

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

ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA EKSEN I-EKSEN II  
KOMORBİDİTESİNİN VE PSİKOPATİ DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI VE  
KARŞILAŞTIRILMASI

**Mehmet OĞUZ**  
**Hv. Tbp. Yzb.**

Gülhane Askeri Tıp Akademisi  
Haydarpaşa Eğitim Hastanesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

**UZMANLIK TEZİ**

İSTANBUL  
2009

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

**ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU OLAN HASTALARDA EKSEN I-EKSEN II  
KOMORBİDİTESİNİN VE PSİKOPATİ DÜZEYLERİNİN ARAŞTIRILMASI VE  
KARŞILAŞTIRILMASI**

**Mehmet OĞUZ**  
Hv. Tbp. Yzb.

Gülhane Askeri Tıp Akademisi  
Haydarpaşa Eğitim Hastanesi  
Ruh Sağlığı ve Hastalıları Kliğinin  
Uzmanlık Eğitimi İçin Öngördüğü

**UZMANLIK TEZİ**

Olarak hazırlanmıŐtır

**TEZ DANIŞMANI**

Ümit Başar SEMİZ  
Doç. Tbp. Kd. Bnb.

İSTANBUL

2009

GATA Askeri Tıp Fakültesi Dekanlığına:

“Antisosyal Kişilik Bozukluğu olan hastalarda Eksen I-Eksen II komorbiditesinin ve Psikopati Düzeylerinin Araştırılması ve Karşılaştırılması” konulu bu çalışma jürimiz tarafından Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı’nda uzmanlık tezi olarak kabul edilmiştir.

**İMZA**

<b>Tez Danışmanı</b>	: Doç.Tbp.Kd.Bnb.Ümit Başar SEMİZ	.....
<b>Başkan</b>	: Prof.Tbp.Kd.Alb. Servet EBRİNÇ	.....
<b>Üye</b>	: Prof.Hv.Tbp.Kd.Alb. Mesut ÇETİN	.....
<b>Üye</b>	: Prof.Tbp.Kd.Alb. Mehmet Nusret DEMİRCAN	.....
<b>Üye</b>	: Prof.Tbp.Kd.Alb. Mehmet SARAÇOĞLU	.....
<b>Üye</b>	: Doç.Hv.Tbp.Yb. Cengiz BAŞOĞLU	.....

**ONAY:**

Hv. Tbp. Yzb. Mehmet OĞUZ'un 05/03/2009 tarihinde savunduğu bu tez akademi kurulunca belirlenen yukarıdaki jüri üyeleri tarafından uygun görülmüş ve kabul edilmiştir.

M. Zeki BAYRAKTAR  
Prof. Tbp. Tümgeneral  
GATF Dekanı ve Eğitim Hastanesi Baştabibi

## TEŞEKKÜR

“Antisosyal Kişilik Bozukluğu olan hastalarda Eksen I-Eksen II komorbiditesinin ve Psikopati Düzeylerinin Araştırılması ve Karşılaştırılması” konulu uzmanlık tezi çalışması Gülhane Askeri Tıp Akademisi Komutanlığı Etik Kurulu'nun 16 Haziran 2008 gün ve 1491-684-08/1539 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 Hastalıkları Servis Şefi Sayın Prof. Dr. Servet EBRİNÇ'e ve asistanlık eğitimim boyunca klinik şefliği görevinde bulunan Sayın Prof.Dr. Mesut ÇETİN'e teşekkürlerimi sunarım.

Ayrıca Asistanlık süresince yapmış olduğum nöroloji rotasyonu sırasında bilgi ve deneyimlerini paylaşan değerli hocam Prof.Dr. Mehmet SARAÇOĞLU'na, yetişmemde büyük katkıları ve emeği olan, tezimin tüm aşamalarında bana yol gösterip bilgi ve tecrübelerini benimle paylaşan değerli hocalarım Doç.Dr. Cengiz BAŞOĞLU ve Doç. Dr. Ümit Basar SEMİZ'e teşekkürlerimi sunarım.

Değerli yardımları ile her zaman yanımda olan Yrd.Doç.Dr. Ayhan ALGÜL ve Yrd.Doç.Dr. M.Alpay ATEŞ, asistanlık eğitimim süresince sıcak ve dostça bir çalışma ortamını paylaştığım asistan arkadaşlarıma, tez çalışmamda yaptığı büyük yardımlardan dolayı sevgili dostum Dr.Cemal Onur NOYAN'a, psikolog Eylem CEYHAN'a, 4 yıllık asistanlık süresince beraber çalıştığımız, desteklerini esirgemeyen değerli hemşire arkadaşlarım ve tüm yardımcı personelimize teşekkür eder şükranlarımı sunarım.

Nöroloji, Dahiliye ve Çocuk Psikiyatrisi rotasyonlarında bilgi ve deneyimlerini paylaşan değerli hocalarım, Prof.Dr. Ç.ÖKTENLİ, Doç.Dr. C.TOP, Doç.Dr. M.Fatih ÖZDAĞ, Yrd.Doç.Dr. M.G. ŞENOL, Prof.Dr. M.BERKEM ve Prof.Dr. Y.YAZGAN'a teşekkür ederim.

Fakülte yıllarımdan beri hep yanımda olan, yaşamımın en zor günlerinde bana desteğini hiç esirgemeyen, tezimin hazırlanması esnasında büyük katkıları olan sevgili eşim Dr.Nihan OĞUZ'a sonsuz özverisi nedeniyle ayrıca teşekkür ederim.

Son olarak da bu günlere ulaşmamda büyük emekleri olan aileme sonsuz sevgi ve şükranlarımı sunarım.

Dr.Mehmet OĞUZ

# Antisosyal Kişilik Bozukluğu olan hastalarda Eksen I-Eksen II komorbiditesinin ve Psikopati Düzeylerinin Araştırılması ve Karşılaştırılması

## Özet

Antisosyal Kişilik Bozukluğu (ASKB); yaygın, hemen her ülkede görülebilen, çocukluk çağında başlayan, erişkinlikte de devam edebilen, heterojen gelişimsel bir bozukluktur. Erişkinlikte görülme oranının erkeklerde %3.3 ve kadınlarda %0.9 olduğu düşünülmektedir.

Türkiye'deki hastanelerde psikiyatrik bozuklukların morbiditesini araştıran bir çok çalışma bulunmasına rağmen, şiddet suçları üzerine yapılan araştırmalar sınırlıdır. Bugüne kadar yapılan çalışmalar genellikle cezaevlerindeki kriminal popülasyonda görülen psikiyatrik bozuklukların prevalansını araştırmıştır. Bu çalışmanın; askerliğini yapan, DSM-IV'e göre ASKB tanısı konmuş ve şiddet eğilimli hastalardaki psikiyatrik bozuklukları bir poliklinik ortamında değerlendirmesi önemlidir. Bu çalışmanın amacı, ASKB hastalarının komorbid Eksen I ve Eksen II bozukluklarını araştırmak ve bunların psikopati düzeyleriyle ilişkilerini karşılaştırmaktır.

Bu çalışmaya GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran ve DSM-IV kriterlerine göre ASKB tanısı konulan 140 erkek hasta dahil edilmiştir. Bu hastalara sosyodemografik veri formu, SCID-I yarı yapılandırılmış görüşme formu (SCID-I/CV), SCID-II Kişilik Envanteri (SCID-II) ve Hare Psikopati Derecelendirme Ölçeği (PCL-R) uygulanmıştır.

Bu hastalar arasında en sık görülen komorbid Eksen I bozuklukları; madde kullanım bozuklukları (%66,9), alkol kullanım bozuklukları (%65,4), uyum bozuklukları (%36,4), anksiyete bozuklukları (% 27,9) ve depresif bozukluklar (% 22,1)'dir. Bunların arasında yaşam boyu en sık görüleni madde kullanım bozukluklarıdır (% 78,6). En sık görülen Eksen-II bozukluğu paranoid kişilik bozukluğu olarak tespit edilmiştir (% 47,1). En az bir Eksen I tanı komorbiditesi görülen hasta oranı %54,3, en az bir eksen II komorbiditesi görülen hasta oranı %23,6'dır. Hastaların % 30,7'sinde hem eksen I hem de eksen II komorbiditesi tespit edilmiştir.

Antisosyal hastaların askerlik yaptıkları süre içerisinde sıklıkla psikiyatri kliniklerine başvurdukları bilinmektedir. Şiddet eğilimli kişilerde psikotik bozukluklar, major depresyon, antisosyal kişilik bozuklukları gibi ciddi ruhsal bozuklukların prevalans oranlarının daha güvenilir ölçümleri hastanelerin sağlık servislerini bilinçlendirmek açısından yardımcı olabilir. Bu hastalardaki komorbid durumların gözden kaçması ve tedavisiz kalmaları toplumsal ve bireysel sorunların artışına neden olabilir.

Sonuçta bulgularımıza göre askerlik görevini yerine getiren çalışma grubumuzdaki hastalarımızda tek başına ASKB görülme sıklığı seyrek (2,9). Bu sonuç daha önceki cezaevi popülasyonlarıyla yapılan çalışmalarla da uyumludur. Bu nedenle madde/alkol kötüye kullanımı, anksiyete belirtileri, uyum sorunları, psikotik/depresif belirtileri ve Eksen II bozuklukları olan kişilerin hastalıkları bir bütün olarak düşünülmeli ve bütüncül tedavi yaklaşımı ön plana çıkmalıdır.

**Anahtar Kelimeler :** Antisosyal Kişilik bozukluğu, psikopati, eksen I-II bozuklukları, prevalans, komorbidite

## SUMMARY

Antisocial Personality Disorder(ASPD) is a prevalent, heterogeneous, developmental disorder that begins in childhood and continues into adulthood and seen in almost all countries.The lifetime prevalence of ASPD in samples of the general population based on interviews by psychiatrists is 3.3% in men and 0.9% in women.

Although there have been many studies investigating the morbidity of the psychiatric disorders among Turkish patients, the researches on violence crimes are in limited number. Until now those researches investigated generally the prevalence of psychiatric disorders of criminal population in prisons. The assessment of persons doing their military service who are prone to violence and diagnosed as ASPD according to DSM-IV in a hospital setting is important. The aim of this study was to investigate the comorbid axis I and axis II disorders in ASPD patients and comparing them with psychopathy levels.

One hundred forty male patients admitted to GATA Haydarpaşa Training Hospital Psychiatry outpatient setting and diagnosed as ASPD according to DSM-IV criteria were included in the study. The patients were assessed by sociodemographic form, Structured Clinical Interview Diagnosis for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV), Structured Clinical Interview Diagnosis for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II), and Hare Psychopathy Checklist (PCL-R).

The most prevalently accompanying axis-I disorders to ASPD with respect to axis-I, and axis-II comorbidity were substance use disorders (66,9%), alcohol use disorders (65,4%), adjustment disorders (36,4%), anxiety disorders (27,9%), and depressive disorders (22,1%) respectively. The most prevalently accompanying lifetime axis-I disorder to ASPD was substance use disorders (78,4%). The most prevalently accompanying axis-II disorder was paranoid personality disorder (47,1%). The ratio of persons who were only diagnosed as having axis-I disorders was 54,3%, and that of persons who were diagnosed as having only axis-II disorders was 23,6%. The ratio of participants who were diagnosed as both axis-I and axis-II was 30,7%.

It is known that Antisocial subjects are usually referred to psychiatry clinics while doing their military service. The physicians' negative approaches to these patients contributes the overlooking of comorbid conditions. More reliable estimations of prevalence rates in people who are prone to violence would help consciousness raising of normal population and medical departments of hospitals.

Eventually the ratio for people who were diagnosed as neither axis-I nor axis-II was rare (2,9%). This is concordant with the other studies done in prison populations. Therefore the people with substance/alcohol use disorders, anxiety symptoms, adjustment problems, psychotic/depressive symptoms and axis II disorders should be considered as a whole and extensive treatment approaches should be taken over.

Key Words: Antisocial Personality Disorder, Axis I-II Disorders, Comorbidity, Psychopathy, Prevalance



2.2. EKSEN I-II BOZUKLUKLAR.....	19
2.2.1. Hasta Değerlendirmede Başlıca Alanlar.....	19
2.2.2. Eksen I : Klinik Bozukluklar.....	19
2.2.3. Eksen II: Kişilik Bozuklukları; Mental Retardasyon....	20
2.2.3.1. Eksen II Bozuklukların Sınıflandırması.....	21
2.2.4. Eksen III: Genel Tıbbi Durumlar.....	21
2.2.5. Eksen IV: Psikososyal ve Çevresel Problemler.....	21
2.2.6. Eksen V: İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi.....	21
2.2.7. DSM-IV Çok Eksenli Değerlendirme.....	22
2.3. KİŞİLİK BOZUKLUKLARI.....	22
2.4. KOMORBİDİTE VE ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU'NDA TEDAVİ GİRİŞİMLERİ.....	25
3. YÖNTEM VE GEREÇ.....	28
3.1 Çalışma Evreni.....	28
3.2 Gereçler.....	29
3.3 Uygulama.....	30
3.4 Verilerin Analizi.....	31
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA.....	46
6. SONUÇ .....	53
7. KAYNAKLAR .....	55

#### EKLER

EK-A: Yarıyapılandırılmış Görüşme Formu

EK-B: Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği

## SİMGELER VE KISALTMALAR

ASKB	: Antisosyal Kişilik Bozukluğu
DSM-III-R	: Third diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised
DSM-IV	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
SCID-I	: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders
SCID-II	: Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II Disorders
SKB	: Sınır Kişilik Bozukluğu
5-HIAA	: 5-Hidroksi İndol Asetik Asit
ACC	: Anterior Cingulate Korteks
DIPFK	: Dorsolateral Prefrontal Korteks
ICD	: International Classification of Diseases
MAO	: Mono Amino Oksidaz
OFK	: Orbitofrontal korteks
PCL-R	: Psychopathy Checklist-Revised
VmPFK	: Ventromedial Prefrontal Korteks

## ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil	Sayfa
Şekil 2.1. Psikopati ve ASKB birlikteliği .....	9
Şekil 4.1. Hastaların Psikopati Puanlarına Göre Dağılımı.....	34

## TABLolar DİZİNİ

<b>Tablo</b>	<b>Sayfa</b>
Tablo 2.1. Antisosyal Kişilik Bozukluğu'nun Ayırıcı Tanısı.....	18
Tablo 3.1. DSM-IV Kişilik Bozuklukları Primer Semptomlar.....	24
Tablo 4.1. Hastaların Sosyodemografik Özellikleri .....	33
Tablo 4.2. Düşük Psikopati ve Ağır Psikopati Gruplarının Oranları .....	34
Tablo 4.3. Düşük ve Ağır Psikopati Gruplarının Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması .....	35
Tablo 4.4. Hastaların Ailelerinde Görülen Psikiyatrik Hastalıklar .....	36
Tablo 4.5. Hastalardaki Çocukluk Çağı Travma Öyküsü .....	36
Tablo 4.6. Düşük ve Ağır Psikopati Gruplarının Çocukluk Çağı Travma Öyküleri Oranlarının Karşılaştırılması.....	37
Tablo 4.7. Hastaların Kriminalite Parametreleri .....	37
Tablo 4.8. Düşük Psikopati ve Ağır Psikopati Gruplarının Kriminal Parametrelerinin Karşılaştırılması .....	38
Tablo 4.9. Hastalardaki Alkol/Madde Başlangıç Yaşı, İlk Suç Yaşı ve İlk Özkıyım Yaşı.....	38
Tablo 4.10. Hastalardaki Alkol Kullanım Bozukluğu Oranları.....	39
Tablo 4.11. Hastalardaki Madde Kullanım Bozukluğu Oranları .....	39
Tablo 4.12. Düşük ve Ağır Psikopati Gruplarının Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Oranlarının Karşılaştırılması .....	39
Tablo 4.13. Hastalardaki Komorbid Eksen I Tanılarının Oranı.....	40
Tablo 4.14. Hastalardaki Komorbid Eksen II Tanılarının Oranı.....	40
Tablo 4.15. Komorbid Eksen I ve Eksen II Tanılarının Birlikte Görülme Sıklığı.....	41
Tablo 4.16. Düşük ve Ağır Psikopati Gruplarındaki Komorbid Eksen I ve Eksen II Sayılarının Karşılaştırılması.....	41
Tablo 4.17. Komorbid Eksen I Tanıları .....	42
Tablo 4.18. Düşük ve Ağır Psikopati Gruplarının Eksen I Bozukluğu Komorbiditelerinin Karşılaştırılması.....	43

Tablo 4.19. Komorbid Eksen II Tanıları .....	44
Tablo 4.20. Düşük ve Ağır Psikopati Gruplarının Eksen II Bozukluğu Komorbiditelerinin Karşılaştırılması.....	44
Tablo 4.21. Çocukluk Çağı Travma Öyküsü ile Eksen I-II Bozuklukların İlişkisi .....	45
Tablo 4.22. Hastalardaki Eksen I Bozuklukları ile Çocukluk Çağı Travması İlişkisi .....	45
Tablo 4.23. Hastalardaki Eksen II Bozuklukları ile Çocukluk Çağı Travması İlişkisi .....	46

## 1. GİRİŞ

Antisosyal Kişilik Bozukluğu (ASKB) çocukluk veya erken eren ergenlikte başlayan, kişinin okul, iş ve sosyal ilişkilerinin her alanına nüfuz eden tekrarlayıcı kanunlara karşı gelme ve kriminal davranış modelleridir. Kriminalite tüm insan topluluklarında ortak ve ciddi bir sorun olarak ortaya çıktığından dolayı ASKB en yaygın çalışılmış kişilik bozukluğudur [1-3].

ASKB'nin prognoz ve potansiyel tedavi edilebilirliği açısından önemi fazladır [4]. Şiddet eğilimli kişilerde, ASKB, psikotik bozukluklar, major depresyon gibi ciddi ruhsal bozuklukların prevalans oranlarının daha güvenilir ölçümleri, halkı ve hastanelerin sağlık servislerini bilinçlendirmek açısından yararlı olabilir [5-7]. Psikopatlarda ise Eksen I bozukluklarının tedavisinin daha karışık olduğuna dair kanıtlar vardır [8]. Bu nedenle yüksek oranda psikopati psikiyatri servisleri için daha ağır yükler getirecektir.

Geçtiğimiz yüzyılda mental bozukluklar ve şiddet davranışları arasındaki ilişkiyi araştıran kapsamlı çalışmalar açısından zengindir. Bu çalışmaların sonucunda şiddet davranışı ile Eksen I bozukluklar arasındaki ilişkilere ışık tutan bir çok sonuca ulaşılmıştır [9,10,11]. Kişilik Bozuklukları ile şiddet ve kriminal davranışlar arasındaki ilişkiler ise literatürlerde son bir kaç yılda açıklığa kavuşturulmaya başlanmıştır. Türkiye'deki hastanelerde psikiyatrik bozuklukların morbiditesini araştıran bir çok çalışma bulunmasına rağmen, şiddet suçları üzerine yapılan araştırmalar sınırlıdır.

ASKB olan bireylerde genellikle komorbid durumlar bulunduğundan bu kişiler klinikte dikkatli bir şekilde değerlendirilmelidirler. Antisosyal hastaların askerlik yaptıkları süre içerisinde sıklıkla psikiyatri kliniklerine başvurdukları, bu hastalara yönelik hekimlerde de negatif tutumların olduğu göz önüne alındığında komorbid durumların gözden kaçması kaçınılmazdır. Hastaların tedavisiz kalması toplumsal ve bireysel sorunların artışına neden olabilir.

Bu çalışmanın amacı, DSM-IV tanı kriterlerine göre tanı konmuş ASKB olan hastalarda komorbid birinci ve ikinci eksen psikiyatrik bozuklukları taramak ve psikopati düzeyleri ile ilişkilerini araştırmaktır. Askerlik veya cezaevi gibi kısıtlılık ortamlarında disfori, strese bağlı yakınmalar, sıkıntıyı tolere edememe ve depresif duygudurumun sıklıkla görülebileceği hipotezi psikopati düzeyleri ile karşılaştırılarak sınanmaya çalışılacaktır.

## 2.GENEL BİLGİLER

### 2.1. ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE PSİKOPATİ

#### 2.1.1.Tarihçe

Kriminaller onsekizinci yüzyıldan önce günahkarlar olarak tanımlanıp idam ve afaroz etme gibi sert cezalara çarptırılıyorlardı. James Pritchard 1835 yılında tekrarlayan bir şekilde ahlakdışı davranışları sergileyen kişileri tanımlamak için “ahlak bozukluğu” tanımını kullanmıştır [12]. Bu tanımın içeriği şöyledir: “Zeka ile ilgili yeteneklerde azalma olmadan bu bozukluk başlıca duygular, huy ve alışkanlıklardan kaynaklanmaktadır”.

1812 yılında Benjamin Rush bu bireyleri, zeki ancak yaşam boyu sorumluluk almayan, diğer insanların acılarına empati kurmayan ve “iyi ve kötüyü ayırt edebilmekte dengesizlik yaşayan” kişiler olarak tanımlamıştır [13].

Ondokuzuncu yüzyıl sonuna doğru, sosyal hayata düşük uyum gösteren kişileri tanımlamak için psikopat kişilik tanımını kullanılmıştır. Koch kişilikten sapmaları ilk defa “psikopatik kalitesizlik”olarak tanımlamıştır [14]. Kraepelin, Kahn ve Schneider kişilik bozukluklarına alternatif sınıflandırmalar önermişlerdir [15–17]. Kurt Schneider kişilik bozukluğunu “ anormalliklerinden acı çeken ve topluma acı çektiren anormal kişilikler” olarak tanımlamıştır.

1952 yılında Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association-APA) karışıklığı gidermek için DSM-I’e ASKB’yi işaret ederek “sosyopatik kişilik bozukluğu” terimini sokmuştur. Daha sonraki dönemlerde APA’nın DSM’lerinde “antisosyal kişilik” terimi kullanılmaya başlanmıştır. ICD-10’da ise “ahlakdışı, antisosyal, asosyal, psikopatik ve sosyopatik kişilik bozuklukları” terimlerine karşılık olarak “Disosyal Kişilik Bozukluğu” terimi benimsenmiştir.

