



T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAğLIK UYGULAMA VE ARAşTIRMA MERKEZİ

AİLE HEKİMLİğİ KLİNİğİ

ANTİSOSYAL KİşİLİK BOZUKLUğUNDA PSİKOPATOLOJİ
DÜZEYLERİYLE AİLE İşLEVSELLİğİ VE ÇOCUKLUK ÇAğI
TRAVMA DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİşKİ

Dr. Havva Öznur

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2017



T.C. SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ANKARA SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
AİLE HEKİMLİĞİ KLİNİĞİ

ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞUNDA PSİKOPATOLOJİ
DÜZEYLERİYLE AİLE İŞLEVSELLİĞİ VE ÇOCUKLUK ÇAĞI
TRAVMA DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Dr. Havva Öznur

Tez Danışmanı: Doç.Dr. Oğuz Tekin

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

ANKARA/2017

TEŞEKKÜR

Tez çalışmanın planlanması, yürütülmesi ve düzenlenmesi sırasında ve uzmanlık eğitimime başladığım günden itibaren iyi bir eğitim almam için çaba sarf eden, bilgi ve desteklerini esirgemeyen, saygıdeğer hocam Doç.Dr. Oğuz Tekin ve Uzm.Dr. İsmail Arslan'a, stajımı ve çalışmamı gerçekleştirdiğim Gülhane Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı K. Nahit Özmenler ve ekibine, fikirlerinden yararlandığım kısa bir süre birlikte çalışma imkânı bulduğum sayın hocam Prof. Dr. Mustafa Çelik'e, tüm rotasyonlarım boyunca birlikte çalışma şansı bulduğum bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım tüm hocalarıma, uzman doktorlarımıza, uzmanlık öğrencisi arkadaşlarıma, hemşirelerimize ve personellerimize teşekkür ederim.

Ayrıca tüm hayatım boyunca sevgilerini ve desteklerini her zaman hissettiğim aileme, en büyük mutluluk kaynağım olan eşim ve çocuklarım; Doruk ve Nil'e şükranlarımı sunuyorum.

İÇİNDEKİLER

Sayfa Numarası

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER	ii
KISALTMALAR	iv
TABLO LİSTESİ	v
ÖZET	vi
ABSTRACT	vii
GİRİŞ ve AMAÇ.....	1
GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kişilik.....	3
2.2. Kişilik Bozuklukları.....	4
2.2.1. Kişilik Bozukluklarında Sık Görülen Ortak Özellikler	5
2.2.2. Sıklık ve Yaygınlık	5
2.2.3. Kişilik Bozukluğu Türleri	6
2.3.. Antisosyal Kişilik Bozukluğu	6
2.3.1. Epidemiyoloji.....	8
2.3.2. Etiyoloji.....	8
2.3.2.1. Genetik Faktörler.....	9
2.3.2.2. Çevresel Faktörler.....	9
2.3.3.3. Beyin Görüntüleme.....	11
GEREÇ ve YÖNTEM.....	13
3.1. Katılımcılar.....	13
3.1.1. Vaka Grubunun Seçimi.....	13
3.1.2. Kontrol Grubunun Seçimi.....	13
3.1.3. Olguların Çalışmaya Alınma ve Dışlanma Ölçütleri.....	13
3.2. Veri Toplama Araçları.....	14
3.2.1. Sosyo-demografik Veri Formu.....	14
3.2.2. Eksen 1 Bozukluklar Yapılandırılmış Klinik Görüşme	14
3.2.3. Eksen 2 Bozukluklar Yapılandırılmış Klinik Görüşme	14
3.2.4. Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi.....	14

3.2.5. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği.....	15
3.2.6. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği.....	15
3.2.7. Aile Değerlendirme Ölçeği.....	16
3.3. İstatistiksel Analiz.....	19
BULGULAR.....	20
TARTIŞMA.....	31
SONUÇLAR.....	42
KAYNAKLAR.....	45
ÖZGEÇMİŞ.....	52
EKLER.....	56



KISALTMALAR

ASKB	: Antisosyal Kişilik Bozukluğu
DSM-5	: Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Beşinci Baskı
SCID-I	: Eksen 1 Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
SCID-II	: Eksen 2 Bozukluklar İçin Yapılandırılmış Klinik Görüşme
PCL-R	: Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi
BPSÖ	: Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği
ÇÇRTÖ	: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği
ADÖ	: Mc Master Aile Değerlendirme Ölçeği

TABLO LİSTESİ

	<u>Sayfa</u>
	<u>Numarası</u>
Tablo 2.1. DSM-5 Antisosyal Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri	8
Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri	20
Tablo 4.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri	21
Tablo 4.3. Kontrol Grubu ve ASKB Grubunda Yer Alan Katılımcıların Psikometrik Özellikleri ve Karşılaştırması	23
Tablo 4.4. ASKB Grubunda PCL-R Toplam Puanına Etki Eden Klinik Değişkenlerin Karşılaştırılması	24
Tablo 4.5. Toplam PCL-R Toplam Puanı ile Klinik Değişkenlerin İlişkisi	25
Tablo 4.6. Toplam PCL-R Puanı ile BPSÖ, ÇÇRTÖ, ADÖ Puanlarının İlişkisi	26
Tablo 4.7. PCL-R Toplam Puanı <30 ve ≥ 30 Olan ASKB Olgularının Sosyo-demografik ve Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması	27-28
Tablo 4.8. PCL-R Toplam Puanı <30 ve ≥ 30 Olan ASKB Olgularında BPSÖ, ÇÇRTÖ, ADÖ Puanlarının Karşılaştırılması	29
Tablo 4.9. PCL-R Toplam Puanına Etki Eden Klinik Faktörlerin Lojistik Regresyon ile Değerlendirilmesi	30
Tablo 4.10. PCL-R Toplam Puanına Etki Eden Psikometrik Faktörlerin Lojistik Regresyon ile Değerlendirilmesi	30

ÖZET

Amaç: Antisosyal kişilik bozukluğu ve bu bozuklukta daha ağır bir patolojiyi ifade eden psikopatinin; kişilerin psiko-sosyal gelişim dönemleri, çocukluk çağı travma düzeyleri, aile yapıları, aile bireylerinin özellikleri ve tutumları, aile işlevsellik düzeyi, uyuşturucu madde kullanımı ve suç davranışı ile ilişkisini araştırmaktır. Ayrıca ciddi psikopatolojiyi yordayıcı faktörlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Vaka-kontrol çalışması olarak planlanan çalışmaya, GATA Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Eylül 2013 ile Aralık 2013 tarihleri arasında ayaktan başvuran Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı Beşinci Baskısı tanı ölçütlerine göre, bir psikiyatri uzmanı tarafından antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konulan 100 erkek hasta alındı. Kontrol grubu, vaka grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, tıbbi bir rahatsızlığı olmayan 98 sağlıklı gönüllüden oluştu. Veri toplama araçları olarak, sosyo-demografik veri formu, Eksen 1 ve 2 Bozukluklar Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu, Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Aile Değerlendirme Ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Vaka grubu kontrol grubuyla kıyaslandığında; antisosyal kişilik bozukluğu grubunda psikiyatrik tedavi alma, intihar girişiminde bulunma, birinci derece akrabalarında adli ceza öyküsü, evden kaçma, tutuklanma, hapis cezası alma, suç işleme oranları daha yüksekti. Antisosyal kişilik bozukluğu grubunda uyuşturucu maddeye başlama yaşı (13.23 ± 4.0) kontrol grubuna (16.33 ± 1.84) kıyasla daha düşüktü. Antisosyal kişilik bozukluğu grubunda kontrol grubuna göre saldırganlık düzeyleri ile çocukluk çağı ruhsal travma ölçek puanları daha yüksekti. Antisosyal kişilik bozukluğu grubunda aile işlevsellik puanları, gereken ilgiyi gösterebilme dışında daha yüksekti. Antisosyal kişilik bozukluğu grubunda, lojistik regresyon analizinde; işlenen suçların çeşitliliği ve fiziksel saldırganlık düzeyleri ile psikopati düzeyleri arasında anlamlı ilişki saptandı ($OR= 2.966$; 95% GA: 2.164-4.066), ($OR= 1.133$; 95% GA: 1.050-1.224).

Sonuç: Antisosyal kişilik bozukluğunda daha kötü sosyo-ekonomik düzey ve daha kötü aile işlevselliği mevcuttur. Beraberinde daha fazla çocukluk travmasına maruziyet, daha yüksek saldırganlık ve psikopatik düzeyler saptanmıştır. Suç

çeşitliliği ve fiziksel saldırganlık düzeyleri, psikopatik özellikler taşıyan Antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerin gelecekteki suç davranışını yordamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Antisosyal kişilik bozukluğu, erken yaşam zorlukları, şiddet.



ABSTRACT

Aim: The aim of this study is to investigate the relations between psycho-social development periods, childhood traumatization levels, family structures, characteristics and attitudes of family members, familial functionality level, narcotic drug abuse and antisocial personality disorder and psychopathy which means a heavier pathology in that disorder. Moreover, revealing the predictors of severe psychopathy is also aimed.

Material and Method: The study is planned to be a Case-Control Study and 100 male patients who are diagnosed with antisocial personality disorder by a psychiatrist according to DSM-5 diagnosis criteria out of people who were present in outpatient clinic of GATA Psychiatry Department between September 2013 and December 2013, are included in the study. Control group was formed using 98 healthy volunteers with no medical disease, study and control group were matched in terms of age and gender. Socio-demographic data form, Structured Clinical Interview Form for Axes I and II Disorders, Revised Psychopathy Checklist, Buss-Perry Aggression Questionnaire, Childhood Trauma Questionnaire and Family Assessment Questionnaire were used as data collections tools.

Findings: When antisocial personality disorder group is compared to control group; history of psychiatric treatment, suicide attempts, history of judicial punishment in first degree relatives, eloping, being arrested, getting prison sentences and delinquency rates are found to be higher. Starting age of abusing drugs in antisocial personality disorder group (13.23 ± 4.0) is lower than the control group (16.33 ± 1.84) Aggression levels and childhood psychological trauma questionnaire scores are higher in antisocial personality disorder group than control group. Family functionality scores in the antisocial personality disorder group are higher, excluding ability to show necessary affection. In the logistic regression analysis of the antisocial personality disorder group, significant relation between the variety of the committed crimes and level of physical aggression and level of psychopathy is found (OR= 2.966; 95% CI:2.164-4.066), (OR= 1.133; 95% CI:1.050-1.224).

Result: In antisocial personality disorder, worse socio-economical status and worse family functionality are present. Concomitantly, more exposure to childhood

trauma, higher aggression and level of psychopathy are found. Variety of crimes and level of physical aggression predict the future criminal behavior for individuals with antisocial personality disorder with psychopathic characteristics.

Keywords: Antisocial personality disorder, early life adversity, violence.



1.GİRİŞ ve AMAÇ

Antisosyal Kişilik Bozukluğu (ASKB), temel olarak çocukluk-ergenlik döneminden başlayarak davranış patolojileriyle kendini belli eden ve kişilerarası ilişkileri etkileyerek iş, aile ve toplumsal işlevselliğini belirgin olarak bozan, kişinin kendiliğinden tedavi arayışına girmediği kalıcı nitelikteki patolojik kişilik yapılanmasını ifade eder. ASKB, doğrudan toplumsal değerlerle ve kanunlarla çelişen ağır davranış patolojilerinin sık izlendiği bir tablo olduğundan, psikiyatrinin olduğu kadar adli bilimlerin de ilgi alanı içinde yer almıştır (1,2).

Antisosyal kişilik bozukluğunun bilimsel açıdan incelenmesi-değerlendirilmesi bu kişilerin amaçları doğrultusunda insanları kullanmaya çalışmaları, çıkarları doğrultusunda hareket etmeleri ve ihtiyaç duyduklarında kolaylıkla yalan söylemeleri, kolaylıkla saldırgan dürtülerini açığa vurmaları nedeniyle ciddi güçlükler barındırmaktadır. Bu nedenle ASKB ile ilgili bilimsel çalışma sayısı diğer psikiyatrik hastalıklara yönelik araştırmalarla kıyaslandığında daha az sayıdadır.

Öte yandan, bazı araştırmacılar ASKB tanı kategorisinin farklı klinik tabloların bir arada bulunduğu heterojen bir grup olduğunu ve tanısal açıdan tartışmalı olduğunu iddia etmektedirler. Yapılan araştırmalar ASKB tanısının psikopati ve madde kullanım bozukluğu tanılarıyla yakın ilişkisinin bulunduğunu ve klinik ayırımın oldukça zor olduğunu göstermektedir (3). Psikopatide yer alan; insan ilişkilerinde yüzeysel çekicilik, hilekârlık, duyarsızlık, duygusal sığılık gibi özelliklerin her ASKB olgusunda bulunmaması nedeniyle, psikopatların ASKB içinde yer alan özel bir grup olduğu düşünülmektedir. Diğer bir deyişle her ASKB olgusu psikopatik özellikler göstermemekte, ancak her psikopat ASKB kriterlerini karşılamaktadır. Özetle, psikopati ve ASKB pek çok ortak özelliği paylaşırsa da altta yatan psiko-biyolojik süreçlerin farklı olduğu düşünülmektedir.

Antisosyal kişilik bozukluğu ile madde kullanım bozukluğunun birlikteliği uzun zamandır bilinmektedir. ASKB olgularının %80-85'inin aynı zamanda madde kullanım bozukluğu tanısını karşıladıkları saptanmıştır (4). Ayrıca ASKB şiddetiyle tüketilen alkol miktarının ilişkili olduğu gösterilmiştir (5).

Antisosyal kişilik bozukluğunun etiyolojisine yönelik olarak yapılan çalışmalar, biyolojik (kalıtsal, nöro-biyolojik) faktörlerle çevresel koşulların birlikte etkileşimiyle ASKB gelişimine ve devamına yol açtığını göstermiştir. Biyolojik anne ve babaları ASKB gösterenlerde, ayrı aile ortamında yetişmiş olsalar bile, ASKB gelişim riskinin normal nüfusa oranla 5-10 kat arttığı gösterilmiştir. Çocukluk çağında sık rastlanılan nöro-gelişimsel bir bozukluk olan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu tanısı almanın, ileride ASKB gelişimi ve suç davranışı açısından risk faktörü olduğu gösterilmiştir (6). Bu bulgular ASKB gelişiminde kalıtsal ve biyolojik özelliklerin önemini göstermektedir.

Biyolojik faktörler ASKB gelişiminin yarıya yakın kısmını açıklayabilirse de, halen açıklanamayan ve çevresel faktörleri işaret eden kısım varlığını sürdürmektedir. Üstelik ASKB tanılı bir ebeveyne sahip olma genetik bir yüklülük getirirse de, ASKB bir ebeveynin davranış patolojilerine küçük yaşlardan itibaren şahit olunmasının, hatta maruz kalınmasının etkilerine bağlı patolojik bir kişilik geliştirme ihtimalini de ortadan kaldırmamaktadır. Muhtemelen genetik risk faktörlerine sahip olmayla beraber küçük yaştan itibaren pek çok çevresel dezavantaja da sahip olma, ASKB riskini katlamaktadır (7).

Bu çalışmada, ASKB tanısı almış ve bu bozuklukta daha ileri bir patolojiyi ifade eden psikopati düzeyleri saptanmış olan denekler arasında; gelişim dönemleri, çocukluk çağı travma düzeyleri, aile yapıları, aile bireylerinin özellikleri ve tutumları, aile işlevsellik düzeyi, davranış özellikleri, alışkanlıklarının ve psikopatiyi yordayıcı etmenlerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Çalışma sonucunda, yüksek düzey psikopati gösteren ASKB olan deneklerin, aile yapılarında nitelik ve nicelik olarak daha ciddi antisosyal özellikler, daha düşük aile işlevsellik düzeyi, daha fazla çocukluk çağında travma yaşamış olma, daha erken yaşta uyuşturucu madde kullanımı, suç işleme oranı ve toplumsal ilişkilerde daha ciddi kopukluk, daha fazla kriminal davranış beklenmektedir. Ayrıca yüksek psikopati gösteren denekler için biyolojik faktörlerin ön planda ele alınması gerektiğini düşündürebilecek, yaşamın daha erken dönemlerinden beri devam eden davranış patolojilerinin olduğunun da ortaya konabileceği düşünülmektedir.

2.GENEL BİLGİLER

2.1. KİŞİLİK

Kişilik karmaşık ve kendine özgü bir kavramdır. Bir yandan, çok sayıdaki davranış kalıpları açısından insanlar birbirlerinden büyük ölçüde farklılık göstermekte ve diğer yandan her bir insan çok sayıdaki yaşam tarzından yalnızca birini sergilemektedir.

Kişilikle ilgili tüm tanımlamaların ortak yönü işlevselliğidir. Diğer bir deyişle organizmanın ruhsal uyumuna ve motivasyonuna odaklanılmıştır. Kişilik, kişinin çevresine uyumunu belirleyen psiko-fizyolojik sistemlerin bireye özgü dinamik organizasyonu olarak tanımlanabilir. Dinamik organizasyon kavramı ile kişiliğin sürekli olarak gelişim ve değişim içerisinde olan organize bir sistem olduğu ifade edilmektedir. Öte yandan kişilik, bireyin davranışlarının da ötesinde bir kavramdır. Aynı zamanda kişilik ruhsal süreçler ve sinir dizgesi yapılarıyla birlikte açıklanabilen bir kavramdır. Bireyin dışa vuran ve uyumsuz davranışları kişilik özellikleri tarafından belirlenmektedir. Kişiliğin temel işlevi hissetmek, düşünmek, algılamak ve bunların amaca yönelik davranışlar için birleştirmektir.

Kişiliğin mizaç, karakter ve psişe olarak ayrıştırılabileceği kabul edilir. Mizaç temel duyguları, karakter kişinin kendi ve kişiler arası ilişkiler hakkındaki gerçekçi bakış açısını, psişe ise kişinin kendiliğine yönelik farkındalığını ve zekâyı belirler. Kendilik farkındalığı ve zekâ kişilik gelişimini önemli derecede etkilediğinden, karakter ve mizacın tek başına değerlendirilmesi kişiliğin gelişiminin anlaşılmasında yetersiz kalmaktadır.

Mizaç, fiziksel uyaranlara davranışsal şartlanma cevabının düzenlenmesinde vücudun eğilimi olarak tanımlanmaktadır. Burada davranışsal şartlanma; bilinçli olarak yürütülen gözlem, tanıma, muhakemeden bağımsız olarak ortaya çıkan ve korku-öfke gibi temel emosyonları ortaya çıkaran süreçler olarak tanımlanmaktadır. Özgün olarak mizacın dört temel özelliği tanımlanmıştır. Zarardan kaçınma, yenilik arayışı, ödül bağımlılığı ve sebatkârlık. Bu dört mizaç özelliği, dört temel duygu ile oldukça ilişkilidir; korku (zarardan kaçınma), öfke (yenilik arayışı), bağlanma (ödül bağımlılığı) ve hırs (sebatkârlık).

Karakter, zihne işaret etmektedir. Kişiliğin çekirdek kavramıdır. Kişisel değer ve amaçların yansıdığı nesne ilişkilerini ve kendilik kavramındaki bireysel farklılıkları içermektedir. Diğer bir deyişle, karakter bir bireyin isteyerek kendi kendine yaptığıdır. Karakter akılcı ve iradelidir. Mizaç korku, kızgınlık gibi basit emosyonları içerirken, karakter bir amaca yönelik itidal, empati, sabır ve hatta olgun bireylerde daha fazla bulunan aşk, ümit ve inanç gibi ikincil emosyonları içermektedir. Sonuç olarak; karakter yürütücü, kurallar koyucu ve yargısal işlevleri içeren ruhsal olarak kendini yönetebilme ile tanımlanmaktadır.

Karakterin üç farklı özelliği vardır. Kendini yönetme, iş birliği yapma ve kendini aşma. Kendini oldukça iyi yöneten bir kişi kendine güvenen, sorumlu, güvenilir, becerikli, hedefleri olan ve kendiyile barışık bir profil çizer. Kendini yöneten bireylerin en büyük avantajları gerçekçi ve etkili olmalarıdır. Kendini yönetme yetisi düşük olanlar, suçlayıcı, yardım arayıcı, sorumsuz, güvensiz, tepkiseldirler ve anlamlı içsel hedefler tanımlayamamakta, kuramamakta ve bunları takip edememektedirler.

Yüksek düzeyde işbirliği yapan insanlar kendilerini toplumun bir parçası olarak algılamaktadır. Bu şekilde yüksek işbirliği yapan kişiler empatik, hoşgörülü, merhametli, destekleyici ve prensipli olarak tanımlanmaktadır. Bu özellikler takım çalışmalarında ve sosyal gruplar için avantajlıdır.

