of Personality Disorders,Journal of Counselling and Development, 79:405-413,2001.
125. Kapçı Emine Gül, Küçüker Sevgi Ana Babaya Bağlanma Ölçeği: Türk Üniversite Öğrencilerinde Psikometrik Özelliklerinin Değerlendirilmesi, Türk Psikiyatri Dergisi; 2006;17(4): 286-295
126. Ekman P, Friesen WV. Pictures of Facial Affect. Consulting Psychologists, Palo Alto, 1976
127. Tütüncü R., Kılıç S., Başoğlu C., Ateş M.A., Algül A., Balıbey H., Günay H., Semiz Ü.B., Öge C., Ebrinç S., Çetin M., The reliabilty and validity of the Turkish version of Psychopathy Checklist Revised (Turkish PCL-R) Klinik Psikofarmakoloji Bülteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology. 2015,25(2): 118-24.

128. Svrakic D.M. ve Cloninger C.R., Antisocial Personality Disorder, Comprehensive Textbook of Psychiatry, Williams&Wilkins, Baltimore, Sekizinci Baskı, Güneş Kitabevi, s2083-s2084, 2007.
129. Abigail A. Marsh., R.J.R. Blair., Deficits İn facial affect recognitaion among antisocial populations A meta analysis Pages 454-465, 2008.
130. Oğuz ,M, antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalarda eksen I ve eksen II komorbiditesinin ve psikopati düzeylerinin araştırılması ve karşılaştırması.Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Tez Çalışması, İstanbul, 2009.
131. Baron-Cohen, S., The theory of mind deficit in autism: How spesific is it? British Journal of Developmental Psychology, 9,301-314,1991.
132. Zoccolillo M.Social Factors in Antisocial Personality Disorder. Transcultural Psychiatry, 489-496,1997.
133. Carpendale, J.I.M., ve Lewis, C., Constructing an Understanding of mind: The Development of Children's social understanding within social interaction. Behavioral Brain Sciences. 27,79-96,2004.
134. Regier DA, ve diğ., Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchmennt Area Study. The Journal of the American Medical Association 264:2511-2518,1990.
135. Algül A., ve diğ., Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerde Madde Kullanımı ve Saldırganlık İlişkisi. Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 20(3):141-150,2007.
136. Uzun O, ve diğ: Substance use disorders in men with antisocial personality disorder: a study in Turkish sample. Subst Use Misuse 41:1171-1178,2006.
137. Evren C.M. ve diğ. Alkol/madde kullanımı bozukluğunda kişilik bozukluğu ek tanısı: bir gözden geçirme, Klinik Psikiyatri Dergisi,7,s111-119,2004.

138. Goldstein R.B. ve diğ., Antisocial behavioral syndromes and DSM-IV alcohol use disorders: Results from the National Epidemiologic Survey on alcohol and Related Conditions, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*,31,(5), s814-s828,2007.
139. Algül A. Ve diğ., Antisosyal kişilik bozukluğuolan erkek bireylerde madde kullanım bozukluğu yaygınlığı, *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*.17,s162-s166,2007.
140. Johnson JG, Bromley, E, McGeoch PG (2005). Role of childhood experience in the development of maladaptive and adaptive personality traits. *Textbook of Personality Disorders* .(Ed) JM Oldham, AE Skodol. DS. Bender. American Psychiatric Publishing inc. Washington D.C. London England.
141. Semiz U.B., Başoğlu C.Ebrinç.S.Çetin M. Childhood trauma historyand dissociative experiences amongTurkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Soc. Psychiatr Epidemiol* (2007) 42: 865-873.
142. Robins LN: Sturdy childhood predictors of adult antisocial behavior: replications from longitudinal studies. *Psychol Med* 1978; 8:611-622
143. Farrington DP: Antisocial personality from childhood to adulthood. *Psychologist: Bull Br. Psychol Soc* 1991;4:389-394.
144. Algül A.,Ateş M.A., Gülsün M., Doruk A., Semiz Ü.B., Başoğlu C., Ebrinç S., Çetin M., Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olgularında kendini yaralama davranışının saldırganlık, çocukluk çağı travmaları ve disosiasyon ile ilişkisi., *Anatolian Journal of Psychiatry* 10:278-285;2009.
145. Cleckley H., *The Mask of Sanity*, .Beşinci Baskı, Saint Louis Mosby Company Yayınları, 1988.
146. Verona ve diğ., Psychopathy, antisocial personality and suicide risk., *Journal of Abnormal Psychology*, 110,s462-s470,2001.
147. Links P.S. ve diğ., Assessing suicidal youth with antisocial, borderline or narcissistic personality disorder, *Canadian Journal of Psychiatry*, 48,(5) s301-s310,2003.