20’nci yüzyıl boyunca kriminallerle yapılan çalışmalarda katı, soğuk ve vicdansız olanlar “primer psikopatlar”; anksiyöz ve emosyonel olarak değişken olanlar “sekonder psikopatlar” olarak gruplandırılmıştır [18]. Her iki grup ta impulsif ve antisosyal olarak tanımlanmıştır; ancak sekonder veya nörotik psikopatlar aynı zamanda emosyonel olarak değişken olarak ifade edilmiştir. Nörotik psikopatlar bugün DSM-IV’de Sınır Kişilik Bozukluğu (SKB) olarak , ICD-10’da emosyonel değişken kişilik bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. ICD-10 biraz daha detaya inerek

emosyonel değişken kişilik bozukluğunu impulsif tip (patlayıcı ve agresif kişilik bozuklukları) ve borderline tip (kronik boşluk hissi, değişken yüceltme ve değersizleştirmeyele karakterize yoğun ve değişken ilişkiler ve tekrarlayan self-mutilasyon eylemleri) olarak alt tiplere ayırdı.

Harvey Cleckley'in 1941 yılındaki psikopat (Cleckley 1964) (19) tanımı antisosyal kişiliğin DSM-I ve DSM-II tanımlarını büyük ölçüde etkilerken, antisosyal kişiliğin DSM-III ve DSM-III-R'deki tanımları Robins (1966)'in (20) ampirik çalışmalarına dayanmaktadır. DSM-III ve DSM-III-R tanımlarında çocuklukta yerleşmiş davranım bozukluğu modelinin yanısıra erişkin dönemdeki birtakım sosyal olarak zararlı davranışlar da bulunmaktadır ör., kanunlara karşı gelme, tecavüz, dolandırıcılık. Robert Hare Psikopati Ölçeği (PCL)'ni geliştirmesi döneminde Cleckley'in psikopati ile ilgili çalışmalarını yakından takip etmiştir [21].

### **2.1.2. Antisosyal Kişilik Bozukluğu**

ASKB; yaygın, hemen her ülkede görülebilen, çocukluk çağında başlayan, erişkin hayatta da devam edebilen, yaygın olarak başkalarının haklarını önemsememe ve tecavüz etme ile karakterize heterojen gelişimsel bir bozukluktur [22]. DSM-IV'e göre B kümesi kişilik bozukluklarının içinde yer alan yetişkin antisosyal davranışları kapsayan klinik sendromdur [23]. ASKB'nin psikiyatrist görüşmelerine dayanılarak genel populasyon üzerinde yapılan çalışmalarında yaşam boyu prevalansı erkeklerde %3.3 kadınlarda %0.9 olarak saptanmıştır [24]. ASKB yaklaşık 200 yıldır ruhsal bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. ASKB tanısı 18 yaşının altındaki kişilerde konulamaz.

ASKB'nin başlıca özelliği çocuklukta veya erken ergenlikte başlayan, okul,iş ve sosyal ilişkiler gibi yaşamın her alanına yayılan tekrarlayan antisosyal ve kriminal davranış modelleridir. Kriminalite her dönemde görülen ciddi bir problem olması nedeniyle ASKB en çok üzerinde çalışılan kişilik bozukluğu olmuştur [1-3]. ASKB olan suçluların tedavisiyle ilgili bir çok psikososyal ve nörobiyolojik çalışma, ASKB'de tedavi yapılmadan spontan remisyonun nadir olduğunu, geleneksel tedavi yaklaşımlarının da yetersiz olduğunu kanıtlamışlardır [28-34] .

Antisosyal kişilik hiç pişmanlık duymadan ya da pek az pişmanlık duyarak sürekli başkalarının haklarının ihlal edilmesi, bir işi sürdürememe, ana babalık yapamama, cinsel ayrımsızlık ve karşı cinsle kalıcı bir bağlılık kuramama,

saldırganlık, dürtüsellik, anlık doyumunu ertelemek ve o anki acıya gelecekteki kazanç için dayanmakta yetersizlik, yalan söyleme ve pervasızlık öyküsü sergiler [22]. Ancak bütün antisosyaller kriminal değildir. Antisosyal bir kişinin bozukluğu 24-44 yaşları arasında tepe noktaya ulaşır ve daha sonra keskin bir şekilde düşüş gösterir. Birçok kişi antisosyal kişiliği narsistik kişiliğin bir alt tipi olarak değerlendirmektedir

Kagan ve ark., [35] çocuklardaki davranım bozukluğunun erişkinlerdeki ASKB'nin bir öncüsü olduğunu bildirmişlerdir. Davranım bozukluğu diğerlerinin temel hakları veya sosyal normlarının ihlal edildiği tekrarlayıcı ve sürekli davranış modellerini içine alır. Çocuklukta ve ergenlikte en sık konulan tanılardan birisidir [23]. Davranım Bozukluğunun toplumdaki prevalansı ortalama %2-6 arasındadır [36]. Davranım bozukluğunun spesifik davranış özellikleri dört kategoriden oluşur :

- 1)İnsanlara ve hayvanlara karşı saldırganlık,
- 2)Eşyalara zarar verme,
- 3)Dolandırıcılık veya hırsızlık
- 4)Kuralların ciddi bir şekilde ihlal edilmesidir.

Amerika Birleşik Devletleri'nde (Massachusetts'de) yakın zamana kadar bu çocukların ailelerinin onaylaması halinde öldürülebilmesi ile ilgili kanun vardı. Son 25 yıldaki mücadele ve ilerlemelerin hepsi davranım bozukluklarını tanımlamak, onları tedavi etmek ve önlemeye yöneliktir [37].

ASKB tanısı için kişi en az 18 yaşında olmalı, 15 yaşından önce davranım bozukluğu kriterlerini karşılamalı ve antisosyal davranışlarına devam etmelidir. Uzunlamasına çalışmalarda çocuklukta davranım bozukluğunun 30 yıl içerisinde bir ASKB'nin habercisi olabileceği gösterilmektedir [38] .

### **Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanı ölçütleri;**

A. Aşağıdakilerden üçünün ya da daha fazlasının olması ile belirli, 15 yaşından beri süregelen, başkasının hakkını saymama ve başkalarının hakkına saldırma örüntüsü:

1. Tutuklanması için zemin hazırlayan eylemlerde tekrar tekrar bulunmakla belirli, yasalara uygun toplumsal davranış biçimine ayak uyduramama
2. Sürekli yalan söyleme, takma isimler kullanma ya da kişisel çıkarı, zevk için başkalarını atlatma ile belirli dürüst olmayan tutum
3. Dürtüsellik ya da gelecek için tasarılar yapmama

4. Yineleyen kavga, dövüşler ya da saldırılarla belirli olmak üzere sinirlilik ve saldırganlık

5. Kendisinin ya da başkasının güvenliği konusunda umursamazlık

6. Bir işi sürekli götürememe ya da mali yükümlülüklerini tekrar tekrar yerine getirememeye ile belirli olmak üzere sürekli bir sorumsuzluk

7. Başkasına zarar vermiş, kötü davranmış ya da başkasından bir şey çalmış olmasına karşı ilgisiz olma ya da yaptıklarına kendince mantıklı açıklamalar getirme ile belirli olmak üzere vicdan azabı çekmeme

B. Kişi en az 18 yaşındadır.

C. 15 yaşından önce başlayan davranım bozukluğu kanıtları vardır.

D. Antisosyal davranış sadece şizofreni ya da manik epizodun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır [39].

ASKB, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 1992 yılında yayınlanan ICD-10'da ruhsal ve davranışsal bozukluklar bölümünde, topluma aykırı (disosyal) kişilik bozukluğu adı altında sınıflandırılmıştır [40].

### **Topluma Aykırı (Disosyal) Kişilik Bozukluğu**

Yaygın toplumsal değerlere büyük uygunsuzluk gösteren davranışlar nedeni ile dikkat çeken ve aşağıdaki özellikleri taşıyan kişilik bozukluğu:

A. Başkalarının hissettiklerine karşı katı bir aldırmazlık

B. Toplumsal değerler, kurallar ve zorunluluklara karşı inatçı bir aldırmazlık ve sorumsuzluk

C. İlişki kurmakta bir güçlük olmamasına karşın ilişkileri uzun süre sürdürememe

D. Engellenme eşiğinin ve şiddeti de içeren saldırganlığın dışa vurulmasında eşiğin çok düşük olması

E. Suçluluk duymama ve deneyimlerden özellikle cezadan yararlı ders alamama

F. Başkalarını suçlamaya ve toplumla çatışan davranışları için akla uygun gerekçeler kullanmaya yatkınlık.

ICD-10 amoral, antisosyal, asosyal, psikopatik, sosyopatik kişiliklerin bu tanı kriterleriyle bu başlık altında incelenebileceğini belirtmektedir.

### 2.1.3. “Antisosyal Davranış” Teriminin Karmaşıklığı

ASKB araştırmalarında iki nedenden ötürü tam bir görüş birliğine varılamamıştır:

- 1.Tanı kriterleri konusunda görüş ayrılıkları
- 2.Hafif vakaların emosyonel (afekt) vakalar zannedilip atlanması.

Cloninger’in ASKB hastalarını “Belirgin narsisistik özellikleri olan primer psikopatlar” ve “Belirgin borderline özellikleri olan sekonder psikopatlar” olarak iki alt bölüme ayırması, bir çok kriterlere göre sınıflandırma yapan diğer çalışmalardan farklılık göstermesi bakımından ilgi çekicidir. Ayrıca “basit” ASKB hastalarını alkol/madde kullanım bozuklukları ile komorbid görülen “komplike” hastalardan ayırmak farklı kriminal davranış şekillerinin belirginleşmesine ışık tutar; ancak hala ASKB çalışmaları komorbidite derecesi bakımından geniş farklılıklar göstermektedir [40] .

DSM’nin gelişmesiyle sosyopati ve ASKB kavramları iç içe geçmiştir. DSM-I’de sosyopati terimi yer almıştır. DSM-II’de bu terim ASKB ile yer değiştirmiştir. Psikopatinin geleneksel tanımlarından farklı olarak ASKB’nin davranış kriterlerinin çoğu “sosyal sapma modeli”nden esinlenmiştir. Psikopati ile ilişkili kişilik özelliklerinin çoğunluğu sonraki DSM’lerde yavaş yavaş ASKB’den ayrılmaya başlamıştır.

ASKB tanısı alan hastaların üç kişiden birisi şiddetli psikopat olarak tanımlanmıştır. Bu gruptaki kişiler, hafif-orta dereceli psikopatik ASKB olgularına göre daha kötü prognoza sahiptir. Hare ve ark. [41] bu sınıflandırmayı daha net olarak ortaya koyabilmek için orjinal Cleckley tanımlamalarını yeniden gözden geçirmişler ve Psikopati Ölçeğini oluşturmuşlardır (PCL and PCL-R).

Psikopatlarda Eksen I bozukluklarının tedavisinin daha karışık olduğuna dair kanıtlar vardır [42] . Bu nedenle yüksek oranda psikopati psikiyatri servisleri için daha ağır yükler getirecektir. Bu çalışmanın hipotezi bu kanıtlardan yola çıkılarak oluşturulmuştur.

### 2.1.4. Psikopati

Psikopati, antisosyal yaşam biçimi, kayıtsız, duygusuz, vicdansız ve sahtekar davranış özellikleri gösteren, Hare Psikopati değerlendirme ölçeği ile değerlendirilip ölçülebilen, gelişimsel bir bozukluktur. Psikopatik bireyler, duygusal olarak duyarsız,

işlemiş oldukları suçların diğer insanlara olan etkilerine aldırmayan, toplumsal değerlere uymayan, kişisel çıkarları için diğer insanları aldatabilen ve bu davranışların kendileri üzerine olan etkilerine aldırmayan kimseler olarak tanımlanmaktadır. Bu bireyler, yakalanıp ceza alma olasılığı yüksek, üzerinde iyi düşünülmemiş ve kötü planlanmış suçları işleyerek, daha önceden ceza aldıkları davranışları tekrar etmekten kaçınmazlar [41] .

Bir psikopat genel olarak çabuk öfkelenen, saldırganlık gösteren, katı kalpli, dürtüsel, sorumsuz, bencil, duygusal açıdan bir derinliği olmayan, vicdan, aşk, empati, endişe ve pişmanlığı yaşamayan bir kimsedir. Bu nitelikler göz önünde tutulduğunda psikopatlar suç işlemeye yatkın kimselerdir. Psikopatinin en önemli bir özelliği de amaca yönelik ve dürtüsel saldırgan davranışlardır [43] .

DSM'den farklı olarak psikopati konsepti hem kişilik hem de davranışla ilgili kriterleri içerir [44]. Psikopatlar tüm kültürlerde var olmuştur [45,46]. Murphy Kuzey Batı Alaska'daki Inuit topluluğunda "kulengata" teriminin "sürekli yalan söyleyen, hile yapan, hırsızlık yapan, avlanmaya gitmeyen, diğer erkekler köyün dışındayken onların eşlerinden cinsel olarak faydalanmaya çalışan ve cezalandırma için sürekli yaşlılara getirilen erkekler" olarak kullanıldığını bildirmiştir [45] .

Sosyopatların kazanç sağlamak için spesifik bir hastalığı veya sorunu aşırı derecede abartarak temaruz yapma eğilimleri bulunmaktadır. Sosyopat yaşamın hangi tarafından geleceği belli olmayan başa çıkılması çok zor bir sorunlar demetidir.

Sonuç olarak bu araştırmanın sonucunda birçok adli ve sosyal sorunlar yaşayan ASKB tanılı bireylerin sosyal uyumu arttırmak için yeni rehabilitasyon programları geliştirmeye yönelik bilgiler elde etmek hedeflenmektedir.

### **2.1.5. Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği**

Hare, Cleckley'in saymış olduğu özellikleri değerlendirerek Psikopati Değerlendirme Ölçeğini (Psychopathy Checklist-Revised, PCL-R) geliştirmiştir [41,47]. Mahkumlar üzerinde geliştirilmiş olan Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği, toplam 20 sorudan oluşan 2 faktörlü bir yapı ortaya koymaktadır. Faktör 1, "Emosyonel ayrışmayı", Faktör 2 ise "Antisosyal davranışları" tanımlamaktadır. Faktör 1, psikopatinin temel özellikleri olan duygusuzluk, vicdansızlık ve manipülatiflik gibi özellikleri içeren affektif ve kişilerarası özellikler kümesini

tanımlayan sorulardan oluşmaktadır. Faktör 2, antisosyal davranış öyküsü, şiddet ve impulsivite özelliklerini içermektedir [47,48] .

Yapılan çalışmalara göre psikopatinin en yakından ilişkili olduğu kişilik bozukluğu ASKB'dir, psikopati skorları yüksek olan bireylerde ek tanı olarak narsisistik, paranoid ve sınır kişilik bozukluğu görülebilmektedir [22].

PCL-R'nin 1. faktörü Narsisistik ve Histriyonik kişilik bozukluğu ile pozitif, Kaçingın ve Bağımlı kişilik bozuklukları ile negatif korelasyon göstermektedir [22].

PCL-R'nin 2. faktörü ikincil psikopati özellikleri (uyarı ihtiyacı, sıkıntıya eğilim, parazitik yaşam stili, davranış kontrolünde zayıflık, erken yaşta davranış problemleri, uzun vadeli amaçsızlık, impulsivite ve sorumsuzluk) ile korelasyon göstermektedir. DSM-IV tanı sistemine göre SKB ve ASKB ile korelasyon göstermektedir [22].

PCL-R'den belli bir puanın üzerinde alanlar psikopat olarak değerlendirilmektedir. Kanadalı ve Kuzey Amerikalı mahkumlar için 30 puan kesme noktası olarak kabul edilmişken, Avrupa'da yapılan çalışmalarda hasta sayılarının daha az olması sebebi ile Avrupalı mahkumlar için psikopati kesme noktası 25 olarak kabul edilmektedir [49]. Kesme puanları konusunda üzerinde fikir birliğine varılamamıştır. Yapılan çalışmalarda psikopati kesme puanları farklı olarak değerlendirilmiştir. Hare 30 ve üzerini psikopatik olarak değerlendirirken Ogloff [50] ve arkadaşları yaptıkları çalışmada 27 puan ve üzerini yüksek, 18-26 orta ve 17'nin altındaki puanları düşük psikopati olarak değerlendirmiştir. Seto ve Barbaree [51] çalışmalarında 15 puanın üzerini yüksek, 15'in altındaki puanları düşük psikopati olarak değerlendirmiştir. Looman [52] ve arkadaşları 25 ve altındaki puanları düşük psikopati olarak değerlendirmiş ve analizlerini bu puanlara göre yapmışlardır.

Hare, puanlama sistemi yanında seviyeleme sisteminin kullanılmasının daha uygun olacağını belirtmektedir. Bu seviyeleme sistemine göre 33-40 puanlar çok yüksek psikopati (5. seviye), 25-32 puan yüksek psikopati (4. Seviye), 17-24 puan orta psikopati (3. Seviye), 9-16 puan düşük psikopati (2. seviye), 0-8 puanlar çok düşük psikopati (1. Seviye) olarak değerlendirilmektedir [49] .

PCL-R ayrıca risk değerlendirme aracı olarak da kullanılmaktadır. PCL-R'den alınan puanlar kişinin daha sonraki hayatında suç işleme eğilimini (kriminalite) göstermektedir [49] .

Psikopatinin değerlendirilmesi için kullanılan Hare Psikopati değerlendirme ölçeğini eğitilmiş, nörokognitif çalışmalara katılmış olan ve bu konuda eğitilmiş kişiler

tarafından uygulanması gerekliliği, sadece klinik görüŖme değil aynı zamanda tüm adli belgelerin incelenmesinin gerekliliği ve ölçeğin değerlendirilmesinin biraz zaman alması psikopati değerlendirme ölçeğinin kullanımını sınırlamaktadır.

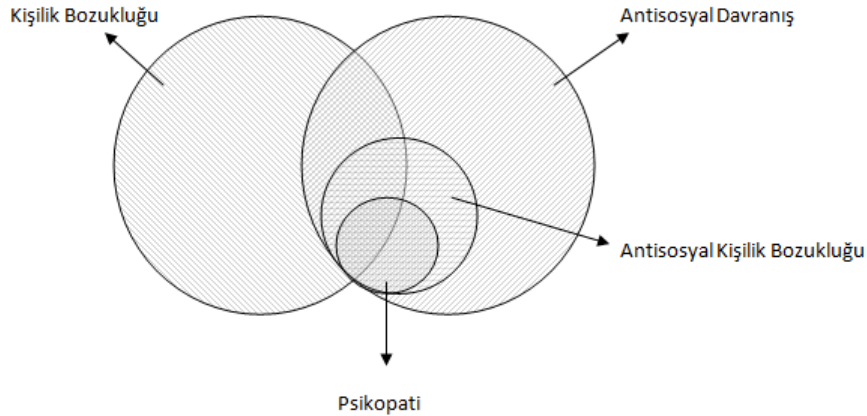
### 2.1.6. ASKB ve Psikopati Arasındaki Farklar :

Adli ortamlardaki temel ölçütler iki tanım arasındaki farklılıklara ışık tutmaktadır. Cezaevleri arasında farklılık göstermesine rağmen mahkumların %50'si ile %75'i ASKB tanısını karşılarken, sadece %15 ile %25'i psikopat olarak sınıflandırılabilir. Kriminal psikopatların çoğu ASKB tanı kriterlerini karşılarken ASKB hastalarının çoğunluğu psikopat değildir.

Özellikle Amerikan kaynaklı literatürlerde iki noktaya dikkat çekilmektedir ;

- 1) Sosyopati, antisosyal kişilik ve psikopati aynı terimler değildir ,
- 2) Psikopati hem boyutsal hem de kategorik bir kavramdır [53] .

Psikopati, DSM IV'e göre Davranım bozukluğu ve ASKB ile ICD-10'a göre Disosyal Kişilik bozukluğu ile eşdeğer değildir (Şekil 1). Fakat ICD-10 kriterleri, psikopatik kişilik ile DSM-IV ASKB kriterlerine göre daha uyumludur [54] .



Şekil 1.1 Psikopati ve ASKB birlikteliği

ASKB ve Disosyal Kişilik Bozukluğu antisosyal davranışlara odaklanırken, Psikopati bu davranışların olası sebebi olan emosyonel disfonksiyona odaklanmaktadır [54]. Psikopati, azalmış empati ve suçluluk duygusu ile birlikte diğer insanlara duygusal olarak bağlanmada azalma ile kendini gösteren emosyonel disfonksiyon ve antisosyal davranışlarla karakterizedir [41]. Psikopati sadece kriminal

olaylara ve sapkın davranışlara özgü değildir, sosyal olarak başarılı bireylerde de gözlenebilir. Toplum içinde yaşayan psikopatlar, psikopatik karakteristikleri gösterirler; ancak genellikle daha düşük antisosyal davranış sergilerler. Fakat Hare'nin psikopati kavramının tam tersi olarak ASKB ise DSM-IV kriterlerine göre çoğunlukla kriminal olaylarla ve sosyal olarak uygunsuz davranışlarla sınırlı kalmaktadır. Psikopatik bireyler, Hare PCL-R'nin her 2 faktöründen de yüksek puan alırken, ASKB tanısı olan bireyler sadece Faktör 2'den yüksek puan almaktadırlar. Cezaevi mahkumlarının %75'i DSM-IV'e göre ASKB tanı kriterlerini karşılarken, bu %75'in ancak 4'te biri psikopati kriterlerini karşılamaktadır [55]. ASKB görülme oranı %3-5 iken, PCL-R'den 30 ve üzerinde puan alarak psikopati tanısı alan bireyler ancak %1 lik kesimi oluşturmaktadır [22]. Bu oranlar her ülkede farklılıklar göstermektedir. Psikopatik bireylerin çoğu DSM IV-TR'nin ASKB kriterlerini karşılarlar fakat ASKB tanısı alan bireylerin çoğu psikopati kriterlerini karşılamaz [47].