Kendini aşma, bireyin kendini bütünüyle evrenin bir parçası olarak algıladıklarını göstermektedir. Kendini aşan bireyler, adaletli, anlayışlı, dindar, sade ve alçak gönüllüdürler. Bu özellikler yaşla birlikte kaçınılmaz şekilde karşılaşılan ölüm ve hastalıklara yakalanan insanlar için uyumu artırır. Çoğu modern toplumlarda da idealizm, alçak gönüllülük ve düşüncelilik zenginlik ve güç edinmeyi engellediğinden dolayı dezavantaj olarak görülebilmektedir (8) .

2.2. KİŞİLİK BOZUKLUKLARI

Kişilik bozukluğunun tam geçerli bir tanımını yapmak güçtür. Psikiyatride tanı tartışmasına en çok yol açan sorun kişilik bozukluklarıdır. Ruhsal bozuklukların dışında kalan ve uzun süreli uyum bozuklukları gösteren kişilerin her toplumda sık görüldüğü bilinmektedir. Kişilik bozukluğu tanısında önemli sorunlardan biri kişilik yapısı ile kişilik bozukluğunun karıştırılmasıdır. Burada ana belirteç özelliklerin ağırlık derecesidir. Kişilik bozukluğu tanısını koyabilmek için öncelikle bireyin

toplumsal uyumunda, iş devamlılığında, ilişkilerinde süreklilik sağlayabilmesinde önemli bozulmaların görece değişmeden uzun süre bulunması gerekmektedir.

2.2.1. Kişilik Bozukluklarında Sık Görülen Ortak Özellikler

- Benliğe yerleşmiş olan davranış örüntülerinin uyum amacı ile esneklik göstermeden sürdürülmesi; örneğin yapılan yanlışlıkların yinelenmesi, ders alınmaması
- Biliş, duygulanım ve dürtü denetiminde ya da insan ilişkilerinde belli bir toplum için geçerli ölçülerden sapması, topluma aykırı davranışlar göstermesi
- Çocukluktan ya da ilk ergenlik çağından beri süregelmesi
- Toplum içinde, iş yaşamında belirgin bozulmaya ya da şiddetli sıkıntıya yol açması
- Davranış örüntülerinin ve tutumlarının genellikle benlikle uyumlu yani benimsenmiş olması ve değiştirilmek istenmemesi; bazen de benlikçe benimsenmemiş, benliğe-yabancı olsa bile değiştirilememesi
- Genel olarak çevre ile çatışma ve sürtüşmeye yol açması; kendisini çevreye değil, çevresini kendisine uydurmaya çalışması (alloplastik uyum)
- Kişinin bilişsel yetilerinde, temel duygulanım ve düşünce yapısında belirgin bozukluk olmaması
- Bu durumun bir ruhsal bozukluk ya da madde etkisi ile açıklanamaması

Kişilik bozukluklarının başlangıcı genellikle ergenlik ya da erken erişkinlik dönemlerine kadar gider. Uzun süreli izleme çalışmaları ile zaman içinde kişilik bozukluklarının kısmen düzelebildiği, en azından açık belirti ve bulgularının yatıştığı gösterilmiştir. Bazı kişilik bozukluklarının izleri ise çocukluk döneminde de bulunabilir. Örneğin ASKB tanısı konulan bir kişide, çocukluk döneminde karşı çıkma bozukluğu tanısı konabilecek belirtiler olduğu görülebilir. Kişilik bozukluğu ile birlikte başka ruhsal bozukluklar da bulunabilir.

2.2.2. Sıklık ve Yaygınlık

Kişilik bozuklukları erkeklerde kadınlara oranla 4-5 kat daha fazla bulunmaktadır. Farklı kişilik bozukluklarının kadın ve erkeklerde görülme oranları farklıdır. Örneğin paranoid, şizoid, şizotipal, antisosyal, narsisistik, obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları erkeklerde daha sık görülür. Kadınlarda daha sık görülen kişilik bozuklukları ise sınırda (borderline), histrionik ve bağımlı kişilik bozukluklarıdır.

Kaçınan kişilik bozukluğunda cinsiyet farkı bildirilmemektedir. Toplumsal araştırmalarda herhangi bir kişilik bozukluğu yaygınlığı %3.9-14.8 arasındadır. Geleneksel yaşam biçimini koruyan kırsal bölgelere göre kentlerde antisosyal kişilik bozukluğuna daha yüksek oranda karşılaşıldığı sanılmaktadır. Sanayileşmiş, kentleşmiş toplum içinde sosyal-kültürel-ekonomik düzeyi düşük, hızla değişen, töre ve gelenekleri çürük ya da sarsılmış, anomik toplum kesimlerinde daha sık görülür. Yapılan bir çalışmada antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alanların yalnızca %8'i evli, %75'i hiç evlenmemiştir. Ayrıca bir kişilik bozukluğu tanısı alanların almayanlara göre eğitim düzeyleri daha düşük bulunmuştur. Diğer yandan, değişik hastalıklarla psikiyatrik başvuruları olan hastalar arasında kişilik bozukluğu oranı yüksektir (9).

2.2.3. Kişilik Bozukluğu Türleri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı beşinci basıma (DSM-5) göre, kişilik bozuklukları üç ana kümeye toplanmıştır:

- Garip, sıra dışı özellikli olan kişilik bozukluklarını içeren A kümesi (Paranoid, şizoid, şizotipal kişilik bozuklukları)
- Dramatik, coşkusal özellikli olan kişilik bozukluklarını içeren B kümesi (Antisosyal, sınırda(borderline), histrionik, narsisistik kişilik bozuklukları)
- Bunaltı, korku özellikli olan kişilik bozukluklarını içeren C kümesi: kaçınan, bağımlı, obsesif –kompulsif kişilik bozuklukları (9)

2.3. ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Psikopatik kişilik bozukluğu ile sosyopatik kişilik bozukluğu eşanlamlı kullanılır. Toplumsal kurallara ters düşen, suç sayılan davranışlar gösteren kişiler bu tanı sınıfına girerler. Bunlar çocukluk çağında da yalancılık, hırsızlık, evden kaçma, kavgacılık davranışları göstermiş kişilerdir. Çocukluk çağında davranım (conduct) bozukluğu tanısı konan bu kişilere, yetişkin yaşta da süren antisosyal davranışlar nedeniyle 18 yaşından sonra ASKB tanısı konur. Yetişkin yaşta da süren antisosyal davranışlar nedeniyle bu kişiler sık sık karakollara düşerler, tutuklanırlar. Gördükleri cezalardan, olumsuz deneyimlerden ders almazlar. Çoğunda bu davranış bozuklukları 40-50 yaşından sonra görece azalır; kişinin çok sorunlu bir yaşamı bir miktar yatıştır, fakat bencillik ve sorumsuzluk sürer. Erkeklerde görülme sıklığı kadınların üç katıdır.

Kavgacılık, sahtecilik, hırsızlık, alkol ve başka psikoaktif maddelere, kumara düşkünlük özellikleri ile birlikte toplum içinde ve aile yaşamında çeşitli sorumsuz davranış örnekleri gösterirler. Sürekli ve tutarlı ilişki kuramazlar. Kurdukları ilişkilerde kısa sürede aldatıcı olurlar. Dürtülerini engelleyemezler. Denetimsiz, dürtüsel (atak), saldırgan davranışlar gösterirler. Üstbenlik (süper ego) gelişmemiş gibidir. Genellikle suçluluk duygusu duymazlar. Pişmanlıkları olsa bile yüzeysel ve geçicidir. Bir başka deyişle kendini içten yargılama ve özdenetimleri zayıftır ya da yoktur. Dıştan gelen engel ve yargılara aldırılmazlar. Sanki dürtüsel doyum, haz ilkesi her şeyin üstündedir. Zeki ve yetenekli olsalar bile uçarı tutumları, dalgacılık, sorumsuzluk ve başka hevesler yüzünden bir işte uzun süre kalamazlar. İnsan ilişkilerinde, başlangıçta girişken, canlı, ilgili ve bilgili görünebilirler, fakat bencil ve sorumsuz davranışlar yüzünden ilişkiler kısa sürede kopar. Kendilerini haklı çıkarmak için akla uygunlaştırma (rasyonalizasyon) savunma düzeneğini fazla kullanırlar.

Çocuklukta dikkat eksikliği ve aşırı hareketlilik bozukluğu gösterenlerde ASKB riski daha yüksektir. Genellikle alkolizme, kumara, suça yönelimli aşırı dayak atan, antisosyal anne-babanın bulunduğu düzensiz, dengesiz, parçalanmış ailelerden gelirler. Bir bölümü de yuvalarda (kimsesizler yurdunda) yetişmişlerdir. Sıklıkla çocuklukta bedensel kötü muamele öyküsü saptanmaktadır. Ağır cinsel sapkınlık gösterenlerin çoğunda ASKB vardır. Bu kişilik bozukluğunun ortaya çıkmasında kalıtım ve çevre etkenlerinin birlikte rol oynadığı anlaşılmaktadır. Biyolojik anne-babaları ASKB olan çocuklar, ayrı aile ortamında yetişmiş olsalar bile, ASKB riski normal nüfusa göre 5-10 kat yüksektir. ASKB olan ebeveyne sahip erkek çocuklarda antisosyal kişilik ve psikoaktif madde bağımlılığı; kız çocuklarda ise somatizasyon bozukluğu daha sık görülür (9). ASKB için farklı tanı dizgelerinde çeşitli ölçütler geliştirilmiştir. DSM-5'e göre ASKB tanı ölçütleri Tablo 2.1.'de yer almaktadır.

Tablo 2.1. DSM-5 Antisosyal Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri

A.	Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) olması ile kendini gösteren, 15 yaşından bu yana süregelen, başkalarının haklarını saymama veya çiğneme ile karakterize örüntü.
	1. Tutuklanma nedeni olabilecek yineleyici eylemlerde bulunma ile belirli, sosyal normlara uymakta başarısızlık.
	2. Sürekli şekilde yalan söyleme, takma isim kullanma, kişisel çıkarları veya zevkleri için başkalarını yanıltma gibi dürüst olmayan tutumlar.
	3. Dürtüsellik ve gelecek için plan yapmama.
	4. Tekrarlayan kavgalar ve saldırılarla belirli olmak üzere, sinirlilik ve saldırganlık.
	5. Kendisinin ya da başkasının güvenliği konusunda umursamazlık
	6. Sürekli işinin olmayışı ya da parasal sorumluluklarını yerine getirmeme ile belirli, sürekli bir sorumsuzluk.
	7. Başkasına zarar verme, kötü davranma ya da başkasından bir şey çalmış olmasına rağmen ilgisiz olma veya yaptıklarından kendince mantıklı açıklamalar getirme ile belirli pişmanlık ve vicdan azabı duymama.
B.	Kişi en az 18 yaşındadır.
C.	15 yaş öncesinde davranım bozukluğunun başladığına ilişkin kanıtlar vardır.
D.	Şizofreninin ya da bipolar bozukluğun, gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır.

2.3.1. Epidemiyoloji

DSM-5'e göre ASKB'nin 12 aylık prevalansı %0.2 ile %3 arasındadır. Kentlerin fakir bölgeleri ve bu bölgelerin yer değiştiren sakinleri arasında daha yaygındır. ASKB en yüksek yaygınlıkta, şiddetli alkol kullanım bozukluğu olan erkekler (%70'den fazla) ve cezaevlerinde kalanlar (%75 kadar yüksek olabilir) arasında bulunur (10). Erkeklerde kadınlardan çok daha yaygındır. Erkek hastalar kadınlarla karşılaştırıldığında erkeklerin daha geniş ailelerden geldikleri görülür. Belirtiler 15 yaşından önce başlamaktadır. Kızlarda belirtiler puberte döneminde görülebilirken, erkeklerde daha erken yaşlarda bile görülebilmektedir. Ailesel yüklülük vardır. ASKB, bu bozukluğa sahip erkeklerin birinci derece akrabaları arasında kontrollere göre beş kat daha yaygındır.

2.3.2. Etiyoloji

Çalışmalardan elde edilen sonuçlar, biyolojik (genetik, fizyolojik, nöro-biyolojik) ve çevresel faktörlerin karşılıklı etkileşiminin ASKB gelişiminde ve devamlılığında rol oynadığını göstermektedir.

2.3.2.1. Genetik faktörler

Kapsamlı araştırmalar antisosyal davranışların dağılımlarının yaklaşık yarısında genetik faktörlerin rol oynadığını göstermektedir (11). Özellikle antisosyal davranışların çocukluk döneminde başladığı ve sorunlu davranışların yaşam boyu devam ettiği olgularda, ergenlik dönemiyle sınırlı olarak antisosyal davranışlar sergileyen olgulara göre genetik faktörlerin daha büyük rol oynadığı ikiz çalışmalarında gösterilmiştir (12). Bu sonuç çevresel faktörlerin daha çok ergenlik döneminde ortaya çıkan antisosyal davranışla ilişkili olduğunu göstermektedir. Hangi özellikli genlerin antisosyal davranışa katkıda bulunduğunu göstermek üzere araştırmalar yürütülmüştür. Monoamin oksidaz-A enzimini kodlayan gende düşük aktiviteye yol açan bir polimorfizmin çocukluk çağında cinsel istismara uğrayan kadınlarda özgül bir duyarlılığa yol açarak antisosyal davranışın ve alkolizmin ortaya çıkışına zemin hazırladığı görülmüştür. Aynı gen için yüksek aktiviteye sahip olan ve çocukluk çağında cinsel istismara uğrama öyküsü olan kadınlarda ise antisosyal davranışların ve alkolizmin daha az oranda izlendiği saptanmıştır (13).

Diğer bir çalışmada, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu ve bilişsel performansla ilişkili sinaptozomal ilişkili protein 25 geninde saptanan bazı polimorfizmlerin, erkek cinsiyette ASKB gelişiminde etkili olduğu saptanmıştır. Ancak bu polimorfizmlerin psikopati düzeyiyle ve özellikleriyle ilişkisinin bulunmadığı, yenilik arama ve ödül bağımlılığı davranışlarıyla ilişkili olduğu belirlenmiştir (14). Ancak tek gen polimorfizmlerinin, saptanan tüm bu davranışların küçük bir yüzdesini açıklayabileceği bilinmektedir.

2.3.2.2. Çevresel Faktörler

Antisosyal davranışın ortaya çıkışında genetik etkiler önemli olsa da çevresel etkilerin önemli bir yeri olduğu bilinmektedir. Ancak pek çok olguda, genetik etkiler ve çevresel etkiler birlikte yer aldığından, ASKB nin etiyolojisinde bu etkenlerin ne oranda etkili olduğunu ortaya koymak mümkün olmamaktadır. Örneğin, bir ya da her iki ebeveyni de ASKB olan bireyler, genetik risk faktörlerine sahip olmalarının yanı sıra kötü muameleye uğrama/şahit olma gibi çevresel etkilenmelere sahip olabilmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar çocukluk çağında eşe yönelik şiddete şahit olmanın ileride eşe yönelik şiddet davranışı için bir risk faktörü olduğunu ortaya koymuştur (15).

Antisosyal davranışlarla ilişkili olarak televizyon seyretmenin etkilerinin araştırıldığı 26 yıllık bir kohort çalışmasında, 1037 birey incelenmiş olup, çocukluk-ergenlik döneminde daha fazla süre televizyon izlemenin genç erişkinlikte ASKB ve hüküm giyme ile ilişkili olduğu ortaya konulmuştur. Araştırmayı yürütenler, bu sonuca yol açan olası mekanizmalar olarak; gözlemsel öğrenme ile antisosyal davranışın içselleştirilmesi, gencin şiddete veya acı çeken kişilere yönelik duyarsızlaşması, belli koşullarda öfkenin ve şiddetin kullanılabilmesi ile inançlar geliştirmesi, aile ve akranlarla sosyal etkileşimin azalması, azalmış eğitim başarısı ve artmış işsizlik oranlarını göstermişlerdir (16).

Prospektif uzunlamasına bir çalışmada, erken dönem bakım kalitesinde (ilk 18 aylık dönem), bebek-ebeveyn ilişkisindeki sorunların 20 yıl sonra ortaya çıkan ASKB özellikleri için bir göstere olduğu gösterilmiştir. Annenin bebekle etkileşiminde sessiz kalması, kendisinin bebeği yatıştırması yerine oyuncakla sakinleştirmeyi tercih etmesinin, süreçte ASKB gelişiminde rolünün olduğu belirlenmiştir (17).

Çocukluk döneminde suistimale uğramanın, yetişkinlikte ASKB özellikleriyle ilişkili bulunmuştur (8). Psiko-sosyal yoksunluk, özellikle suistimal ve ihmalin ASKB olan bireylerde oldukça yaygın olduğu gösterilmiştir (18). Bu çevresel faktörlerin genetik etkilenmelerden bağımsız olarak ASKB gelişimindeki rolü, ancak ikiz ve evlat edinme çalışmalarıyla ortaya konabilir.

Çevresel olumsuz etkilerin (örneğin çocukluk çağı suistimallerinin) ASKB gelişimine yol açmasında olası mekanizmanın, doğrudan biyolojik sistemler üzerine etkiler yoluyla olduğu düşünülmektedir. Çevresel etkenler hangi genlerin eksprese olacağını ya da ekspresyonunun engelleneceğini belirleyerek, hormon ve nörotransmitter düzeylerini değiştirebilmekte, böylece beyin işlevselliğini değiştirebilmektedir. Çevresel faktörler biyolojik sistemler üzerindeki etkisini özellikle yaşamın erken döneminde göstermektedir.

Güncel bir beyin görüntüleme çalışması, psiko-sosyal yoksunluğa (özellikle çocukluk dönemi fiziksel ve cinsel istismara) maruz kalmış ve saldırganlık gösteren ASKB tanısı alan bireylerde, sağlıklı kontrol ve saldırganlık gösteren ancak psiko-sosyal yoksunluğa maruz kalmamış bireylerle karşılaştırıldığında talamus hacminde azalma olduğunu göstermiştir (16). Bilindiği üzere talamus gelen duyu bilgilerin filtrelenmesinde görev almaktadır. Yazarlar, spekülasyonla birlikte talamik işlev

eksikliğinin, bireylerin geçmişte yaşadıkları istismar ve kötü muameleye ilişkin anı ve düşüncelerin baskılanmasını güçleştirdiğini iddia etmişlerdir. İlaveten çalışmada, psiko-sosyal yoksunluk ile prefrontal korteksin inferior frontal bölgesinin hacmi arasında ters ilişki saptanmıştır.

Prefrontal korteksin inferior frontal bölgesi inhibisyon ve davranışsal kontrolden sorumlu olup, işlevindeki bozulma bireyin davranışını planlayamamasına ve kontrol edememesine yol açmaktadır.

2.3.2.3. Beyin Görüntüleme

Prospektif uzunlamasına nöro-psikolojik test çalışmaları, 3 yaş civarındaki çocuklarda beyin işlevselliğindeki bozulmaların ASKB gelişimine katkıda bulunduğunu göstermektedir (19). Bir takım nöro-görüntüleme çalışmaları antisosyal gruplarda, belirli beyin bölgelerinin yapısal veya işlevsel olarak farklılık gösterdiğini ortaya koymuştur. En sık tekrarlanan bulgu, prefrontal korteksin hacimsel ve işlevsel açıdan azaldığıdır (20). Ayrıca antisosyal davranış açısından erkek ve kadın cinsiyet farklılığının kısmen prefrontal korteks yapısından kaynaklandığı dşnlmektedir. Kadın ve erkek cinsiyet farklılığının özellikle orbito-frontal ve orta frontal bölgedeki gri cevher hacim farklılığı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Diğer bir deyişle antisosyal davranışların erkeklerde kadınlara göre daha fazla gözlenmesinin biyolojik karşılığının, çalışmada yer alan erkeklerde kadınlara göre, orbito-frontal korteksin daha kk olmasıyla ilişkili olduğu değerlendirilmiştir (21).

Diğer alışmalar, prefrontal korteksteki hacim azalmasının genel olarak ASKB ile ilişkisini veya komorbid durumlarla ilişkisini sorgulamıştır. İki çalışmada da ASKB tanısı alan farklı alt gruplarda beyindeki değişiklikler araştırılmıştır. Gregory ve ark. (22) alışmasında prefrontal gri cevher hacmindeki azalma sadece komorbid psikopatik özellikler taşıyan ASKB'lerde saptanmıştır. Oysa kontrol ve psikopatik özellikler taşımayan ASKB gruplarında prefrontal hacim açısından farklılık saptanmamıştır.