148. Fawcett J. Treating impulsive and anxiety in the suicidal patient, *annals of the New York Academy of Sciences*, 93, s94-s105, 2001.
149. Stalenheim EG, Von Knorring L. Psychopathy and Axis I and Axis II Psychiatric disorders in a forensic Psychiatric population in Sweden. *Acta Psychiatr Scand* 1996;94:217-223.
150. Demirel H., Yeşilbaş D., Özver İ., Yüksek E., Şahin F., Aliustaoğlu S., Suç davranışlarının eşlik ettiği ya da etmediği bipolar duygulanım bozukluğu olan hastalarda psikopati ve duygusal yüz ifadesi tanıma becerisi. *Comprehensive Psychiatry* 2013.
151. Demirbuga S., Şahin E., Özver İ., Aliustaoğlu S., Kandemir E., Varkal M.D., Emul M., İnce H., Şiddet gösteren şizofrenisi olan hastalarda duygusal yüz ifadelerinin tanınması *Schizophrenia Research* 144 (2013) 142–145.

EK-A

ASKB YARIYAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Aşağıda ağırlıklı olarak çocukluk ve gençlik döneminizi ve ailevi özelliklerinizi kapsayan bir anket bulunmaktadır. Lütfen size uyan şıkkı yuvarlak içine alarak işaretleyiniz veya boşlukları uygun şekilde doldurunuz. Anket sonuçları sadece araştırma ekibi ve sizin aranızda kalacak ve kesinlikle gizli tutulacaktır.

Adı-Soyadı:

Tarih:/...../.....

aa) Yaşınız:

ab) Tahsil durumunuz (tamamladığınız eğitim süresini yıl olarak belirtiniz; örneğin orta 2 terk ise 6 yıl)
..... yıl

ac) Memleketiniz (bölge olarak):

- 1- Marmara bölgesi
- 2- Ege bölgesi
- 3- Karadeniz bölgesi
- 4- İç Anadolu bölgesi
- 5- Akdeniz bölgesi
- 6- Doğu Anadolu bölgesi
- 7- Güneydoğu Anadolu bölgesi

ad) Halen yaşadığınız yer:

- 1- Şehir merkezi
- 2- İlçe
- 3- Köy

ae) Medeni durumunuz:

- 1- Bekâr
- 2- Evli
- 3- Dul

af) İş durumunuz hangisine uymaktadır?

- 1- Düzenli olarak devam ettiğim sabit bir işim vardır
- 2- Sürekli iş değiştiririm, bir işte sebat edemem
- 3- Bugüne kadar herhangi bir işte çalışmadım

ag) Ekonomik durumunuz (aylık geliriniz) hangisine uymaktadır?

- 1- Düşük
- 2- Orta
- 3- İyi

ah) Ruhsal bir sorun ya da hastalık nedeniyle hiç tedavi gördünüz mü?

- 1- Evet
- 2- Hayır

ai) Anne, baba, kardeş gibi birinci derece akrabalarınızdan ruhsal hastalık sebebiyle tedavi gören var mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

aj) Sigara alışkanlığınız var mı?

- 1- Var
- 2- Yok

ak) Hiç alkol probleminiz oldu mu?

- 1- Evet
- 2- Hayır

al) Ailenizle ilişkileriniz nasıldır?

- 1- Aile bağlarım kuvvetlidir, sürekli irtibatım devam etmektedir
- 2- Aile bağlarım zayıftır, uzun süredir irtibatım yoktur

am) Çocukluk ya da gençlik döneminizde aşırı şekilde dövölür müydünüz?

- 1- Evet
- 2- Hayır

an) Çocukluğunuzda ya da ilk gençliğinizde sizi sürekli olarak aşağılayan tehdit edici sözler söyleyen ya da küçük düşürücü yorumlarda bulunan herhangi biri var mıydı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

ao) Çocukluğunuzda ya da ilk gençliğinizde vücutça ihmal edilmiş olduğunuzu düşünüyor musunuz? (Örneğin beslenme, güvenlik, eğitim ya da tıbbi bakımınızın sağlanmaması gibi)

- 1- Evet
- 2- Hayır

Polikliniğe başvuru amacı

- 1- Madde kullanımı için tedavi isteği
- 2- Diğer yakınmaları için tedavi isteği
- 3- Uyum sorunları
- 4- Adli

Madde kullanımı öyküsü var mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

Madde	Miktar (günlük)	Başlama yaşı	Kullanma süresi (yıl)	Halen kullanıyor mu?