DSM-IV kriterlerini ve psikopati ölçeğindeki maddeleri karşılaştırdığımızda Hare faktör 1 deki 8 maddeden sadece 3'ünün (patolojik yalan, hilekarlık, vicdan ve suçluluk eksikliği) faktör 2'deki 10 maddeden 6'sının (uyarı ihtiyacı, impulsivite, sorumsuzluk, davranış kontrolünde zayıflık, erken yaşta davranış problemleri, çok yönlü suç davranışları) DSM-IV ASKB tanı kriterleri ile uyumlu olduğu görülmektedir. Hare değerlendirme ölçeğindeki 18 maddeden 9'unun ASKB kriterleri ile uyumlu olduğu görülmektedir. Sonuç olarak ASKB daha geniş, daha kapsamlı, antisosyal özellikler ve davranışlara odaklanan, daha çok sosyal olmayan davranışların sonuçlarını temel alarak fenomenolojik yaklaşım içeren bir tanı sistemidir. Psikopati ise daha spesifik, daha homojen, daha çok vicdan ve duygusuzluk gibi kişilik dinamiklerini, kısmen yapısal bozuklukları temel alarak kişilik özelliklerindeki eksikliklere odaklı bir kavramdır [56].

### **2.1.7. Epidemiyoloji:**

ASKB prevalansının farklı tanı metodları kullanılarak yapılan çalışmalarda %0,05 ile %15 arasında olduğu bildirilmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan çalışmalarda erkeklerde %3, kadınlarda %1'den az prevalans bildirilmiştir [39]. ASKB tanısı en sık 26-40 yaşları arasında konmaktadır. Genç erişkinlerde 45 yaş üzerinelere göre daha sık rastlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda ırklar

arasında çok az bir fark saptanmış, artan yaşla beraber ASKB şiddetinin azaldığı bulunmuştur [58] . Cezaevlerinde prevalans % 75'lere kadar yükselebilir.

### **2.1.8. Etiyoloji**

Psikopati ve ASKB'nin etiyojisi ile ilgili çok az şey bilinmektedir. Son 50 yılda özellikle psikososyal faktörler üzerinde odaklaşan, ancak ciddi sonuçlar ortaya koyamayan birçok çalışma yapılmıştır. Çevre ve ailedeki ciddi evlilik sorunları, düşük sosyoekonomik durum, geniş aile, babada suç işleme, annede ruhsal bozukluk gibi mevcut olumsuz değişkenlerin, çocuktaki dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve ergenlikteki ASKB için risk faktörü olduğu belirtilmesine karşın ASKB oluşumunun sadece bu faktörlere bağlı olmadığı kabul edilmektedir [59,60]. Bu bozuklukların gelişiminde gen-çevre etkileşimi de önemli bir rol oynamaktadır. Çevresel etmenler ve gen-çevre etkileşimi ergen ve erişkinin antisosyal davranışları ve davranım bozukluğu için önemli değişkenler olarak kabul edilmektedir [61,62]. ASKB'nin oluşumunda sosyokültürel faktörlerin büyük etkisine, suç davranışının öğrenilmiş ve uyum sağlayıcı bir durum olduğuna dair görüşler olmasına karşın son yıllarda biyolojik etiyojisi giderek güçlenmektedir [62]. Sonuç olarak ASKB oluşumuna çeşitli genetik, biyolojik, psikodinamik ve psikososyal faktörler etki etmektedir. Bunların her biri tek başına değil, birbirleriyle etkileşim içinde bulunarak etkileşim göstermektedirler.

#### **2.1.8.1. Genetik Etkenler**

Yapılan çalışmalarda ASKB oluşumunda genetiğin önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Birçok çalışmada antisosyallerin birinci dereceden akrabalarında alkolizm ve sosyopati arasındaki ilişki gösterilmiştir, antisosyal erişkinlerde kontrol grubuna göre daha fazla antisosyal akraba saptanmıştır [63,64,65]. Evlatlık çalışmaları genetik ve çevresel faktörlerin bu bozukluk için birer risk olduklarını ortaya göstermektedir. ASKB olan ebeveynin evlatlık ve biyolojik çocuklarında bu bozukluğun riski artmıştır. Cloninger, genetik geçişi olan yüksek düzeyde ödül bağımlılığı, düşük düzeyde anksiyete ve düşük düzeyde zararlardan kaçınma gibi mizaç özelliklerinin antisosyal kişilik gelişiminde hazırlayıcı olduğunu ileri sürmüştür [66,67].

Davranım problemleri (%56), uyarın arayışı (%40) ve duygusuzluk (sempati yoksunluğu) önemli kalıtsal antisosyal özelliklerdir [68]. Korkusuzluğun ve impulsif antisosyalliğin baskın olduğu psikopatik özellikler de anlamlı genetik etkiler gösterir [69].

### **2.1.8.2. Biyolojik etkenler:**

#### **2.1.8.2.1. Nörokimyasal Etkenler:**

Düşük serotonin aktivitesi saldırgan davranışlar ile korelasyon göstermektedir [70]. Beyin omurilik sıvısı (BOS) serotonin ve metaboliti 5-HIAA (5-Hidroksi İndol Asetik Asit) seviyesi ile ciddi intihar girişimlerini de içeren saldırgan davranışlar arasında negatif bir ilişki gösterilmiş, 5-HIAA azalmasının saldırgan dürtülerin kontrolünü zorlaştırdığı bildirilmiştir [71]. Babası alkolik olan suçlularda, BOS-5 HIAA seviyesinde azalma ve daha çok dürtüsel davranışlar bildirilmiştir [72].

Düşük MAO aktivitesi impulsivite ile ilişkilidir. Çalışmalarda psikopatinin belirleyici özelliklerinden olan, heyecan arayışı, kortikal uyarılabilirlikte azalma ve dürtüsellik ile MAO, kortizol arasında negatif ve gonadol hormonlar ile pozitif bir ilişki olduğunu belirtilmektedir [73].

Cezaevi popülasyonunda yapılan çalışmalarda DSM-IV tanı kriterlerine göre ASKB tanısı konulan bireylerde alkolizm ve psikopati, yüksek kan T3 düzeyi ve artmış total testosteron ve seks hormonu bağlayan globülin konsantrasyonları ile ilişkili bulunmuştur [74].

ASKB olan bireylerde HPA aksının işleyişinde bir bozukluk olduğunu ilk düşündüren bulgu bu hastalarda gözlenen risk alma eğilimidir [75]. ASKB'nin stresle sıkı ilişkisinin olması hem klinik görünümün hem de risk faktörlerinin desteklediği bir durumdur. Stresle ASKB arasındaki ilişki iki farklı hipotezle açıklanmaya çalışılmaktadır. Birincisi ASKB hastalarının stresi daha az yaşadığı yönündeki hipotezdir. Buna göre daha az korku ve stres yaşamaları daha fazla risk almalarına neden olmaktadır. İkinci hipoteze göre ise ASKB hastalarının bazal gerekli strese duyarlılıkları azaldığı (daha yüksek stres eşiği nedeniyle) için daha fazla stresörlere kendilerini maruz bırakmaktadırlar. Antisosyal davranış gösteren ergenlerde yapılan çalışmalarda hem bazal hem stresle indüklenmiş kan kortizol seviyelerinin antisosyal davranışı olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğunu gösterilmiştir [76].

Çocukluk çağında maruz kalınan ciddi kötü davranışa maruziyet HPA aksının işleyişini bozmaktadır [77].

#### **2.1.8.2.2. Nörofizyoloji (EEG anormallikleri)**

ASKB'nin organik zemini ile ilgili çalışmalar en çok EEG üzerine yoğunlaşmıştır. Birçok araştırmada psikopatik kişilik bozukluğu, ASKB ve EEG anomalileri arasında ilişki bildirilmiştir [43,78,79,80]. Beyinde davranışı düzenleyen ve emosyonel aktiviteyi ilgilendiren bölgelerde hasar bulunduğu ve bunu EEG çalışmalarındaki lokalize bulguların desteklediği ileri sürülmüştür. Beyindeki hasar doğumsal olabileceği gibi, enfeksiyonlar veya kafa travmaları sonucunda olabilir. Kriminel antisosyallerde yapılan EEG çalışmalarında %80 oranında sınırda veya anormal biyoelektriksel bozukluklar saptanmıştır [81]. Stanford ve Clark cinayetten mahkum olan antisosyallerin EEG'lerini incelemiş ve EEG'deki aktivite bozukluğu ile suçun şiddeti arasında anlamlı birliktelik bulmuştur [82] . Altmışdört antisosyal bireyle yapılan başka bir çalışmada EEG anormalliğinde genel popülasyona göre anlamlı bir fark bulunmazken, aynı araştırmada saldırgan davranış ve adam öldürme suçu bulunanlardaki fokal bulgular ve teta bandındaki yavaşlama anlamlı bulunmuştur [83] . Hare, bazı antisosyal kişilerde anormal yavaş dalga EEG'sine dayanarak limbik sistem disfonksiyonunu öne sürmüştür [82] .

#### **2.1.8.2.3. Düşük otonomik aktivite ve Kortikal uyarılabilirlikte azalma**

HPA aksının işleyişinde soruna paralel olarak ASKB'lilerin otonom sistem aktivitesinin de düşük olduğu gösterilmiştir [84] . İrkilme refleksi ve deri ileti cevap (SCR) çalışmaları sempatik aktivitenin düşük olduğunu gözler önüne sermektedir. Elektrodermal hiporekativite psikopatinin en güvenilir psikofizyolojik bulgularından birisidir. Rahatsız edici (aversif) uyarana karşı azalmış koşullanma, otonom hiporeaktiviteye eşlik eden ve ASKB'lilerin deneyimlerden ders çıkartma güçlüğüne açıklayan bir bulgudur. Korku koşullanmasındaki zayıflık, anksiyete ile ilişkili kaçınma davranışında azalmayla paralel gitmektedir. Yine ödül arayışına yönelim ile cezaya duyarsızlık birlikte seyretmektedir [85] .

1965'de Lippert "sosyopatik" suçlular ile "sosyopatik olmayan" suçluları deri direnci açısından karşılaştırarak "sosyopatik" grupta düşük istirahat direnci, uyararla daha yavaş artan deri direnci, uyarı sonrası azalma ve tekrarlayan uyarana karşı

artmış uyum olduğunu belirtmiştir [82].

Quay 1965 yılında psikopatik bozukluğun aslında patolojik eşik altı uyarılmanın bir sonucu olarak uyarıcı arama davranışındaki aşırılık olduğunu öne sürmüştür [86].

Sonuç olarak, dinlenme halindeki düşük kalp hızı oranının kısmen kalıtsal olduğu ve düşük deri iletkenliğinin de korkusuzluk, uyarıcı ve heyecan arayışının bir göstergesi olduğu ve bu iki belirtinin saldırgan davranış ve ASKB için tanısal özelliği olan erken biyolojik belirleyiciler olduğu öne sürülmüştür [87].

Kortikal Uyarılabilirlikteki azalma ASKB tanılı bireylerin kendilerini uyarabilmek için heyecan arama davranışı olarak tanımlanan sürekli yoğun bir arayış içinde olmalarına sebep olmaktadır [43].

#### **2.1.8.2.4. Nöroanatomik bozukluklar**

Beyin bölgelerindeki fonksiyon bozuklukları; kafa travması, nöroileti dengesizlikleri, hipoglisemi, kurşun gibi çeşitli toksinler, doğum komplikasyonları ve maternal ilaç kullanımı gibi birçok faktörden kaynaklanabilir. Bunlar içerisinde en çok üzerinde durulan frontal lob fonksiyon bozukluğudur [88].

Frontal lob fonksiyonel olarak Orbitofrontal, Dorsolateral, Medial Frontal olmak üzere üç alt bölgeye ayrılmaktadır. Birçok hastalıkta her üç beyin bölgesi de etkilenmektedir. Orbitofrontal korteks (OFK) özellikle dürtülerin inhibe edilmesinden, Dorsolateral Prefrontal Korteks (DLPFK) İşleyen bellek ve yürütücü işlevlerden, Medial frontal korteks ise motivasyon ve amaca yönelik davranışlardan sorumlu tutulmaktadır. Orbital frontal bölgenin fonksiyon bozukluklarında karar vermede zayıflama, impulsivite, davranış kontrolünde zayıflama ve içgörü azlığı gözlenmektedir. OFK, frontal göz bölgesinin hemen altında PFK'nın ventral ve dorsal bölgelerinde ve özellikle ventromedial korteks bölgesini içerecek şekilde yer almaktadır. Ayrıca amigdala, Talamus, Hipokampus ve diğer Prefrontal korteks bölgelerine bağlantıları bulunmaktadır [89]. Frontal lob fonksiyonları uzun yıllardır nörokognitif testlerle ölçülmektedir. Fakat nörokognitif testler çoğunlukla DLPFK bölgesinin fonksiyonlarını temsil ederken, VmPFK bölgesinin fonksiyonları değerlendirememektedir [89]. VmPFK lezyonlarında karar verme fonksiyonlarında bozulma ortaya çıkmakta ve bu hastalarda kişilerarası ve sosyal ilişkilerde bozukluklar gözlenmektedir.

Prefrontal lob disfonksiyonu ile antisosyal davranış arasındaki ilişki, travmaya bağlı beyin hasarlarından sonra gözlenen psikopatik değişikliklerin rapor edildiği 1800'lerden bu yana bilinmektedir [90, 91].

Damasio'ya göre "Kazanılmış sosyopati" olarak tanımlanan hastalar, beyin hasarından sonra sosyal olarak uygunsuz ve agresif davranışlarda bulunmaya başlamaktadırlar. Blair bu bulguların ışığında "kazanılmış sosyopati" hastalarının psikopatik bireylerdeki bozukluklara model olarak alınabileceğini belirtmektedir [92].

Özellikle orbitofrontal ve ventromedial prefrontal bölge lezyonlarında psikopatik davranış gözlenme riski ciddi şekilde artmaktadır. Bununla birlikte nöropsikolojik, elektrofizyolojik ve klinik çalışmalar dorsolateral prefrontal bölge işlevlerinde bozulmanın da antisosyal davranışla ilişkili olduğuna işaret etmektedir [91].

Cezaevinde yatan psikopatik bireylerin OFK ve VmPFK'e sensitif nörokognitif test performanslarında bozulma olduğu, DIPFK, PFK ve Posterolateral fonksiyonlarda bozulma olmadığı ortaya konmuştur [93].

Grafman, Vietnamdaki Kafa Travmalı Hastalar Çalışmasında VmPFK bölgesine hasar alan hastaların diğer bölgelerine hasar alan hastalara göre daha yüksek oranda agresif davranışlarda bulduklarını belirtmektedir [94]. Raine ve arkadaşlarını yapmış olduğu çalışmada; ASKB tanısı olan hasta grubunda Prefrontal gri cevherde kontrol grubuna göre %11 azalma olduğu belirtilmektedir.

Amigdalanın da agresif davranışlarda önemli bir rol oynadığı da çok uzun zamandır bilinmektedir. Psikopatinin tipik semptomları olan empati eksikliği, kişilerarası ilişkilerde bozulma ve amaca yönelik saldırganlığın temporal lob fonksiyon bozukluğu ile birlikte görüldüğü belirtilmektedir [95].

Psikopati ve ASKB temelinde Ventromedial Prefrontal Korteks (VmPFK) ve bu bölgeyle çok yoğun bağlantıları bulunan amigdala bölgesindeki bozuklukların bulunduğu düşünülse de, bu bozuklukların tek bir beyin bölgesinin, tek bir nörotransmitterin oluşturmuş olduğu bir patoloji değil, tüm sistemleri içeren bir bozukluk olduğu belirtilmektedir [54].

#### **2.1.8.2.5. Nörokognitif Bozukluklar**

Israrlı antisosyal davranış gösteren ergenlerde uzaysal ve hafıza fonksiyonlarında bozulmalar tespit edilmiştir [68,96].

Yapılan çalışmalarda psikopatik bireylerin üzüntü ve korku içeren yüz ifadelerini tanımlamakta zorluk çektikleri gösterilmiştir [97] ve bu bulgular Şiddet inhibisyon mekanizması ile açıklanmaktadır. Şiddet inhibisyon mekanizması psikopatide amigdala disfonksiyonunu açıklamaya çalışan teorilerden birisidir. Şiddet İnhibisyon Mekanizmasına göre, ahlaki sosyalleşmede empati çok önemli bir rol almaktadır. Bu teorinin nörobiyolojik eşdeğeri amigdaladır. Normalde insanlar üzgün bir surat ifadesi gibi sıkıntı, endişe işaretleri gördükleri zaman geri adım atarak teslim olurlar. Bu sıkıntı veren işaretler ortaya çıktığı zaman Şiddet İnhibisyon mekanizması aktive olur ve otonomik aktivitede artışa sebep olur ve sonrasında mevcut davranışlar durdurulur. Bu fonksiyonlardaki bozulma empati eksikliğine ve dolayısıyla psikopatiye yol açmaktadır [98] .

ASKB'yi temel alan nöropsikolojik araştırmalar Frontal lob fonksiyon bozukluğunu temel alan üç farklı nörokognitif mekanizma üzerinde durmaktadır [99]

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

Yürütücü işlevler tanımı, amaca ulaşmak için problem çözebilme yeteneğini devam ettirme ve planlama yeteneği olarak tanımlanmaktadır [92] . Yürütücü işlevler otomatik olmayan davranışlarla ve DIPFK tarafından düzenlenmektedir. Davranım Bozukluğu, ASKB tanılı hastalarda ve de Psikopati skorları yüksek olan bireylerle yapılan çalışmalarda yürütücü işlevleri ölçen test performanslarında bozulma gözlenmemiştir [100]. Fakat Davranım Bozukluğu'na Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite eşlik ettiği zaman bu hastaların yürütücü işlevler testlerindeki performansları düşmektedir [100].

2. Emosyonların işlenmesinin yönetilmesindeki (somatik işaretleyiciler gibi) bozulmaya sebep olan OFK disfonksiyonu;

Ventral OFK tarafından düzenlenen bu mekanizma reversal öğrenme ve söndürme davranışının ortaya çıkmasını sağlar. Sonuçta daha önceden pekiştirilmiş cevapların inhibe edilmesinin öğrenilmesine olanak kılmaktadır [101] .

3. Emosyonların işlenmesindeki (korku ve empati gibi) bozulmaya sebep olan septal hipokampal sistemin ve amigdalanın disfonksiyonu;

Temel emosyon teorisi özellikle korku içeren uyarıların düzenlenmesindeki bozuklukla karakterizedir ve ASKB'nin oluşumunda başta amigdala olmak üzere üzerinde en çok durulan teoridir [102] . Burada önemli olan her ne kadar farklı iki

mekanizma gibi anlatılsa da amigdala ve VmPFK birbirleriyle sıkı bağlantılı bir şekilde fonksiyonlarını yerine getirmektedirler. Sonuçta psikopati hem PFK hemde amigdala disfonksiyonu ile ortaya çıkmaktadır [103] .

### **2.1.8.3. Psikososyal ve Çevresel Etkenler**

Suç istatistiklerini ve geniş ASKB tanılarını (ör.ASKB ile SKB'nu birleştiren) içeren çalışmaları kullanan demografik çalışmalar, ASKB ile düşük eğitim düzeyi, iş değişiklikleri, düzensiz evlilikler ve derin bağlanmalarının olmamasının yakın ilişkide olduğuna işaret etmişlerdir [2,3 ,67].

Etiyolojisinde çok önemli olduğu belirtilen sosyokültürel faktörler prevalansı etkiler. Şehirleşme ASKB'nda önemli bir risk faktörüdür. Şehirlerin kenar mahallelerinde daha yaygındır. Antisosyal çocuklarla yapılan çalışmalar, onların çoğunlukla geniş ailelerden geldiğini göstermiştir. Muhtemelen ailelerdeki diğer erkek çocukların fazlalığı antisosyal davranışın gelişmesinde katkıda bulunmaktadır, ailedeki kızların fazlalığı ise bunun tersine etki yapmaktadır [39] .

### **2.1.9. ASKB'nin Ayırıcı Tanısı**

Diğer bazı kişilik bozuklukları ASKB ile karışabilir. Bu nedenle karakteristik özelliklerine göre bu bozuklukları ayırdetmek önemlidir. Bir kişi ASKB'ye ek olarak başka kişilik bozukluklarının kriterlerini de karşılıyorsa her biri tek tek belirtilmelidir. İnatçılık, yüzeysellik, istismar ve empati eksikliği ASKB ve Narsisistik Kişilik Bozukluğu'nun ortak özellikleridir. Ancak impulsivite, agresyon ve dolandırıcılık Narsisistik Kişilik Bozukluğu'nun karakteristik özelliklerinden değildir. Ayrıca ASKB olan bireyler diğer kişilerin hayranlık ve imrenmelerine önem vermezken Narsistik Kişilik Bozukluğu olan bireylerde çocuklukta Davranım Bozukluğu ve erişkin dönemde kriminal davranış öyküsü bulunmaz. ASKB ve Histriyonik Kişilik Bozukluğu olan bireylerde impulsivite, yüzeysellik, heyecan arayışı, sedüktivite ve manipulatif olma ortak özellikler arasında bulunurken; Histriyonik Kişilik Bozukluğu olan bireyler duygularında daha abartılıdır ve karakteristik antisosyal davranışlar içerisinde bulunmazlar. Histriyonik Kişilik Bozukluğu ve SKB olan kişiler ilgi çekmek amaçlı manipulasyon yaparken, ASKB olan bireylerde fayda ve güç sağlama amaçlı manipulasyonlar vardır. ASKB olan bireylerin SKB olan bireylere oranla duyguları daha değişken ve daha agresiftirler. Paranoid Kişilik Bozukluğu olan bireylerde

antisosyal davranışlar bulunmasına rağmen bu davranışlar genellikle kişisel bir kazanç sağlama amaçlı değil intikam alma amaçlıdır [23] .

**Tablo 2.1. Antisosyal Kişilik Bozukluğu'nun Ayırıcı Tanısı (DSM-IV-TR)**

<b>ASKB Aşağıdakilerden Ayrılmalıdır</b>	<b>ASKB'nin Ayırıcı Tanısında Dikkat Edilmesi Gereken Psikiyatrik Bozuklukların Özellikleri</b>
Madde kullanımının yol açtığı izole antisosyal davranış	● Sadece uyuşturucu ilaç alma ile ilişkili ve çocuklukta başlayan antisosyal bir davranış modelinin parçası değildir.
Şizofreni ve manik epizod esnasında oluşan antisosyal davranış	● Bu bozuklukların karakteristik semptomları bulunur ve öncesinde Davranım Bozukluğu yoktur. Şizofreni ve manik epizod esnasında antisosyal davranışlar varsa ASKB tanısı konulamaz.
Yüzeysellik, istismar ve Narsistik kişilik bozukluğunda da görülen empati eksikliği	● İmpulsivite, agresiflik ve geçmişte Davranım Bozukluğu modeli olmaması.
Histriyonik Kişilik Bozukluğu'ndaki yüzeysel hassasiyet	● İmpulsivite, agresiflik ve geçmişte Davranım Bozukluğu modeli olmaması.
Sınır Kişilik Bozukluğu'nda görülen manipülatif davranışlar	● Agresiflik ve geçmişte Davranım Bozukluğu modeli olmaması.
Paranoid Kişilik Bozukluğu'ndaki antisosyal davranışlar	● Kazanç sağlama arzusu yerine intikam alma duygusu ile motivasyon sağlanır.
Erişkin antisosyal davranışı	● Çocukluk veya ergenlikten itibaren süregelen uzun süreli antisosyal davranışlar ve diğer kişilik özellikleri ile karakterize değildir.