Schiffer ve ark. (23) madde kullanımının antisosyal gruplarda etkilerini araştırmışlardır. Suç işlemiş ya da işlememiş olsun madde kullanan tüm deneklerde (ASKB ve kontrol) prefrontal kortekste gri cevher hacminin azaldığını bulmuşlardır. Özetle bu çalışmalarda, ASKB tanısı alanlarda prefrontal gri madde hacmindeki azalmanın komorbid durumlardan (psikopatik özellikler ve madde kullanımı)

etkilendiği saptanmıştır. Ancak gri cevherdeki azalma ile komorbid durumların ilişkisi açıklığa kavuşmamıştır.

Öte yandan araştırmacılar, genel genetik faktörlerin antisosyal kişilik ve madde kullanım sorunları için risk oluşturduğunu ifade etmişlerdir (24). ASKB tanılı deneklerde, dinlenme esnasında aktivite gösteren dikkatle ilişkili beyin bölgelerinde (default mod şebekesi olarak bilinen) ayrışma olduğu bulunmuştur. Default mod şebekesinin emosyonel düzenleme, geleceği planlama, geçmiş deneyimleri düşünme, kendini düşünme ile ilişkili olduğu ve bu şebekedeki azalmış işlevselliğin bu işlevleri bozduğu düşünölmektedir.

Jiang ve ark. (25) aldatmanın nöral bağlantılarını ortaya koymak üzere ASKB tanılı suçlularda yaptıkları çalışmada yalan söylerken, dorsolateral prefrontal korteks, inferior pariyetal korteks ve singulat kortekste sağlıklı kontrollerdekine benzer aktivite ortaya çıktığını saptamışlardır. Bu alanlar bilişsel kontrol ve inhibisyondan sorumlu olduğu için normalde doğruyu söylemeye yönelik eğilimi bastırmada aktifleşmektedirler. Yalan söylemede daha başarılı olan ASKB tanılı suçlularda kontrol ve inhibisyonu sağlayan bu bölgelerde daha az aktivite ortaya çıktığı saptanmıştır (25).

ASKB olan bireylerdeki beyin yapısı ve işlevselliğindeki farklılıkların kaynağı, genetik ya da çevresel etkilenimlerden kaynaklanmaktadır. Yukarıda tanımlanan bazı beyin farklılıkları psiko-sosyal yoksunluktan (ocukluk ağı fiziksel ve cinsel istismar) kaynaklanmaktadır (16). Çevresel faktörlerle özellikle yaşamın erken dönemlerinde karşılaşıldığında beyin gelişimi anlamlı düzeyde etkilenebilir ve antisosyal davranış riskinde artışa yol açabilir.

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Tez Yazım Kılavuzunda yer alan (<http://www.equator-network.org/>) sitesindeki “STROBE” protokolüyle uyumlu olarak “case control study (vaka-kontrol çalışması)” olarak planlanmıştır. Çalışma protokolü hakkında Gülhane Askeri Tıp Akademisi yerel etik kurulunun 16.09.2013 tarihinde yapılan 26. oturumunda etik ilkelere uygunluğu kararı verilmiş, onamının (EK 1) alınmasını müteakip uygulamanın yapılacağı Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanlığı’nın izini alınarak çalışmalara başlanmıştır. Tez yazarı ve danışmanı çıkar çatışması bulunmadığını beyan etmişlerdir.

3.1. KATILIMCILAR

3.1.1. Vaka Grubunun Seçimi

Çalışmada vaka grubu, Gülhane Askeri Tıp Akademisi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı polikliniğine Eylül 2013 ile Aralık 2013 tarihleri arasında ayaktan başvuran hastalardan seçildi. DSM-5 tanı ölçütlerine göre, bir psikiyatri uzmanı tarafından ASKB tanısı konulan ve araştırmaya katılma ölçütlerini karşılayan 100 erkek hasta çalışmaya dâhil edildi.

3.1.2. Kontrol Grubunun Seçimi

Kontrol grubu, vaka grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş, tıbbi bir rahatsızlığı olmayan, ailesel psikiyatrik hastalık öyküsü ve halen psikiyatrik hastalığı olmayan sağlıklı gönüllüler arasından seçilmiştir. Çalışmaya katılma kriterlerini karşılayan 98 gönüllü erkek çalışmaya dâhil edildi.

3.1.3. Olguların çalışmaya alınma ve dışlanma ölçütleri

a. Vaka grubu çalışmaya alınma ölçütleri:

- DSM-5 ölçütlerine göre ASKB tanısı alanlar

b. Kontrol grubu çalışmaya alınma ölçütleri:

- Eksen 1 ve 2 bozukluklar için yapılandırılmış klinik görüşme ile herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almayanlar

c. Vaka ve kontrol grubu için dışlama ölçütleri:

- Bilinç kaybıyla sonuçlanan kafa travması geçirenler

- Klinik değerlendirme ile düşük zekâ düzeyine sahip olduğu değerlendirilenler
- Organik nedenlere bağlı psikiyatrik hastalığı olduğu değerlendirilenler
- Çalışmaya katılmak istemeyenler

3.2. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1. Sosyo-demografik Veri Formu

Araştırmaya katılan olguların yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, çalışma durumu, öğrenim süresi, yaşadığı yer, babanın çalışma durumu, babanın öğrenim süresi, annenin öğrenim süresi, annenin çalışma durumu, ailenin aylık toplam geliri, kardeş sayısı, psikiyatrik tedavi öyküsü, ailede suç işleyen ve hapis cezası alan 1. derece akraba varlığı, intihar girişimi, uyuşturucu madde kullanımı, uyuşturucu madde kullanım başlama yaşı, uyuşturucu madde kullanım süresi, hapiste geçen toplam süre, ilk tutukluluk yaşı, evden ilk kaçma yaşı, işlediği suçların türü açık uçlu sorularla araştırılmıştır (EK 3).

3.2.2. Eksen 1 Bozukluklar Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-I)

DSM-IV Eksen 1 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşme ölçeğidir. Türkçe için uyarlama ve güvenilirlik çalışmaları Çorapçioğlu ve arkadaşları (26) tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.2.3. Eksen 2 Bozukluklar Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-II)

DSM-IV Eksen 2 kategorisinde yer alan kronik uyum bozukluklarını (kişilik bozukluklarını) değerlendirmede kullanılan yarı yapılandırılmış bir görüşmedir. Bu görüşme sonrası bireyin ilişki kurmada bozukluk düzeyinde herhangi bir kronik probleminin olup olmadığı tespit edilir. Bununla birlikte eşik altı düzeyde de kişilik özellikleri tespit edilir. Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları Coşkunol ve arkadaşları (27) tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.2.4. Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi (PCL-R)

Psikopatik karakter özelliklerini, davranış özelliklerini ölçmek üzere geliştirilmiş ve Türkçe için geçerlik ve güvenilirlik çalışması Tütüncü ve ark. (28) tarafından gerçekleştirilmiştir. Literatürde psikopatinin ölçümü için geliştirilmiş olan ve bu alanda en yaygın kullanılan ölçektir. Yirmi maddeden oluşmakta ve bulgunun mevcudiyetine göre (0=yok, 1=muhtemel mevcut 2=kesinlikle mevcut)

puanlanmaktadır. Alınabilecek toplam puan 0 ile 40 arasında değişkenlik göstermektedir. Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi iki faktör ve dört boyuttan oluşmaktadır.

Faktör 1 psikopatinin ana çekirdeği olan diğer insanları kullanmaya yönelik hiçbir vicdani sorumluluk taşımamayı barındırmaktadır. İki boyutu vardır. Birinci boyutu ilişki boyutu olup; yüzeysellik, aldatma, sahtekarlık, grandiyözite, patolojik yalan söyleme, aldatıcı cazibeyi içerir. İkinci boyutu duygusal boyut olup; vicdansızlık-suçlu hissetmeme, yüzeysel duygulanım, empati eksikliği, kendi davranışlarının sonuçlarının sorumluluğunu almamayı içerir.

Faktör 2 ise antisosyal yaşam stilini içerir ve iki boyutu vardır. İlk boyutunu yaşam stili boyutu oluşturur ve can sıkıntısına meyilli olma, bu yüzden uyarana ihtiyaç duyma, dürtüsellik, sorumsuzluk, asalak yaşam stili, gerçekçi uzun dönem planların-hedeflerin yokluğu ile karakterizedir. İkinci boyutu antisosyal boyut oluşturur ve erken dönem davranışsal sorunlar, davranış kontrol zayıflığı, çocukluk döneminde suç işleme, şartlı tahliyesinin iptaline yol açma, çok yönlü suç işleme ile karakterizedir. Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi puanlanırken, yarı yapılandırılmış görüşmeler ile ek resmi belgeler kullanılır. Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi, psikopati çalışmalarında kullanılabildiği gibi tutuklama, salıverme işlemlerinde ve rehabilitasyon çeşidine karar vermede kullanılmaktadır. Toplam psikopati puanının ≥ 20 olması psikopatik özelliklerin bulunduğunu, ≥ 30 ise ciddi psikopatiyi gösterir .

3.2.5. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği (BPSÖ)

Öfkeyi ve saldırganlığı değerlendirmek için geliştirilmiştir. 29 maddeden oluşan ölçeğin dört adet alt ölçeği bulunmaktadır. Fiziksel saldırganlık 2, 8, 11, 13, 16, 22, 25, 29. maddelerin; düşmanlık 3, 7, 10, 15, 17, 20, 24, 26. maddelerin toplanmasıyla, öfke 1, 9, 12, 18, 19, 23, 28. maddelerin; sözel saldırganlık 4, 6, 14, 21, 27. maddelerin toplanmasıyla elde edilir. Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması Madran (29) tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.2.6. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ)

Yirmi yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmede yararlı olan, geçerliği ve güvenilirliği gösterilmiş, özbildirime dayalı bir ölçme aracıdır. Ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, emosyonel

(duygusal) istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmali değerlendiren beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Duygusal (emosyonel) istismar 3, 8, 14, 18, 25. maddelerle, fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17. maddelerle, fiziksel ihmal 1 ,4, 6, 2, 26. maddelerle, duygusal (emosyonel) ihmal 5, 7, 13, 19, 28. maddelerle, cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27. maddelerle değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Şar ve ark. (30) tarafından gerçekleştirilmiştir.

3.2.7. Mc Master Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Ailenin yapısal ve örgütsel özelliğini ve aile üyeleri arasındaki etkileşimi, “sağlıklı” ve “sağlıksız” olarak ayırt edebilecek şekilde tanımlamıştır. Yedi alt grup ve toplam 60 maddeden oluşan 4’lü likert tipi bir ölçektir. Alt boyutları; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü, genel işlevlerdir.

Problem çözme; bir ailenin problemlerini çözmek için, etkin bir işlevsellik düzeyi sağlayabilmesini tanımlar. Bir aile problemi ile ifade edilen sorunlar, ailenin bütünlüğünü ve işlevsel kapasitesini tehdit eden ve çözümün zor olduğu konulardır. Problemler biçimsel ve duygusal olarak iki bölümde incelenir. Biçimsel problemler zorluklar olup barınma, maddi geçim gibi günlük yaşamın mekanik-rutin problemleridir. Duygusal problemler ise hislerle-algılarla ilişkilidir. Klinik deneyimler duygusal problemlerin kendi içinde sınırlı kalabildiğini, oysa biçimsel problemlerin neredeyse her zaman duygusal sorunlarla birlikte olduğunu göstermektedir. Etkin problem çözme becerisine sahip aileler, problem çözme becerilerini sınavan ve detaylandırma gerektiren sorunlarla karşılaştıklarında çoğu kez sorunlarını hızlı, kolayca ve üzerinde ayrıntılı düşünmeye gerek kalmadan çözebilirler. Problem çözme işlevinin yedi aşamalı basamağı; problemin tanımlanması, problemle ilgili bilgilerin uygun kaynaklara iletimi, alternatif davranışların geliştirilmesi, bir alternatif davranışa karar verilmesi, eyleme geçme, eylemin izlenmesi, başarının değerlendirilmesidir.

İletişim; ailenin bilgiyi nasıl değiş-tokuş ettiğini açıklar. Sözel olmayan iletişim oldukça önem taşımaya rağmen ölçümünde metodolojik zorluklar nedeniyle iletişim başlığı altında sadece sözel değiş-tokuş ele alınmaktadır. İletişim biçimsel ve duygusal bölümlere ayrılmaktadır. Bazı ailelerin duygusal iletişimde zorluklar yaşasa da biçimsel iletişimin iyi düzeyde olduğu gözlenmektedir. Tersine çok nadirdir.

İletişimin iki vektörel yönünü; açık örtülü-olma ve doğrudan-dolaylı olması oluşturur. Buna göre iletişimin dört stili mevcuttur. Açık ve doğrudan, açık ve dolaylı, örtülü ve doğrudan, örtülü ve dolaylı iletişim. Örtülü ve dolaylı iletişimin açık ve doğrudan iletişime göre ailenin işlevselliğini azalttığı kabul görür.

Roller; aile işlevlerinin yerine getirilmesine yönelik olarak aile üyelerinin üstlendikleri tekrarlayan davranış kalıplarıdır. Zorunlu aile işlevleri ve diğer aile işlevleri olarak ikiye ayrılır. Zorunlu aile işlevlerini; kaynakların sağlanması, manevi ilgi ve destek, eşler için cinsel tatmin, yaşam becerilerini geliştirme, sistemlerin idamesi ve yönetimi oluşturur. Roller alanındaki işlevselik, ailenin sorumluluklarını nasıl ayırttığı ve nasıl üstesinden geldiği ile ölçülür. Roller açısından daha işlevsel ailelerde, zorunlu aile işlevleri açık bir şekilde ayırtılmış ve ilgili üyeye sorumluk verilmiştir. Daha az işlevsel ailelerde, zorunlu aile işlevleri ele alınmamış, birbirinden ayırtılmamış ve sorumluluklar tanımlanmamıştır.

Duygusal tepki verebilme; bir dizi uyarana uygun nitelik ve düzeyde duygusal yanıtın verilebilme kabiliyetini tanımlar. Sevgi, şefkat gibi duygularla tepki verebilen fakat öfke, hüznün gibi olumsuz duyguları yaşamayan ailelerin duygusal duyarlılık açısından kısıtlanmış ve biraz çarpıtılmış olduğu kabul edilir. Böylesi duygusal kısıtlılığı olan bir ailede büyüyen çocukların kişisel gelişimlerinin güçlü bir şekilde etkileneceği beklenir. Bu açıdan daha işlevsel bir ailenin, şartlara daha uygun nitelik ve düzeyde duygusal yanıtlar vereceği beklenir.

Gereken ilgiyi gösterme; aile üyelerinin görüş ve aktivitelerine yönelik ailenin gösterdiği ilgi ve değeri ifade eder. Gereken ilgiyi gösterme (ilgili olma), bir spektrum içerisinde altı boyutta tanımlanmıştır: İlgisiz olma, duygulardan yoksun ilgilenme, narsistik ilgilenme, empatik ilgilenme, aşırı ilgilenme, simbiyotik ilgilenme.

- İlgisiz olma; aile üyelerinin birbirlerine yönelik hiç ilgisinin ve duygusal yatırımının olmadığı bir tabloyu tarif eder. Aile üyeleri sadece fiziksel ve biçimsel açıdan çevreyi paylaşırlar ve daha çok bir komşuluk ilişkisi yaşarlar.
- Duygulardan yoksun ilgilenme; sadece talep edildiğinde çok sınırlı düzeyde ilgi ve değer gösterme düzeyini ifade eder.
- Narsistik ilgilenme; aile üyelerine yönelik ilginin ve değerinin içerisinde bulunulan özel durumun önemi hissedilmeden, ben merkezci ihtiyaçlardan kaynaklı olarak gösterildiği durumlardır.

- Empatik ilgilenme; En etkili boyut empatik ilgilenme olup, bireyin diğere aile üyelerince yeterince anlaşıldığını hissettiği düzeydir.
- Aşırı ilgilenme; aşırı müdahaleci, fazla koruyucu, aşırı sıcak ilgi boyutunu içerir. Spektrumun en ucunda simbiyotik ilgilenme yer alır.
- Simbiyotik ilgilenme;bunda ise iki veya daha fazla aile üyesi arasında, bireysel sınırların belirsiz olduğu patolojik durumları belirtir. En uç noktasında adeta iki kişi tek bir kişi gibi yanıt verirler ve bireysel sınırlar çizilemez.

Ailenin fiziksel tehlikeli durumlar (örneğin bir çocuğun yola doğru koşması), psiko-biyolojik ihtiyaç ve dürtülerin birleştiği ve sergilendiği durumlar (yeme, uyku, tuvalet, seks ve saldırganlık durumunda ailenin bu davranışları kontrol edebilmek için benimsediği kalıplar) ve ailenin içeride ve dışarıda sosyalleşme davranışı gösterdiği durumlar karşısında benimsediği davranış özelliklerine ailenin davranış kontrolü işlevi denir. Ailenin davranış kontrolü işlevini değerlendirirken bu tehlikeli durumların her birinde aile üyelerinin davranışlarını göz önüne almak önemlidir. Ailenin davranış kontrolü işlevi özellikle çocuk disiplini konusunda somutlaşmış olarak gözlenebilir. Aile bahsedilen bu üç tehlikeli durum (alan) için kabul edilebilir standart bir davranışa ve standart dışı davranışa ne kadar tolerans göstereceğini belirler.

Davranış kontrolü alanı ile ilgili dört farklı tarz mevcuttur. Katı davranış kontrolü, esnek davranış kontrolü, her şeyin serbest olduğu (bırakınız-yapsınlar) davranış biçimi, kaotik davranış kontrolü.

- Katı davranış kontrolü; koşullar değişmesine rağmen değişime çok az imkan tanıyan ya da hiç tanımayan ve çok fazla kuralın olduğu davranış biçimini tanımlar.
- Esnek davranış kontrolü; kabul edilebilir standartları olan ve esnemeye makul ölçüde imkan tanıyan davranış kalıbıdır.
- Her şeyin serbest olduğu (bırakınız-yapsınlar) davranış biçimi; standartların veya kuralların olmadığı ve her şeyin geçerli olduğu anlayışını benimseyen davranış kalıbıdır.
- Kaotik davranış kontrolü; ailenin katı davranış kontrolünden esnek davranış kontrolüne, herşeyin serbest olduğu davranış biçimine rastgele geçtiği ve aile

üyelerinin herhangi bir zamanda hangi davranış kontrolü biçiminin uygulanacağını bilemedikleri kalıbı tanımlar.

Esnek davranış kontrolü en yüksek işlevselliğe, kaotik davranış kontrolü ise en düşük işlevselliğe sahiptir.

Genel işlevsellik boyutu, genel olarak ailenin sağlığını/patolojisini değerlendirir. Tüm maddelerde "1" en sağlıklı cevabı, "4" en sağlıksız cevabı temsil etmektedir. Bulut (31) tarafından uyarılma, geçerlik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 2.0'nin üzerindeki puan ortalamalarının aile işlevlerinde sağlıksızlığa doğru bir gidişin göstergesi olduğunu ifade etmiştir (31).

3.3. İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin analizi SPSS 15.0 paket programı kullanılarak yapıldı. Verilerin tanımlanmasında sayı, yüzde, ortalama±standart sapma, ortanca, minimum ve maksimum değerleri kullanıldı. Kesikli değişkenlerin karşılaştırılmasında Ki kare testi kullanıldı. Sürekli değişkenlerin gruplar arası karşılaştırılmasında iki ortalama arası farkın önemlilik testi (Student's t testi) ve Mann-Whitney U testi kullanıldı. Değişkenler arası doğrusal ilişkinin değerlendirilmesinde pearson veya spearman korelasyon testleri kullanıldı. Çeşitli faktörlerin psikopati ölçek puanlarına etkisini belirlemek için lojistik regresyon analizi uygulandı. $p < 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

4. BULGULAR

Katılımcıların sosyo-demografik verileri incelendiğinde 100 ASKB olgusu ile 98 sağlıklı gönüllüden oluşan kontrol grubu arasında yaş, toplam kardeş sayısı ve yaşanılan bölge açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p>0.05$)(Tablo 4.1).