Lütfen boşlukları **var / yok** şeklinde doldurunuz

Antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütleri (DSM-V)

A. Aşağıdakilerden en az üçünün olması ile belirli, 15 yaşından beri süregelen, başkalarının haklarını saymama ve başkalarının haklarına tecavüz etme örüntüsü	
1. Tutuklanması için zemin hazırlayan tekrarlayıcı eylemlerde bulunma, yasalara ve toplumsal kurallara ayak uyduramama	
2. Sürekli yalan söyleme, takma isim kullanma, kişisel çıkar ve zevki için başkalarını atlatma ile karakterize dürüst olmayan tutum	
3. Dürtüsellik veya gelecek için tasarımlar yapmama	
4. Yineleyen kavgalar veya saldırılarla belirli sinirlilik ve saldırganlık	
5. Kendisinin ve başkalarının güvenliği konusunda umursamazlık	
6. Bir işi sürekli götürememe, mali yükümlülükleri yerine getirememe ile belirli sürekli sorumsuzluk	
7. Başkalarına zarar verme, kötü davranma veya bir şey çalma durumuna karşı ilgisizlik veya bunlara kendine göre mantıklı açıklamalar getirme, vicdan azabı çekmeme	
B. Kişi en az 18 yaşındadır	
C. 15 yaşından önce başlayan davranım bozukluğunun kanıtları vardır	
D. Antisosyal davranış sadece şizofreni veya manik epizodun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır	

ap) Çocukluğunuzda ya da ilk gençliğinizde duygusal bakımdan ihmal edilmiş olduğunuzu düşünüyor musunuz? (Örneğin sevgi, destek, ilgi görememe gibi)

- 1- Evet
- 2- Hayır

ar) Çocukluk ya da ilk gençliğinizde cinsel bakımdan kötüye kullanıldınız mı? Size izniniz olmadan cinsel olarak yaklaşan ya da dokunan, ya da cinsel tecavüzde bulunan oldu mu?

- 1- Evet
- 2- Hayır

as) Bebeklik ya da küçük çocukluk döneminde herhangi bir sebeple (ölüm, boşanma, vs.) anne veya babanızdan uzun süre (en az 6 ay) ayrılmak zorunda kaldınız mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

at) Anne-baba boşanmış mı?

- 1- Evet
- 2- Hayır

au) Bugüne kadar intihar niyeti olmaksızın ve doku hasarı oluşturacak derecede bilerek kendi vücudunuza zarar verdiniz mi?

- 1- Evet
- 2- Hayır

(Cevabınız *Hayır* ise soru *bj*'ye geçiniz)

av) Yukarıdaki soruya verdiğiniz cevap "evet" ise bu zarar verici davranışın şekli nasıldı? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1- Vücudun çeşitli yerlerini sert yerlere vurarak yaralamak
- 2- Isırarak yaralamak
- 3- Kesici aletlerle (örneğin bıçak, jilet gibi) keserek yaralamak
- 4- Sivri uçlu aletlerle (örneğin iğne, bıçak, jilet gibi) çizerek yaralamak
- 5- Yakarak yaralamak (örneğin, sigara, çakmak veya benzin-tiner gibi yanıcı maddelerle)
- 6- Asit dökerek yaralamak
- 7- Diğer

(belirtiniz)

ay) Aşağıdakilerden hangisi giriştiğiniz kendine zarar verme eylemlerini tetiklemekte veya buna zemin hazırlamaktadır? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)

- 1- O sırada alkol veya uyuşturucu madde kullanmış olmak
- 2- Kısıtlanmış ya da kapalı bir ortamda bulunmak zorunda olmak (hapis, kışla gibi)
- 3- Çevrenizdekiler tarafından size kötü davranılması veya kötü söz söylenmesi
- 4- Kendini yalnız, çaresiz, değersiz, ümitsiz hissetme
- 5- Aile içi sıkıntılar yaşama (örneğin çatışma, ayrılık, sadakatsizlik, boşanma)
- 6- Ekonomik sebepler