## 2.2. EKSEN I-II BOZUKLUKLAR

### 2.2.1. Hasta değerlendirmede başlıca alanlar :

Tanı ve tedaviyi planlamada kişinin işlevsel alanlarının en merkezinde ;

- 1) Semptomlar ve ilişkili Eksen I bozukluklar,
- 2) Kognitif işlevsellik,
- 3) Kişilik özellikleri ve bozuklukları,
- 4) Kişinin psikodinamikleri,
- 5) Çevre ile ilgili gereksinimleri ve sosyal uyum.

Alt bölümlerde bu beş alanı yeniden gözden geçireceğiz.

### 2.2.2. Eksen I : Klinik Bozukluklar

Sınıflandırmada Kişilik Bozuklukları ve Mental Retardasyon (Eksen II'de belirtilir) haricindeki diğer tüm bozuklukları anlatmak içindir. Eksen I'de belirtilen bozuklukların başlıca grupları aşağıda gösterilmiştir. Eksen I'de ayrıca "Klinikte Dikkat Odağı Olan Diğer Durumlar" da belirtilir.

Bir kişide birden fazla Eksen I bozukluk bulunuyorsa bütün bunlar belirtilmeli, asıl tanı ilk olarak yazılmalıdır. Eğer kişide hem Eksen I hem de Eksen II tanısı varsa; Eksen II tanısını niteleyici bir cümle takip etmediği sürece "(Başlıca Tanı" veya "Vizit Nedeni"; başlıca tanı Eksen I tanısı kabul edilir. Şayet Eksen I tanısı yoksa bu durum V71.09 olarak kodlanmalıdır. Şayet Eksen I tanısı ertelenirse ek bilgiler elde edilene kadar 799.9 olarak kodlanmalıdır.

İlk Defa Bebeklik, Çocukluk veya Ergenlikte Teşhis Konulan Bozukluklar  
(Eksen II içerisinde yer alan Mental Retardasyon hariç)

Deliryum, Demans, Amnestik ve Diğer Bilişsel Bozukluklar

Genel Tıbbi Durumla İlişkili Mental Bozukluklar

Madde Kullanım Bozuklukları

Şizofreni ve Diğer Psikotik Bozukluklar

Duygudurum Bozuklukları

Anksiyete Bozuklukları

Somatoform Bozukluklar

Yapay Bozukluklar

Disosiyatif Bozukluklar

Cinsel Kimlik Bozuklukları

Yeme Bozuklukları

Uyku Bozuklukları

Başka Yerde Sınıflandırılmayan Dürtü Kontrol Bozuklukları

Uyum Bozuklukları

Klinikte Dikkat Odağı Olan Diğer Durumlar

### **2.2.3. Eksen II: Kişilik Bozuklukları ; Mental Retardasyon**

Eksen II, Kişilik Bozuklukları ve Mental Retardasyonu tanımlamak içindir. Ayrıca belirgin maladaptif kişilik özellikleri ve savunma mekanizmalarını göstermek için de kullanılır. Dikkatin ön plandaki Eksen I bozukluklarına yönelmesi sonucunda, gözden kaçabilecek Kişilik Bozuklukları ve Mental Retardasyonun atlanmaması açısından bu türlü bir sınıflandırma önemlidir.

Bir kişide birden fazla Eksen II tanısı teşhis edilirse bunların hepsi belirtilmelidir. Bir kişide hem Eksen I hem de Eksen II tanısı varsa, Eksen II tanısı yazıldıktan sonra başlıca tanı veya vizit nedeni belirtilmelidir "(Başlıca Tanı)" veya "(Vizit Nedeni)". Şayet Eksen II tanısı yoksa V71.09 olarak kodlanmalıdır. Şayet Eksen II tanısı ertelenecekse, teşhis konulana kadar 799.9 olarak kodlanmalıdır.

Şayet bir kişide maladaptif kişilik özellikleri varsa Kişilik Bozukluğu kriterleri karşılanmasa dahi Eksen II kullanılır, ancak kodlama yapılmaz. Ayrıca rutin maladaptif savunma mekanizmaları da Eksen II'de belirtilebilir.

### **2.2.3.1.Eksen II Bozuklukların Sınıflandırması**

Kişilik Bozuklukları

Mental Retardasyon

Paranoid Kişilik Bozukluğu

Şizoid Kişilik Bozukluğu

Şizotipal Kişilik Bozukluğu

Antisosyal Kişilik Bozukluğu

Sınır Kişilik Bozukluğu

Histriyonik Kişilik Bozukluğu

Narsisistik Kişilik Bozukluğu

Kaçıngan Kişilik Bozukluğu

Bağımlı Kişilik Bozukluğu

Obsesif-Kompulsif Kişilik  
Bozukluğu

Başka Türü Sınıflandırılmayan  
Kişilik Bozuklukları

Mental Retardasyon

### **2.2.4. Eksen III: Genel Tıbbi Durumlar**

### **2.2.5. Eksen IV: Psikososyal ve Çevresel Problemler**

### **2.2.6. Eksen V: İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi**

Psikolojik işlevselliğin 0-100 arasında derecelendirilmesi ilk olarak Sağlık-Hastalık Derecelendirme Ölçeği olarak Luborsky tarafından kullanıldı [108] . Spitzer ve arkadaşları Sağlık-Hastalık Derecelendirme Ölçeği'ni geliştirdiler ve İşlevselliğin Global Ölçeği (GAS) ismini koydular [109]. GAS daha sonra modifiye edilerek DSM-III-R'ye [110] "İşlevselliğin Global Değerlendirilmesi" olarak literatüre girdi.

### 2.2.7. DSM-IV Çok Eksenli Değerlendirme

Örnek:

Eksen I	296.23 Major Depresif Bozukluk, Tek Epizod, Şiddetli, Psikotik Özellikli Olmayan
	305.00 Alkol Kötüye Kullanımı
Eksen II	301.6 Bağımlı Kişilik Bozukluğu, Sıklıkla inkar mekanizmasını kullanmakta
Eksen III	-
Eksen IV	İşini kaybetme korkusu
Eksen V	GAF = 35 (şimdiki)

### 2.3. KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV) [23] Dördüncü Baskısı kişilik bozukluklarını (Eksen II), diğer psikiyatrik bozukluklardan (Eksen I) teorik olarak ayırdetmek için belli başlı özelliklerini tanımlamaktadır. Kişilik bozuklukları gelişimin erken dönemlerinde başlaması ve yaşam boyu sürmesi nedeniyle Eksen II'de mental retardasyon ile birlikte yer almaktadır. Ancak son zamanlarda bazı kişilik bozukluklarının hem farmakoterapi hem de psikoterapi girişimlerine cevap verdiğiine dair çalışmalar yayınlanmıştır [111] . DSM-IV'de [23] kişilik bozuklukları, kişinin; yaşadığı toplumun beklentilerinden kognisyon, afekt, sosyal işlev ve dürtü kontrolü açısından belirgin sapma gösteren kronik yaşam modeli olarak tanımlanmıştır.

Böyle bir model ;

1. İşlevselliğin bir çok alanında esneklik göstermez ,
2. Klinik olarak belirgin ızdırap ve bozulmaya neden olur ,
3. Erken yaşlarda başlar ve değişmez ,
4. Başka bir mental bozukluktan dolayı değildir,
5. Herhangi bir madde veya tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

DSM-IV'de yer alan 10 kişilik bozukluğu semptomlarına göre 3 kümeye ayrılır. Başlıca, A kümesi kişilik bozukluğu tanısı konulan kişiler (paranoid, şizoid, şizotipal) tuhaf ve alışılmadık davranışlar gösterirler. Kişilerarası ilişkilerde çoğunlukla izole ve şüphelidirler. B kümesi kişilik bozukluğu tanısı konulan kişiler (histriyonik, narsisistik, sınır, antisosyal) tiyatral, emosyonel ve impulsif davranışlar sergilerler. C kümesi kişilik bozukluğu tanısı konulan kişiler ( kaçınan, bağımlı, obsesif-kompulsif ) endişeli davranışlar sergilerler (Tablo 3.1).

**TABLO 3.1. DSM-IV Kişilik Bozuklukları ; Primer Semptomlar**

<b>Küme</b>	<b>Kişilik Bozukluğu</b>	<b>Primer semptomlar</b>
<b>Tuhaf/garip (A)</b>	Paranoid	Şüphencilik
	Şizoid	Sosyal ilişkilerden izolasyon; Kısıtlı emosyonel yüz ifadesi
	Şizotipal	Yakın ilişkilerde sıkıntı; bilişsel/algısal bozulmalar; garip davranışlar
<b>Impulsif/abartılı (B)</b>	Antisosyal	Diğer insanların haklarını önemsememe ve şiddet
	Sınır	Kişilerarası ilişkiler, benlik değeri ve duygulanımda instabilite; impulsif davranışlar
	Narsisistik	Grandiozite; takdir edilme ihtiyacı; empati eksikliği
	Histriyonik	Gereğinden fazla sevecenlik; dikkat çekme arayışı
<b>Anksiyöz/korkak (C)</b>	Kaçınan	Sosyal çekingenlik; yetersizlik hissi;eleştirilere aşırı hassasiyet
	Bağımlı	İtaatkar ve bağımlı davranışlar; aşırı ihmal edilmeme ihtiyacı
	Obsesif- kompulsif	Sürekli bir düzen, mükemmeliyetçilik ve kontrol ile kafasının meşgul olması

Kişilik bozukluğu tanısını doğru koymak zordur; bundan dolayı elimizdeki veriler kısıtlı ve değişkendir. Amerikan toplumundaki herhangi bir kişilik bozukluğunun görülme sıklığı DSM-III-R'ye göre % 6.7 ile %33.1 arasında; en az bir kişilik bozukluğunun yaşam boyu görülme sıklığı da yaklaşık %10 ile %15 arasında değişmektedir.

Bazı araştırmalar kişilik bozuklukları insidansında demografik farklılıklara dikkat çekmektedirler. Cinsiyete göre ayırım en çok çalışılmış demografik farklılıklardandır. Antisosyal ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu tanısı konulan hastaların çoğunluğunu erkekler oluştururken, kadınlarda bağımlı kişilik bozukluğu fazladır. Kişilik bozukluğu tanısı konan kişilerin yaşları şizotipal kişilik bozukluğu hariç genellikle gençtir [112] .

Farklılıklardan bir tanesi de kültür farklılıklarıdır.Örneğin, bazı asya ülkelerinde (ör., Çin ve Japonya) ASKB insidansı düşüktür [113] .

DSM-IV kişilik bozuklukları tanılarının klinik uygulamalarda tanımlayıcı faydalarına rağmen araştırmacılar bu kategorik tanısal şemalarda eksikliklere dikkat çekmişlerdir ;

- 1) DSM-IV'ün kişilik bozukluklarını diğer psikiyatrik bozukluklardan (Eksen I) farklı bir eksene koymasına rağmen kişilik bozukluklarının diğer psikiyatrik bozukluklarla birlikte görüldüğüne dikkat çekmişlerdir [114] . Örneğin ASKB olan kişilerde madde kullanım bozuklukları da sıklıkla görülür.
- 2) DSM'nin kişilik bozukluklarını normal kişilikten ayrı bir kategoriye koymasına rağmen deneysel kanıtların çoğunda kişilik bozukluğu belirtilerinin hem hastalarda hem de sağlıklı bireylerde olduğu öne sürülmektedir [115]. Bu durum, klinisyenlerin kişilik bozukluklarını normallikten ayırmada “kesim noktaları”nı belirlerken neden zorlandıklarını açıklamaktadır.
- 3) Geçerlilik ve güvenilirlik gibi zayıf psikometrik özellikler gösterdiklerinden dolayı kişilik bozuklukları tanıları zor konur [116].
- 4) Kişilik bozukluğu tanılarını ayırdetmek güç olduğundan dolayı klinikte faydası kısıtlıdır; hekimler farmakolojik ve psikoteröpatik açıdan zorlanmaktadır [117].

5) DSM-IV tarafından tanımlanmış olsa da kişilik bozuklukları kriterlerinin hepsi birden bugüne kadar oturtulamamıştır. Bunlar, tarihsel öncelikleri, klinik gözlemler, yasal zorunluluklar ve uzman komiteler tarafından uzun süren münazaralar sonucunda ortaya çıkmışlardır [118].

Sonuç olarak, bu bozukluklar ve kriterler DSM'nin her yeni baskısıyla birlikte değişmişlerdir. Kategorik tanısal çatının bütün bu eksiklikleri, araştırmacıların kişilik bozukluklarını nicelik açıdan tanımlamalarını engellemiş; bu bozuklukların kümülatif araştırmaları ve tedavilerini yavaşlatmıştır.

Geleneksel kişilik bozuklukları tanıları bir süredir yeniden gözden geçirilmekte ve geliştirilen DSM-V sınıflandırılması kişilik bozukluklarını boyutsal açıdan ele almaktadır [119].

Tanısal ayrımlar konusunda eleştirmenler kategorik tanıların güvenilirliği ve geçerliliğinin düşük olduğunu [120]; çünkü ağır hastaların birden fazla tanıların olduğunu belirtmektedirler [121]. Diğer geçerlilik meselesi kategorik tanıların kişilik bozukluklarının nedenleriyle ilgili olup olmadığıdır. B kümesi bozukluklarının, özellikle SKB ve ASKB'nin etiyolojisi dinamik sahanın araştırma konusudur ; fenotipler artık bir genin veya çevresel faktörün önceden belirlenmiş anlamı değil aksine gen-çevre etkileşimin birleşimidir [122,123]. Boyutsal tanıları destekleyenler, örneğin SKB tanısının etiyolojisini boyutsal özellikler bağlamında net olarak tanımlamaktadırlar [120].

ASKB'nin kategorize edilmiş tanımlayıcı kriterleri (var/yok) DSM-III'de belirtilmiştir [110] . Son çalışmalarında, Widiger ve çalışma arkadaşları, kişilik bozukluğu ile ilgili araştırmaları toparlayıp, ASKB de dahil güncel kategorik yaklaşımların yerine kişilik bozukluklarını bir süreklilik olarak gören boyutsal bir yaklaşım önermişlerdir [3].

#### **2.4. KOMORBİDİTE VE ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU'NDA TEDAVİ GİRİŞİMLERİ**

Bir bozukluğun (örneğin psikopati) başka bir bozuklukla birlikte görülmesi komorbidite olarak adlandırılır. Başka bir deyişle komorbidite terimi farklı etiyoloji, patoloji ve tedavi içerikleri olan bağımsız bozuklukların birlikte görülmesi anlamında da kullanılır. Herhangi bir psikiyatri hastasının yalnızca bir tek mental bozukluk kriterlerine sahip olması nadiren görülen bir durum olduğundan komorbidite önemli bir olgudur. Ayrıca bir bozukluğun etiyolojisi, prognozu, tedavisi ve sonuçları komorbid durumların varlığından oldukça etkilenmektedir [125].

ASKB olan bireyler bu durumlarından dolayı nadiren yardım isterler [126]. Bu kişileri tedavi etme girişimleri genellikle hayal kırıklığı yaratan sonuçlar doğurur [127]. Diğer yandan belirli tedavi girişimleri (stres, öfke kontrolü, vb) vasıtasıyla şiddet davranışı da dahil spesifik belirtilerle başa çıkılabilir. ASKB olan bireylerde dikkat çekici komorbid durumlar bulunmaktadır. Bu durumlardan eksen II bozuklukları (özellikle A ve B kümeleri), duygudurum, anksiyete ve madde kullanım bozuklukları tedavilerinde yetersiz sonuçlar alınmıştır. Bu nedenlerden ötürü bu hastalıklar klinikte dikkatli değerlendirilmelidir.

Eksikliklerin üstesinden gelmek için, bir grup teorisyen kişilik bozukluklarının kategorik yaklaşım yerine boyutsal olarak tanımlanmalarını önermişlerdir. Örneğin, bilişsel testlerde zeka, hem “zeka derecesi (ör. IQ)” gibi süreğen bir ölçüm olarak hem de “normal-retarde” şeklinde kesim noktaları kategorizasyonu tanımlanabilir.

Siever ve Davis (1991), düşük şiddette kişilik bozuklukları (Eksen II) ve şiddetli klinik psikiyatrik bozukluklarının (Eksen I) altında dört süreğen davranış boyutunun yattığını ortaya atmışlardır. Bu boyutlar bilişsel/algısal organizasyon, dürtü kontrolü, afekt regulasyonu ve anksiyete geçişidir. Bu şemaya göre; bilişsel/algısal anormallikler “ekzantrik kişilik bozuklukları (Eksen II-A kümesi)” ve şizofreni (Eksen I) üzerine; zayıf dürtü kontrolü ve afekt disregulasyonu impulsif/tiyatral kişilik bozuklukları kümesi (Eksen II B kümesi, özellikle SKB ve ASKB) üzerine; zayıf anksiyete geçişleri anksiyöz/korkak kişilik bozuklukları kümesi (Eksen II C kümesi) ve anksiyete bozuklukları (Eksen I) üzerine oturabilir. Ortaya atılan bu boyutsal yaklaşım, Eksen II ve Eksen I arasındaki süreğen köprülerin, kişilik bozuklukları ve diğer psikiyatrik tanıların birlikte görülmesini mümkün olduğunca açıklayacaktır.

Askerlik veya cezaevi gibi kısıtlanmış ortamlarda depresif ve içsel endişeler su yüzüne çıkabilir. Bu gibi ortamlarda kişinin kendisiyle ilgili konfrontasyonlar antisosyal kişinin davranışlarını değiştirebilir. Antisosyal kişilerin gelecekleriyle ilgili umut vaad eden psikoterapistlerle terapötik uyum sağlamaları dikkat çeken bir durumdur [128]. Bu durum bu kişilerin tehlikeli olaylardan sonuç çıkaramayacağı şeklindeki geleneksel düşünceyle zıtlık oluşturmaktadır. Uzunlamasına çalışmalar, bu kişilerin yaşları arttıkça buna paralel olarak sosyal ve kişiler arası ilişkilerde uyum problemleriyle ilgili farkındalıklarının artması sonucu bu bozukluğun prevalansının azaldığını göstermektedir [129].

En faydalı tedaviler toplumda yüksek riskli suçluları hedefleyen beceri merkezli ve davranışçı terapilerdir [130]. Erişkin suçlularda etkili tedavilerle ilgili yapılan çalışmalarda iyi tasarlanmış ve uygulanmış programların yeniden suç işleme eğilimlerini azalttığı bildirilmiştir [131]. En fazla etkili olan programlar risk (yeniden suç işleme riski yüksek hastalar), gereklilik (dinamik kriminojenik faktörler) ve duyarlılık (suç işleyen kişinin bireysel özellikleri) üzerine odaklananlardır [132]. Bunların etki şiddeti tüm psikolojik girişimlerin metaanalizlerinin yarısıdır [133].

ASKB'nin tedavisiyle ilgili bir gözden geçirme çalışmasında bu hastaların hospitalizasyona yanıtının düşük olduğu belirtilmiştir. Diğer yandan tedavi edilebilir anksiyete veya depresyon varsa prognoz düzelebilir [134]. ASKB olan hastalar olmayanlara göre alkol ve madde rehabilitasyon programlarına da daha kötü yanıt verirler [135]. ASKB olan kişi ile psikoterapist arasında erken bir bağ oluşması tüm tedavi gidişatını etkileyecektir [135] .

Kriminal psikopat kişilerin tedavileriyle ilgili yapılan bir gözden geçirme çalışmasında bu kişilerin genellikle profesyonel klinisyenler tarafından tedavi edilemez olarak görüldüğü, bundan dolayı ayrı tutuldukları ve sevk edildikleri bildirilmiştir [138] .

Salekin farklı özelliklerdeki psikopatların geniş sahalı 44 çalışmanın metaanalizinde pozitif tedavi etkileri bildirmiştir. Bu çalışmaya göre daha uzun süreli ve yoğun tedaviler daha etkili olmuştur [139].

### 3. GEREÇ VE YÖNTEM

#### 3.1. Çalışma Evreni

**Olgu grubu:** Çalışmaya alınan olgu grubu GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine başvuran hastalar arasından seçilmiştir. En az iki ayrı psikiyatri uzmanı tarafından görüldükten sonra DSM-IV TR tanı kriterlerine göre ASKB tanısı alan, 18-45 yaş arası 140 olgu çalışmaya alınmıştır. Hastalara aydınlatılmış onam formu verilip onayları alınmıştır.

#### **Çalışmaya Alınma Ölçütleri:**

1. Farklı iki psikiyatri uzmanı tarafından yapılan değerlendirme ile DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre ASKB tanısını alanlar,
2. Klinik değerlendirme ile zekâ yetersizliği düşünülmeyenler,
3. En az okur-yazar olanlar ve klinik görüşmeyle entelektüel kapasitesi testleri almasına yetecek düzeyde bulunanlar,
4. 18-45 yaşları arasında olanlar,
5. Olgulardan çalışmaya katılmayı kabul edenler.

#### **Hastalar için çalışmadan dışlanma kriterleri:**

1. Bilişsel işlevleri etkileyecek nörolojik hastalık ya da işitme - görme bozukluğu olanlar,
2. Görüşme esnasında madde intoksikasyonu veya yoksunluğu içerisinde olanlar,
3. Mental Retarde olanlar,
4. Çalışmaya uyum sağlamasını engelleyecek derecede artmış motor aktivite ve/veya ağır psikotik belirtiler

### 3.2. Gereçler

**1) Sosyodemografik form:** Araştırmacılar tarafından hazırlanan katılımcıların sosyodemografik (yaş, cinsiyet, medeni durum, öğrenim durumu, yaşadığı yer, çalışma durumu, alkol-madde kullanımı, kendine zarar verme, intihar girişimi, suç işleme davranışları gibi) özelliklerini belirlemeye yönelik hasta ve yakınları ile doldurulan görüşme formudur.