Tablo 4.1. Katılımcıların Sosyo-demografik Özellikleri

	Kontrol grubu (n=98)		ASKB grubu (n=100)		Ki kare	p
	n	%	n	%		
Medeni durum						
Bekâr	88	89.8	70	70.0	12.03	0.001
Evli	10	10.2	30	30.0		
Çalışma durumu						
Çalışıyor	79	80.6	36	36.0	47.96	<0.001
Yasadışı işlerde çalışıyor	0	0	25	25.0		
İşsiz	19	19.4	39	39.0		
Babanın çalışma durumu						
Çalışıyor	83	84.7	61	61.0	19.29	<0.001
Yasadışı işlerde çalışıyor	0	0	13	13.0		
İşsiz	15	15.3	26	26.0		
Annenin çalışma durumu						
Çalışıyor	5	5.1	16	16.0	9.57	0.008
Yasadışı işlerde çalışıyor	0	0	3	3.0		
İşsiz	93	94.9	81	81.0		
Yaşadığı bölge						
Akdeniz	8	8.2	13	13.0	3.48	0.746
Doğu Anadolu	16	16.3	17	17.0		
Ege	10	10.2	10	10.0		
Güneydoğu Anadolu	22	22.4	16	16.0		
İç Anadolu	6	6.1	10	10.0		
Karadeniz	7	7.1	5	5.0		
Marmara	29	29.6	29	29.0		
	ort. ± standart sapma		ort. ± standart sapma		t/z	p
Yaş	21.88±2.07		21.95±2.32		0.21	0.833
Öğrenim süresi	9.35±2.99		7.35±2.43		5.11	<0.001
	ortanca (min-maks.)		ortanca (min-maks.)			
Babanın öğrenim süresi	5(0-14)		5(0-14)		6.03	<0.001
Annenin öğrenim süresi	1(1-3)		0(1-3)		4.47	<0.001
Ailenin aylık toplam geliri (TL)	1000(400-10000)		965(300-5000)		2.58	0.010
Toplam kardeş sayısı	5(1-15)		4(0-20)		1.94	0.052

Katılımcıların tamamı erkekti. Medeni durum, çalışma durumu, anne ve babanın çalışma durumu, öğrenim süresi, baba ve annenin öğrenim süresi, ailenin aylık

toplam geliri açılarından; ASKB ve kontrol grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). ASKB grubunda yasal olmayan işlerde çalışma oranı %25 ($n=25$), babanın yasal olmayan işlerde çalışma oranı %13 ($n=13$), annenin yasal olmayan işlerde çalışma oranı %3 ($n=3$), kontrol grubunda sırasıyla %0, %0, %0 olarak bildirildi.

ASKB grubunda kontrol grubuna kıyasla; öğrenim süresi, baba ve annenin öğrenim süreleri, ailenin aylık toplam gelir düzeyleri daha düşüktü (Tablo 4.1).

Tablo 4.2. Katılımcıların Klinik Özellikleri

	Kontrol grubu (n=98)		ASKB grubu (n=100)		Ki kare	p
	n	%	n	%		
Psikiyatrik tedavi öyküsü						
Var	3	3.1	42	42.0	42.73	<0.001
Yok	95	96.9	58	58.0		
İntihar girişimi						
Var	8	11.8	60	60.0	58.98	<0.001
Yok	90	91.8	40	40.0		
Uyuşturucu madde kullanımı						
Var	15	15.3	96	96.0	130.84	<0.001
Yok	83	84.7	4	4.0		
Tutuklanma						
Var	0	0	75	75.0	118.32	<0.001
Yok	98	100.0	25	25.0		
Hapis cezası alma						
Var	0	0	58	58.0	80.39	<0.001
Yok	98	100.0	42	42.0		
Birinci derece akrabalarında adli ceza öyküsü						
Var	9	9.2	67	67.0	69.95	<0.001
Yok	89	90.8	33	33.0		
Evden kaçma öyküsü						
Var	0	0	81	81.0	134.33	<0.001
Yok	98	100.0	19	19.0		
Suçların çeşitliği						
Yok	98	100.0	3	3.0	186.35	<0.001
Adam öldürme/yaralama	0	0	16	16.0		
İki ve daha fazla çeşit suç işleme	0	0	81	81.0		
	ort.±SS		ort.±SS		t/z	p
Uyuşturucu maddeye başlama yaşı	16.33±1.84		13.23±4.0		3.67	<0.001
Uyuşturucu kullanım süresi	4.2±1.78		7.74±4.16		3.56	<0.001
İlk tutuklanma yaşı	0		17.25±2.81		-	-
Evden ilk kaçma yaşı	0		12.41±3.29		-	-
Hapiste geçen toplam süre (ay) ortanca (min-maks.)	0		11.5(1-120)		-	-

Katılımcıların klinik özellikleri Tablo 4.2’de yer almaktadır. ASKB grubu ile kontrol grubu arasında; psikiyatrik tedavi öyküsü, intihar girişimi, uyuşturucu madde

kullanımı, tutuklanma, hapis cezası alma, birinci derece akrabalarında adli ceza alma, evden kaçma, suç çeşitliliği, uyuşturucu maddeye başlangıç yaşı, uyuşturucu kullanım süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.001$).

ASKB grubunda psikiyatrik tedavi öykü %42 (n=42), intihar girişiminde bulunma %60 (n=60), uyuşturucu madde kullanımı %96 (n=96), tutuklanma %75 (n=75), hapis cezası alma %58 (n=58), birinci derece akrabalarında adli ceza öyküsü %67 (n=67), evden kaçma öyküsü %81 (n=81), adam öldürme-yaralama suçu işleme %16 (n=16), iki veya daha fazla suç işleme %81 (n=81) oranında bulunmuştur. Kontrol grubunda psikiyatrik tedavi öykü %3.1 (n=3), intihar girişiminde bulunma %11.8 (n=8), uyuşturucu madde kullanımı %15.3 (n=15), tutuklanma %0, hapis cezası alma %0, birinci derece akrabalarında adli ceza öyküsü %9.2 (n=9), evden kaçma öyküsü %0, adam öldürme-yaralama suçu işleme %0, iki veya daha fazla suç işleme %0 (n=81) olarak saptandı. ASKB grubu kontrol grubuyla kıyaslandığında; psikiyatrik tedavi öykü, intihar girişiminde bulunma, uyuşturucu madde kullanımı, birinci derece akrabalarında adli ceza öyküsü, evden kaçma, tutuklanma, hapis cezası alma, suç işleme oranları daha yüksekti.

Uyuşturucu maddeye başlama yaşı, ASKB grubunda (13.23 ± 4.0) kontrol grubuna (16.33 ± 1.84) kıyasla daha düşüktü. Uyuşturucu kullanım süresi, ASKB grubunda (7.74 ± 4.16) kontrol grubuna göre (4.2 ± 1.78) daha uzundu. İki grup arasında uyuşturucu madde başlama yaşı ve uyuşturucu kullanım süresi açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı ($p<0.001$).

ASKB grubunda, ilk tutuklanma yaşı 17.25 ± 2.81 , evden ilk kaçma yaşı 12.41 ± 3.29 , hapisten geçen toplam süre 11.5 (1-120) ay olarak saptandı.

Katılımcıların Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi, BPSÖ, ÇÇRTÖ ve ADÖ puanları ile ASKB grubu ile kontrol grubunun karşılaştırılması Tablo 4.3'te yer almaktadır.

Tablo 4.3. Kontrol Grubu ve ASKB Grubunda Yer Alan Katılımcıların Psikometrik Özellikleri ve Karşılaştırması

	Kontrol grubu (n=98)	ASKB grubu (n=100)	t/z değeri	p
	ort.±ss	ort.±ss		
Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği				
-toplam	44.10±23.02	83.20±19.95	9.55	<0.001
-fiziksel saldırganlık	11.68±7.39	24.81±6.66	9.63	<0.001
-sözel saldırganlık	8.56±4.43	15.57±4.17	8.93	<0.001
-öfke	11.36±6.97	21.46±4.93	9.12	<0.001
-düşmanlık	12.50±7.95	21.86±8.44	7.24	<0.001
Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği				
-toplam				
-duygusal istismar	38.74±12.56	69.95±21.83	9.47	<0.001
-fiziksel istismar	6.72±3.44	15.30±6.44	9.68	<0.001
-fiziksel ihmal	5.98±2.25	14.02±6.72	9.47	<0.001
-duygusal ihmal	8.96±3.68	15.02±5.24	7.86	<0.001
-cinsel istismar	11.47±4.96	18.42±5.07	7.93	<0.001
	5.71±2.16	7.23±3.62	3.93	<0.001
Aile Değerlendirme Ölçeği				
-problem çözme	2.12±0.84	3.12±2.09	6.10	<0.001
-iletişim	2.04±0.59	2.58±0.70	5.61	<0.001
-roller	2.17±0.57	2.93±0.52	8.39	<0.001
-duygusal tepki verebilme	2.31±0.74	3.24±0.79	7.51	<0.001
-gereken ilgiyi gösterme	2.33±0.51	2.41±0.65	0.92	0.35
-davranış kontrolü	2.11±0.43	2.62±0.55	6.60	<0.001
-genel işlevler	1.83±0.76	2.96±0.85	8.13	<0.001
Gözden geçirilmiş Psikopati kontrol listesi	2.88±0.74	28.19±5.56	12.32	<0.001
-psikopati düzeyi				

ASKB grubunda kontrol grubuna göre; BPSÖ puanları (toplam, fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke, düşmanlık puanları) ile çocukluk çağı ruhsal travma ölçek puanları (toplam, duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar) daha yüksekti. BPSÖ ve ÇÇRTÖ puanları açısından; ASKB ve kontrol grubu arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$).

Aile işlevselliğini değerlendirmek üzere uygulanan ADÖ açısından ASKB grubunda kontrol grubuna kıyasla; gereken ilgiyi gösterebilme dışında tüm parametreler daha yüksekti ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı ($p<0.001$). Yani ASKB grubunda kontrol grubuna kıyasla; gereken ilgiyi gösterebilme alanı dışındaki tüm işlevler daha düşük düzeyde saptandı. Deneklerin psikopati düzeyleri açısından, ASKB grubunun (28.19 ± 5.56) kontrol grubuna (2.88 ± 0.74) kıyasla daha

yüksek puan aldığı ve aradaki farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü ($p<0.001$).

ASKB grubunda yer alan deneklerin, toplam psikopati düzeylerine etki eden klinik değişkenlerden istatistiksel olarak anlamlı bulunanlar Tablo 4.4'de yer almaktadır. ASKB tanısı alan deneklerden geçimini yasa dışı yollarla temin edenlerin psikopati düzeylerinin (30.96 ± 3.86), yasal çalışma ile geçimini sağlayanlardan (27.27 ± 5.75) daha yüksek ve aradaki farkın anlamlı olduğu belirlendi ($p=0.003$).

Tablo 4.4. ASKB Grubunda Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi Toplam Puanına Etki Eden Klinik Değişkenlerin Karşılaştırılması

	PCL-R toplam puan (ort.±ss)	t/z değeri	p
Geçim kaynağı yasa dışı faaliyet yasal çalışma	30.96±3.86 27.27±5.75	2.96	0.003
Uyuşturucu kullanımı var yok	28.53±5.39 20.00±2.94	2.85	0.004
Tutuklanma öyküsü var yok	28.95±5.48 25.92±5.28	2.75	0.006
Evden kaçma öyküsü var yok	29.00±5.37 27.00±5.71	2.25	0.024

ASKB grubunda uyuşturucu kullananların psikopati düzeyinin (28.53 ± 5.39), uyuşturucu kullanmayanların sahip oldukları psikopati düzeyinden (20.00 ± 2.94) daha yüksek olduğu ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p=0.004$).

ASKB grubunda tutuklanma öyküsü bulunanların psikopati düzeyinin (28.95 ± 5.48), tutuklanma öyküsü olmayanların psikopati düzeyinden (25.92 ± 5.28) daha yüksek olduğu ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu ($p=0.006$).

ASKB grubunda evden kaçma öyküsü bulunanların psikopati düzeyinin (29.00 ± 5.37), evden kaçma öyküsü bulunmayanların psikopati düzeyinden

(27.00±5.71) daha yüksek olduğu ve iki grup arasındaki farkın anlamlı olduğu bulundu (p=0.024).

ASKB grubunda toplam psikopati düzeyi ile suç çeşitliliği ve uyuşturucu madde kullanım süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı (Tablo 4.5).

Psikopati toplam puanı ile işlenen suç çeşitliliği arasında, (+) yönde, orta düzeyde (r=0.379) ve istatistiksel olarak anlamlı (p<0.001) bir ilişki saptanmıştır.

Psikopati toplam puanı ile uyuşturucu madde kullanım süresi arasında, (+) yönde, orta düzeyde (r=0.367) ve istatistiksel olarak anlamlı (p<0.001) bir ilişki saptandı.

Ancak ASKB grubunda toplam psikopati düzeyi ile öğrenim süresi, ailenin aylık toplam geliri, uyuşturucu kullanmaya başlama yaşı, hapiste geçen toplam süre, ilk tutuklanma yaşı, ilk evden kaçma yaşı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 4.5).

Tablo 4.5. Toplam PCL-R Toplam Puanı İle Klinik Değişkenlerin İlişkisi

	Toplam PCL-R puanı		
	n	r	p*
Suç çeşitliliği	100	0.379	<0.001
Uyuşturucu madde kullanım süresi	99	0.367	<0.001
Öğrenim süresi	100	0.003	0.980
Ailenin aylık toplam geliri	100	0.104	0.304
Uyuşturucuya başlama yaşı	99	-0.070	0.493
Hapiste geçen toplam süre	58	-0.025	0.851
İlk tutuklanma yaşı	75	-0.208	0.074
İlk evden kaçma yaşı	81	-0.072	0.521

* Pearson veya Spearman korelasyon test

ASKB grubunda, psikopati düzeyleri ile BPSÖ toplam ve fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke alt ölçek puanları arasında; (+) yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ancak psikopati düzeyi ile BPSÖ düşmanlık alt ölçek puanı arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (p=0.104) (Tablo 4.6).

Tablo 4.6. Toplam PCL-R Puanı ile BPSÖ, ÇÇRTÖ, ADÖ Puanlarının İlişkisi

	Toplam PCL-R puanı		
	n	r	p
Buss Perry saldırganlık ölçeği			
toplam	100	0.335	0.001
fiziksel saldırganlık	100	0.414	<0.001
sözel saldırganlık	100	0.321	0.001
öfke	100	0.301	0.002
düşmanlık	100	0.164	0.104
Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği			
toplam	100	0.304	0.002
duygusal istismar	100	0.350	<0.001
fiziksel istismar	100	0.296	0.003
fiziksel ihmal	100	0.128	0.204
duygusal ihmal	100	0.322	0.001
cinsel istismar	100	0.034	0.737
Aile değerlendirme ölçeği			
genel işlevler	100	0.315	0.001
problem çözme	100	-0.085	0.403
iletişim	100	0.099	0.329
roller	100	0.033	0.746
duygusal tepki verebilme	100	0.170	0.090
gereken ilgiyi gösterme	100	-0.058	0.568
davranış kontrolü	100	0.157	0.119

ASKB grubunda psikopati düzeyleri ile ÇÇRTÖ toplam puanı, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal puanları arasında; (+) yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Fiziksel ihmal ile psikopati düzeyleri arasında ($p=0.204$) ve cinsel istismar ile psikopati düzeyleri arasında ($p=0.737$) anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 4.6).

ASKB grubunda psikopati düzeyleri ile ADÖ toplam puanı arasında; (+) yönde, orta düzeyde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptandı ($r=0.315$, $p=0.001$) (Tablo 4.6).

Psikopati toplam puanı <30 olanlar ile ≥ 30 olanlar karşılaştırıldığında; yasa dışı faaliyette bulunma, tutuklanma, evden kaçma, suç çeşitliliği açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı.

Tablo 4.7. Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi Toplam Puanı <30 ve ≥30 Olan ASKB Olgularının, Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması

	ASKB				Ki kare	p*
	PCL-R toplam <30 (n=56)		PCL-R toplam ≥30 (n=44)			
	n	%	n	%		
Geçim kaynağı yasa dışı faaliyet yasal çalışma	6 50	10.7 89.3	19 25	43.2 56.8	13.85	<0.001
Babanın geçim kaynağı yasa dışı faaliyet yasal çalışma	5 51	8.9 91.1	8 36	18.2 81.8	1.86	0.17
Babanın öğrenim durumu yok var	25 31	44.6 55.4	21 23	47.7 52.3	0.09	0.76
Annenin öğrenim durumu yok var	33 23	58.9 41.1	25 19	56.8 43.2	0.04	0.83
Psikiyatrik tedavi öyküsü yok var	33 23	58.9 41.1	25 19	56.8 43.2	0.04	0.83
İntihar girişimi yok var	26 30	46.4 53.6	14 30	31.8 68.2	2.19	0.14
Uyuşturucu madde kullanımı yok var	4 52	7.1 92.9	0 44	0 100	3.28	0.128
Tutuklanma yok var	20 36	35.7 64.3	5 39	11.4 88.6	7.79	0.005
Hapis cezası alma yok var	26 30	46.4 53.6	16 28	36.4 63.6	1.02	0.311
Birinci derece akrabalarında adli ceza öyküsü yok var	22 34	39.3 60.7	11 33	25.0 75.0	2.27	0.132
Evden kaçma yok var	15 41	26.8 73.2	4 40	9.1 90.9	5.01	0.025
İşlenen suçların çeşit sayısı	2 16 12 16 8 2 0	3.5 28.6 21.4 28.6 14.3 3.6 0	0 3 6 15 15 3 2	0 6.8 13.6 34.1 34.1 6.8 4.6	16.05	0.013

* Ki-kare veya Fisher's exact testi kullanılmıştır.

İki grup arasında (PCL-R <30 ve \geq 30); babanın yasa dışı faaliyetle geçimini sağlaması, babanın öğrenim durumu, annenin öğrenim durumu, psikiyatrik tedavi öyküsü, intihar girişimi, uyuşturucu madde kullanımı, hapis cezası alma, birinci derece akrabalarında adli ceza öyküsü açılarından anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.7).

Tablo 4.7.(devamı) Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi Toplam Puanı <30 ve \geq 30 Olan Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olgularında; Sosyo-Demografik ve Klinik Özelliklerin Karşılaştırılması

	ASKB		t/z	p
	PCL-R toplam <30 (n=56) ort.±ss	PCL-R toplam \geq 30 (n=44) ort.±ss		
Yaş	21.73±1.94	22.23±2.73	0.73	0.464
Öğrenim süresi	7.11±2.63	7.66±2.13	0.63	0.530
Ailenin aylık toplam geliri	1080.89±472.45	1202.27±870.71	0.18	0.860
Evden ilk kaçma yaşı	12.71±3.61	12.10±2.96	0.81	0.416
İlk tutuklanma yaşı	17.64±2.50	16.90±3.07	1.28	0.200
Uyuşturucu maddeye başlama yaşı	13.58±4.54	12.79±3.23	1.77	0.077
Uyuşturucu madde kullanım süresi (yıl)	6.71±3.85	9.02±4.21	2.49	0.013
	ortanca (min.-maks.)	ortanca (min.-maks.)		
Toplam kardeş sayısı	4 (1-20)	3.5 (0-10)	1.56	0.119
Hapiste geçen toplam süre (ay)	10.5 (1-120)	12 (2-120)	0.724	0.469
Babanın öğrenim düzeyi (yıl)	5 (0-11)	5 (0-14)	0.12	0.905
Annenin öğrenim düzeyi (yıl)	0 (1-11)	0 (0-8)	0.57	0.569

Psikopati toplam puanı <30 olanlar ile \geq 30 olan denekler karşılaştırıldığında; uyuşturucu madde kullanım süresi açısından anlamlı fark saptandı (p=0.013). Psikopati toplam puanı \geq 30 olan katılımcıların uyuşturucu kullanım süresi (9.02±4.21), psikopati toplam puanı <30 olanların uyuşturucu kullanım süresinden (6.71±3.85) yüksek bulundu (Tablo 4.7. devamı).

Psikopati toplam puanı <30 olanlar ile \geq 30 olan denekler arasında; yaş, öğrenim süresi, ailenin aylık toplam geliri, evden ilk kaçma yaşı, ilk tutuklanma yaşı, uyuşturucu madde başlama yaşı, toplam kardeş sayısı, hapiste geçen toplam süre, babanın öğrenim düzeyi, annenin öğrenim düzeyi açısından anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.7. devamı).

Psikopati düzeyi ≥ 30 olan grubun, psikopati düzeyi < 30 olan gruba göre; daha yüksek saldırganlık puanlarına sahip olduğu ve iki grup arasında Buss-Perry saldırganlık ölçeği toplam, fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, öfke puanları açısından anlamlı fark olduğu belirlendi. Ancak iki grup arasında düşmanlık alt boyutu açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p=0.164$)(Tablo 4.8).