- 7- Sevdiğiniz birinin kaybı veya ondan ayrılmak zorunda kalmak
- az) Bu tür zarar verici davranışlar ne zamandır sürüyor? (yıl olarak belirtiniz)
- yıldır
- ba) İlk kez kendine zarar verme davranışında bulunduğunuzda kaç yaşındaydınız?
- bb) Ne sıklıkla kendinize zarar veriyorsunuz? (size en uygun olan seçeneği işaretleyiniz)
- 1- Bir kaç günde bir
 - 2- Bir kaç haftada bir
 - 3- Bir kaç ayda bir
 - 4- Yılda bir kez veya daha nadir
- bc) Bu tür zarar verici davranışlara bugüne dek kaç kez başvurdunuz?
- 1- Bir
 - 2- İki – beş
 - 3- Altı – on
 - 4- Ondan fazla
- bd) Kendine zarar verme davranışlarınız size göre bir bağımlılık halini almış mıdır?
- 1- Evet
 - 2- Hayır
- be) Son bir yıl içinde bu şekilde kendinize zarar verdiniz mi?
- 1- Evet
 - 2- Hayır
- bf) Giriştiğiniz bu zarar verici davranışların sebebi/amacı nedir? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- 1- Giderek şiddetlenen ve dayanılmaz hale gelen sıkıntının azaltılması
 - 2- Kendine kızıp rahatlama ihtiyacı
 - 3- Başkalarına kızıp rahatlama ihtiyacı
 - 4- Kendini cezalandırma
 - 5- Dayanılmaz yalnızlık, yabancılaşma ve ümitsizlik hislerinden kurtulmak
 - 6- Toplumda saygı görmek, nam salmak
 - 7- Kendini yatıştırmak
 - 8- Var olduğunu hissedebilmek
 - 9- Çıkar sağlamak (örneğin iş ve sorumluluktan kurtulmak)
 - 10- Cinsel bir heyecan ve zevk yaşamak
 - 11- Çaresizlik duygularıyla ve düşünceleriyle baş etmek
 - 12- Dikkat çekmek
 - 13- Amaçsız
- bg) Kendine zarar verme davranışı sırasında oluşan yaralar genellikle aşağıdakilerden hangisine uymaktadır?
- 1- Yüzeysel, sadece derinin üst tabakasında hasar oluşturan ve temizlemek dışında tıbbi müdahale gerektirmeyen yaralar
 - 2- Deri bütünlüğünü bozan, az miktarda kanamaya yol açan ve sadece bandaj ile kapatılan yaralar
 - 3- Belirgin kanamaya yol açan ve bir sağlık kuruluşunda dikilmesi veya müdahale edilmesi gereken yaralar
 - 4- Birçok dikiş atılmasını gerektiren, şekil bozukluğuna veya hayati tehlikeye yol açabilecek ciddi ve derin yaralar
- bh) Kendine zarar verme davranışı sırasında neler yaşıyorsunuz? (birden fazla seçenek işaretleyebilirsiniz)
- 1- Kendimi engellemeye çalışıyorum
 - 2- Kendimi kaybediyorum, ne yaptığımı hatırlamıyorum
 - 3- Acı hissetmiyorum veya normalden az acı duyuyorum
 - 4- Kendime zarar verdikten sonra bir rahatlama hissediyorum
- bi) Bugüne kadar kendine zarar verme eylemleri sonucu hiç tıbbi bir komplikasyon gelişti mi? (örneğin yaranın iltihap kapması, yaralanma sonucu vücutta şekil bozukluğu veya hareket kısıtlılığı gelişmesi, sinir yaralanması, tendon kopması, kemiklerin şekilsiz kaynaması gibi)
- 1- Evet
 - 2- Hayır
- bj) Hiç intihar girişiminde bulundunuz mu?
- 1- Evet
 - 2- Hayır
- bk) Cevabınız 'evet' ise kullandığınız yöntem hangisiydi? (birkaç seçenek birden işaretleyebilirsiniz)
- 1- Yüksek dozda ilaç olarak
 - 2- Bileklerinizi ya da vücudunuzun başka bir yerini keserek
 - 3- Yüksekten atlayarak
 - 4- Tabanca, bıçak ya da başka bir silahla
 - 5- Kendinizi asmaya çalışarak
 - 6- Kendinizi yakmaya çalışarak
 - 7- Bunların dışında başka bir yöntemle (belirtiniz).....
- bl) İntihar girişiminde bulundu iseniz toplam kaç kez olmuştur ?
- bm) İntihar girişiminde bulundu iseniz, ilk kez olduğunda kaç yaşındaydınız ?

bn) Geçmişte yasalarla sorun yaşadınız mı, herhangi bir suçtan ötürü hapis veya para cezası gördünüz mü?