#### **2) SCID-I: (Structured Clinical Interview for DSM-IV, DSM-IV Eksen I bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme)**

1987 yılında First, Spitzer, Gibbon ve Williams tarafından geliştirilen bu ölçek DSM-IV'e göre I. Eksen psikiyatrik bozukluk tanılarının araştırılmasında, görüşmeci tarafından uygulanan yapılandırılmış bir klinik değerlendirme formudur [140]. Toplam yedi tanı grubunu belirlemek üzere geliştirilmiş sorular ve bölümlerden oluşmaktadır. Bu tanı grupları; duygudurum bozuklukları, psikotik bozukluklar, madde kötüye kullanımı, anksiyete bozuklukları, somatoform bozukluklar, yeme bozuklukları ve uyum bozukluklarıdır. Klinik görüşmede öncelikle demografik veriler ve kimlik bilgileri alınır ve ardından tanı gruplarını belirlemeye yönelik oluşturulmuş sorular hastaya tek tek yöneltilir. SCID-I genelde psikiyatrik çalışmalarda değerlendirme aracı olarak kullanılmaktadır ancak bunun yanı sıra psikiyatriye ilk başvuran hastaların sistematik değerlendirmelerini sağlamak amacıyla da kullanılabilir [141].

SCID-I'in Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçioğlu ve ark. (1999) tarafından yapılmıştır.

#### **3) SCID-II: DSM-III-R İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu (Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis II Disorders)**

DSM-III-R sınıflandırma sistemine yer alan kişilik bozuklukları tanı ölçütlerine göre hazırlanmış bir formdur. Kesin tanı verilen yanıtlara göre değil klinisyenin görüşmesi sonrasında yaptığı değerlendirme ile konur. Kişilik bozuklukları formu Dr. Soli Sorias ve ark. tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır [142]. Yapılan klinik görüşmeler yanında II. Eksen kişilik bozukluklarının değerlendirilmesinde kullanılmıştır. SCID-II yanı yapılandırılmış, klinisyen tarafından uygulanan bir testtir. SCID-II

değerlendirilmesinde tek bir kişilik bozukluğu veya birden fazla kişilik bozukluğu tanısı ortaya çıkabilir [143].

#### **4) Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği (Hare Psychopathy Checklist Revised, PCL-R)**

Hare tarafından 1991 yılında Psikopati derecelendirilmesi için geliştirilmiş olan ölçek (Psychopathy Checklist-Revised/PCL-R); görüşmeci tarafından uygulanan, psikopatiyi değerlendirmek için 20 sorudan oluşan yarıyapılandırılmış klinik görüşmedir [41]. Tüm sorular yarı yapılandırılmış görüşme sonunda elde edilen verilerin ışığında 0-1-2 olmak üzere 3 puan üzerinden derecelendirilir [49]. Görüşmenin sonunda her birey toplam skor ve Hare Faktör 1 ve Hare Faktör 2 skoru almaktadır. Faktor 1 psikopatinin özellikleri olan bencillik ve duygusal sığılık gibi affektif özellikleri değerlendirmektedir. Hare Faktör 2 ise stabil olmayan antisosyal yaşam biçimini gösteren impulsif ve sapkın davranışları değerlendirmektedir. Hare PCL-R'den elde edilen total skor 0-40 arasında değişmektedir. PCL-R'den belli bir puanın üzerinde alanlar psikopat olarak değerlendirilmektedir. Kanadalı ve Kuzey Amerikalı mahkumlar için 30 puan kesme noktası olarak kabul edilmişken, Avrupa'da yapılan çalışmalarda hasta sayılarının daha az olması sebebi ile Avrupalı mahkumlar için psikopati kesme noktası 25 olarak kabul edilmektedir [49]. Kesme puanları konusunda üzerinde fikir birliğine varılamamıştır. Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmamıştır. Bu nedenle çalışmamızda öncelikle seviyeleme sistemini kullanarak hastaların hangi gruplarda daha yoğun oldukları bulundu. Seviyeleme sistemine göre 33-40 puanlar çok yüksek psikopati (5. seviye), 25-32 puan yüksek psikopati (4. Seviye), 17-24 puan orta psikopati (3. Seviye), 9-16 puan düşük psikopati (2. seviye), 0-8 puanlar çok düşük psikopati (1. Seviye) olarak değerlendirilmektedir [49]. Çalışmamızda hastalar daha çok 3.ve 4. Seviyede yoğunlaştıklarından dolayı kesme puanı 25 olarak belirlendi (Şekil 2).

### **3.3. Uygulama**

GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine askerliğe uyum problemleri nedeniyle başvuran ASKB tanısı konan hastalardan kliniğe yatırılan veya ayaktan poliklinikte takibi yapılanlardan gönüllü olanlar çalışmaya alındı. İlk başvuru sonrası ASKB ön tanısı alan kişiler çalışmayı yapan asistan hekime

yönlendirilmişlerdir. Tüm katılımcılara çalışmayı yapan hekim tarafından öncelikle çalışmanın konusu, amacı ve içeriği hakkında bilgi verilmiş ve bilgilendirilmiş onam formları alınmıştır. Tüm katılımcıların tanısı DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu (Structured Clinical Interview for DSM-III-R, SCID-II) uygulanarak konulmuştur.

Sosyodemografik form, SCID-I ve SCID-II görüşmeleri, Hare psikopati değerlendirme formu doktor tarafından yapılmış olup, katılımcılara veri toplama araçlarının nasıl doldurulacağı yüz yüze görüşme ile anlatılmıştır.

### **3.4 Verilerin Analizi**

İstatistiksel değerlendirmeler “SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 16.0” paket programında yapılmıştır. Veriler ve sonuçların ortalama ve yüzde değerleri tablolar halinde bağımsız grupların karşılaştırması olarak sunulmuştur. Tanımlayıcı istatistikler için aritmetik ortalamalar ve standart sapma değerleri hesaplandı. Niteliksel veriler arası ilişkiler Ki kare testi ile araştırıldı. Ağır Psikopati ve Düşük Psikopati gruplarına ilişkin parametreler “iki ortalama arası farkın önemlilik testi” t testi ile karşılaştırıldı. Parametreler arası ilişkiler Pearson korelasyon katsayısı ile araştırıldı. Yanılma düzeyi olarak  $\alpha = 0,05$  değeri belirlendi. Bu değere eşit ve yada küçük  $P$  değerleri için, istatistiksel olarak önemli ( $p < 0,05$ ) olarak kabul edilmiştir.

#### IV. BULGULAR

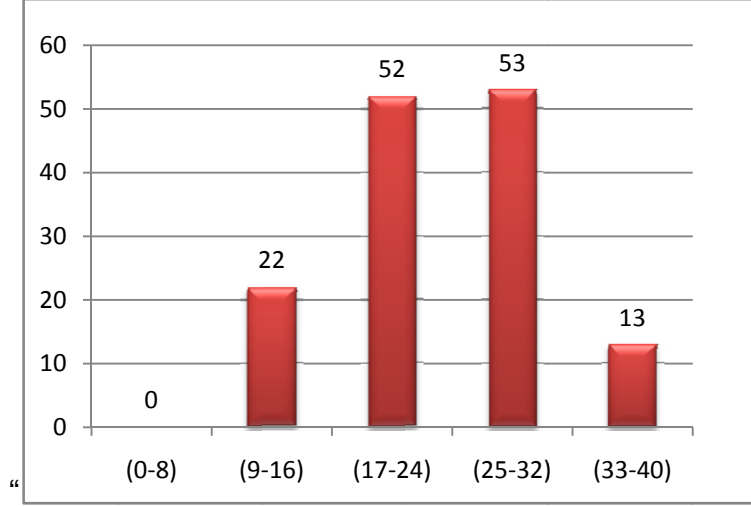
Çalışmaya alınan 140 ASKB olgusuna ait bulgular Tablo 4.1'de özetlenmiştir.

**Tablo 4.1.** Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

		n veya ort.	% veya ss
Yaş		21,76	2,81
Eğitim Süresi		7,89	2,68
Medeni Durum	Bekar/Dul	134	95.7
	Evli	6	4.3
İş Durumu	Sürekli İş Değiştiren	54	38.6
	Hiç Çalışmamış	24	17.1
	Düzenli İşi Olan	62	44.3
Yaşadığı Yer	Şehir merkezi	33	23.6
	Varoş	83	59.3
	Köy	24	17.1
Ekonomik Durum	Düşük	66	47.1
	Orta-alt	69	49.3
	Orta-üst	3	2.1
	Üst	2	1.4
Akademik Yaşamı	Zayıf	68	48.6
	Orta	61	43.6
	İyi	11	7.9
Sosyal Yaşamı	Zayıf	49	35
	Orta	69	49.3
	İyi	22	15.7
Ailede psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Hayır	70	50.0
	Evet	70	50.0

SS: Standart Sapma ort.:Ortalama

Hastaların sosyodemografik özellikleri Tablo 4.1.'de belirtilmektedir.



**Şekil 4.1.** Hastaların Psikopati Puanlarına Göre Dağılımı

**Tablo 4.2.** Düşük Psikopati ve Ağır Psikopati gruplarının oranları

	Hasta Sayısı	%
<b>Düşük Psikopati</b>	74	52,9
<b>Ağır Psikopati</b>	66	47,1
<b>Toplam</b>	140	100

Şekil 4.1.'de hastaların Hare Psikopati Ölçeği'ne göre dağılımı görülmektedir.

Tablo 4.2.'de hastaların istatistik verileri incelendiğinde çalışmaya alınan olguların %52.9'unun Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeğinden düşük puan olarak Düşük Psikopati grubunu oluşturdukları, %47.1'inin ise Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeğinden yüksek puan olarak Ağır Psikopati grubunu oluşturdukları dikkat çekmektedir.

**Tablo 4.3.** Her iki Grubun Sosyodemografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

ÖZELLİK	Düşük Psikopati Grubu (74)		Ağır Psikopati Grubu (66)		Analiz	P	
	n veya ort.	% veya SS	n veya ort.	% veya SS			
Yaş	21,54	±2,52	22,02	±3,11	t=-0,99	0,321	
Eğitim Süresi	7,74	±2,58	8,04	±2,79	t=-0,66	0,507	
Medeni Durum	Bekar/Dul	70	94,6	64	97,0	$\chi^2=3,66$	0,160
	Evli	4	5,4	2	3,0		
İş Durumu	Sürekli İş Değiştiren	23	31,1	31	47,0	$\chi^2=4,44$	0,109
	Hiç Çalışmamış	16	21,6	8	12,1		
	Düzenli İş Olan	35	47,3	27	40,9		
Yaşadığı Yer	Şehir merkezi	14	18,9	19	28,8	$\chi^2=6,17$	0,046
	Varoş	51	68,9	32	48,5		
	Köy	9	12,2	15	22,7		
Ekonomik Durum	Düşük	38	51,4	28	42,4	$\chi^2=6,20$	0,102
	Orta	36	48,6	36	54,5		
	İyi	0	0	2	3,0		
Akademik Yaşamı	Zayıf	33	44,6	35	53,0	$\chi^2=1,22$	0,541
	Orta	34	45,9	27	40,9		
	İyi	7	9,5	4	6,1		
Sosyal Yaşamı	Zayıf	25	33,8	24	36,4	$\chi^2=0,10$	0,948
	Orta	37	50,0	32	48,5		
	İyi	12	16,2	10	15,2		
Ailede Psikiyatrik Hastalık Öyküsü	Hayır	49	66,2	21	31,8	$\chi^2=13,74$	0,000
	Evet	25	34,8	45	68,2		

 $\chi^2$ : Ki-Kare testi

t: Student T Test

SS: Standart Sapma

Çalışmaya alınan Düşük Psikopati grubunun yaş ortalaması 21,54 olarak, Ağır Psikopati grubunun yaş ortalaması ise 22,02 olarak bulunmuştur. Her iki grup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Eğitim düzeyi Düşük psikopati grubunda 7,74 yıl iken Ağır Psikopati grubunda 8,04 yıldır. Her iki grup istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır ( $p>0.05$ ).

Yaşadıkları yerler incelendiğinde her iki grup arasında anlamlı bir fark ( $p=0,046$ ) bulunduğu ortaya konmuştur. Düşük Psikopati grubunun %68,9'u varoşlarda %18,9'u şehir merkezinde yaşarken, Ağır Psikopati grubunun % 48,5'i varoşlarda % 28,8'i şehir merkezinde yaşamaktadır.

Ailede psikiyatrik hastalık öyküsü bulunup bulunmadığı sorusuna Düşük Psikopati grubunun %34,8'i Ağır Psikopati grubunun ise %68,2'i 'evet' şeklinde yanıt vermiştir. İstatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmaktadır ( $p=0,000$ ).

**Tablo 4.4.** Hastaların Ailelerinde Görülen Psikiyatrik Hastalıklar

Hastalık Tanıları	n=70	%
Duygudurum Bozukluğu	1	1.4
Depresif Bozukluk	8	11.4
Distimi	1	1.4
Şizofreni	11	15.7
Alkol kul.boz	2	2.9
Madde kul.boz	1	1.4
Özkiyim	7	10
ASKB	32	45.7
Diğer	7	10

Hastaların aile öyküleri incelendiğinde en sık görülen hastalık ASKB'dir. (%45,7). Daha sonra sırasıyla %15,7 ile şizofreni, %11,4 ile Unipolar Bozukluk, %10 ile öz kıyım gelmektedir.

**Tablo 4.5.** Hastalardaki Çocukluk Çağı Travma Öyküsü

TRAVMA ÖYKÜSÜ	n=98	%
Fiziksel Taciz	85	86,7
Duygusal İhmal	64	65,3
Cinsel Taciz	4	4,1

Hastaların çocukluk çağında 98'inin en az bir travmaya maruz kaldığı (%70), bunların %86,7'sinin fiziksel tacize, %65,3'ünün duygusal ihmale, %4,1'inin cinsel tacize maruz kaldığı öğrenilmiştir.

**Tablo 4.6.** Düşük Psikopati ve Ağır Psikopati Grubunun Çocukluk Çağı Travma Öyküleri Oranlarının Karşılaştırılması

TRAVMA ÖYKÜSÜ	Düşük Psikopati (47)		Ağır Psikopati (51)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Fiziksel Taciz	37	78,7	48	94,1	5,03	0,025
Duygusal İhmal	31	66,0	33	64,7	0,17	0,897
Cinsel Taciz	3	6,4	1	2,0	*	0,269

$\chi^2$ : Ki-Kare testi

\*: Fisher exact test

Hastaların Çocukluk Çağı Travma Öyküsü karşılaştırıldığında; Düşük Psikopati ve Ağır Psikopati grubu arasında fiziksel taciz açısından anlamlı bir fark ( $p=0,025$ ) bulunduğu ortaya konmuştur. Düşük Psikopati grubunun %78,7'si fiziksel tacize maruz kalırken Ağır Psikopati grubunun %94,1'i fiziksel tacize maruz kalmıştır.

**Tablo 4.7.** Hastaların Kriminalite Parametreleri

CEZA ÖZELLİKLERİ		n (99)	%
Ceza Sayısı	Tek suçtan ceza	11	11.5
	Birden fazla ceza	88	88,5
Ceza Nitelikleri	Adi suçlar	52	52.5
	Ağır ceza suçları	47	47.5

Hastaların kriminalite parametrelerine bakıldığında ; ceza alan 99 hastanın %11.5'inin sadece bir suçtan ceza aldığı, %88,5'inin birden fazla suçtan ceza aldığı öğrenilmiştir. Hastaların % 29,3'ü hiç ceza almamıştır. Hastaların suç nitelikleri incelendiğinde %52.5'inin adi suçları, %47.5'inin ağır ceza suçları işlediği görülmektedir.

**Tablo 4.8.** Düşük Psikopati ve Ağır Psikopati Grubunun Kriminal Parametrelerinin Karşılaştırılması

Ceza Özellikleri		Düşük Psikopati		Yüksek Psikopati		$\chi^2$	p
		n=41	%	n=58	%		
Ceza Sayısı	Tek suçtan ceza	6	8.1	5	7.6	18,620	,000
	Birden fazla ceza	35	47.3	53	80.3		
Ceza Nitelikleri	Adi suçlar	33	80.5	19	32,8	21,944	,000
	Ağır ceza suçları	8	19.5	39	67,2		

$\chi^2$ :Ki-Kare testi

Her iki grup kriminalite açısından karşılaştırıldığında, Ağır Psikopati grubunda birden fazla ceza alma oranı %80.3 iken Düşük Psikopati grubunda % 47,3'dür. İki grup arasındaki fark anlamlıdır (p=0,000).

Her iki grup aldıkları cezaların nitelikleri açısından karşılaştırıldığında, Düşük Psikopati grubunda adi suçlar daha fazla iken (%80.5), Ağır Psikopati grubunda ağır ceza suçları fazla bulunmuştur (%67.2). Her iki grup arasındaki fark anlamlıdır (p=0,000).

Düşük Psikopati grubundaki kişilerin % 23.6'sının, Ağır Psikopati grubundaki kişilerin % 5.7'sinin hiç ceza almadığı tespit edilmiştir.

**Tablo 4.9.** Hastalardaki alkol/madde başlangıç yaşı, ilk suç yaşı ve ilk özkıyım yaşı

	Ort.	ss
Alkol başlangıç yaşı	15,70	2,07
Madde başlangıç yaşı	15,62	2,18
İlk suç yaşı	16,66	2,14
İlk özkıyım yaşı	17,45	2,08

ss: Standart Sapma Ort.:Ortalama

Tablo 9'a göre hastaların alkol/madde başlangıç yaşı, ilk suç yaşı ve ilk özkıyım yaşı belirtilmiştir. İlk kez kendine zarar verme yaşı ortalama 17,45±2,08'dir. İlk suç işleme yaşı 16,66±2,14'dür. Hastaların alkol kullanımına başlangıç yaşı

ortalama  $15,70 \pm 2,07$  madde kullanımına başlangıç yaşı ortalama  $15,62 \pm 2,18$  olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.10.** Hastalardaki Alkol Kullanım Bozukluğu Oranları

<b>Alkol Kötüye Kullanım Peryodları</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yaşam boyu alkol kullanımı	101	72,1
Mevcut alkol kullanımı	89	65,4

Hastalardaki Alkol Kullanım Bozukluğu Oranları incelendiğinde; yaşam boyu alkol kullanımı % 72.1, mevcut alkol kullanımı %65.4 olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.11.** Hastalardaki Madde Kullanım Bozukluğu Oranları

<b>Madde Kötüye kullanım periyodları</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Yaşam boyu madde kullanımı	110	78,6
Mevcut madde kullanımı	93	66,9

Hastaların psikoaktif Madde Kullanım Bozukluğu Oranları incelendiğinde; yaşam boyu madde kötüye kullanımı % 78.6, mevcut madde kötüye kullanımı %66.9 olarak bulunmuştur.

**Tablo 4.12.** Düşük Psikopati ve Ağır Psikopati Grubunun Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Oranlarının Karşılaştırılması

<b>Alkol ve Madde Kötüye Kullanım Peryodları</b>		<b>Düşük Psikopati</b>		<b>Ağır Psikopati</b>		<b><math>\chi^2</math></b>	<b>p</b>
		<b>n=74</b>	<b>%</b>	<b>n=65</b>	<b>%</b>		
Alkol	Yaşam boyu	47	63,5	54	81,8	5,81	0,016
	Mevcut	39	52,7	50	80,6	11,64	0,001
Madde	Yaşam boyu	48	64,9	62	93,9	17,51	0,000
	Mevcut	34	45,9	59	90,8	31,40	0,000

$\chi^2$ : Ki-Kare testi

Yaşam Boyu Alkol Kullanım Bozukluğu Ağır Psikopati grubunda Düşük Psikopati grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p=0,016$ ).

Mevcut Alkol Kullanımı Ağır Psikopati grubunda Düşük Psikopati grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p=0,001$ ).

Yaşam Boyu Madde Kullanım Bozukluğu Ağır Psikopati grubunda Düşük Psikopati grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p=0,000$ ).

Mevcut Madde Kullanım Bozukluğu Ağır Psikopati grubunda Düşük Psikopati grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p=0,000$ ).

**Tablo 4.13.** Hastalardaki Komorbid Eksen I Tanılarının Oranı

Eşlik Eden Eksen I Tanılarının Sayısı	n	%
0	5	3,6
1	76	54,3
2	50	35,7
3	9	6,4
<b>Toplam</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>

Tablo 4.13’de hastalardaki komorbid eksen I tanılarının oranları görülmektedir. Çalışmaya alınan 140 ASKB hastasının % 3.6’sında herhangi bir komorbid Eksen I bozukluğu bulunmamıştır. Hastaların % 54.3’ünde en az 1 komorbid Eksen I tanısı, %35.7’sinde en az 2 komorbid Eksen I tanısı, % 6.4’ünde en az 3 komorbid Eksen I tanısı bulunmuştur.

**Tablo 4.14.** Hastalardaki Komorbid Eksen II Tanılarının Oranı

Eşlik Eden Eksen II Tanılarının Sayısı	Hasta Sayısı	%
0	46	32,9
1	33	23,6
2	37	26,4
3	19	13,6
4	3	2,1
5	2	1,4
<b>Toplam</b>	<b>140</b>	<b>100,0</b>

Çalışmaya alınan 140 ASKB hastasının % 32,9'unda herhangi bir komorbid Eksen II bozukluğu bulunmamıştır. Hastaların % 23,6'sında en az 1 komorbid Eksen II tanısı, %26,4'ünde en az 2 komorbid Eksen II tanısı, % 13,6'sında en az 3 komorbid Eksen II tanısı, %2.1'inde en az 4 komorbid Eksen II tanısı, %1,4'ünde en az 5 komorbid Eksen II tanısı bulunmuştur.