Tablo 4.8. Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi Toplam Puanı < 30 ve ≥ 30 olan Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olgularında; BPSÖ, ÇÇRTÖ, ADÖ Puanlarının Karşılaştırılması

	ASKB		t/z	p
	PCL-R toplam < 30 (n=56) ort.±ss	PCL-R toplam ≥ 30 (n=44) ort.±ss		
Buss-Perry saldırganlık ölçeği				
-toplam	78.91±20.16	88.66±18.49	2.59	0.009
-fiziksel saldırganlık	22.80±7.06	27.36±5.16	3.68	<0.001
-sözel saldırganlık	14.71±4.25	16.66±3.85	2.52	0.012
-öfke	20.70±4.68	22.43±5.13	2.36	0.018
-düşmanlık	20.70±7.25	23.34±9.64	1.39	0.164
Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeği				
-toplam				
-duygusal istismar	65.48±21.72	75.64±20.84	2.44	0.015
-fiziksel istismar	13.78±6.12	17.23±6.39	2.73	0.006
-fiziksel ihmal	12.67±6.57	15.75±6.58	2.33	0.006
-duygusal ihmal	14.53±5.00	15.64±5.53	1.03	0.303
-cinsel istismar	17.34±5.07	19.79±4.78	2.67	0.008
	7.20±3.51	7.27±3.79	0.22	0.826
Aile değerlendirme ölçeği				
-problem çözme	3.09±2.72	3.16±0.77	2.08	0.038
-iletişim	2.52±0.74	2.66±0.64	0.71	0.474
-roller	2.91±0.51	2.95±0.53	0.41	0.678
-duygusal tepki verebilme	3.18±0.83	3.32±0.74	0.78	0.438
-gereken ilgiyi gösterme	2.41±0.65	2.41±0.66	0.09	0.932
-davranış kontrolü	2.53±0.54	2.73±0.54	1.58	0.114
-genel işlevler	2.78±0.87	3.18±0.78	2.32	0.020

Psikopati düzeyi ≥ 30 olan grubun, psikopati düzeyi < 30 olan gruba göre; daha yüksek çocukluk çağı ruhsal travma puanlarına sahip olduğu ve iki grup arasında ÇÇRTÖ toplam, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal açısından anlamlı

fark olduğu belirlendi. Ancak iki grup arasında fiziksel ihmal ($p=0.303$), cinsel istismar ($p=0.826$) puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Tablo 4.8).

Psikopati düzeyi ≥ 30 olan grubun, psikopati düzeyi < 30 olan gruba göre; aile işlevsellik puanlarının daha yüksek olduğu belirlendi. Ancak istatistiksel olarak iki grup arasında problem çözme ($p=0.038$) ve genel işlevler ($p=0.020$) açısından anlamlı fark olduğu saptandı. Ancak iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü alanlarında anlamlı farklılık yoktu (Tablo 4.8).

Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan ve yüksek psikopati düzeyine sahip ($PCL-R \geq 30$) katılımcılarda lojistik regresyon analizi sonucu; işlenen suç çeşitliliğinin ve Buss-Perry fiziksel saldırganlık düzeylerindeki artışın; toplam psikopati düzeyinde sırasıyla 2.97 ve 1.13 kat artışa yol açtığı saptandı (Tablo 4.9 ve 4.10).

Tablo 4.9. Gözden geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi Toplam Puanına Etki Eden Klinik Faktörlerin Lojistik Regresyon ile Değerlendirilmesi

	OR	GA(%95)	p
İşlenen Suçların Çeşitliliği	2.966	2.164-4.066	<0.001

Tablo 4.10. Psikopati Kontrol Listesi Toplam Puanına Etki Eden Psikometrik Faktörlerin Lojistik Regresyon ile Değerlendirilmesi

	OR	GA(%95)	p
Buss-Perry Fiziksel Saldırganlık	1.133	1.050-1.224	0.001

5. TARTIŞMA

Bu çalışmada, ASKB ve alt bir kümesi olan psikopatik kişiliklerde; psikopatolojik düzeyler ve kriminal (suç) davranışı ile sosyo-demografik özellikler, madde kullanımı, aile işlevselliği, çocukluk çağı travma düzeyleri arasındaki ilişkilerin ortaya konulması amaçlanmıştır.

Çalışmamızda elde edilen bulgular değerlendirildiğinde, denek ve kontrol grubu arasında yaş, kardeş sayısı, yaşanan coğrafi bölge ve cinsiyet açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır.

Ancak bekar olma oranının, çalışma durumunun, anne ve babanın çalışma durumunun, öğrenim süresinin, baba ve annenin öğrenim süresinin, ailenin aylık toplam gelirin ASKB grubunda anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır. Bu durum, ASKB bireylerin daha düşük eğitim ve ekonomik düzeye sahip ailelerden geldiğini ve sağlıklı kontrollere göre daha düşük eğitim düzeyine sahip olduğunu göstermektedir. ASKB ve düşük eğitim düzeyiyle ilişkili olarak; geniş katımlı bir kohort çalışmada, 16 yaş civarında antisosyal davranışların, okuldan ayrılmaya yol açan başlıca psikiyatrik ve sosyal iletişim zorluk nedeni olduğu gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada özellikle 16 yaş civarında düşük sosyo-ekonomik düzeyin okuldan ayrılmalarla sıkı ilişkisi olduğu saptanmıştır (32). Öte yandan antisosyal davranışlar ile düşük sosyo-ekonomik düzeyin ilişkisi araştırılmış ve antisosyal çocukların ergenlik çağındayken okulda yaşadıkları sorunların ve başarısızlıkların yetişkinlikte suç işleme eğilimine yönelmelerine katkısının olduğu gösterilmiştir. Çalışmada yetişkinlik çağında suç işleme davranışlarının, doğrudan sosyo-ekonomik düzeyde ayrılmaya ve düşüklüğe yol açtığı gösterilmiştir (33). Uyumlu olarak çalışmamızda da, antisosyal bireylerde çalışmama oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Özetle çalışmamızda antisosyal bireylerde daha düşük ekonomik ve eğitim düzeyine sahip olma ve düşük çalışma oranı literatür bilgileriyle örtüşmektedir.

Çalışmamızda antisosyal bireylerin anne-babalarının öğrenim süresinin düşüklüğü ile işsizlik durumunun ve buna bağlı olarak ailenin aylık toplam gelirin de anlamlı olarak daha düşük olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle ebeveynlerin öğrenim süresindeki düşüklük ve işsizlik hali, çocuklarının eğitim süresi ve çalışma

durumuyla paralellik göstermektedir. Bu benzerliğin olası nedenleri arasında; ebeveynlerin de antisosyal özellikler göstermesi, rol model ilişkisi, ya da rastlantısal olabilir. İlişkili olarak çalışmamızda, antisosyal bireylerin %25'inin illegal işlerle geçimini sağlarken, babalarının %13'ü annelerin ise %3'ü illegal işlerde çalışması ve bu oranların kontrol grubuna göre anlamlı yüksek olduğu saptanmıştır. İlâveten ASKB grubunda yer alan deneklerin birinci derece akrabalarında adli ceza öyküsü olanların %67 olduğu ve kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Antisosyal bireylerin ve babalarının yasa dışı çalışma oranları ile birinci dereceden akrabalarda adli ceza öyküsünün anlamlı yüksekliği birlikte değerlendirildiğinde; eğitim düzeyindeki düşüklük ve işsizlik oranlarındaki yüksekliğin bir kısmının ailesel antisosyal özelliklerle ilişkili olduğu düşünülebilir. Ancak çalışma kapsamında ASKB grubundaki deneklerin ebeveynlerinin çalışmaya dâhil edilmemiş olması nedeniyle konunun açıklığa kavuşturulabilmesi için ek araştırmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Antisosyal kişilik bozukluğu'nda işsizlik, ekonomik, eğitim, ebeveyn eğitim düzeylerindeki düşüklük ile ebeveyn ve kendilerindeki işsizlik oranı yüksekliği birlikte değerlendirildiğinde bu olumsuz sosyo-demografik özelliklerin doğrudan antisosyal kişilik bozukluğundaki psikopatik kişilik özellikleriyle ilişkili olduğu düşünülmektedir.

Antisosyal kişilik bozukluğu grubunda sağlıklı kontrollere göre evlilik oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Her iki grupta yer alan deneklerin tamamı erkek cinsiyette olup, genç yaştaki bireylerden oluşuyordu. Whisman ve ark. (34), çalışmasında antisosyal kişilik bozukluğunda erken yaşta evlilik ihtimalinin arttığı bulunmuştur. Bu bulguyla uyumlu olarak, kesitsel gerçekleştirilen çalışmamızda ASKB tanısı alan deneklerdeki evlilik oranı kontrollere göre daha yüksek saptanmıştır.

Antisosyal kişilik bozukluğu grubunda psikiyatrik tedavi öyküsünün, intihar girişiminin, uyuşturucu madde kullanımının kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. ASKB tanısı alan deneklerde; psikiyatrik tedavi öyküsü, intihar girişimi, uyuşturucu madde kullanım sıklıkları sırasıyla %42, %60, %96 bulunmuştur. Çalışmamızda elde ettiğimiz bu sonuç ayaktan madde kullanım bozukluğu tedavisi gören kişilerde; madde kullanımına en sık eşlik eden psikopatolojinin ASKB, ikinci sırada majör depresyon olduğu ve genel olarak eşlik eden psikiyatrik bozuklukların şiddetinin intihar düşüncesi ve girişiminin varlığı ile

ilişkili olduğu bulgusuyla örtüşmektedir (35). İlişkili olarak ASKB grubunda uyuşturucu maddeye başlama yaşının anlamlı olarak daha düşük ve uyuşturucu kullanım süresinin daha fazla olduğu bulunmuştur. Diğer bir ifadeyle ASKB bireyler maddeyle çok daha erken yaşlarda karşılaşmakta ve daha uzun süre uyuşturucu maddenin etkilerine maruz kalmaktadırlar.

İlgi çekici bir başka çalışma da, genç erişkinlikte geçirilen majör depresyonun, dirençli madde kullanımından daha çok kalıcı antisosyal davranışlarla ilişkili olduğunu göstermiştir (36). Yazarlar bu nedenle gençlerde intihar gibi ciddi psiko-sosyal sonuçları önlemede kalıcı antisosyal davranış örüntülerine yönelik müdahalelere ihtiyaç duyulduğunu bildirmişlerdir. Tüm bu bilgiler ışığında çalışmamızın sonuçları, ASKB'nin gençlik döneminde hem madde kullanımına hem de intihara eşlik eden ciddi bir psikopatoloji olduğunu göstermektedir.

Antisosyal kişilik bozukluğu grubunda tutuklanma, hapis cezası alma, birinci derece akrabalarında adli ceza öyküsü, suç çeşitliliği, evden kaçma öyküsü açılarından kontrol grubuna göre anlamlı yükseklik saptanmıştır. Bu bulgular, ASKB'de yaygın görülen davranışsal patolojiler olup, kronolojik olarak çalışmamızda ilk ortaya çıkan davranışsal patolojinin evden kaçma olduğu (12.41 ± 3.29), ardından uyuşturucu madde kullanımının izlendiği (13.23 ± 4.0) sonrasında tutuklanmayla sonuçlanan suç davranışının ortaya çıktığı (17.25 ± 2.81) görülmektedir. Bir başka ifadeyle, evden kaçma ile başlayan davranış problemleri uyuşturucu kullanımı ile derinleşmekte ve yasalara karşı suç işleme davranışıyla perçinlenmektedir.

Antisosyal kişilik bozukluğunda izlenen bu psikopatolojik süreçlerin kronolojisi; risk altındaki bireylere yönelik psiko-sosyal ve farmakolojik müdahalelerin zamanlamasını belirleme şansını bizlere vermektedir. Özellikle antisosyal özellikler gösteren yüksek risk altındaki çocuk ve ergenlere, toplum ve aile temelli erken müdahalelerin sunulması ile, ASKB'nin sıklığının azaltılabileceği düşünülmektedir. Romero ve ark. (37) 7 yıllık bir izlem çalışmasında; erken başlangıçlı davranım bozukluğu gösteren ilkökul çağındaki çocuklara yönelik müdahalelerin, ileride madde kullanımını önleyebildiğini, davranım bozukluğu ve antisosyal davranışları da azalttığını göstermişlerdir.

Antisosyal kişilik bozukluğu grubunda, kontrol grubuna göre fiziksel ve sözel saldırganlık, öfke, düşmanlık düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır. Diğer bir

deyişle saldırganlık ve ilişkili bütün alt boyutlar, ASKB’de birbiriyle uyumlu olarak yüksek bulunmuştur. İlişkili olarak, bir çalışmada yüksek suç oranlarının izlendiği ASKB’de yüksek öfke ve düşmanlık düzeylerinin, fiziksel saldırganlıkla ilişkili olduğu saptanmıştır (38). Çalışmamızda ASKB deneklerinde yüksek suç örüntüsüne (tutuklanma-%75 ve hüküm giyme-%58) yüksek saldırganlık düzeylerinin eşlik ettiği görülmektedir. Ancak ASKB’de işlenen suçun niteliğiyle hangi saldırganlık boyutunun ilişkili olduğunu ortaya koyan az sayıda çalışma bulunduğundan yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çocukluk çağı ruhsal travma ölçek toplam ve alt ölçek puanları (duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar) açısından ASKB grubunda anlamlı yükseklik saptanmıştır. Bu durum, ASKB olan bireylerin çocukluk çağında oldukça olumsuz yaşam koşullarına, ebeveyn destek/bakımında ciddi eksikliklere ve kötü davranışlara maruz kaldıklarını göstermektedir. Çocukluk çağı davranış patolojisi olarak “evden kaçmanın” ilk kez gerçekleştiği yaş aralığının (12.41±3.29) düşüklüğünün aynı zamanda çocukluk çağı olumsuz yaşam koşullarıyla da ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Uyumlu olarak, çocukluk döneminde evden kaçma nedenleri olarak, %45.3 fiziksel şiddet, %25.3 ev içi şiddete şahit olma, %8.8 oranında istenmeyen cinsel ilişki saptanmıştır (39).

Çocukluk döneminde şiddete maruz kalan erkeklerde, ergenlik ve genç erişkinlik döneminde ASKB yüksek düzeyde olduğu saptanmıştır (40). Bu durum ASKB’nin gelişiminde çocukluk dönemi travma deneyimlerinin olumsuz katkılarını göstermektedir. Genetik ve çevresel etmenlerin davranım bozukluğu ve antisosyal kişilik bozukluğuna etkilerinin incelendiği uzun dönemli bir ikiz çalışmada; yaşam koşullarının, özellikle çocukluk döneminde davranış patolojilerinin ortaya çıkışında genetik etkenlere göre daha fazla önem kazandığı gösterilmiştir. Oysa ergenlik ve yetişkinlik çağında antisosyal davranışların ortaya çıkışında genetik ve yaşam koşullarının eşit derecede etkiye sahip olduğu saptanmıştır (41).

Bu yönüyle özellikle çocukluk döneminde başta evdeki yaşam koşulları olmak üzere olumsuz çevresel etmenlere maruz kalan çocuklara yönelik koruyucu/önleyici sağlık ve sosyal hizmet sunumu önem kazanmaktadır.

Antisosyal kişilik bozukluğu grubunda aile işlevselliğini yansıtan problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel işlevler

alanlarında anlamlı bozulma olduğu saptanmıştır. Bu sonuç ASKB tanısı alanların, fiziksel ve psikolojik gelişimde çok büyük önemi olan aile işlevlerinin yetersiz ve bozuk olduğunu ortaya koymaktadır. Ancak bu bulguların ASKB gelişiminde etiyolojik etkisinin olup olmadığı bilinmemektedir. Aile işlevselliğindeki bu bozulma, antisosyal ebeveyne sahip olmanın olası sonuçları olabileceği gibi bu olumsuz yaşam şartlarının ASKB gelişiminde etiyolojik etkileri olabilir.

Antisosyal kişilik bozukluğu olan bireyler, ailelerinin karşılaştıkları sorunlar karşısında etkin problem çözme becerisine sahip olmadığını ifade etmektedirler. Böylece ailelerinin problemi tanımlama, problemin uygun kaynaklara iletimi, alternatif davranışlar geliştirme ve birini yürürlüğe koyma, davranışın sonuçlarını izleyerek başarıyı değerlendirme basamaklarının bir kısmında ya da tamamında sorun yaşadığını anlaşılmaktadır. Antisosyal bireylerin ailelerinin problem çözme beceri sorunlarının, uzun dönemde ASKB gelişiminde ne tür etkilerinin olduğu halen araştırılmayı bekleyen bir konudur. Ancak ebeveynlerin ana-babalık stillerinin, ergenlerin karar verme kapasitelerinin gelişimine olumsuz katkılarının olduğu belirtilmiştir (42).

Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan grupta kontrol grubuna göre aile işlevlerinden iletişim alanında anlamlı bozulma olduğu görülmektedir. Aile içindeki sözel iletişimin en çok örtülü/dolaylı iletişim biçiminde yürütülmesinin aile işlevselliğini bozduğu kabul edilmektedir (43). Buna göre, antisosyal bireylerin yetiştiği ailelerde amaç ve duyguların örtülü ve dolaylı olarak ifade edildiği, bu durumun talepler ve ilişkiler konularında belirsizliklere yol açtığı düşünülmektedir. Çalışmalar, aile içindeki iletişim azalması, çocuk-ebeveyn saldırganlığıyla ve ergenlik dönemi antisosyal davranışlarla ilişkisini ortaya koymuştur (44, 45).

Antisosyal kişilik bozukluğu grubunda, roller alanında anlamlı düzeyde bozulma saptanmıştır. Bu durum, antisosyal bireylerin ailelerinde sorumluluk alanlarının tanımlanmadığını ve aile bireylerine gerekli sorumluluk verilmediğini göstermektedir. Yani zorunlu aile işlevleri ele alınmamış, birbirinden ayrıştırılmamış ve sorumluluklar tanımlanmamıştır. Yetişkin ASKB bireylerde sorumluluk taşımama ve bu nedenle okul-iş-evlilik alanlarındaki yaşanan sorunlar bu davranış örüntüsünün bilinen yansımalarıdır.

Çalışma grubunda, ASKB olan bireylerin ailelerinde duygusal tepki verebilme işlevinde anlamlı bozulma saptanmıştır. Böylesi duygusal kısıtlılığı olan bir ailede büyüyen çocukların kişisel gelişimlerinin güçlü bir şekilde etkileneceği beklenir. Bu açıdan daha işlevsel bir ailenin, şartlara daha uygun nitelik ve düzeyde duygusal yanıtlar vereceği beklenir (43).

Çalışmamızda ASKB grubunda, ailenin davranış kontrolü alanında kötü işlevselliğe sahip olduğu saptanmıştır. Diğer bir deyişle ASKB bireylerin ailelerinde, belirli koşullarda standart bir davranış kalıbına sahip olma ve standartların dışındaki davranışlara tolerans gösterme konusunda yeterli işlevselliğin olmadığı belirlenmiştir. Ailenin davranış kontrolü işlevi özellikle çocuk disiplini konusunda somutlaşmış olarak gözlenebilir (43). Gelecekte ortaya çıkan antisosyal davranışlarla güvensiz ebeveyn-çocuk bağlanmasının ilişkili olduğu bulunmuştur. Güvensiz ebeveyn-çocuk bağlanmasının, çok katı disiplin baskısıyla oluştuğu saptanmıştır (46).

ASKB grubunda genel olarak, aile işlevlerinin kontrol grubuna göre daha düşük düzeyde olduğu saptanmıştır. Üstelik genel aile işlevlerindeki azalmanın sağlıksızlık düzeyine ulaştığı belirlenmiştir (31).

İlginç bir bulgu olarak, çalışma grubu ile kontrol grubu arasında ailenin gereken ilgiyi gösterme işlevi açısından anlamlı fark saptanmamıştır. Diğer bir ifadeyle, ASKB olan bireylere göre; ailelerinde üyeler birbirlerini anlamakta, gerektiği şekilde birbirleriyle ilgilenmektedirler. Oysa çalışmamızda ASKB vakalarının ailelerinde problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, davranış kontrolü, genel işlevler alanlarında anlamlı bozulma görülmüş ve antisosyal deneklerin %81'inin evden kaçma öyküsünün çocukluk döneminde (12.41 ± 3.29) gerçekleşmiş olduğu saptanmıştır. Birlikte değerlendirildiğinde, ASKB deneklerin yetiştikleri aile ortamını empatik görmeleri oldukça şaşırtıcıdır. ASKB bireylerin psikopatik özelliklerinin merkezinde empati eksikliği olduğu bilinir (47,48). Bu durum somut olarak düşük empati düzeyine sahip olmanın, öznel olarak daha fazla empatik hissetmeye yol açtığı bulgusuyla örtüşmektedir (49). Görüldüğü kadarıyla, ASKB bireyler empatik düzeylerindeki eksiklik nedeniyle, yetiştikleri aile ortamının empati düzeyini yanlış ve olduğundan daha iyi düzeyde görmektedirler.