1- Hayır

2- Evet

bo) Cevabınız evet ise hangi suçtan ne tür ceza gördüğünüzü belirtiniz

- a- Hırsızlık, yankesicilik
- b- Gasp
- c- Yaralama
- d- Cinayete teşebbüs
- e- Cinayet
- f- Ruhsatsız silah bulundurma
- g- Kız kaçırma
- h- Firar
- i- Diğer (belirtiniz)

bp) İlk suç işleme yaşı:

br) Toplam ceza sayısı:



EK-B**HARE PSİKOPATİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (PCL-R)**

ADI SOYADI:

DOĞUM TARİHİ VE YERİ:

		<u>İPTAL</u>	<u>HAYIR</u>	<u>BELKİ</u>	<u>EVET</u>
1	- DÜŞÜNMEDEN KONUŞMAK/YÜZEYEL ÇEKİCİLİK	İPTAL	0	1	2
2	- BENLİK DEĞERİNİN GÖRKEMLİ ALGILANMASI	İPTAL	0	1	2
3	- UYARI İHTİYACI/SIKINTIYA EĞİLİM	İPTAL	0	1	2
4	- PATOLOJİK YALAN SÖYLEME	İPTAL	0	1	2
5	- ALDATMAK, HİLE YAPMAK/SIKINTIYA EĞİLİM	İPTAL	0	1	2
6	- SUÇLULUK VE VİCDAN AZABINDA EKSİKLİK	İPTAL	0	1	2
7	- DUYGULANIMDA YÜZEYELLİK	İPTAL	0	1	2
8	- UMURSAMAZLIK, EMPATİ KAYBI	İPTAL	0	1	2
9	- ASALAK(PARAZİTİK) YAŞAM TARZI	İPTAL	0	1	2
10	- DAVRANIŞ KONTROL ZAYIFLIĞI	İPTAL	0	1	2
11	- RASTGELE CİNSEL DAVRANIŞ	İPTAL	0	1	2
12	- ERKEN DAVRANIŞSAL PROBLEMLER	İPTAL	0	1	2
13	- UZUN VADELİ GERÇEKÇİ AMAÇLARIN OLMAMASI	İPTAL	0	1	2
14	- İMPULSİVİTE/DÜRTÜSELLİK	İPTAL	0	1	2
15	- SORUMSUZLUK	İPTAL	0	1	2
16	- KENDİ DAVRANIŞLARI İÇİN SORUMLULUK ALAMAMA	İPTAL	0	1	2
17	- BİRÇOK KISA SÜRELİ EVLİLİK	İPTAL	0	1	2
18	- ERGEN ANTİSOSYAL SUÇ DAVRANIŞI	İPTAL	0	1	2
19	- ŞARTLI TAHLİYENİN GERİ ALINMASI	İPTAL	0	1	2
20	- ÇOK YÖNLÜ SUÇ DAVRANIŞI	İPTAL	0	1	2

EK-C**Ana-Babaya Bağlanma leği-1**

Aşağıda, ana-babanızın çeşitli tutum ve davranışlarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. 16 yaşınıza kadar olan dönemde annenizi hatırlamaya çalışarak, her bir ifadeye en uygun seçeneğin karşısındaki paranteze X işareti koyunuz.

	Tamamen böyleydi	Kısmen böyleydi	Pek böyle değildi	Hiç böyle değildi
1.Benimle yumuşak ve arkadaşça bir tarzda konuşurdu.				
2.İhtiyaç duyduğum kadar yardım etmezdi.				
3. Hoşlandığım şeyleri yapmama izin verirdi.				
4.Duygusal olarak bana karşı soğuk görünürdü.				
5. Sorunlarımı ve endişelerimi anlıyor görünürdü.				
6. Bana karşı sevgi doluydu.				
7. Kendi kararlarımı vermemden memnuniyet duyardı.				
8. Büyümemi istemezdi.				
9.Yaptığım her şeyi kontrol etmeye çalışırdı.				
10. Mahremiyetime müdahale ederdi.				
11.Olan-bitenler hakkında benimle konuşmaktan keyif alırdı.				
12. Genellikle bana karşı gleryzlyd.				
13.Bana, bebekmişim gibi davranma eğilimi vardı.				
14. İhtiyaçlarımı ve isteklerimi anlamıyor gibiydi.				
15. Kendimle ilgili kararları almama izin verirdi.				
16. İstenmediğimi hissettirirdi.				
17. zgn olduğum zamanlarda kendimi daha iyi hissetmemi sağlardı.				