**Tablo 4.15** Komorbid Eksen I ve Eksen II Tanılarının Birlikte Görülme Sıklığı

<b>Eksen I-II Komorbidite Oranları</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Eşlik Eden Eksen I ve Eksen II tanıları	43	30,7
Eşlik Eden Eksen I veya Eksen II tanıları	93	66,4
Komorbidite yok	4	2,9
Toplam	140	100,0

Hastaların % 66,4'ünde en az 1 komorbid Eksen I veya en az 1 komorbid Eksen II tanısı görülmektedir. Çalışmaya alınan 140 ASKB hastasının % 30,7'sinde hem Eksen I hem de Eksen II bozukluğu birlikte görülmektedir. Hastaların % 2.9'unda komorbidite saptanmamıştır (saf ASKB).

**Tablo 4.16.** Düşük Psikopati ve Ağır Psikopati Gruplarındaki Komorbid Eksen I ve Eksen II Sayılarının Karşılaştırılması

<b>Eksen I-II Komorbidite Sayıları</b>	<b>Düşük Psikopati</b>	<b>Ağır Psikopati</b>	<b>t</b>	<b>p</b>
Komorbid Eksen I sayısı	1,32	1,59	-2,38	0,018
Komorbid Eksen II sayısı	0,97	1,72	-3,86	0,000

Tablo 4.16'ya göre Ağır Psikopatlerde hem Eksen I hem de Eksen II komorbiditeleri Düşük Psikopatlara göre anlamlı olarak yüksek çıkmıştır ( $p>0,05$ ).

**Tablo 4.17.** Komorbid Eksen I Tanıları

<b>EKSEN I BOZUKLUKLAR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Uyum Bozukluğu	51	36,4
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	39	27,9
Mevcut Depresif Epizod	32	22,9
Yaşam Boyu Depresyon	31	22,1
BTA Anksiyete Bozukluğu	20	14,3
Distimik Bozukluk	7	5
Duygudurum Bozukluğu	5	3,6
Konversiyon Bozukluğu	4	2,9
TSSB	3	2,1
Psikotik Bozukluk	3	2,1
Mevcut Hipomani	2	1,4
Şizoafektif Bozukluk	2	1,4
Sosyal Fobi	2	1,4
OKB	1	0,7
Mevcut mani	1	0,7
Özgül Fobi	0	0

Çalışmaya alınan 140 ASKB hastasının sırasıyla % 36,4'ünde Uyum Bozukluğu, % 27,9'unda Yaygın Anksiyete Bozukluğu; % 22,9'unda Mevcut Depresif Epizod; % 22,1'inde Yaşam Boyu Depresyon; %14,3'ünde BTA Anksiyete Bozukluğu ; %5'inde Distimik Bozukluk ; %3.6'sında Duygudurum Bozukluğu ; %2,9'unda Konversiyon Bozukluğu ; %2,1'inde TSSB ; %2,1'inde Psikotik Bozukluk ; %1,4'ünde Mevcut Hipomanik Epizod ; %1,4'ünde Şizoafektif Bozukluk ; %1,4'ünde Sosyal Fobi ; % 0,7'sinde OKB; % 0,7'sinde Mevcut Manik Epizod saptanmıştır (Tablo 4.17).

**Tablo 4.18.** Düşük ve Ağır Psikopati Gruplarının Eksen I Bozukluğu Komorbiditelerinin Karşılaştırılması

EKSEN I BOZUKLUKLAR	Düşük Psikopati (74)		Yüksek Psikopati (66)		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Uyum Bozukluğu	22	29,7	29	43,9	3,042	0,081
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	9	12,2	30	45,5	19,240	0,000
Mevcut Depresif Epizod	17	23	15	22,7	0,001	0,972
Yaşam Boyu Depresyon	17	23	14	21,2	0,063	0,802
BTA Anksiyete Bozukluğu	13	17,6	7	10,6	1,381	0,240
Distimik Bozukluk	4	5,4	3	4,5	*	0,816
Duygudurum Bozukluğu	3	4,1	2	3,0	*	0,745
Konversiyon Bozukluğu	3	4,1	1	1,5	*	0,368
TSSB	2	2,7	1	1,5	*	0,628
Psikotik Bozukluk	2	2,7	1	1,5	*	0,628
Mevcut Hipomanik Epizod	2	2,7	0	0	*	0,172
Şizoafektif Bozukluk	2	2,7	0	0	*	0,179
Sosyal Fobi	2	0	0	0	*	0,179
Obsesif Kompulsif Bozukluk	0	0	1	1,5	*	0,288
Mevcut manik Epizod	0	0	1	1,5	*	0,288
Özgül Fobi	0	0	0	0	*	-

$\chi^2$ : Ki-Kare testi \* : Fischer Exact Test

Tablo 4.18'e bakıldığında;

Çalışmaya alınan Düşük Psikopati grubunun %12,2'sinde Yaygın Anksiyete Bozukluğu saptanırken, Ağır Psikopati Grubunun %45,5'inde Yaygın Anksiyete Bozukluğu belirlenmiştir. İki Grup arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktadır (p=0,000).

Diğer Eksen I komorbiditeleri karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

**Tablo 4.19.** Komorbid Eksen II Tanıları

<b>EKSEN II BOZUKLUKLAR</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Paranoid Kişilik Bozukluğu	66	47.1
Sınır Kişilik Bozukluğu	40	28.6
Pasif-Agresif Kişilik Bozukluğu	25	17.9
Şizoid Kişilik Bozukluğu	19	13.6
Kaçıngan Kişilik Bozukluğu	17	12.1
Narsisistik Kişilik Bozukluğu	8	5.7
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	7	5
Şizotipal Kişilik Bozukluğu	2	1.4
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	1	0.7
Kendine Zarar Verici Kişilik bozukluğu	1	0.7
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	0	0

**Tablo 4.20.** Düşük ve Ağır Psikopati Gruplarının Eksen II Bozukluğu Komorbiditelerinin Karşılaştırılması

<b>EKSEN II BOZUKLUKLAR</b>	<b>Düşük Psikopati</b>		<b>Ağır Psikopati</b>		$\chi^2$	<b>p</b>
	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>		
Paranoid Kişilik Bozukluğu	24	32.4	42	63.6	13,63	0,000
Sınır Kişilik Bozukluğu	14	18.9	26	39.4	7,16	0,009
Pasif-Agresif Kişilik Bozukluğu	8	10.8	17	25.8	5,31	0,027
Şizoid Kişilik Bozukluğu	10	13.5	9	13.6	0,00	0,983
Kaçıngan Kişilik Bozukluğu	9	12.2	8	12.1	0,00	0,994
Narsisistik Kişilik Bozukluğu	2	2.7	6	9.1	*	0,104
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	3	4.1	4	6.1	*	0,587
Şizotipal Kişilik Bozukluğu	1	1.4	1	1.5	*	0,935
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	1	1.4	0	0	*	0,343
Kendine Zarar Verici Kişilik bozukluğu	0	0	1	1.5	*	0,288
Bağımlı Kişilik Bozukluğu	0	0	0	0	-	-

 $\chi^2$ : Ki-Kare testi

\* : Fischer Exact Test

Tablo 4.19’da komorbid eksen II tanılarının oranları görülmektedir. Tablo 4.20’de Düşük ve Yüksek Psikopati Gruplarının Eksen II Bozukluğu Komorbiditeleri karşılaştırılmaktadır. Çalışmaya alınan hastalarda Ağır Psikopati Grubunda Düşük Psikopati grubuna oranla Paranoid Kişilik Bozukluğu, SKB ve Pasif-Agresif Kişilik Bozukluğu komorbiditeleri anlamlı olarak yüksek bulunmuştur ( $p<0,05$ ).

**Tablo 4.21.** Çocukluk Çağı Travma Öyküsü ile Eksen I-II Bozuklukların İlişkisi

Eksen I-II Komorbidite Sayıları	Travma öyküsü olan	Travma öyküsü olmayan	t	P
Eksen I sayısı	1,45	1,44	0,27	0,97
Eksen II sayısı	1,60	0,69	-3,86	0,00

t: Student T Test

Hastalarda travma öyküsü ile Eksen II bozuklukları arasında pozitif bir korelasyon saptanmıştır ( $p=0,00$ ).

#### 4.22. Hastalardaki Eksen I Bozuklukları ile Çocukluk Çağı Travması İlişkisi

EKSEN I BOZUKLUKLAR	Travma yok (n=42 )		Travma var (n=98 )		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Uyum Bozukluğu	15	35,7	36	36,7	0,013	0,908
Yaygın Anksiyete Bozukluğu	11	26,2	28	28,6	0,083	0,773
Mevcut Depresyon	11	26,2	21	21,4	0,378	0,579
Yaşam Boyu Depresyon	11	26,2	20	20,4	0,570	0,450
B.T.A. Anksiyete Bozukluğu	4	9,5	16	16,3	*	0,292
Mevcut Hipomani	1	2,4	1	1,0	*	0,534
Mevcut Mani	0	0,0	1	1,0	*	0,511
Duygudurum Bozukluğu	2	4,8	3	3,1	*	0,619
Şizoafektif Bozukluk	2	4,8	0	0,0	*	0,030
Distimik Bozukluk	1	2,4	6	6,1	*	0,352
Psikotik Bozukluk	0	0,0	3	3,1	*	0,252
Obsesif Kompulsif Bozukluk	0	0,0	1	1,0	*	0,511
TSSB	0	0,0	3	3,1	*	0,252
Sosyal Fobi	1	2,4	1	1,0	*	0,534
Konversiyon Bozukluğu	2	4,8	2	2,0	*	0,376

$\chi^2$ : Ki-Kare testi

\*: Fisher exact test

Tablo 4.22’de Eksen I Bozuklukları ile Çocukluk Çağı Travması İlişkisi korele edilmiştir. Eksen I bozuklukların hiç birisinde çocukluk çağı travmasıyla anlamlı bir ilişki saptanmamıştır ( $p>0,05$ ).

#### 4.23. Hastalardaki Eksen II Bozuklukları ile Çocukluk Çağı Travması İlişkisi

EKSEN II BOZUKLUKLAR	Travma yok (n=42 )		Travma var (n=98 )		$\chi^2$	p
	n	%	n	%		
Paranoid Kişilik Bozukluğu	12	28,6	54	55,1	8,305	0,004
Pasif agresif Kişilik Bozukluğu	4	9,5	21	21,4	*	0,092
Sınır Kişilik Bozukluğu	7	16,7	33	33,7	4,167	0,041
Kaçıngan Kişilik Bozukluğu	0	0	17	17,3	*	0,004
Şizoid Kişilik Bozukluğu	2	4,8	17	17,3	*	0,046
Narsisistik Kişilik Bozukluğu	1	2,4	7	7,1	*	0,266
Histriyonik Kişilik Bozukluğu	2	4,8	5	5,1	*	0,933
Şizotipal Kişilik Bozukluğu	0	0	2	2,0	*	0,351
Obsesif Kompulsif Kişilik Bozukluğu	1	2,4	0	0	*	0,125
Kendine Zarar Verici Kişilik bozukluğu	0	0	1	1	*	0,511

$\chi^2$ : Ki-Kare testi \* : Fisher exact test

Tablo 4.23’de Eksen II Bozuklukları ile Çocukluk Çağı Travması İlişkisi korele edilmiştir. Paranoid Kişilik Bozukluğu, Sınır Kişilik Bozukluğu, Kaçıngan Kişilik Bozukluğu ve Şizoid Kişilik Bozukluğu ile çocukluk çağı travması arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır ( $p<0,05$ ).

## TARTIŞMA

Geçtiğimiz yüzyıl mental bozukluklar ve şiddet davranışları arasındaki ilişkiyi araştıran kapsamlı çalışmalar açısından zengindir. Bu uğraşlar sayesinde şiddet davranışı ile Eksen I bozukluklar arasındaki ilişkilere ışık tutan değerli sonuçlara ulaşılmıştır [143,144]. Kişilik Bozuklukları ile şiddet ve kriminal davranışlar arasındaki ilişkiler ise literatürlerde son bir kaç yılda deneysel olarak açıklığa kavuşturulmaya başlanmıştır.

Her ne kadar bu çalışma kısıtlı bir zaman diliminde zaman diliminde GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Polikliniği'ne başvuran hastalar arasında yapılsa da, ASKB ve kriminalite birlikteliğinin Türk toplumundaki görünümünü yansıtmaya açısından önemlidir. Bu çalışma ASKB hastalarındaki komorbid psikiyatrik bozukluklara Türkiye'de bir hastane ortamında odaklanan bilinen ilk çalışmadır.

Homisid 20-24 yaş grubunda dünyada görülen altıncı büyük ölüm nedenidir [145]. Çalışmamıza katılanlarının yaş ortalamaları da 21,76 olup dünyadaki homisid suçlarının yoğunlaştığı yaşlara benzer yaş grubundadır.

Suç işlemiş olgularda yapılan ve geniş örneklemlerle demografik çalışmalarda ASKB'nin düşük akademik başarı, sürekli iş değiştirme ve düzensiz evliliklerle karakterize olduğu bildirilmiştir [146,147,148]. Çalışmamızda da hastaların çoğunluğu 21,76±2,81 yaş grubunda, bekar, ilköğretim mezunu veya daha az eğitime sahip (eğitim süresi 7,89±2,68), vasıfsız işlerde çalışan veya işsiz kişilerdir.

Evliliğin genellikle erkeklerin davranışlarında stabilize edici etkisi ve kriminal davranışlarından koruyucu etkisi olduğu düşünülmektedir [149]. Çalışmamızda hastalarımızın %95,7'sinin bekar/dul olduğu görülmüştür.

Eğitim seviyesi ile kriminal eylemlere eğilim arasında doğrudan bir ilişki vardır. Eğitim seviyesi yükseldikçe suç işleme oranları azalmaktadır. Masle ve ark. adli değerlendirme için psikiyatri hastanesine gönderilen homisid suçlularında yaptıkları retrospektif bir çalışmada, her iki cinsiyette de eğitim seviyesinin düşük olduğunu tespit etmişlerdir [149]. Çalışmamızda eğitim seviyesi ile suç işleme arasında benzer bulgulara rastlanmamıştır. Bu durum bizim çalışmamızdaki olgu sayısının nispeten az oluşuna bağlı olabilir.

Hızlı ve düzensiz şehirleşme ASKB sıklığının artışında önemli bir risk faktörüdür. Yapılan çalışmalarda ASKB olan kişilerin şehirlerin sıklıkla varoş mahallelerinde yaşadıkları gösterilmiştir [148]. Çalışmamızda da benzer bulgular

bulunmuştur; yaşadıkları yerler incelendiğinde , % 59,3'ünün varoş mahallelerde yaşadığı tespit edilmiştir. Düşük ve Ağır Psikopati grupları karşılaştırıldığında birinci grubun %68,9'unun varoşlarda, %18,9'unun şehir merkezinde ; ikinci grubun % 48,5'inin varoşlarda, % 28,8'inin şehir merkezinde yaşadığı görülmüştür. Bu sonuçlar daha önceki çalışmalarda da gösterildiği gibi psikopatların şehirlerin gelişmemiş, suça yatkın yerlerinde yaşadıkları hipotezini destekler görünmektedir.

ASKB olan hastaların birinci derece akrabalarında bu bozuklukla daha sık karşılaşılmaktadır. Genetik araştırmalar aynı ailedeki erkekler için ASKB ve madde kullanımının ailesel geçişin karakteristik olduğunu ortaya koymuştur [39]. Çalışmamızda hastaların birinci derece akrabalarında psikiyatrik hastalık öyküsü % 50 olarak bulunmuştur. Düşük ve Ağır Psikopati grupları karşılaştırıldığında ağır grupta düşük gruba oranla psikiyatrik hastalık öyküsü anlamlı olarak yüksek oranda saptanmıştır. Ailede görülen hastalıklar incelendiğinde ise , her iki grupta da en sık ASKB bulunmuştur. Bu bilgiler ASKB'nin genetik yönünü destekler görünmektedir. Benzer şekilde birçok çalışmada antisosyal erişkinlerde kontrol grubuna göre daha fazla antisosyal akraba saptandığı gösterilmiştir [151-153].

ASKB'si olan bireylerin aile yapılarının bozuk olduğu, ebeveyn ihmali, kötüye kullanımı, duygusal yoksunluk, yetersiz disiplin ve komşuluk ilişkileri ve antisosyal değerlere sahip oldukları görülmüştür. Travmatik çocukluk yaşantıları ; davranım bozukluğu, sosyal uyumsuzluk, madde kötüye kullanımı, agresivite, antisosyal davranış, suça yatkınlık, vahşi davranış, empati yoksunluğu, özkıyım fikri ve girişimlerine yol açabilir [154]. Çalışmada hastaların gelişim öyküsü incelendiğinde benzer bulgulara rastlanmıştır. Hastalarının %70'inin travmatik yaşantısı olduğu ; bu grubun %86,7'sinin fiziksel tacize, %65,3'ünün duygusal ihmale , %4,1'inin cinsel tacize maruz kaldığı anlaşılmıştır. Bazı çalışmalarda da çocuklukta travmatik yaşantı ve/veya ihmalin ilerleyen dönemde antisosyal davranışlar ve ASKB'nin zeminini oluşturduğu belirtilmektedir [155,156]. DSM-III-R'de de çocuklukta suistimalin ASKB'nin hazırlayıcı faktörlerinden birisi olduğu dikkat çekilmektedir [110]. Johnson ve ark.'larının yaptığı çalışmada çocukluk cinsel kötüye kullanımının SKB semptomları ile ilgiliyen fiziksel kötüye kullanımın antisosyal ve depresif kişilik bozukluğu semptomları ile ilişkili olduğu bulunmuştur [158]. Çalışmamızda iki grup arasında fiziksel taciz açısından benzer bulgulara ulaşılmış ve anlamlı bir fark bulunmuştur.

Psikopati prevalans oranları, İran'da [147] ve Kuzey Amerika mahkumları arasında yapılan çalışmalarda birbirlerine (%25–30) yakın bulunurken, Avrupa ülkelerinde daha düşüktür [160]. Ülkemizde ise psikopati prevalans oranı ile ilgili bilinen herhangi bir çalışma yoktur. Psikopati Cleckley ve Hare tarafından saldırgan popülasyonlarda tanımlanmıştır. Değerlendirme olarak da “Gözden geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi” (PCL-R) geliştirilmiştir [138]. Hare'nin kuzey Amerika'da adli psikiyatri popülasyonu için belirlediği ağır psikopati için kesme puanı 30 ve üzeri iken, Avrupa'da yapılan çalışmalarda kesme puanı konusunda uyum yoktur [157]. Ülkemizde PCL-R Ölçeği ile ilgili geçerlik-güvenirlik çalışmasının yapılmamış olması kesme puanının belirlenmesi konusunda belirsizliğe yol açsa da çalışmamızda kesme puanı olarak 25 ve üzeri ağır psikopatiyi belirlemek için kullanılmıştır. Bunun nedeni örneklemdaki psikopati skorları dağılımının 17-24 ve 25-32 grupları arasında yoğunlaşmasıdır.

Kriminalite ağır psikopati ve/veya karakter patolojisi ile ilişkilendirilmiştir [162] Hatta kriminal kaydı olanların PCL-R değerlerinin daha yüksek olduğu İsveç'te yapılan bir çalışmada bildirilmiştir [163]. Çalışmamızda ağır psikopat grubundaki hastaların %88,5'inin birden fazla suçtan ceza aldığı öğrenilmiştir. Ağır psikopati grubunda Düşük psikopat grubuna oranla İsveç'te yapılan çalışmaya benzer bir şekilde birden fazla suç işleme oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hastaların %52,5'inin adi suçları, %47,5'inin ağır ceza suçları işlediği öğrenilmiştir. Yine iki grup karşılaştırıldığında ağır psikopati grubunda ağır ceza suçları oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Benzer çalışmalarda da adli kayıtlarda olan kişilerin ilk defa suç işleyenlere oranla PCL-R değerlerinin yüksek olduğu bildirilmiştir [163]. Dolayısıyla da PCL-R skorlarındaki yüksek değerler bireyin prognozunun değerlendirilmesi açısından önemli olabilir; bir başka deyişle suça eğilimin tekrarlamasının önlenmesinde önemli bir işaret olabilir.