Vaka grubunu oluşturan ASKB olgularında, daha yüksek psikopati düzeyleri ile geçimi yasa dışı yollarla sağlama, uyuşturucu kullanımı, tutuklanma ve evden

kaçma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu bulgu bir özellik olarak psikopatinin; ASKB'de gözlenen davranış patolojileriyle ve suç davranışıyla yakın ilişkisini göstermektedir. Uyumlu olarak Edwards ve ark. (50) psikopatik özelliklerden vicdansızlığın; suç çeşitliliğiyle ilişkili olduğunu bulmuşlardır. Ayrıca vicdansızlık özelliğinin; insana karşı işlenen suçlar, dürtüsellikle ilişkili mülkiyet suçları (hırsızlık, soygun) ve uyuşturucu suçlarıyla güçlü ilişkisi olduğunu vurgulamışlardır.

Antisosyal kişilik bozukluğu grubunda toplam psikopati düzeyi ile klinik değişkenlerden suç çeşitliliği ve uyuşturucu madde kullanım süresi arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Diğer bir ifadeyle ASKB bireylerde işlenen suçların çeşitliliği ve uyuşturucu madde kullanım süresindeki artış; o bireylerin daha yüksek psikopatik özellikler gösteren bireyler olduğunu göstermektedir. Öyle görünmektedir ki, farklı suçları işleyebilme özelliği ciddi bir kişilik patolojisi olan psikopatinin karakteristiğidir. Antisosyal bireylerde farklı suçları işleme özelliğinin psikopati düzeyiyle ilişkili olduğu bulgumuz, Edwards ve ark. (50) suç çeşitliliğinin duyarsızlık-vicdansızlıkla ile ilişkisini gösteren çalışmasıyla uyumludur. Ancak bu ilişkinin nedenselliğini ortaya koyan yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çalışmamızda psikopati düzeyindeki artışa, uyuşturucu madde kullanım süresindeki artış eşlik ettiği saptanmıştır. ASKB olan bireylerde uzun süreli madde kullanımının, psikopati düzeylerindeki yüksekliğin eşlik ettiği anlaşılmaktadır. Öyle gözükmektedir ki yüksek psikopati düzeyi dirençli madde kullanım bozukluğuyla ilişkilidir.

Öte yandan tutuklanmaya yol açan ilk suçun işlendiği yaş, hapiste geçen toplam süre, evden ilk kaçma yaşı, uyuşturucu kullanmaya başlama yaşı, öğrenim süresi ve ailenin aylık toplam geliri parametreleri ile psikopatik özellikler korele değildir. Her ne kadar ASKB olan bireylerde; çocukluk döneminde yaşta evden kaçma, uyuşturucu madde kullanımı ve yasal sorun yaşama, hapis cezası öyküsü, düşük eğitim düzeyi ve yoksulluk sık karşılaşılan özellikler olsa da psikopatik özelliklerle karşılıklı ilişki içerisinde değildirlere. Bu durum, her antisosyal davranışın neden psikopatik özelliklerle ilişkili olmadığını da açıklamaktadır. Benzer şekilde, hapiste yatan bireylerin yaklaşık %80'i ASKB tanısı alırken, yetişkin mahkûmların sadece %15-25'nin psikopatik özellikler gösterdiği bulunmuştur (51, 52).

Antisosyal kişilik bozukluğu grubunda; psikopati düzeyleri ile fiziksel ve sözel saldırganlık, öfke ve toplam saldırganlık düzeyleri arasında olumlu yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Ancak düşmanlık ile psikopati düzeyleri arasında böyle bir korelasyon saptanmamıştır. Benzer bir çalışmada erkek mahkûmlarda psikopatik düzeyler ile düşmanlık boyutu dışında kalan saldırganlık boyutları arasında ilişki saptanmıştır (53). Birlikte değerlendirildiğinde, psikopati düzeylerindeki artışa fiziksel, sözel, toplam saldırganlık ve öfke düzeylerindeki yükselmeye düşmanlık düzeyindeki artışın eşlik etmemesinin özel bir anlamı olabileceği düşünülmektedir. Ancak bu özel profili açıklayacak yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Çocukluk çağında yaşanan duygusal ve fiziksel istismar, duygusal ihmal, toplam travma düzeyleri ile psikopati düzeyleri arasında olumlu yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Ancak fiziksel ihmal ve cinsel istismar düzeyleri ile psikopati düzeyleri arasında karşılıklı ilişki saptanmamıştır. Bu bulgular duygusal, fiziksel istismar ve duygusal ihmal düzeylerinin, psikopati düzeylerini artırdığını göstermektedir. Gerçekten de fiziksel istismarın psikopatinin antisosyal boyutunda artışa yol açtığı ancak cinsel istismar öyküsünün yetişkinlik dönemindeki antisosyal davranışlardan çok ergenlik dönemi davranım bozukluğuyla ilişkili olduğu gösterilmiştir (54). Çalışma bulgularımız çocukluk çağı travmalarının, psikopati düzeylerinin artışına yol açtığını göstermekle beraber, aynı zamanda travma biçiminde belirleyici olduğunu göstermektedir.

Vaka grubunda aile işlevselliğini değerlendirildiğinde; genel işlevsellik düzeylerindeki bozulma ile psikopati düzeyleri arasında olumlu yönde, orta düzeyde anlamlı karşılıklı ilişki saptanmıştır. Ancak diğer aile işlevsellik boyutları ile psikopati düzeyleri arasında böyle bir ilişki bulunmamıştır. Bu bulgu, genel olarak aile işlevselliğindeki bozulmanın psikopati düzeylerinde artışa yol açmakla beraber, özgün aile işlevsellik boyutlarındaki patolojilerin böyle bir etkisinin bulunmadığını göstermektedir. Öyle gözükmektedir ki psikopatinin kalıtsal boyutu olmasıyla birlikte; psikopatlık genel aile işlevlerindeki bozulmaya bağlı olarak şiddetlenmektedir (55).

Antisosyal kişilik bozukluğu olguları psikopati düzeylerine göre psikopati özellikleri taşıma (toplam PCL-R <30) ve ciddi psikopati (toplam PCL-R ≥30) olarak iki gruba ayrıldıklarında (28); yasa dışı yollarla geçim sağlama, tutuklanma, evden kaçma, suç çeşitliliği, uyuşturucu madde kullanım süreleri açılarından anlamlı farklılık

olduğu saptanmıştır. Ciddi psikopati grubunda daha ağır davranış patolojileri olduğu saptanmıştır. Ciddi psikopati grubunda tutuklanmanın daha yüksek oranda görülmesi, yasa dışı yollarla geçim sağlama oranlarındaki yükseklikle ilişkilidir. Bu bulgu psikopatların psikopat olmayan akranlarına göre daha fazla suç işlediği bilgisiyle uyusmaktadır (56). Beraberinde suç çeşitliliği yani farklı suçları işleme özelliği, daha yüksek psikopatiyle ilişkilidir. Edwards ve ark. (50) çalışmasında, suç çeşitliliğinin psikopatik özelliklerin merkezinde yer alan duyarsızlık/vicdansızlıkla ilişkisi gösterilmiştir. Suçlu davranışının incelenmesinde; suç çeşitliliğinin, yüksek düzey psikopatiyi işaret eden bir belirteç olarak kullanılabilmesi düşünülmektedir. Evden kaçma ve uyuşturucu madde kullanım süresinin yüksekliği daha önce de tartışıldığı gibi, psikopatinin gelişimsel sürecinin basamakları gibi gözükmektedir. Bir başka ifadeyle, evden kaçma ile başlayan davranış problemleri uyuşturucu kullanımı ile derinleşmekte ve yasalara karşı suç işleme davranışıyla perçinlenmektedir. Öte yandan ciddi psikopatinin uzun süreli madde kullanımına yol açarak daha fazla psikiyatrik morbiditeye yol açtığı düşünülmektedir. Benzer şekilde psikopatik özelliklerden dürtüsellik ve sorumsuzluğun; alkol ve esrar kullanımıyla ilişkili problemler ve anksiyete bozukluklarının artışı gösteren benzersiz bir gösterge olduğu vurgulanmıştır (57).

Öte yandan babanın yasa dışı yollarla geçim sağlama, babanın ve annenin öğrenim durumu, psikiyatrik tedavi öyküsü, intihar girişimi öyküsü, uyuşturucu madde kullanımı, hapis cezası alma, birinci derece akrabalarda adli ceza öyküsü, yaş, öğrenim süresi, ailenin aylık geliri, evden ilk kaçma yaşı, ilk tutuklanma yaşı ve uyuşturucu maddeye başlama yaşı açılarından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Yani sosyo-demografik özellikler, yaşam koşulları, ebeveynlerin çalışma ve eğitim durumları, psikopat ve ailesinde ceza alma öyküsü, ilk kez tutuklanma, uyuşturucuya başlama ve evden kaçma yaşı ile ciddi psikopati arasında ilişki bulunmamıştır. Ayrıca psikiyatrik tedavi ve intihar öyküsü ile psikopatinin şiddeti arasında ilişki belirlenmemiştir. Yani ciddi düzeyde psikopati gösterenler, psikiyatrik tedavi açısından ve suisid girişimi açısından ek bir risk taşımamaktadırlar. Anestis ve ark. (58) psikopatik özelliklerden duygusal ve ilişki boyutlarının (Faktör-1), intihar ile ilişkisinin bulunmadığını bildirmişlerdir.

Antisosyal kişilik bozukluğu grubunda ciddi psikopati gösteren deneklerin, psikopatik özellikler taşıyanlardan anlamlı olarak daha yüksek fiziksel, sözel saldırganlık, öfke ve genel saldırganlık düzeylerine sahip olduğu bulunmuştur. Özellikle fiziksel saldırganlık boyutunda farklılığın en yüksek boyuta ulaştığı görülmektedir. Ancak saldırganlıkla ilişkili düşmanlık boyutunda iki grup arasında fark saptanmamıştır. Aynı bulgu, Banasik ve ark. (53) çalışmasında saptanmıştır. Ciddi düzeyde psikopati gösteren erkek deneklerde saldırganlıkla ilişkili düşmanlık boyutu dışında kalan diğer alanlarda anlamlı yükselme olmasının özel bir psikometrik profili yansıttığı değerlendirilmiştir. Buss ve ark. (59) saldırganlık ölçeğinin düşmanlık boyutunun en güçlü korelasyon gösterdiği kişilik boyutunun duygusallık/hassasiyet olduğunu belirtmektedirler. Bu açıdan psikopatinin çekirdek belirtilerinden olan duygusal boyuttaki defisitlerin (yüzeysel duygulanım ve empati yokluğu) saldırganlığın bir boyutu olan düşmanlığın ifadesini maskeleyiği düşünülmektedir.

Ciddi psikopati düzeyine sahip ASKB olan denekler ile daha düşük psikopatik özellikleri olanlarla karşılaştırıldığında, çocukluk çağı duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve toplam travma yükü bakımından anlamlı yüklülüğe sahip olduğu bulunmuştur. Fiziksel ihmal ve cinsel istismar açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Öte yandan çocukluk çağı travmalarının psikopati düzeyleriyle; duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve toplam travma yükünün korelasyonunun (karşılıklı ilişkisinin) olduğu görülmektedir. Her iki bulgu birlikte değerlendirildiğinde, çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve toplam travma yükündeki artışın; psikopatik özelliklerin şiddetlenmesine yol açtığı ve yetişkinlik döneminde ciddi psikopati düzeyleriyle ilişkili olduğu bulunmuştur. Fiziksel ihmal ve cinsel istismarın psikopatinin şiddetlenmesini yol açtığı ve ciddi psikopati düzeyleriyle ilişkisi olduğu saptanmamıştır. Çalışma bulgularımız, çocukluk çağı travmalarının psikopati düzeylerinin artışına yol açtığını ve ciddi psikopatiyle ilişkisini göstermekle beraber travma biçiminin de belirleyici olabileceğini göstermektedir.

Ciddi psikopati gösteren deneklerle daha düşük psikopatik özellikler gösterenler arasında aile işlevselliği boyutları karşılaştırıldığında; problem çözme ve genel işlevler alanlarında anlamlı bozulma saptanmıştır. Yani ciddi psikopati

gösterenlerin ailelerinde genel olarak fonksiyonel bir bozulma olduğu ve ailenin özellikle problem çözme alanında sorun yaşadığı anlaşılmaktadır. İlişkili olarak kişiler arası problem çözümede beceri azlığı yaşayan ailelerin ergenlik öncesi dönemdeki çocuklarında problem çözme becerilerinin de daha düşük olduğu ve ruh sağlığında veya okul performansında olumsuz sonuçlara yol açtığı bulunmuştur (60). Bu nedenle ailenin problem çözme becerisindeki düşüklüğün, çocukluk döneminde psikopatik özellikler taşıyanlar için kişiler arası alanda işlevselliğin daha da bozulmasına yol açtığı değerlendirilmektedir. Öte yandan genel aile işlevlerindeki bozulma şiddetinin, psikopati düzeyinde artışa yol açtığı saptanmıştır.

Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan deneklerde işlenen suçların çeşitliliğindeki 1 birim artışın, psikopati düzeylerinde yaklaşık 3 kat artışa eşlik ettiği bulunmuştur. Bu bulgu, özellikle psikopatiye bağlı suç davranışının niteliği hakkında bize önemli bilgiler sunmaktadır. Önceki çalışmalarda; suç çeşitliliğinin bir psikopatik özellik olan vicdansızlıkla ilişkili olduğu ve vicdansızlığın insana karşı işlenen suçlarla yakın ilişkisi vurgulanmıştır (50). Bu açıdan suç çeşidi sayısındaki bir birimlik artışın psikopati düzeyinde 3 kat artışa eşlik ettiği bulgumuz; psikopatik özellikler taşıyan bireylerden gelecekte hangilerinin ciddi suç davranışlarını işleyebileceğini göstermesi açısından önemli bir belirteçtir.

Ayrıca çalışmamızda; fiziksel saldırganlık boyutundaki 1 birim artışın psikopati toplam puanında 1.13 kat artışa eşlik ettiği bulunmuştur. Bulgumuz, suç davranışı açısından daha büyük risk taşıyan psikopatik bireylerin öngörülmesinde fiziksel saldırganlığın bir gösterge olarak kullanılabileceğini göstermektedir.

Suç davranışının ortaya çıkışında önemli yer tutan psikopatik özelliklerin ölçümünün tek başına gelecekteki suç davranışını öngörmede yeterli olmadığı bilinmektedir (61). Çalışmamızda psikopatlarla ortaya çıkan suç davranışını öngörmede ihtiyaç duyulan belirteçler; suç çeşidi sayısı ve fiziksel saldırganlık düzeyleridir. Bulgumuzun geçerliliğini ve kestirebilme gücünü sınavan yeni çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

6. SONUÇLAR

1. Antisosyal kişilik bozukluğu olan bireyler, daha düşük eğitim ve ekonomik düzeye sahip ailelerden gelmektedirler. Ayrıca kendileri daha düşük eğitim düzeyine sahiptirler. Bu nedenle ASKB'nin sosyo-ekonomik açıdan alt kesimlerde daha sık gözlenmesi olasıdır.
2. Antisosyal bireylerin ve babalarının yasa dışı çalışma oranları ile birinci dereceden akrabalarda adli ceza öyküsünün anlamlı yüksekliği; ASKB'nin ailesel özelliklerine işaret etmektedir.
3. Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan deneklerde; psikiyatrik tedavi öyküsü, intihar girişimi, uyuşturucu madde kullanım sıklıkları sırasıyla %42, %60, %96 bulunmuştur. Psikiyatrik morbidite oranları yüksektir. ASKB'de uyuşturucuya çocukluk döneminde (13.23±4.0) başlanmaktadır.
4. Antisosyal kişilik bozukluğunda kronolojik olarak sıralı ilk üç davranış patolojisi; evden kaçma (12.41±3.29), uyuşturucu madde kullanımı (13.23±4.0) ve tutuklanmayla sonuçlanan suç davranışıdır (17.25±2.81).
5. Antisosyal özellikler gösteren yüksek risk altındaki çocuk ve ergenlere bu sıralı davranış patolojilerine odaklanan toplum ve aile temelli erken müdahalelerin sunumunun, ASKB'nin sıklığını azaltabileceği düşünülmektedir.
6. Antisosyal kişilik bozukluğu olan deneklerde yüksek suç örüntüsüne (tutuklanma-%75 ve hüküm giyme-%58) yüksek saldırganlık düzeylerinin eşlik ettiği görülmektedir.
7. Antisosyal kişilik bozukluğunda çocukluk çağı duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar düzeyleri yüksektir. Bu durum, ASKB olan bireylerin çocukluk çağında oldukça olumsuz yaşam koşullarına ve ebeveyn destek-bakımında ciddi eksiklikler ile kötü davranışlara maruz kaldıklarını göstermektedir.
8. Bu yönüyle özellikle çocukluk döneminde başta evdeki yaşam koşulları olmak üzere olumsuz çevresel etmenlere maruz kalan çocuklara yönelik, koruyucu ve önleyici sağlık ve sosyal hizmet sunumu önem kazanmaktadır. Ülkemiz şartlarında aile hekimliği uygulamaları çerçevesinde, evdeki yaşam koşulları

ve diğ er olumsuz çevresel etmenlere maruz kalan çocukları daha erken tespit edebilme imkânı bulunmaktadır.

9. Antisosyal kiş ilik bozukluğ unda yüksek psikopatik özelliklere sahip olma ile geç imi yaş a dış ı yollarla sağ lama, uyuşturucu kullanımı, tutuklanma ve evden kaçma arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.
10. Psikopati düzeyi ile klinik değ işkenlerden suç çeşitliliğ i ve uyuşturucu madde kullanım süresi arasında pozitif yönde orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Diğ er bir deyiş le suç çeşitliliğ i ve uyuşturucu madde kullanım süresi, daha yüksek psikopati düzeylerine iş aret etmektedir.
11. Yüksek psikopati düzeyi dirençli madde kullanım bozukluklarıyla ilişkilidir.
12. Psikopati düzeylerindeki artış ile fiziksel, sözel, toplam saldırganlık ve öfke düzeylerindeki yükselme beraberlik gösterirken, düşmanlık düzeyinde artış eşlik etmemektedir. Bu özel profilin psikopatiye has özel bir psikometrik profil olduğ u düşünölmektedir. Daha önceki çalışmalarda bu bulgudan bahsedilmemiştir.
13. Çocukluk çağında yaşanan duygusal, fiziksel istismar, duygusal ihmal, toplam travmatizasyon düzeyleri ile psikopati düzeyleri arasında olumlu yönde, orta düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır. Bu bulgu duygusal, fiziksel istismar ve duygusal ihmal düzeylerinin, psikopati düzeylerini artırdığ ını göstermektedir.
14. Fiziksel ihmal ve cinsel istismar düzeyleri ile psikopati düzeyleri arasında karşılıklı ilişki saptanmamıştır. Çalışma bulgularımız çocukluk çağ ı travmalarının, psikopati düzeylerinin artışına yol açtığ ını göstermekle beraber, aynı zamanda travma biçiminin de belirleyici olduğ unu göstermektedir.
15. Antisosyal kiş ilik bozukluğ unda ailenin genel işlevlik düzeylerindeki bozulma ile psikopati düzeyleri arasında olumlu yönde, orta düzeyde anlamlı karşılıklı ilişki saptanmıştır. Diğ er aile işlevsellik boyutlarındaki patolojilerin böyle bir etkisinin bulunmadığ ını iş aret etmektedir.
16. Antisosyal kiş ilik bozukluğ unda ciddi psikopati gösterenler, daha hafif düzey psikopatları göre yasa dış ı yollarla geç im sağ lama, tutuklanma, evden kaçma, suç çeşitliliğ i, uyuşturucu madde kullanım süreleri açılarından daha olumsuz bir davranış profili göstermektedirler.