18. Benimle pek fazla konuşmazdı.				
19.0'na bağımlı olduğum duygusunu yaşatmaya çalışırdı.				
20. Babam yanımda olmadığı zaman, kendime bakamayacağımı hissederdim.				
21. İstediğim kadar özgürlük tanırdı.				
22. İstediğim zaman dışarı çıkmama izin verirdi.				
23. Bana karşı aşırı koruyucuydu.				
24. Beni övmezdi.				
25.İstediğim gibi giyinmeme izin verirdi.				

EK-D**Ana-Babaya Bağlanma Ölçeği-2**

Aşağıda, ana-babanızın çeşitli tutum ve davranışlarına ilişkin ifadeler yer almaktadır. 16 yaşınıza kadar olan dönemde babanızı hatırlamaya çalışarak, her bir ifadeye en uygun seçeneğin karşısındaki paranteze X işareti koyunuz.

	Tamamen böyleydi	Kısmen böyleydi	Pek böyle değildi	Hiç böyle değildi
1. Benimle yumuşak ve arkadaşça bir tarzda konuşurdu.				
2. İhtiyaç duyduğum kadar yardım etmezdi.				
3. Hoşlandığım şeyleri yapmama izin verirdi.				
4. Duygusal olarak bana karşı soğuk görünürdü.				
5. Sorunlarımı ve endişelerimi anlıyor görünürdü.				
6. Bana karşı sevgi doluydu.				
7. Kendi kararlarımı vermemden memnuniyet duyardı.				
8. Büyümemi istemezdi.				
9. Yaptığım her şeyi kontrol etmeye çalışırdı.				
10. Mahremiyetime müdahale ederdi.				
11. Olan-bitenler hakkında benimle konuşmaktan keyif alırdı.				
12. Genellikle bana karşı güleryüzlüydü.				
13. Bana, bebekmişim gibi davranma eğilimi vardı.				
14. İhtiyaçlarımı ve isteklerimi anlamıyor gibiydi.				
15. Kendimle ilgili kararları almama izin verirdi.				
16. İstenmediğimi hissettirirdi.				
17. Üzgün olduğum zamanlarda kendimi daha iyi hissetmemi sağlardı.				

18. Benimle pek fazla konuşmazdı.				
19.0'na bağımlı olduğum duygusunu yaşatmaya çalışırdı.				
20. Babam yanımda olmadığı zaman, kendime bakamayacağımı hissederdim.				
21. İstedğim kadar özgürlük tanırdı.				
22. İstedğim zaman dışarı çıkmama izin verirdi.				
23. Bana karşı aşırı koruyucuydu.				
24. Beni övmezdi.				
25.İstedğim gibi giyinmeme izin verirdi.				

EK-E

Yüzdeki Duygu İfadelerini Tanıma Testi

56 fotoğraf serisinden oluşan testtir. Yüzdeki duygu ifadelerini tanıma becerisini ölçmeye yarar.

İlk 7 fotoğraftaki duygu ifadeleri tanıtılacaktır. Hazır olduğunuzda test başlatılacak ve kalan 49 fotoğraftaki duygu ifadelerini aşağıdaki seçenekler arasından seçeceksiniz. Siz seçiminizi yaparken cevaplarınızın doğruluğu değerlendirilmeyecek ve herhangi bir geri bildirim yapılmayacaktır.

Aşağıdaki duygu ifadelerinden her fotoğraf için yalnızca 1 tane seçiniz. Siz seçim yaparken süre tutulacaktır. Olabildiğince hızlı yanıt veriniz. Aynı yanıtlar birden fazla ve karışık şekilde olabilir.

MUTLU

ÜZGÜN

KORKMUŞ

KIZGIN

ŞAŞIRMIŞ

İĞRENMİŞ

NÖTR

	SÜRE	MUTLU	ÜZGÜN	KORKMUŞ	KIZGIN	ŞAŞIRMIŞ	İĞRENMİŞ	NÖTRAL
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								
21.								
22.								
23.								
24.								
25.								
26.								
27.								
28.								
29.								
30.								
31.								
32.								
33.								
34.								
35.								
36.								
37.								
38.								
39.								
40.								
41.								
42.								
43.								
44.								
45.								
46.								
47.								
48.								
49.								