Eksen I bozukluklarının tedavisinin psikopati varlığında daha zor olduğunu gösteren yayınlar vardır [164,165] Genellikle cezaevi mahkumları arasında yapılan çalışmalarda şizofreni oranı %9,7, alkol ve madde kötüye kullanım / bağımlılık prevalansı % 32,3 - % 72,4 [23,25,27,57,147,165,166,167] , depresyon oranları % 3,3, bipolar bozukluk oranı ise % 20,7 [25,167] olarak tespit edilmiştir. Çalışmamızda madde kullanım bozuklukları ASKB'de en sık görülen komorbid bozukluklar olarak gözlenirken (% 66,9) , alkol kullanım bozuklukları % 65,4, uyum bozuklukları % 36,4 ,

anksiyete bozuklukları % 27.9 depresif bozukluklar % 22.1 ve psikotik bozukluklar %2.1 olarak bulunmuştur. Madde kullanımı ile ilgili prevalans (son 1 aylık) oranları askeri ortamdan kaynaklanan yasaklar nedeniyle gerçek verileri yansıtmayabileceği düşünülmektedir. Düşük ve ağır psikopati grupları alkol/madde kullanım bozuklukları açısından karşılaştırıldığında ağır psikopati grubu hem yaşam boyu alkol/madde, hem de son 1 aylık alkol/madde kullanım bozuklukları açısından ASKB grubuna göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Hastaların ilk alkol başlangıç yaşı  $15,70 \pm 2,07$ ; ilk psikoaktif madde başlangıç yaşı  $15,62 \pm 2,18$ ; ilk suç işleme yaşı  $16,66 \pm 2,14$ ; ilk özkıyım yaşı  $17,45 \pm 2,08$  olduğu sonucuna varılmıştır. Bu sonuçlara göre hastaların öncelikle alkol/madde kullanmaya başladıkları, sonrasında ise suç eğilimine girdikleri söylenebilir. PCL-R skorlarındaki yüksek değerler özellikle madde kötüye kullanımı / bağımlılığında bulunurken, düşük değerler depresif bozukluklar komorbiditesinde gözlenmiştir [104,163]. Çalışmamızda da benzer oranlara ulaşılmıştır. Her ne kadar depresif bozukluk açısından anlamlı sonuçlara ulaşılammış olsa da, düşük PCL-R skorlarında depresif bozuklukların daha fazla eşlik ettiği gözlenmiştir. Madde kullanımının saldırganlığı artırdığı ve kolaylaştırdığı bilinen bir gerçektir ; başka bir anlamda da bulgular bu gerçeği desteklemektedir. Bu çalışmada adı geçen tüm risk faktörlerini (alkol/madde kötüye kullanımı,vb.) kontrol altına almak homisid oranlarını azaltma açısından önemlidir. Homisid ile ilişkili olabilecek psikiyatrik bozuklukların erken tanı ve tedavisi homisid oranlarını azaltmak açısından önemli olabilir. Avrupa ülkelerindeki cezaevlerinde yapılan çalışmalarda en yaygın bozukluklar eksen I bozukluklar olarak gözlenirken, diğer ülkelerde ise en sık kişilik bozuklukları ve madde kullanım bozuklukları gözlenmiştir [17]. Bu durum toplumsal farklılıklardan ortaya çıkmış olabilir. Benzer şekilde ülkemizde Sivas cezaevinde 2008 yılında yapılan çalışmada [23] elde edilen sonuçlara göre Eksen I Bozuklukları komorbidite oranı Avrupa ülkelerinde yapılan çalışmalardan düşük bulunmuştur. Çalışmamız her ne kadar cezaevi ortamında yapılmamış olsa da , psikopati ile kişilik bozuklukları ve alkol / madde kullanım bozuklukları komorbidite oranı yüksek bulunmuştur. Bu durum kültürün psikopatolojiye olan etkisi ve genetik dağılım ile açıklanabilir. Diğer çalışmalardan farklı olarak çalışmamızın askeri hastanede yapılmış olması askeri ortamın katı disipliner yapısının stresör olarak algılanması uyum bozukluğu prevalansının yüksek çıkması ile ilişkili gibi görünmektedir. Anksiyete Bozuklukları genel toplum içinde en sık görülen psikiyatrik bozukluklardandır. Bir yıllık prevalansı % 17.7 olarak bildirilmektedir. Bu oran kadınlarda % 30.5 , erkeklerde %19.2

düzeyindedir. Sıklık sosyoekonomik düzeyin yükselmesiyle azalmaktadır [105]. Çalışmamızda olguların % 96.4'ünün sosyoekonomik düzeyleri alt ve orta-alt grupta bulunmuştur. Özellikle de ağır psikopatların düşük sosyoekonomik seviyede oldukları göz önüne alındığında çalışmamızda gözlenen % 27.9 anksiyete bozukluğu komorbiditesi anlamlıdır. Her ne kadar anksiyete bozukluğu oranı genel toplumdaki erkeklerde kadınlara göre daha düşük oranda gözlenirse de ASKB varlığı erkeklerde gözlenen anksiyete bozukluğu komorbidite oranını %25.2'ye yükseltmektedir [106]. Bu oran çalışmamızda gözlemlediğimiz orana yakındır. Anksiyete bozukluğunun psikopati seviyesinin dağılımına bakıldığında ağır psikopati varlığında % 14.0, düşük psikopatide % 11.2 olarak bulunmuştur [106]. Bu durum bize psikopati seviyesinin artmasının Anksiyete Bozukluğu komorbiditesi oranını artırdığını düşündürmektedir. Tedavide bu hastaların var olan Anksiyete Bozukluklarını tedavi etmek kriminalite düzeylerini azaltma yönünde anlamlı olabilir. Major depresyonun genel toplumdaki prevalansı % 15'dir. Major depresif bozukluk, yakın bir ilişkisi olmayanlar, boşanmış veya ayrı yaşayanlarda daha sıktır. Depresyon şehirlerde köylere göre daha sık görülür. Major depresyonun erkekteki yaşam boyu prevalansı %5-12'dir [105]. Çalışmamızda mevcut depresif epizod oranı % 22.9 olarak bulunmuştur. Bu oran depresif bozuklukların kadınlarda görülen prevalansına yakındır. Erkeklerde görülen oranın neredeyse iki katının olması komorbid ASKB tanısının psikopatolojiyi artırma hipotezi ile açıklanabilir. Distimik Bozukluk genel toplumda % 5-6 civarında görülmektedir. İnsidansı cinsiyete göre değişmemektedir. Ancak evlenmemişlerde, düşük gelir grubunda ve gençlerde daha sıktır. SKB ve madde kullanımıyla birlikteliği daha sık görülmektedir [105]. Çalışmamızda Distimik Bozukluk oranı % 5'dir. Nitekim olgularımızın çoğu düşük sosyoekonomik seviyeden gelmekte, % 95.7'si bekar, yaş ortalaması da 21,76'dır. Bu bulgular tüm depresif bozukluklar sosyodemografik verileriyle örtüşmektedir. Çalışmamızda depresif bozukluklar ile ilgili oranların Avrupa toplumunda yapılan çalışmalarda oranlara göre daha yüksek olması ve İran çalışmasına [147] benzer olması dikkat çekicidir. Bu durum her iki toplumun kültürel ve genetik ortak yapısından kaynaklanıyor olabilir. Çalışmamızda Bipolar Bozukluk ve Psikotik Bozukluk oranları diğer çalışmalara göre daha düşük bulunmuştur. Bunun nedeni çalışma popülasyonunun hastane ortamında olması, aktif psikotik bulguları olan, koopere olamayacak derecede motor aktivitesi artmış olan hastaların çalışmaya alınmaması nedeniyle olabilir. Başka bir neden ise bulgularımızın Avrupa ülkeleri

dışındaki (Kuzey Amerika ve Ortadoğu) ülkelerle benzer olduğu yani psikopatiye madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozukluklarının sıklıkla eşlik ettiği gözlenmiştir.

Kişilik bozukluğu olan kriminal suçlularla yapılan bir çalışmada, kriminal davranış modelleriyle Eksen-II bozukluklar arasında ilişki saptanmıştır. ASKB hem kriminal davranış hem de kriminal erişkin yaşam stiliyle oldukça yakın ilişki içindedir [84,85,87,98]. Ağır psikopatisi olanlarda SKB komorbiditesi yüksek bulunurken, özellikle C kümesi kişilik bozuklukları düşük oranda bulunmuştur [125]. Özellikle psikopati ASKB, sınır, narsisistik, histriyonik, paranoid kişilik bozuklukları ile yüksek oranda ilişkilendirilirken; obsesif kompulsif , bağımlı ve kaçınan kişilik ile daha az oranda ilişkilendirilmiştir [125]. Çalışmamızda ağır psikopati grubunda olan ASKB hastalarında komorbid paranoid, sınır, pasif-agresif kişilik bozuklukları prevalansı düşük psikopati grubuna oranlı anlamlı olarak yüksek gözlenmiştir. Ağır psikopati ile kriminalite ilişkisi her ne kadar bilinen bir gerçek olmasına rağmen, kriminalite öyküsü olanlarda aynı zamanda yüksek oranda B kümesi kişilik bozuklukları da gözlenmektedir [23,125]. Ancak kriminaliteyi psikopatinin mi yoksa emosyonel olarak durağan olmayan kişilik bozuklukları kümesinin mi arttırdığı henüz net değildir. Özellikle hem eksen I hem eksen II komorbiditesinin bir arada yüksek oranda bulunması tek başına ASKB tanılı hastaların görece az olması kriminalite ve psikopati oranlarını arttırdığı gözlenmiştir [23,160]. Çalışmamızda saf ASKB tanısı alanlar toplam 4 hastadır ve psikopati oranları düşüktür (PCL-R<25). Çoklu tanı varlığının psikopatolojiyi ağırlaştırdığı gibi tedavi cevabı oranlarını da düşürdüğü tespit edilmiştir [23]. Çalışmamızda eksen I veya eksen II komorbid tanılarında en az birini alanların oranı %66,4 tür. Bu durum yüksek oranda tedavi direnci, relaps ve yeniden suç işleme oranlarında artışla sonuçlanabilir. Bu nedenle bütüncül tedavi yaklaşımlarının önemi bir kez daha anlaşılmaktadır.

Erken çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin uzun dönem bilişsel, emosyonel ve sosyal gelişim üzerine etkisi belirgindir. Travmanın semptom oluşumu ve psikopatolojinin kişilik gelişimi üzerine olan etkisi incelendiğinde yüksek oranda depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları, antisosyal ve agresif davranış, alkol-madde kötüye kullanımı ile sonuçlandığı görülmüştür [157]. Kriminal erkeklerde (psikopat olan ve olmayan gruplarda) daha fazla erken fiziksel taciz ve erişkin yaşamda şiddete eğilim gözlenmiştir [26,125] Çalışmamızda çocukluk çağı travmasının ASKB hastalarında komorbid eksen I bozuklukları gelişimi için belirleyici olmadığı gözlenmiştir. Her ne kadar çocukluk çağı travması olan ve olmayan iki grup

arasında eksen-I bozuklukları açısından anlamlı bir fark olmasa da depresif bozukluklar, anksiyete bozuklukları ve uyum bozuklukları, travması olan hastalarda daha fazladır. Bu durum özellikle fiziksel tacizin erişkin yaşamda yüksek seviyede agresyon, psikopati ve kriminalite ile olan ilişkisini destekler görünmektedir. Çocukluk çağı travması erişkin yaşamda sınır, antisosyal, narsisistik, pasif-agresif, depresif, kaçınan, paranoid ve şizotipal kişilik gelişimi için bir risk faktörüdür [107,150] Özellikle çocukluk çağı fiziksel travma ASKB, depresif ve paranoid kişilik gelişimi için anlamlı bulunurken; emosyonel ihmal ve kötüye kullanım ile cinsel kötüye kullanım sınır kişilik gelişimi için anlamlı bulunmuştur [154,159,168]. Emosyonel ihmal aynı zamanda şizoid kişilik bozukluğunun gelişimi için anlamlı bulunmuştur [168]. Çalışmamızda ASKB olgularının çocukluklarında yüksek oranda fiziksel taciz ve duygusal ihmal gözlenmiş ancak tek başına fiziksel taciz ağır psikopat grubunda istatistiksel olarak anlamlı oranda fazla bulunmuştur. Bu durum bize fiziksel tacizin tek başına kriminalite için anlamlı bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Olgularımızın tümünde emosyonel ihmalin yüksek olması ilgili literatürde de belirtildiği gibi şizoid kişilik bozukluğu gelişimi için anlamlı bir etmen olabilir. Yine olgularımızda yüksek oranda komorbid paranoid, sınır, kaçınan kişilik bozuklukları gözlenmiştir. İlgili literatürde belirtilen narsisistik ve pasif-agresif kişilik bozuklukları, travması olan olgularımızda istatistiksel olarak anlamlı oranda olmasa da yüksek oranda bulunmuştur. Bu durum yine çocukluk çağı travmasının tek başına A,B,C kümesi kişilik bozuklukları için kolaylaştırıcı faktör olduğunu düşündürmektedir.

## SONUÇLAR

- ✓ Çalışmaya alınan hastaların yüzde %97.1'inin ek psikiyatrik hastalıkları vardır.
- ✓ Madde kullanım bozuklukları hem şu anki hem de yaşam boyu en sık görülen tanıdır.
- ✓ Hastalar işledikleri suçlar açısından homojen grup değildiler. Bu nedenle işlenen suçlara göre psikiyatrik morbidite oranları hesaplanmamıştır.
- ✓ Hastaların %54,3'ü en az bir DSM-IV Eksen I tanı kriterlerini karşılamıştır.
- ✓ Hastaların %23,6'sı en az bir Eksen II tanı kriterlerini karşılamıştır.
- ✓ Hastaların %30,7'si hem Eksen I hem de Eksen II tanı kriterlerini karşılamıştır.
- ✓ Ruhsal hastalığı olan antisosyal hastalara tanı koyma ve tedavi etme ihtiyacı önemli bir uluslararası halk sağlığı sorunudur.
- ✓ Komorbid tanıların varlığı bütüncül tedavi yaklaşımlarının önemini bir kez daha vurgulamaktadır.

## KISITLILIKLAR

Çalışmamızda bir takım kısıtlılıklar mevcuttur :

- Küçük örneklem grubu olması,
- Hastalarımızın %100'ünün erkek olmasından dolayı psikiyatrik epidemiyolojik bilgilerin erkeklere özgü olması,
- Psikopatiji değerlendirilmek için Türkiye'de geçerlilik-güvenilirliği henüz yapılmamış olan PCL-R kullanılması önemli kısıtlılıklarımızdandır.

Diğer yandan dünyadaki kadın cezaevi mahkumlarını toplam dünya nüfusuna oranladığımızda %7-19 arasında olduğu bilinmektedir [81]. Bu nedenle kriminal davranış tipik olarak erkeklerle ilişkilidir. Elbette ki bu durumu basit bir şekilde sosyal ve cinsiyet rollerine bağlamak yanlış olur. Ancak tarihteki tüm dönemlerde ve dünyadaki tüm ülkelerde erkekler kadınlara oranla daha fazla suç işlemiş ve şiddete yönelmişlerdir [11,2]. Homisid suçluları için de beklendiği üzere kadın oranı erkeklere göre daha düşüktür [11,12].

Ayrıca çalışma evrenimizin Türkiye'de genel bir askeri hastanede yapılması ve hasta popülasyonunun Türkiye'nin farklı bölgelerinden gelen hastalardan oluşması nedeniyle majör psikiyatrik bozuklukların görülme sıklığı konusunda yeterli bilgiyi sağladığı düşünülmektedir.

## ÖNERİLER

Bugüne kadar kriminal popülasyonda görülen psikiyatrik bozuklukların prevalansını araştıran çalışmalar cezaevlerinde gerçekleştirilmiştir. Bundan dolayı bu çalışma ASKB hastalarının Eksen I psikiyatrik bozukluklar ve Eksen II bozuklukları komorbiditelerini hastane ortamında araştıran bilinen Türkiye'deki ilk çalışmadır. Dünyada yapılan çalışmalarda ise bu konuda yapılan çalışmaların çoğunun verileri retrospektif olarak değerlendirilmiş olup çalışmamız bu kısıtlılığı ortadan kaldırmakta dolayısıyla daha objektif ve net veriler sunmaktadır.

Daha sonraki dönemlerde yapılması planlanan çalışmalarda, çalışmamızda bulunan, ülkemizdeki ASKB hastalarının psikiyatrik morbidite oranlarının genel popülasyon ile karşılaştırılması , ayrıca başka hastanelerde de kriminal hastalarla, subkriminal tipleriyle ve daha geniş örneklem üzerinde çalışmalar yapılması ve bu oranların genel popülasyonla karşılaştırılması faydalı olacaktır. Bu yaklaşım askerliğini yapan veya yapmayan, psikiyatrik bozuklukları olan ASKB hastalarına daha spesifik bir psikiyatrik yaklaşım ve tedavi şansı sağlayacaktır.

Sonuç olarak bu çalışmanın kamu yararını gözeterek sağlık uygulamalarına ışık tutarak halk sağlığına katkıda bulunabileceği öngörülmektedir.

## KAYNAKLAR

- [1] Goodwin D.W., Guze S.B. Psychiatric diagnosis 5th ed. New York: Oxford University Press, 1996 : 53-58
- [2] Robins L.N. Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality, Williams and Wilkins, Baltimore, 1966:135-159
- [3] Robins L.N., Price R.K. Adult disorders predicted by childhood conduct problems: results from the NIMH Epidemiological Catchment Area Project. *Journal of Affective Disorders* 1991; 54: 116–132.
- [4] Moran P. Antisocial personality disorder: an epidemiological perspective. 2nd ed. London: Gaskell, 1999:67-79
- [5] Arboleda-Florez J. Mental illness in jails and prisons. *Curr Opin Psychiatry* 1999; 12: 677–82.
- [6] Lamb H, Weinberger L. Persons with severe mental illness in jails and prisons: a review. *Psychiatric Services* 1998; 40: 483–92.
- [7] Badger D, Nursten J, Williams P, Woodward M. Systematic review of the international literature on the epidemiology of mentally disordered offenders. York: NHS Centre for Reviews and Dissemination, 1999.
- [8] Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S. Prediction of 7 months methadone maintenance treatment response by four measures of antisociality. *Drug and Alcohol Dependence*, 1998; 49: 217-223.
- [9] Monahan J, Steadman H, Silver E. Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence. New York: Oxford University Press, 2001
- [10] Cooke DJ, Forth AE, Hare RD: Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society. Amsterdam: Kluwer Academic Publishers, 1998

- [11] N. Kugu, G. Akyuz, O. Dogan International Psychiatric morbidity in murder and attempted murder crime convicts: A Turkey study Forensic Science 2008; 175 (2-3): 107-12
- [12] Augstein H F. J C Prichard's concept of moral insanity--a medical theory of the corruption of human nature. Med Hist. 1996; 40(3): 311–343.
- [13] Szasz T. A bogus Benjamin Rush quote: contribution to the history of pharmacracy. History of Psychiatry, 2005; 16: 89-98
- [14] Saß H., Felthous H. International Handbook of Psychopathic Disorders and the Law 2nd ed., Canada: Wiley & Sons, 2007:7-30
- [15] Jilek W.G. Emil kraepelin and comparative sociocultural psychiatry. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 2005; 231-238
- [16] Kahn E. Psychopathic Personalities. New Haven: Yale University Press.,1931
- [17] Schneider K. Psychopathic Personalities. London: Cassell, 1958
- [18] Maughs S.B. Criminal psychopathology. Progress in Neurology and Psychiatry, 1972 27: 275–278.
- [19] Cleckley H: The Mask of Sanity, 4th Edition. St Louis, MO: CV Mosby,1964
- [20] Robins LN: Deviant Children Grown Up: A Sociological and Psychiatric Study of Sociopathic Personality. Baltimore, MD: Williams & Wilkins, 1966
- [21] Hart S, Hare RD: Discriminant validity of the Psychopathy Checklist in a forensic psychiatric population. Psychol Assess 1989 1:211–218.
- [22] Noyan O. Antisosyal kişilik bozukluğu tanılı bireylerin karar verme süreçleri ile psikopati ve mizaç-karakter özellikleri arasındaki ilişki. Uzmanlık Tezi, Gata Haydarpaşa Eğitim Hastanesi, Psikiyatri AD, İstanbul 2008
- [23] American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV), APA, Washington, D.C., 1994.

- [24] Cloninger C.R., Reich T., Guze S.B. The multifactorial model of disease transmission: II. Sex differences in the familial transmission of sociopathy (Antisocial Personality). *Br. J. Psychiatry*, 1975 127: 11–22.
- [25] P. Gottlieb, G. Gabrielsen, P. Kramp. Psychotic homicide in Copenhagen from 1959 to 1983. *Acta Psychiatry Scand.* 1987; 76: 285–292.
- [26] Cima M., Smeets T., Jelicic M. Self-reported trauma, cortisol levels, and aggression in psychopathic and non-psychopathic prison inmates. *Biol. Psycho.* 2008 ; 78(1) : 75-86.
- [27] L.A. Teplin. Psychiatric and substance abuse disorders among male urban jail detainees. *Am. J. Public Health* 1994; 84: 290–293.
- [28] Cloninger C.R. Antisocial Personality Disorder: A Review “Personality Disorders” American Psychopathological Association: 1999:125-127
- [29] Lipton D., Martinson R., Wilks J. *The Effectiveness of Correctional Treatment: A Survey of Treatment Evaluation Studies.*, New York: Praeger Publishers, 1975
- [30] Dolan B., Coid J. *Psychopathic and Antisocial Personality Disorders: Treatment and Research Issues.*, London: Gaskell Publisher 1993
- [31] Rice M.E., Harris G. The treatment of adult offenders. In *Handbook of Antisocial Behavior* (Eds D.M. Stoff, J. Breiling, J.D. Maser),. New York: John Wiley & Sons, 1997: 425–435
- [32] Andrews D.A., Zinger I., Hoge R.D., Bontga J., Gendreau P., Cullen F.T. Does correctional treatment work? A clinically relevant and psychologically informed meta-analysis. *Criminology* 1990; 28: 369–404.
- [33] Lipsey M.W. Juvenile delinquency treatment: a meta-analytic inquiry into the variability of effects. In *Meta-analysis for Explanation* (Eds R.S. Cook, H. Cooper, D.S. Cordray, H. Hartmann, L.V. Hedges, R.J. Light, T.A. Louis, F. Mosteller), New York: Russell Sage, 1992: 83–125
- [34] Andrews D.A., Bonita J. *The Psychology of Criminal Conduct* Cincinnati, OH: Anderson. 2nd ed., Canada: Wiley & Sons 1994

- [35] Kagan J., Zentner M. Early childhood predictors of adult psycho-pathology. *Harv. Rev. Psychiatry*, 1996; 3: 341–350
- [36] Kazdin, A.E. Interventions for aggressive and antisocial children. In L.D. Eron, J.H. Gentry, & P. Schlegel (Eds.), *Reason to hope: A psychological perspective on violence and youth*. Washington, DC: American Psychological Association, 1994: 341-382
- [37] Cheng K., Myers M. Kathleen *Child and adolescent Psychiatry* 2005; 5:73-74
- [38] Kim-Cohen J, Caspi A, Moffitt TE, Harrington HL, Milne BJ, Poulton R. Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder: developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60:709-17.
- [39] Perry, J.C., Vaillant, G.E.: *Personality Disorders*, Kaplan & Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 5 th. Edition Vol.2, Baltimore: Williams & Wilkins, 2000: 1352-1377
- [40] Oldham JM, Skodol AE, Kellman HD, Hyler SE, Rosnick L, Davies M: Diagnoses of DSM-III personality disorders by two structured interviews: patterns of comorbidity. *Am J Psychiatry* 1992; 149: 213–20
- [41] Hare, R.D., *Manual for the Hare Psychopathy Checklist—Revised*, Toronto, Multi-Health Systems, 1991.
- [42] McDermott PA, Alterman AI, Cacciola JS, Rutherford MJ, Newman JP, Mulholland EM. Generality of Psychopathy Checklist—Revised factors over prisoners and substance-dependent patients. *J Consult Clin Psychol* 2000; 68: 181-6.
- [43] Hare, R.D.: *Psychopathy: Theory and research*, New York, John Wiley, 1970.
- [44] Mario Maj, Hagop S. Akiskal, Juan E. Mezzich, Ahmed Okasha; *Personality Disorders*, Vol.8, Southern Gate: Wiley & Sons, 2005: 170
- [45] Murphy J. (1974) Psychiatric labeling in cross-cultural perspective. *Science*, 191: 1019–1028.