17. Ciddi psikopati düzeyine sahip ASKB olan denekler daha hafif düzeyde psikopatik özellikleri olanlarla karşılaştırıldığında, çocukluk çağı duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve toplam travma yükü bakımından anlamlı bir ilişkinin olduğu bulunmuştur. Fiziksel ihmal ve cinsel istismar açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır.
18. Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan deneklerde işlenen suçların çeşitliliğindeki 1 birim artışın, psikopati düzeylerinde yaklaşık 3 kat artışa eşlik ettiği bulunmuştur. Bu önemli bulgu; psikopatik özellikler taşıyan bireylerden gelecekte hangilerinin ciddi suç davranışlarını işleyebileceğini göstermesi açısından önemli bir belirteçtir.
19. Çalışmamızda; fiziksel saldırganlık boyutundaki 1 birim artışın psikopati toplam puanında 1.13 kat artışın eşlik ettiği bulunmuştur. Bulgumuz, suç davranışı açısından daha büyük risk taşıyan psikopatik bireylerin öngörülmesinde fiziksel saldırganlığın bir gösterge olarak kullanılabileceğini göstermektedir.
20. Antisosyal çocukların ailelerinin sosyo-ekonomik düzeyleri ve eğitim düzeyleri de göz önüne alındığında bir sağlık profesyoneli ile karşılaşma ve uygun müdahalelere ulaşabilme imkânları daha azdır. ASKB ve psikopati için başlıca risk faktörlerini; psikopatik özellikler taşıma, psikopatik ebeveyne sahip olma, istismar ve ihmale maruziyet, erken yaşta uyuşturucu madde kullanımı, evden kaçma oluşturmaktadır.
21. Yüksek risk faktörlerine sahip ve/veya psikopatik belirtiler gösteren çocukların saptanması ve gerekli tıbbi bakımın yapılması ve ruh sağlığı birimlerine yönlendirilmesinde aile hekimlerine görev düşmektedir.

7. KAYNAKLAR

1. Curci A, Soleti E, Manuti A. Preliminary data on the role of emotional intelligence in mediating the relationship between psychopathic characteristics and detention terms of property offenders. *J Forensic Sci.* 2017; 62(5): 1357-59.
2. Miura H, Fuchigami Y. Impaired executive function in 14- to 16-year-old boys with conduct disorder is related to recidivism: A prospective longitudinal study. *Crim Behav Ment Health.* 2017; 27(2): 136-45.
3. Glenn AL, Johnson AK, Raine A. Antisocial personality disorder: A current review. *Curr Psychiatry Rep.* 2013; 15(12): 427.
4. Chávez JX, Dinsmore JA, Hof DD. Assessing the incidence rates of substance use disorders among those with antisocial and borderline personality disorders in rural settings. *Int J Psychol: A biopsychosocial approach.* 2010; 6: 57-66.
5. Sylvers P, Landfield KE, Lilienfeld SO. Heavy episodic drinking in college students: Associations with features of psychopathy and antisocial personality disorder. *J Am Coll Health.* 2011; 59(5): 367-72.
6. Storebø OJ, Simonsen E. The association between ADHD and Antisocial personality disorder (ASPD): A review. *J Atten Disord.* 2016; 20(10): 815-24.
7. Roberts AL, Gilman SE, Fitzmaurice G, Decker MR, Koenen KC. Witness of intimate partner violence in childhood and perpetration of intimate partner violence in adulthood. *Epidemiology.* 2010; 21(6): 809-18.
8. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Saddocks Comprehensive Textbook of Psychiatry Çeviri Editörleri: Aydın H, Bozkurt A. Sekizinci Baskı, İstanbul: Güneş Kitabevleri. 2007: 2063-72.
9. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. Onüçüncü Baskı, Ankara: Nobel Tıp Kitabevi. 2015:423-30.
10. Sadock BJ. Kaplan Sadock Synopsis of Psychiatry Davranış Bilimleri/Klinik Psikiyatri Çeviri Editörü: Bozkurt A. Onbirinci Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitabevi. 2016: 742-44.

11. Ferguson CJ. Genetic contributions to antisocial personality and behavior: A meta-analytic review from an evolutionary perspective. *J Soc. Psychol.* 2010; 150(2): 160–80.
12. Barnes JC, Beaver KM, Boutwell BB. Examining the genetic underpinnings to Moffitt's developmental taxonomy: A behavioral genetic analysis. *Criminology.* 2011; 49(4): 923–54.
13. Ducci F, Enoch MA, Hodgkinson C, Xu K, Catena M, Robin RW, Goldman D. Interaction between a functional MAOA locus and childhood sexual abuse predicts alcoholism and antisocial personality disorder in adult women. *Mol Psychiatry.* 2007;13: 334–47.
14. Basoglu C, Oner O, Ates A, Algul A, Bez Y, Cetin M, Herken H, Erdal ME, Munir KM. Synaptosomal-associated protein 25 gene polymorphisms and antisocial personality disorder: Association with temperament and psychopathy. *Can J Psychiatry.* 2011; 56(6): 341-7.
15. Liu N, Zhang Y, Brady HJ, Cao Y, He Y, Zhang Y. Relation between childhood maltreatment and severe intrafamilial male-perpetrated physical violence in Chinese community: the mediating role of borderline and antisocial personality disorder features. *Aggress Behav.* 2012; 38(1): 64-76.
16. Kumari V, Gudjonsson GH, Raghuvanshi S, Barkataki I, Taylor P, Sumich A, et al. Reduced thalamic volume in men with antisocial personality disorder or schizophrenia and a history of serious violence and childhood abuse. *Eur Psychiatr J Assoc Eur Psychiatr.* 2013; 28(4): 225-34.
17. Shi Z, Bureau JF, Easterbrooks MA, Zhao X, Lyons-Ruth K. Childhood maltreatment and prospectively observed quality of early care as predictors of antisocial personality disorder features. *Infant Ment Health J.* 2012; 33(1): 55-96.
18. Robertson LA, McAnally HM, Hancox RJ. Childhood and adolescent television viewing and antisocial behavior in early adulthood. *Pediatrics.* 2013; 131(3): 439-46.
19. Moffitt TE, Caspi A, Harrington H, Milne BJ. Males on the lifecourse-persistent and adolescence-limited antisocial pathways: Follow-up at age 26 years. *Dev Psychopathol.* 2002; 14(1): 179-207.

20. Yang Y, Raine A. Prefrontal structural and functional brain imaging findings in antisocial, violent, and psychopathic individuals: A meta-analysis. *Psychiatry Res.* 2009; 174: 81-8.
21. Raine A, Yang Y, Narr KL, Toga AW. Sex differences in orbitofrontal gray as a partial explanation for sex differences in antisocial personality. *Mol Psychiatry.* 2011; 16(2): 227-36.
22. Gregory S, Ffytche D, Simmons A, Kumari V, Howard M, Hodgins S, et al. The antisocial brain: Psychopathy matters. *Arch Gen Psychiatry.* 2012; 69(9): 962-72.
23. Schiffer B, Muller BW, Scherbaum N, Hodgins S, Forsting M, Wiltfang J, et al. Disentangling structural brain alterations associated with violent behavior from those associated with substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2011; 68(10): 1039-49.
24. Krueger RF, Hicks BM, Patrick CJ, Carlson SR, Iacono WG, McGue M. Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality: Modeling the externalizing spectrum. *J Abnorm Psychol.* 2002; 111(3): 411-24.
25. Jiang W, Liu H, Liao J, Ma X, Rong P, Tang Y, et al. A functional MRI study of deception among offenders with antisocial personality disorders. *Neuroscience.* 2013; 244: 90-8.
26. Çorapçioğlu A, Aydemir Ö, Yıldız M, Esen A, Köroğlu E. SCID'in Türkiye için uyarlama ve güvenilirlik çalışması. Ankara: Hekimler Yayın Birliği. 1999.
27. Coşkunol H, Bağdiken I, Sorias S, Saygılı R. SCID-II Türkçe versiyonunun geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikoloji Dergisi.* 1994; 9: 26-9.
28. Tutuncu R, Kilic S, Basoglu C, Ates MA, Algul A, Balibey H, et al. The reliability and validity of the turkish version of psychopathy checklist-revised (Turkish PCL-R). *Bulletin of Clinical Psychopharmacology.* 2015; 25(2): 118-24.
29. Madran HAD. Buss-Perry saldırganlık Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenilirlik çalışması. *Türk Psikoloji Dergisi.* 2012; 24(2): 1-6.

30. Şar V, Öztürk PE, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Turkiye Klinikleri J Med Sci.* 2012; 32(4): 1054-63.
31. Bulut Işıl. Aile değerlendirme ölçeği el kitabı. Ankara: Özgüneliş Matbaası. 1990: 6-8.
32. Paget A, Parker C, Heron J, Logan S, Henley W, Emond A, et al. Which children and young people are excluded from school? Findings from a large British birth cohort study, the AVON longitudinal study of parents and children (ALSPAC). *Child Care Health Dev.* 2017 Sep 14. doi: 10.1111/cch.12525.
33. Savolainen J, Mason WA, Lyyra AL, Pulkkinen L, Kokko K. Antisocial and human capital pathways to socioeconomic exclusion: A 42-year prospective study. *Dev Psychol.* 2017; 53(8): 1597-09.
34. Whisman MA, Tolejko N, Chatav Y. Social consequences of personality disorders: Probability and timing of marriage and probability of marital disruption. *J Pers Disord.* 2007; 21(6): 690-5.
35. Marín-Navarrete R, Medina-Mora ME, Horigian VE, Salloum IM, Villalobos-Gallegos L, Fernández-Mondragón J. Co-occurring disorders: A challenge for Mexican community-based residential care facilities for substance use. *J Dual Diagn.* 2016; 12(3-4): 261-70.
36. Choi TK, Worley MJ, Trim RS, Howard D, Brown SA, Hopfer CJ, et al. Effect of adolescent substance use and antisocial behavior on the development of early adulthood depression. *Psychiatry Res.* 2016; 238: 143-9.
37. Romero E, Rodríguez C, Villar P, Gómez-Fraguela XA. Intervention on early-onset conduct problems as indicated prevention for substance use: A seven-year follow up. *Adicciones.* 2017; 29(3): 150-62.
38. Kolla NJ, Meyer JH, Bagby RM, Brijmohan A. Trait Anger, physical aggression, and violent offending in antisocial and borderline personality disorders. *J Forensic Sci.* 2017; 62(1): 137-41.
39. Meltzer H, Ford T, Bebbington P, Vostanis P. Children who run away from home: Risks for suicidal behavior and substance misuse. *J Adolesc Health.* 2012; 51(5): 415-21.

40. Ballard ED, Van Eck K, Musci RJ, Hart SR, Storr CL, Breslau N, et al. Latent classes of childhood trauma exposure predict the development of behavioral health outcomes in adolescence and young adulthood. *Psychol Med.* 2015; 45(15): 3305-16.
41. Wesseldijk LW, Bartels M, Vink JM, van Beijsterveldt CEM, Ligthart L, Boomsma DI, et al. Genetic and environmental influences on conduct and antisocial personality problems in childhood, adolescence, and adulthood. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017 Jun 21. doi: 10.1007/s00787-017-1014-y.
42. Partridge BC. Adolescent psychological development, parenting styles, and pediatric decision making. *J Med Philos.* 2010; 35(5): 518-25.
43. Epstein NB, Baldwin LM, Bishop DS. The McMaster family assessment device. *J Marital Fam Ther.* 1983; 9(2): 171-180.
44. Calvete E, Gámez-Guadix M, Orue I. Family characteristics associated with child-to-parent aggressions in adolescents. *An. Psicol.* 2014; 30: 1176-82.
45. Álvarez-García D, García T, Barreiro-Collazo A, Dobarro A, Antúnez Á. Parenting style dimensions as predictors of adolescent antisocial behavior. *Front Psychol.* 2016; 7: 1383.
46. Kim S, Kochanska G, Boldt LJ, Nordling JK, O'Bleness JJ. Developmental trajectory from early responses to transgressions to future antisocial behavior: evidence for the role of the parent-child relationship from two longitudinal studies. *Dev. Psychopathol.* 2014; 26(1): 93-109.
47. House SJ, Laan JM, Molden RK, Ritchie JC, Stowe ZN. Preliminary study of testosterone and empathy in determining recidivism and antisocial behavior. *J Forensic Sci.* 2017; 62(5): 1360-65.
48. Yavuz KF, Şahin O, Ulusoy S, İpek OU, Kurt E. Experiential avoidance, empathy, and anger-related attitudes in antisocial personality disorder. *Turk J Med Sci.* 2016; 46(6): 1792-00.
49. Devlin HC, Zaki J, Ong DC, Gruber J. Not as good as you think? Trait positive emotion is associated with increased self-reported empathy but decreased empathic performance. *PLoS One.* 2014; 9(10): e110470. doi: 10.1371/journal.pone.0110470. eCollection 2014.

50. Edwards BG, Albertson E, Verona E. Dark and vulnerable personality trait correlates of dimensions of criminal behavior among adult offenders. *J Abnorm Psychol.* 2017; 126(7): 921-27.
51. Hare RD. Diagnosis of antisocial personality disorder in two prison populations. *Am J Psychiatry.* 1983; 140(7): 887-90.
52. Hart SD, Hare RD. Psychopathy and antisocial personality disorder. *Curr Opin Psychiatry.* 1996; 9(2):129-32.
53. Banasik M, Gierowski K, Nowakowski K. Aggressiveness and the intensity of psychopathic symptoms - gender differences. *Psychiatr Pol.* 2017; 51(4): 751-62.
54. Dargis M, Newman J, Koenigs M. Clarifying the link between childhood abuse history and psychopathic traits in adult criminal offenders. *Personal Disord.* 2016; 7(3): 221-8.
55. Tuvblad C, Fanti KA, Andershed H, Colins OF, Larsson H. Psychopathic personality traits in 5 year old twins: the importance of genetic and shared environmental influences. *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 2017; 26(4): 469-79.
56. Sitaram R, Caria A, Veit R, Gaber T, Ruiz S, Birbaumer N. Volitional control of the anterior insula in criminal psychopaths using real-time fMRI neurofeedback: A pilot study. *Front Behav Neurosci.* 2014; 8: 344.
57. Gillen CT, Barry CT, Bater LR. Anxiety symptoms and coping motives: examining a potential path to substance use-related problems in adolescents with psychopathic traits. *Subst Use Misuse.* 2016; 51(14): 1920-9.
58. Anestis JC, Anestis MD, Rufino KA, Cramer RJ, Miller H, Khazem LR, et al. Understanding the relationship between suicidality and psychopathy: An examination of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior. *Arch Suicide Res.* 2016; 20(3): 349-68.
59. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol.* 1992; 63(3): 452-9.
60. Mata S, Gómez-Pérez MM, Molinero C, Calero MD. Interpersonal problem-solving skills, executive function and learning potential in preadolescents with high/ low family risk. *Span J Psychol.* 2017; 20: E56.doi: 10.1017/sjp.2017.54.

61. Colins OF, Andershed H, Pardini DA. Psychopathic traits as predictors of future criminality, intimate partner aggression, and substance use in young adult men. *Law Hum Behav.* 2015; 39(6): 547-58.



ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı-Soyadı : Havva Öznur

Doğum yeri ve tarihi : Bartın-15.5.1976

Uyuşu-Medeni durumu : Türkiye Cumhuriyeti-Evli

İletişim adresi: Ankara Eğitim Araş. Hast. Altındağ/Ankara

Telefonu: 0(312) 595 30 00

e-posta: drhavvaoznur@gmail.com

Yabancı dili: İngilizce

II- Eğitimi

Ankara Eğitim Arş. Hast. Aile Hekimliği 2012- devam ediyor

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi 1994-2000

Ege Üniversitesi Kimya Mühendisliği 1992-1994

Bartın Lisesi 1989-1992

Bartın Ortaokulu 1986-1989

Bartın Cumhuriyet İlkokulu 1981-1986

III- Ünvanları

Pratisyen Hekim 2000

Uzmanlık Öğrencisi 2012

IV- Mesleki Deneyimi

Osmaniye Sağlık Ocağı; 2001-2003

Bartın Sağlık Ocağı; 2003-2006

İstanbul Fatih Sağlık Ocağı; 2006-2007

Ankara Çankaya Sağlık Ocağı; 2007-2009

İstanbul Kadıköy Toplum Sağlığı Merkezi; 2011-2012

Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi; 2012-2017

V- Üye Olduğu Bilimsel Kuruluşlar

Türkiye Aile Hekimleri Uzmanlık Derneği (TAHUD)

VI- Bilimsel İlgi Alanları

Makale

1. Öznur T, Toygar M, Karaahmetoğlu B, Öznur H, Bolu A, Özdemir B. Posttraumatic Stress Disorder Patients and Results of Violent Behavior. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2014; 13(4): 301-6.
2. Öznur T, Toygar M, Öznur H, Aydemir E, Alper M, Garip B, et al. The relationship between the level of aggression and the sleep quality in patients with posttraumatic stress disorder. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2015; 14(6):433-7.
3. Tekin O, Çakıt M, Arslan İ, Gülmez G, Şahin V, Şahin K, ve ark. Aile hekimliğinde önemli bir konu: Aile rehberliği. Ankara Med J. 2014; 14(1): 34-6.

Poster

1. Öznur H, Şahin K, Dönderici Ö. Anemi tanısıyla takip edilen bir Non-Hodgkin lenfoma olgusu. İkinci Aile Hekimliği Kongresi, Ankara, 2013.
2. Tekin O, Akbaş N, İşcan G, Fidancı A, Fidancı İ, Cirit E, ve ark. Ergen rehberliği projesi. İkinci Ankara Aile Hekimliği Kongresi, 2013.
3. Şahin K, Öznur H, Dönderici Ö. Cilt döküntüsü ile başlayan Crohn hastalığı. İkinci Ankara Aile Hekimliği Kongresi, 2013.
4. Öznur H, Şahin K, Dönderici Ö. Morbid obez hastada egzersizle tetiklenen astım atağı ve idaresi. İkinci Aile Hekimliği Kongresi, Ankara, 2013.
5. Öznur H, Dönderici Ö. Anemi yakınmasıyla başvuran ileri yaşta bir Çölyak olgusu. 12. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, İzmir, 2013.
6. Öznur H, Oğulluk M, Öznur T, Arslan İ. Anksiyete belirtileriyle psikiyatri polikliniğine başvuran hiponatremi olgusu. Yedinci Aile Hekimliği Güz Okulu, Antalya, 2013.
7. Oğulluk M, Öznur H, Bahadır A, Dönderici Ö. Diyabetik ketoz ile prezente olan infektif endokardit olgu sunumu. Yedinci Aile Hekimliği Güz Okulu, Antalya, 2013.

8. Kuzulu A, Bilgin G, Arslan İ, Öznur H, Kızıldaş Ö, Tekin O, ve ark. KOAH hastalarında sosyal ilişkilerin değerlendirilmesi. 15. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Ankara, 2016.
9. Çelik C, Öznur T, Bolu A, Öznur H, Uygun A, Macit E. Psikotik bozukluk tanısı ile takibi yapılan bir grup hastada alkol-madde kullanım bozukluğunun incelenmesi: Çalışmanın ön verileri. 16. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Adana, 2017.
10. Çelik C, Öznur T, Bolu A, Öznur H, Uygun A, Macit E. Psikotik veya manik atak ile gelen bir grup hastanın madde kullanımını açısından toksikolojik incelemesi. Çalışmanın ön verileri.16. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Adana, 2017.
11. Aydın MS, Sinici E, Öznur H, Çelik C, Bolu A ve ark. Dirençli obsesif kompulsif bozuklukta tedavi: Bir olgu sunumu. 16. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Adana, 2017.
12. Bolu A, Öznur H, Öznur T. Gece kâbusları tedavisinde terazosin kullanımı: Bir olgu sunumu. 16. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Adana, 2017.
13. Bolu A, Çelik C, Özmenler KN, Uzun Ö, Öznur H, Ceyhan AR ve ark. Bir eğitim araştırma hastanesinin konsültasyon liyezon psikiyatrisi verilerinin değerlendirilmesi. 16. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Adana, 2017.
14. Öznur T, Öznur H, Özmenler KN, Bolu A, Aydın MS, Uzun Ö, Çelik C. Clinical and socio-demographic features of patients with use of synthetic cannabinoids in young male population. 16. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Adana, 2017.
15. Palaz-Türker Ö, Arslan İ, Çakıt O, Öznur H, Dalkıran S. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi polikliniklerine başvuran hastaların polifarmasi ve akılcı ilaç kullanımı. Aile Hekimliği Güz Okulu, Antalya, 2017.

Çalıştay

1. Tekin O, Öznur H, Yıldırım E, Balcı N, Gülmez G, Şahin K. Aile hekimliğinde aile rehberliği uygulaması çalıştay. İkinci Aile Hekimliği Kongresi, Ankara, 2013.