- [46] Cooke D., Forth A., Hare R. *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*, 4 th. Edition Dordrecht: Kluwer, NATO ASI Series,1998: 1-11
- [47] 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* 2000; 18: 623–645,
- [48] McHoskey, J.W., Wrozel, W., Szyarto C. Machiavellianism and psychopathy. *J. Pers. Soc.Psychol.*, 1998; 74(1): 192-210,.
- [49] Grisso T., Vincent G., Seagrave D., 4 th. Edition (Hare, R.D., *Manual for the Revised Psychopathy Checklist* 2nd ed. Toronto: Multi-Health Systems, 2003) New York: Guilford Press, 2005; Chapter 20.
- [50] Ogloff, J.R.P., Wong, S., Greenwood, A. Treating criminal psychopaths in a therapeutic community program. *Behavioral Sciences and Law* 1990; 8: 181–190,.
- [51] Seto, M.C., Barbaree, H.E. Psychopathy, treatment behavior, and sex offenders recidivism. *Journal of Interpersonal Violence* 1999; 14:1235–1248,.
- [52] Looman, J., Abracen, J., Serin, R., Marquis, P Psychopathy, treatment change, and recidivism in high-risk, high-need sexual offenders. *Journal of Interpersonal Violence* 2005; 20: 549–568,.
- [53] Gacono C.B., Barton E.F. *The Handbook of Forensic Rorschach Assessment*. Newyork: CRC Press,2008: Page 7.
- [54] Blair, R.J.R., Dysfunction of Medial and Lateral Orbitofrontal Cortex in Psychopathy. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2007; 1121: 561-479,.
- [55] Cooke J.D., Adelle E., Hare R. *Psychopathy: Theory, Research and Limitations for Society* LPP.(Hare, R.D. *Psychopathy, affect, and behavior, Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society* Dordrecht: Kluwer, 1998: 105-137), New Haven: Springer, NATO ASI Series, 1998; Vol.88: 105-137.

- [56] 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* 1998; 16: 333-351
- [57] H. Herman, P. McGorry, J. Mills, B. Singh. Hidden severe psychiatric morbidity in sentenced inmates: an Australian study. *Am. J. Psychiatry* 1991; 148: 236–239.
- [58] Frances, A.J., Hales, R.E. Disorders of American Psychiatric Association Annual Review, Vol.5, Washington: American Psychiatric Press, 1986: 265-273.
- [59] 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* 1995; 52: 464-470.
- [60] Rutter, M., Rutter, M., *Developing minds: Challenge and continuity across the life span*, New York: Basic Books, 1993.
- [61] 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* 1995; 52: 906-915.
- [62] Martens, W.H.J. Effects of antisocial or social attitudes on neurobiological functions. *Medical hypotheses* 2001; 56(6): 664-671.
- [63] Carey, G. Twin Imitation for Antisocial Behavior: Implications for Genetic and Family Environment Research. *J. Abnorm. Psychol* 1992; 101(1): 18-25.
- [64] Cadoret, R. J., Yates, W. R., Troughton, E., Woodworth, G., & Stewart, M. A. Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. *Archives of General Psychiatry* 2000 52: 916-924.
- [65] Eichelman, B. Neurochemical and Psychopharmacologic Aspects of Aggressive Behavior. *Psychopharmacology, The third generation of progress*, New York : Raven Press, 1987: 697-704,.
- [66] Tremblay, R.E., Pihl Vitaro, F., Dobkin, P. Predicting Early Onset of Male Antisocial Behavior From Preschool Behavior. *Arch. Gen. Psychiatry* 1994; 51: 732-739.

- [67] Cloninger, C.R., Bayon, C., Przybeck, T.R. Epidemiology and Axis I comorbidity of antisocial personality disorder, *Handbook of Antisocial Behavior*, New York : John Wiley & Sons, 1997: 12–21.
- [68] Adolphs, R., Kawasaki, H., Bakken, H., Damasio, H., Granner, M., Howard, M. Single-neuron responses to emotional stimuli recorded in human ventral prefrontal cortex: decision-making on a gambling task. *Nature Neuroscience* 2000; 4:15-16.
- [69] Akiskal, H.S., Hirschfeld, R.M.A. The relationship of personality to affective disorders: A critical review. *Arch. Gen. Psychiatry* 1983; 40: 801-810.
- [70] Dolan, M. Psychopathy—A neurobiological perspective. *British Journal of Psychiatry* 1994; 165:151-159.
- [71] Oral, T., Ebrinç, S., Burdurlu, N., Çelebi, S. Saldırgan Davranışta Anormal Glikoz Toleransı. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni* 1992; 2(3): 43-46,.
- [72] Reid, W.H. The Antisocial Personality: A Review. *Hosp. Community Psychiatry* 1985; 36(8): 831-837.
- [73] Martens, W.H.J. Effects of antisocial or social attitudes on neurobiological functions. *Medical hypotheses* 2001; 56(6): 664-671.
- [74] Stålenheim, E.G., Eriksson, E., von Knorring, L., Wide, L. Testosterone as a biological marker in psychopathy and alcoholism. *Psychiatry Research* 1998; 77: 79-88.
- [75] van Goosen, S.H.M., Fairchild, G. Neuroendocrine and neurotransmitter correlates in children with antisocial behavior. *Hormones and Behavior* 2006; 50: 647-54.
- [76] 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* 1998; 43: 531-539,.

- [77] 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* 1993; 46: 9-17.
- [78] Hare, R.D., Cox, D.N. *Psychophysiological research on psychopathy, The psychopath: A comprehensive study of antisocial disorders and behavior*. New York: Brunner/Mazel, 1978: 209-223.
- [79] Howard, R.C. The clinical EEG and personality in mentally abnormal offenders. *Psychological Medicine* 1984; 14: 569-580.
- [80] Scarpa, A., Raine, A. *Psychophysiology of Anger and Violent Behavior* *Psychiatr. Clin. of North America* 1997; 20(2):375-94.
- [81] Lewis, C.E. Neurochemical Mechanisms of Chronic Antisocial Behavior (Psychopathy). *J. Nerv. Ment. Dis* 199; 179(12): 720-727.
- [82] Dinitz S. *The Antisocial Personality, Modern Legal Medicine, Psychiatry and Forensic Science*. Philadelphia: Davis Company, 1980: 799-811.
- [83] Tarhan N. *Psikopatik-Sosyopatik Kişilik Özelliği Gösterenlerde Elektro ansefalografik Bulgular*. Uzmanlık Tezi, GATA Psikiyatri AD, Ankara, 1982.
- [84] Fowles, D.C. Electrodermal hyporeactivity and antisocial behavior: Does anxiety mediate the relationship? *Journal of Affective Disorders* 2000; 6: 177-89,
- [85] Koçak, O.M., Soykan, A. Antisosyal Kişilik Bozukluğu, *Türkiye Klinikleri. J.Int. med. Sci* 2007; 3(12): 35-39.
- [86] Willem, H.J. Antisocial and Psychopathic Personality Disorders: Causes, Course, and Remission—A Review Article. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2000; 44(4): 406-430.
- [87] 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* 1997; 36: 1457-1464.

- [88] Damasio, A.R. A neural basis for sociopathy. *Arch. Gen. Psychiatry* 2000; 57:128-129.
- [89] Cummings, J., Mega, M. *Neuropsychiatry and behavioral neuroscience*. New York: Oxford University Press, 2003.
- [90] Blair, R.J.R. The roles of orbital frontal cortex in the modulation of antisocial behavior. *Brain and Cognition* 2004; 55: 198–208.
- [91] Blair, R.J.R., Colledge, E., Mitchell, D.G.V. Somatic markers and response reversal: Is there orbitofrontal cortex dysfunction in boys with psychopathic tendencies? *Journal of Abnormal Child Psychology* 2001; 29: 499–511.
- [92] Blair, R.J.R. Neurocognitive explanations of the antisocial personality disorders. *Criminal Behaviour and Mental Health* 2000; 10: 66-81.
- [93] LaPierre, D., Braun, C.M., Hodgins, S. Ventral frontal deficits in psychopathy: Neuropsychological test findings. *Neuropsychologia* 1995; 33: 139–151.
- [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* 1996; 46: 1231–1238.
- [95] 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* 2007; 34:165–167.
- [96] Raine A, Moffit TE, Caspi A. Neurocognitive impairments in boys on the life-course persistent antisocial path. *J Abnorm Psychol* 2002; 114:38–49.
- [97] Dolan, M., Fullam, R. Face affect recognition deficits in personality-disordered offenders: Association with psychopathy. *Psychological Medicine* 2006; 36: 1563–1569.
- [98] Blair, R.J.R. The emergence of psychopathy: implications for the neuropsychological approach to developmental disorders. *Cognition* 2006; 101; 414–442.

[99] Fitzgerald, K.L., Demakis, G.J. The neuropsychology of Antisocial Personality disorder. Dis. mon. 2007; 53: 177-183.

[100] Pennington, B.F., Ozonoff, S. Executive functions and developmental psychopathology, Journal of Child Psychology and Psychiatry, 37, 51–87, 1996.

[101] Damasio, A.R. Descartes'in yanılması. Atlamaz B., Tekin O.D. (Çevirenler) 2. Baskı, İstanbul: Varlık Yayınları 1994.

[102] Patrick, C.J., Cuthbert, B.N., Lang, P.J., Emotion in the criminal psychopath: fear image processing. Journal of Abnormal Psychology 1994; 103: 523–534.

[103] 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 2006; 20: 280–289.

[104] Blackburn R., Caroline L., Donnelly J., Renwick S. Personality Disorders, psychopathy and other mental disorders: co-morbidity among patients at English and Scottish high-security hospitals. The J.of Forensic Psychiatry and Psychology Vol.14 No 1 April 2003; 111-137

[105] Erhan T. Psikiyatrik bozuklukların epidemiyolojisi (Uğur M., Balcıoğlu İ., Kocabaşoğlu N., Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar. İ.Ü.Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri), Sempozyum Dizisi No:62 Mart 2008; s:25-30

[106] B.Goldstein, Bridget F. Grant, Boji Huang, Sharon M. Smith, Frederick S. Stinson, Deborah A. Dawson, S. Patricia Chou. Lack of remorse in antisocial personality disorder: sociodemographic correlates, symptomatic presentation, and comorbidity with Axis I and Axis II disorders in the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions Risc. Comprehensive Psychiatry 2006; 47: 289–297

[107] Sansone RA., Sansone LA. Childhood Trauma, borderline Personality, and eating disorders : a developmental cascade. Eat. Disord. 2007 jul-Sep.; 15(4) : 333-46.

- [108] Luborsky L. "Clinicians' judgments of mental health: A proposed scale." *Archives of General Psychiatry* 1962; 7:407–417.
- [109] Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. "The Global Assessment Scale: A Procedure for Measuring Overall Severity of Psychiatric Disturbance." *Archives of General Psychiatry* 1976; 33:766–771
- [110] American Psychiatric Association. *Third diagnostic and statistical manual of mental disorders, revised (DSM-III-R)*.
- [111] Sanislow CA, McGlashan TH. Treatment outcome of personality disorders. *Can J Psychiatry* 1998; 43:237-250.
- [112] Zimmerman M, Coryell W. DSM-III personality disorder diagnoses in a nonpatient sample: Demographic correlates and comorbidity. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:682-689.
- [113] Lee KC, Kovac YS, Rhee H. The national epidemiological study of mental disorders in Korea. *J Korean Med Sci* (1987); 2:19-34.
- [114] Dolan-Sewell RT, Krueger RF, Shea MT. Co-occurrence with syndrome disorders in Livesley W.J. (*Handbook of Personality Disorders: Theory, Research and Treatment*). New York :Guilford Press, 200: 84-104.
- [115] Livesley WJ, Schroeder ML, Jackson DN, Jang KL. Categorical distinctions in the study of personality disorder: Implications for classification. *J Abnorm Psychol* 1994; 103:6-17.
- [116] Blais MA, Norman DK. A psychometric evaluation of the DSM-IV personality disorder criteria. *J Pers Disorders* 1997; 11:168 -176.
- [117] Sanderson C, Clarkin JF. Use of the NEO-PI personality dimensions in differential treatment planning. In Costa PT, Widiger TA. (*Personality Disorders and the Five-Factor Model of Personality*). Washington, DC: American Psychological Association Press, 1994: 219-236.
- [118] Frances AJ, Mack AH, First MB, Widiger TA, Ross R, Forman L. DSM-IV meets philosophy. *J Med Philos* 1994; 19:207-218.

- [119] Roope Tikkanen\*, Matti Holi, Nina Lindberg and Matti Virkkunen. Tridimensional Personality Questionnaire data on alcoholic violent offenders: specific connections to severe impulsive cluster B personality disorders and violent criminality. *BMC Psychiatry* 2007; 7:36
- [120] Westen D: Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of axis II. *Am J Psychiatry* 1997; 154:895-903
- [121] Zimmerman M: Diagnosing personality disorders. A review of issues and research methods. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51:225-245.
- [122] Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, Taylor A, Poulton R. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002, 297:851-854.
- [123] Foley DL, Eaves LJ, Wormley B, Silberg JL, Maes HH, Kuhn J, Riley B, Kuhn J, Riley B. Childhood adversity, monoamine oxidase a genotype, and risk for conduct disorder. *Arch Gen Psychiatry* 2004, 61:738-744.
- [124] Skodol AE, Siever LJ, Livesley WJ, Gunderson JG, Pfohl B, Widiger TA. The borderline diagnosis II: biology, genetics, and clinical course. *Biol Psychiatry* 2002, 51:951-963.
- [125] Decuyper M, De Fruyt F, Buschman J. A five-factor model perspective on psychopathy and comorbid axis-II disorders in a forensic-psychiatric sample *Int.J.of Law and Psychiatry* 2008; 394-406
- [126] Robins LN, Tipp J, Przybeck T. Antisocial personality. In: Robins LN, Regier DA, editors. (Psychiatric disorders in America: the Epi-demiologic Catchment Area Study). New York: The Free Press; 1991: 258-90.
- [127] Reid WH, Gacono C. Treatment of antisocial personality, psychopathy, and other characterologic antisocial syndromes. *Behav Sci Law* 2000;18:647-62.
- [128] Woody GE, McLellan AT, Luborsky L. Sociopathy and psychotherapy outcome. *Arch Gen Psychiatry* 1985 42:1081–1086,

- [129] Robert E. Hales, M.D., M.B.A., Stuart C. Yudofsky, M.D., and Glen O. Gabbard, M.D. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Psychiatry*, 5th Edition
- [130] Rice ME, Harris G: The treatment of adult offenders, in *Handbook of Antisocial Behavior*. Edited by Stoff D, Breiling J, Maser J. New York: Wiley, 1997: 425–435
- [131] Losel F: The efficacy of correctional treatment: a review and synthesis of meta-evaluations, in *What Works? Reducing Reoffending: Guidelines from Research and Practice*. Edited by McGuire J. Chichester, UK: Wiley & Sons, 1995: 79–111
- [132] Andrews D: The psychology of criminal conduct and effective treatment, in *What Works? Reducing Reoffending: Guidelines from Research and Practice*. Edited by McGuire J. Chichester, UK: Wiley & Sons, 1995: 3–34
- [133] Simon LMJ: Does criminal offender treatment work? *Appl Prev Psychol* 1998; 7:137–159.
- [134] J. Reid Meloy, Ph.D., A.B.P.P. *Antisocial Personality Disorder*, Gabbard's *Treatments of Psychiatric Disorders*, 4th Edition, American Psychiatric Pub., 2007: 775-795
- [135] Gabbard G, Coyne L. Predictors of response of antisocial patients to hospital treatment. *Hosp Community Psychiatry* 1987; 38:1181–1185.
- [136] Poldrugo F, Forti B: Personality disorders and alcoholism treatment outcome. *Drug Alcohol Depend* 1988; 21:171–176,
- [137] Gerstley L, McLellan T, Alterman A. Ability to form an alliance with the therapist: a possible marker of prognosis for patients with antisocial personality disorder. *Am J Psychiatry* 1989; 146:508–512.
- [138] Hare R: *Hare Psychopathy Checklist–Revised (PCL-R)*, 2nd Edition Technical Manual. Toronto, ON, Canada, Multihealth Systems: 2003
- [139] Salekin R: Psychopathy and therapeutic pessimism: clinical lore or clinical reality? *Clin Psychol Rev* 2002; 22:79–112.

- [140] Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis-I Disorders (SCID-I), Washington D.C., American Psychiatric Pres, Inc., 1987
- [141] First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW . Structured Clinical Interview for DSM-IV Clinical Version (SCID-I/CV). American Psychiatric Press, Washington D.C., 1997
- [142] Sorias, S., Saygılı, R., Elbi, H., DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik Bozuklukları Formu (SCID-II), Ege Üniversitesi Basımevi, İzmir, 1990.
- [142] First MB, Spitzer RL, Gibbon M (1995) The Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (SCID-II) Part I: Description. J Personal Disord, 83-91.
- [143] Monahan J, Steadman H, Silver E, Robins P.C. Rethinking Risk Assessment: The MacArthur Study of Mental Disorder and Violence. New York: Oxford University Press, 2001:45
- [144] Cooke DJ, Forth AE, Hare RD: Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society. Amsterdam: Kluwer Academic Publishers, 1998:428
- [145] Noreik K, Gravem A. [Homicide and mental disease] Tidsskr Nor Laegeforen 1993; 113:1736-8. Norwegian.
- [146] Koh KGWW, Gwee KP, Chan YH Psychiatric aspects of homicide in Singapore: a five-year review ;1997 - 2001
- [147] Seyed Mohammad Assadi, Maryam Noroozian, Mahdi Pakravannejad, Omid Yahyazadeh, Shahrokh Aghayan, Seyed Vahid Shariat and Seena Fazel Psychiatric morbidity among sentenced prisoners: prevalence study in Iran British journal of psychiatry 2006;188: 159-164
- [148] Cloninger C.R., Bayon C., Przybeck T.R. Epidemiology and Axis I comorbidity of antisocial personality disorder. In Handbook of Antisocial Behavior (Eds D.M. Stoff, J. Breiling, J.D. Maser), New York: John Wiley & Sons, 1997: 12–21.

- [149] L.M. Masle, M. Goreta, V. Jukic. The comparison of forensic-psychiatric traits between female and male perpetrators of murder or attempted murder. Coll. Antropol. 24 2000: 91–99.
- [150] Grover KE., Carpenter LL., Price LH., Gagne GG., Mello AF., Mello MF., Tyrka AR. The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. J.Pers.Disord. 2007 Aug.; 21 (4) : 442-7.
- [151] Carey, G. (1992). Twin Imitation for Antisocial Behavior: Implications for Genetic and Family Environment Research, J. Abnorm. Psychol 101, 1:18-25.
- [152] Ceylan E, Yazan Biyolojik Psikiyatri Anksiyete Bozuklukları, 1. Baskı, Cilt:3 , 2000.
- [153] Eichelman B. Neurochemical and Psychopharmacologic Aspects of Aggressive Behavior. Psychopharmacology. The third generation of progress(ed) New York: Raven Press., 1987: 697-704
- [154] Semiz U.B., Basoglu C., Ebrinc S., Cetin M. Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol 2007; 42:865-873
- [155] Robins LN: Sturdy childhood predictors of adult antisocial behavior: replications from longitudinal studies. Psychol Med 1978; 8:611-622
- [156] Farrington DP: Antisocial personality from childhood to adulthood. Psychologist: Bull Br Psychol Soc 1991; 4:389-394
- [157] Krischer MK., Sevecke K., Early Traumatization and psychopathy in female and male juvenile offenders. Int.J.of Law 2008; 253–62.
- [158] Jeffrey G. Johnson, Patricia Cohen, Elizabeth M. Smailes, Andrew E. Skodol, Jocelyn Brown and John M. Oldham. Childhood verbal abuse and risk for personality disorders during adolescence and early adulthood. Comprehensive Psychiatry 2001; Vol.42(1): 16-23

- [159] Bierer L.M., Yehuda R., Schmeidler J., Mitropoulou V., New A.S., Silverman J.M., Siever L.J. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. *CNS Spectr.* 2003 Oct; 8(10):737-54
- [160] Andersen, H.S. Mental health in prison populations. A review with special emphasis on a study of Danish prisoners on remand. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004;110: 5-59).
- [161] Grover KE., Carpenter LL., Price LH., Gagne GG., Mello AF., Mello MF., Tyrka AR. The relationship between childhood abuse and adult personality disorder symptoms. *J.Pers.Disord.* 2007 ; 21 (4) : 442-7.
- [162] Rogers R., Jordan M.J., M.S., Harrison K.S. Facets of Psychopathy, Axis II Traits, and Behavioural Dysregulation among Jail Detainees. *Behavioral Sciences and the Law* 2007; 25:471-483
- [163] 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
- [164] Alterman, A. I., Rutherford, M. J., Cacciola, J. S. Prediction of 7 months methadone maintenance treatment response by four measures of antisociality. *Drug and Alcohol Dependence* 1998; 49: 217-223
- [165] P. Lindqvist, *Violence Against a Person, the Role of Mental Disorder and Abuse*, Umea: Umea University Press, 1989.
- [166] S. Fazel, M. Grann, Psychiatric morbidity among homicide offenders: a Swedish population study, *Am. J. Psychiatry* 2004; 161: 2129–2131
- [167] G.Cote, S.Hodgins. The prevalence of major mental disorders among homicide offenders. *Int. J. Law Psychiatry* 1992; 15: 89–99.
- [168] Bernstein D.P., Stein J.A., Handelsman L. Predicting personality pathology among adult patients with substance abuse disorders: effects of childhood maltreatment. *Addict Behav.* 1998 Nov-Dec; 23 (6) : 855-68

## EK-A

### YARIYAPILANDIRILMIŞ GÖRÜŞME FORMU

Adı-Soyadı: .....

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

aa) Yaşınız: .....

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

..... yıl

ad) Halen yaşadığınız yer:

- 1- Şehir merkezi
- 2- İlçe
- 3- Köy

ae) Medeni durumunuz:

- 1- Bekar
- 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

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

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) .....

az) Bu tür zarar verici davranışlar ne zamandır sürüyor? (yıl olarak belirtiniz)

.....

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 tahminen bugüne dek kaç kez başvurduunuz? .....

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

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 alarak
- 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: .....

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

## 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