VII- Bilimsel Etkinlikleri

2. Aile Hekimliği Kongresi, Ankara, 2013

12.Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, İzmir, 2013

Yedinci Aile Hekimliği Güz Okulu, Antalya, 2013

15. Ulusal Aile Hekimliği Kongresi, Ankara, 2016

16. Uluslararası Doğu Akdeniz Aile Hekimliği Kongresi, Adana, 2017

11. Aile Hekimliği Güz Okulu, Antalya, 2017

VIII- Diğer Bilgiler



8. EKLER

EK 1: Etik Kurul Onayı

T.C.
GENELKURMAY BAŞKANLIĞI
GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ KOMUTANLIĞI
ETİK KURUL TOPLANTI RAPORU

OTURUM NO : 26
OTURUM TARİHİ : 16 Eylül 2013
OTURUM BAŞKANI : Prof. Diş Tbp Alb. Yaşar Meriç TUNCA
OTURUM SEKRETERİ : Doç. Tbp. Alb. Muharrem UÇAR


GATA Etik Kurulu'nun 16 Eylül 2013 günü yapılan 26'ncı oturumunda, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Bölümünde görevli Asistan Doktor Havva ÖZNER'un sorumlu araştırmacılığını yaptığı "Antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların, psikopatoloji düzeyleri ile aile işlevselliği, çocukluk çağı travma düzeyleri arasındaki ilişki" başlıklı araştırma dosyası değerlendirildi.

Araştırma dosyasının amaç, yöntem ve yaklaşım bakımından etik ilkelere UYGUN olduğuna karar verildi.

BAŞKAN


Y. Meriç TUNCA
Prof. Diş Tbp. Alb.

ÜYE


Ayhan KUBAR
Prof. Tbp. Alb.


ÜYE


Mahir GÜLEÇ
Prof. Tbp. Alb.

ÜYE


Cengiz BAŞOĞLU
Prof. Tbp. Alb.

ÜYE


(Toplantıya
Katılmadı)
Cemil YILDIZ
Prof. Tbp. Alb.


ÜYE


Semih GÖRGÜLÜ
Prof. Tbp. Alb.


ÜYE


Ergun TOZKOPARAN
Prof. Tbp. Alb.

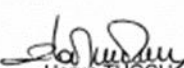
ÜYE


Muharrem UÇAR
Doç. Tbp. Alb.

ÜYE


Emine İYİĞÜN
Doç. Dr. Hv. Sağ. Alb.

ÜYE


Harun TUĞCU
Doç. Tbp. Alb.

ÜYE


Cengiz İnan AÇIKEL
Doç. Tbp. Alb.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALINA

Tıpta Uzmanlık öğrencimizin kimlik bilgileri, tez danışmanı, planlanan tez hakkındaki bilgiler aşağıda/ekte sunulmuştur.

Tez konusunun akademik kurulda onaylanmasını arz ederim.

Program Yöneticisi/Eğitim Sorumlusu
Prof. Dr. Mustafa ÇELİK

Uzmanlık Öğrencisinin Adı Soyadı:	Havva ÖZNUR
Telefonu:	05303298474
E-Posta:	drhavvaoznur@gmail.com
Uzmanlık Dalı:	Aile Hekimliği
Eğitim Kurumu:	Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Uzmanlık Eğitimine Başlama Tarihi:	26.11.2012
Uzmanlık Eğitimini Bitirme Tarihi:	04.12.2017
Tez Danışmanının Adı Soyadı:	Doç .Dr. Oğuz TEKİN
Telefonu:	05373899993
E-Posta:	oguztekin82@gmail.com

1-Tez Başlığı/Konusu:

Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısı alan hastaların, psikopatoloji düzeyleri ile aile işlevselliği, çocukluk çağı travma düzeyleri arasındaki ilişki

2-Araştırma sorusu:

Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısı alan hastaların, psikopatoloji düzeyleri ile aile işlevselliği, çocukluk çağı travma düzeyleri arasında ilişki var mıdır?

3-Araştırmanın amacı:

Bu çalışmanın amacı, Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısı alan hastaların, psikopatoloji düzeyleri ile aile işlevselliği, çocukluk çağı travma düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Antisosyal Kişilik Bozukluğu olan şahısların ortak özellikleri; yalan söylemek veya hırsızlık yapmada ısrarcı olmak, ceza adaleti sistemi ile mükerrer problemler yaşamak, diğer şahısların haklarını veya sınırlarını (mülkî, fizikî, cinsî, hissî, hukukî) ihlâl etmek, yoğun alkol veya uyuşturucu madde kötüye kullanmak, saldırganlık ve kavgaya karışma eğilimi taşımak, sürekli olarak endişeli, sinirli ve disforik olmak olarak özetlenebilir. Bir kişilik bozukluğu olarak, çocukluk veya ilk ergenlik çağında başlayıp yetişkinlik çağında da devam eden, diğer insanların hakları ile ilgili daimî bir umursamazlık ve ihlâl seyridir. Hastalığın temel özellikleri hilekârlık ve manipülasyondur.

Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısı alan yetişkin bireyler, çocukluk çağında da yalancılık, hırsızlık, evden kaçma, kavgacılık davranışları göstermiş kişilerdir. Çocukluk çağında davranım bozukluğu tanısı konan bu kişilere 18 yaşından sonra Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısı konur.

Çocuklukta dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu gösterenlerde Antisosyal Kişilik Bozukluğu riski daha yüksektir. Antisosyal Kişilik Bozukluğu olan bireyler, genellikle alkolizme, kumara, suça yönelimli, ağır fiziksel şiddet uygulayan, antisosyal olan ebeveynlerin bulunduğu düzensiz, dengesiz, parçalanmış ailelerden gelirler(1). Bir bölüm Antisosyal ise yetiştirme yuvalarında yetişmişlerdir. Sıklıkla çocuklukta travmatik yaşam olaylarına ve kötü muameleyle maruz kalma öyküsü saptanmaktadır(2).

Öte yandan antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konan mahkûmların, çocukluk ve ergenlik döneminde maruz kaldıkları fiziksel travmanın, erken yaşta mahkûmiyet ve farklı suç işleme için bir gösterge olduğu bulunmuştur(3).

Bu bulgular ışığında, Antisosyal Kişilik yapısını gelişiminde rol oynayan, psikopatik sapmanın şiddetine de etki eden çocukluk çağı travmaları, aile işlevselliğini sorgulayan çalışmaların yürütülmesine ihtiyaç bulunmaktadır. Bu durumu inceleyen çalışmaların, kamu düzenine ciddi zararlar veren Antisosyal Kişilik Bozukluğun ortaya çıkışına katkıda bulunan önlenilebilir faktörlerin tanımlanmasına ve önleyici çalışmaların yürütülmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

4-Araştırma materyalleri, popülasyonu:

Çalışmaya GEAH Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine saldırganlık, uyum sorunları, suç işleme nedeniyle sevk edilen hastalardan ayaktan Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısı konan 75 hasta ve 75 sağlıklı gönüllü çalışmaya alınacaktır. Çalışmaya alınacak her gönüllüye SCID-1 ve SCID-2 uygulanacak ve çalışmaya dâhil olma ve dışlama kriterleri ile çalışmaya dahil edilecektir. Gönüllülere sosyo-demografik bilgi formu, McMaster Aile İşlevselliği anketi, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Hare Psikopati Kontrol Listesi(PCL-R), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği formları uygulanacaktır.

5-Dahil etme ve hariç tutma kriterleri:

A. Denek Grubu için Araştırmaya Dâhil Olma Kriterleri

DSM-IV ölçütlerine göre Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısı olan hastalar

B. Denek Grubu için Araştırma Dışı Kalma Kriterleri

- Çalışmaya katılmak istemeyenler
- Psikotik Bozukluk tanısı olanlar
- Alkol/Madde etkisi altında olduğu değerlendirilenler

C. Kontrol Grubu için Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri

SCID-I ve SCID-II'ye göre herhangi bir ruhsal hastalık tanısı almamak.

6-Araştırmanın birincil sonuç değişkenleri:

7-Araştırmanın türü ve tasarımı:

Prospektif çalışma.

Çalışmaya GEAH Ruh Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine saldırganlık, uyum sorunları, suç işleme nedeniyle sevk edilen hastalardan ayaktan Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısı konan 75 hasta ve 75 sağlıklı gönüllü çalışmaya alınacaktır. Çalışmaya alınacak her gönüllüye SCID-1 ve SCID-2 uygulanacak ve çalışmaya dâhil olma ve dışlama kriterleri ile çalışmaya dâhil edilecektir. Gönüllülere sosyo-demografik bilgi formu, McMaster Aile İşlevselliği anketi, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Hare Psikopati Kontrol Listesi(PCL-R), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği formları uygulanacaktır.

8- Araştırma hipotezi: Bu durumu inceleyen çalışmaların, kamu düzenine ciddi zararlar veren Antisosyal Kişilik Bozukluğun ortaya çıkışına katkıda bulunan önlenebilir faktörlerin tanımlanmasına ve önleyici çalışmaların yürütülmesine katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

9-Örneklem sayısı ve belirleme yöntemi: 0,05 hata payı ve 0,90 güç için 0,5 etki büyüklüğüne göre en az 75 hastanın çalışmaya alınmasının uygun olacağı GPower programı kullanılarak hesaplandı.

10-Araştırmada kullanılacak istatistik yöntemler: Önce verilerin dağılımının normalliği değerlendirildikten sonra sonuca göre uygun olan parametrik veya non-parametrik testler yapılacak. Kategorik verilerin karşılaştırılmasında ise ki-kare testi kullanılacak.

11-Araştırmanın orijinalliyi ve bilime katkısının açıklaması:

Literatürde Antisosyal Kişilik Bozukluğu olgularının psikopatoloji düzeyleriyle ilişkili ailesel ve çevresel faktörlerin katkısı az araştırılmış bir konudur. Bu çerçevede yapılan çalışmalarında çoğu kez cezaevlerinde kalan tutuklular üzerinde yürütülmüş olması, cezaevinde bulunmanın getirdiği psiko-sosyal güçlükleride yansıtabileceği değerlendirilmektedir. Bu nedenle Antisosyal Kişilik Bozukluğu olan ve halen doğal yaşam koşullarında yaşayan bireylerde yürütülecek olan bir çalışmanın, bu kısıtlılığın taşımayacağı ve natüralistik sonuçlar ortaya koyacağı beklenmektedir.

12-Açıklamak istediğiniz diğer konular:

Tez Danışmanı
Kontrol edilmiştir ve uygundur.

Doç Dr. Özgür TEKİN
Aile Hekimliği Eğitim Sını
İht No: 44480 - 36578

Adı Soyadı	:.....			
Yaşı	:.....			
Öğrenim Düzeyi (yıl)	:.....			
Medeni durum	:.....			
Memleketi (Yaşadığı Bölge/Şehir)				
Hapiste Geçen Toplam Süre	:.....			
İlk Tutuklanma Yaşı	:.....			
Evinden İlk Kaçtığındaki Yaşı	:.....			
Ailenin Aylık Toplam Geliri (lira)	:.....			
Kardeş Sayısı	:.....			
İşlediği Suçların Çeşidi (Hırsızlık, Adam Yaralama, Gasp, tecavüz vb.)	:.....			
Psikiyatrik tedavi öyküsü ve çeşidi	:.....			
Ailede Antisosyal Davranış Öyküsü	:.....			
İntihar Girişimi(Yaş)	:.....			
	Çeşidi	Başlama Yaşı	Kullanım Süresi	Tedavi Görmüş mü?(Amatem vb.)
Madde Kullanımı				

Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Listesi (PCL-R)

0	1	2	İPTAL	1	YÜZEYEL ÇEKİCİLİK
0	1	2	İPTAL	2	BENLİK DEĞERİNİN GÖRKEMLİ HİSSEDİLMESİ
0	1	2	İPTAL	3	UYARI İHTİYACI / SIKINTIYA EĞİLİM
0	1	2	İPTAL	4	PATOLOJİK YALAN SÖYLEME
0	1	2	İPTAL	5	USTACA HİLE YAPMAK, ÇIKARCILIK
0	1	2	İPTAL	6	SUÇLULUK VE VİCDAN AZABINDA EKSİKLİK
0	1	2	İPTAL	7	DUYGULANIMDA YÜZEYSELLİK
0	1	2	İPTAL	8	UMURSAMAZLIK, EMPATİ EKSİKLİĞİ
0	1	2	İPTAL	9	ASALAK (PARAZİTİK) YAŞAM TARZI
0	1	2	İPTAL	10	DAVRANIŞ DENETİM ZAYIFLIĞI
0	1	2	İPTAL	11	RASTGELE CİNSEL DAVRANIŞ
0	1	2	İPTAL	12	ERKEN DAVRANIŞSAL SORUNLAR
0	1	2	İPTAL	13	GERÇEKÇİ UZUN VADELİ HEDEF EKSİKLİĞİ
0	1	2	İPTAL	14	DÜRTÜSELLİK
0	1	2	İPTAL	15	SORUMSUZLUK
0	1	2	İPTAL	16	KENDİ DAVRANIŞLARI İÇİN HESAP VERMEME
0	1	2	İPTAL	17	ÇOK SAYIDA KISA SÜRELİ EVLİLİKLER
0	1	2	İPTAL	18	ERGEN ANTİSOSYAL –SUÇ DAVRANIŞLARI
0	1	2	İPTAL	19	ŞARTLI TAHLİYENİN İPTALİ (HÜKÜMSÜZ KILINMASI)
0	1	2	İPTAL	20	ÇOK YÖNLÜ SUÇ DAVRANIŞLARI

BUSS-PERRY ÖLÇEĞİ

KARAKTERİNİZE EN UYGUN OLAN YANITI (X) ŞEKLİNDE İŞARETLEYİNİZ.	HİÇ BENİM ÖZELLİĞİM DEĞİL	ÇOK AZ	BİRAZ	ÇOK	TAMAMEN BENİM ÖZELLİĞİM
1 . Arada bir başka bir insana vurma arzumu kontrol edemem.					
2 . Yeterince kızdırtılırsam başka bir insana vurabilirim.					
3 . Eğer biri bana vurursa, ben de ona vururum.					
4 . Birçok insana göre biraz daha fazla kavgalara katılırım.					
5 . Haklarımı korumam için şiddete başvurmam gerekirse, başvururum.					
6 . Beni o kadar zorlayan insanlar olmuştur ki, kavgaya tutuştuk.					
7 . Bir insana vurmak için iyi bir sebep düşünemiyorum.					
8 . Tanıdığım insanları tehdit ettim.					
9 . O kadar kızdım ki, bir şeyleri kırdım.					
10 . Arkadaşlarımla aynı fikirde olmadığım da onlara açıkça söylerim.					
11 . Sıklıkla kendimi insanlarla tartışırken bulurum.					
12 . İnsanlar sınırları bozduklarında onlara haklarında ne düşündüğümü söyleyebilirim.					
13 . İnsanlar benimle fikir ayrılığına düştüğünde münakaşaya girmekten kendimi alıkoyamam.					
14 . Arkadaşlarım münakaşayı seven biri olduğumu söylerler.					
15 . Çabuk parlar fakat çabuk sakinleşirim.					
16 . Engellendiğimde kızgınlığımı gösteririm.					
17 . Bazen kendimi patlamaya hazır barut fıçısı gibi hissederim.					
18 . Ben sakin bir insanım.					
19 . Bazı arkadaşlarım asabi olduğumu düşünüyor.					
20 . Bazen hiçbir sebep yokken tepem atar.					
21 . Öfkemi kontrol etmekte zorluk çekerim.					
22 . Bazen kıskançlık beni yiyip bitirir.					
23 . Bazen hayatın bana adaletli davranmadığını hissederim.					
24 . Fırsatlar her zaman diğer insanlardan yana gibidir.					
25 . Bazen niye bu kadar sert olduğumu merak ediyorum.					
26 . "Arkadaşların", arkamdan hakkımda konuştuklarını biliyorum.					
27 . Fazla dostça davranan yabancılardan şüphelenirim.					
28 . Bazen insanların arkamdan bana güldüklerini hissederim.					
29 . İnsanlar özellikle nazik davrandıklarında, ne isteyeceklerini merak ederim.					

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar, 1996, 2012)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir, lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
 1. Hiç Bir Zaman
 2. Nadiren
 3. Kimi Zaman
 4. Sık Olarak
 5. Çok Sık
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
 1. Hiç Bir Zaman
 2. Nadiren
 3. Kimi Zaman
 4. Sık Olarak
 5. Çok Sık
3. Ailemdelikler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tıpsız" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
 1. Hiç Bir Zaman
 2. Nadiren
 3. Kimi Zaman
 4. Sık Olarak
 5. Çok Sık
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
 1. Hiç Bir Zaman
 2. Nadiren
 3. Kimi Zaman
 4. Sık Olarak
 5. Çok Sık
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
 1. Hiç Bir Zaman
 2. Nadiren
 3. Kimi Zaman
 4. Sık Olarak
 5. Çok Sık
6. Yırtık, sökükle ya da kirliliği içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
 1. Hiç Bir Zaman
 2. Nadiren
 3. Kimi Zaman
 4. Sık Olarak
 5. Çok Sık
7. Sevdiğimi hissediyordum.
 1. Hiç Bir Zaman
 2. Nadiren
 3. Kimi Zaman
 4. Sık Olarak
 5. Çok Sık
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
 1. Hiç Bir Zaman
 2. Nadiren
 3. Kimi Zaman
 4. Sık Olarak
 5. Çok Sık
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
 1. Hiç Bir Zaman
 2. Nadiren
 3. Kimi Zaman
 4. Sık Olarak
 5. Çok Sık
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
 1. Hiç Bir Zaman
 2. Nadiren
 3. Kimi Zaman
 4. Sık Olarak
 5. Çok Sık
11. Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
 1. Hiç Bir Zaman
 2. Nadiren
 3. Kimi Zaman
 4. Sık Olarak
 5. Çok Sık
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
 1. Hiç Bir Zaman
 2. Nadiren
 3. Kimi Zaman
 4. Sık Olarak
 5. Çok Sık
13. Ailemdelikler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
 1. Hiç Bir Zaman
 2. Nadiren
 3. Kimi Zaman
 4. Sık Olarak
 5. Çok Sık
14. Ailemdelikler bana küncü ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
 1. Hiç Bir Zaman
 2. Nadiren
 3. Kimi Zaman
 4. Sık Olarak
 5. Çok Sık

15. Vücutta kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
16. Çocukluğum mükemmeldi.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
17. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
19. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
20. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık
28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
 1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi Zaman 4. Sık Olarak 5. Çok Sık

AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ

AÇIKLAMA: İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. **Önemli olan, sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür.** Her cümle için 4 seçenek söz konusudur. (Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum)

Her cümle için 4 seçenek için de ayrı yerler ayrılmıştır. Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. **Her cümle için uzun uzun düşünmeyiniz.** Mümkün olduğu kadar **çabuk ve samimi cevaplar** veriniz. **Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz.** Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1.Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.	()	()	()	()
2.Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.	()	()	()	()
3.Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.	()	()	()	()
4.Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.	()	()	()	()
5.Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.	()	()	()	()
6.Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.	()	()	()	()
7.Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.	()	()	()	()
8.Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.	()	()	()	()
9.Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
10.Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.	()	()	()	()
11.Evde dertlerimizi üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.	()	()	()	()
12.Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.	()	()	()	()
13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.	()	()	()	()
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.	()	()	()	()
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.	()	()	()	()
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.	()	()	()	()
17.Evde herkes başına buyruktur.	()	()	()	()
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.	()	()	()	()
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.	()	()	()	()
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.	()	()	()	()
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınırız.	()	()	()	()
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.	()	()	()	()
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.	()	()	()	()
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.	()	()	()	()
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.	()	()	()	()
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.	()	()	()	()
27.Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.	()	()	()	()
28.Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.	()	()	()	()
29.Evde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.	()	()	()	()
30.Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.	()	()	()	()
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()

32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.	()	()	()	()
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışırız.	()	()	()	()
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.	()	()	()	()
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.	()	()	()	()
36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız.	()	()	()	()
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacaksa ilgi gösteririz.	()	()	()	()
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.	()	()	()	()
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.	()	()	()	()
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.	()	()	()	()
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.	()	()	()	()
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.	()	()	()	()
43.Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzdür.	()	()	()	()
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.	()	()	()	()
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.	()	()	()	()
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.	()	()	()	()
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.	()	()	()	()
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.	()	()	()	()
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.	()	()	()	()
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.	()	()	()	()
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.	()	()	()	()
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.	()	()	()	()
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.	()	()	()	()
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.	()	()	()	()
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.	()	()	()	()
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.	()	()	()	()
57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.	()	()	()	()
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.	()	()	()	()
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.	()	()	()	()
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.	()	()	()	()