

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**ALKOL BAĞIMLILIĞI SENDROMUNDA
ANTİSOSYAL KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ VE
BAĞIMLILIK SÜRECİ İLE İLİŞKİSİ**

**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
TIPTA UZMANLIK TEZİ**

Dr. Gökçen TURAN

**DANIŞMAN
Doç. Dr. İnci Özgür İLHAN**

**ANKARA
2012**

KABUL VE ONAY

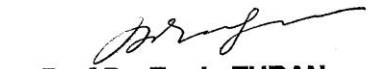
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

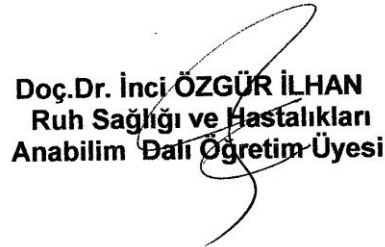
Tıpta Uzmanlık eğitimi çerçevesinde yürütülmüş olan

“ALKOL BAĞIMLILIĞI SENDROMUNDA ANTİSOSYAL KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİ ve BAĞIMLILIK SÜREÇLERİ İLE İLİŞKİSİ “ başlıklı Dr. Gökçen
ÖZTÜRK TURAN’ a ait bu çalışma aşağıdaki jüri üyeleri tarafından Tıpta
Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Tez Savunma Tarihi: 26 / 06 / 2012


Prof. Dr. Yıldırım Beyatlı DOĞAN
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi


Prof. Dr. Engin TURAN
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Başkan


Doç. Dr. İnci ÖZGÜR İLHAN
Ruh Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

ÖNSÖZ

Tezimin gerçekleşmesindeki yardım ve katkılarından dolayı, başta tez danışmanım Doç. Dr. İnci Özgür İlhan' a, uzmanlık eğitimim boyunca bilgi ve deneyimlerinden faydalanma fırsatı bulduğum Prof. Dr. Yıldırım Beyatlı Doğan'a

Kişisel gelişimime ve uzmanlık eğitimime katkılarından dolayı başta Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Prof. Dr. Engin Turan, olmak üzere tüm hocalarıma,

Uzmanlık eğitimimin her aşamasındaki büyük katkılarından dolayı değerli ablam Doç. Dr. Ayşegül Yılmaz Özpolat'a,

İhtiyaç duyduğum her an yanımda olan değerli dostlarım Dr H. Özge Altıntaş ve Dr. Emel Gökdemir'e,

Beş yıllık asistanlık yaşantımı güzelleştiren, birlikte çalışmaktan büyük zevk aldığım tüm asistan arkadaşlarıma,

Tezimin gelişiminde emeği geçen Yrd. Doç. Psikolog Hatice Demirbaş, Psikolog Ecmel Çıtak'a,

Yaşamımın her anında bana desteğini hissettiren, tezimin hazırlanması esnasında büyük katkıları olan sevgili eşim K. Hakan Turan'a,

Ve varlıklarıyla bana her zaman güç veren, yaşamımın her döneminde sonsuz özveri ve fedakarlıkla yanımda olan tüm aileme ve dostlarıma en içten teşekkürlerimle...

Dr. Gökçen Turan

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
Kabul ve Onay.....	i
Önsöz	ii
İçindekiler	iii
Şekiller Dizini	vi
Tablolar Dizini	vii
1. GİRİŞ	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Kişilik.....	3
2.1.1 Kişilik Gelişimi	3
2.1.2 Cloninger'in Psikobiyolojik Modeli.....	6
2.2. Kişilik Bozukluğu	8
2.3 Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Psikopati.....	10
2.3.1 Psikopati	14
2.3.2 Epidemiyoloji	17
2.3.3 Etyoloji	18
2.3.3.1 Gen- Çevre Etkileşimi	18
2.3.3.2 Antisosyal Davranışın Biyolojik Belirteçleri	19
2.4 Alkol Bağımlılığı Kişilik İlişkisi.....	20

2.5 Alkol Bağımlılığı Antisosyal Kişilik Bozukluğu Komorbiditesi	28
3.GEREÇ ve YÖNTEM.....	31
3.1 Örneklem.....	31
3.2 Ölçme ve Değerlendirme Araçları	32
3.2.1 Hare Psikopati Ölçeği (PCL-R)	32
3.2.2 Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)	33
3.2.3 Levenson Psikopati Ölçeği (LSRP)	33
3.2.4 ASI Alkol Kullanımı ve Yasal Durum Alt Ölçekleri	34
3.2.5 Sosyodemografik Veri Formu	35
3.2.6 Alkol Öyküsü Formu	35
3.2.7 DSM-IV Antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerine göre yapılandırılmış değerlendirme formu	35
3.2.8 ICD-10 Dissosyal Kişilik bozukluğu tanı ölçütlerine göre yapılandırılmış değerlendirme formu	36
3.3 Uygulama	37
3.4 İstatistiksel Analiz.....	37
4. BULGULAR.....	39
4.1 Sosyodemografik Özellikler ve Tanımlayıcı İstatistikler	39
4.2 Sosyodemografik Özellikler ile Psikopati İlişkisi.....	42
4.3 Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Dissosyal Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri ile Psikopati ilişkisi.....	43
4.4 Bağımlılık Şiddeti ile Psikopati İlişkisi.....	45

4.5 Sosyodemografik Özellikler, Remisyon ve Psikopati İlişkisi.....	45
5. TARTIŞMA	49
6. SONUÇ.....	53
ÖZET.....	55
SUMMARY	57
KAYNAKLAR	59
EKLER.....	70
Ek 1. Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu	70
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu.....	71
Ek 3. Alkol Öyküsü Formu	73
Ek 4. Hare Psikopati Ölçeği (PCL-R)	74
Ek 5. Levenson Psikopati Ölçeği (LSRP)	75
Ek 6. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI)	77
Ek 7. DSM-IV Antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerine göre yapılandırılmış değerlendirme formu.....	84
Ek 8. ICD-10 Dissosyal Kişilik bozukluğu tanı ölçütlerine göre yapılandırılmış değerlendirme formu.....	85
Ek 9. ASI	86

ŞEKİLLER DİZİNİ

Şekil 1. Psikopatinin faktör yapısı	15
Şekil 2. Sosyodemografik özellikler, eğitim düzeyi	39
Şekil 3. Sosyodemografik özellikler, medeni durum	39
Şekil 4. Sosyodemografik veriler, çalışma durumu	40
Şekil 5. Tanımlayıcı veriler, relaps, remisyon oranları	40

TABLULAR DİZİNİ

Tablo 1.1	Demografik Veriler ve Tanımlayıcı İstatistikler.....	41
Tablo 2.1	Psikopati Ölçekleri Puan Ortalamaları	42
Tablo 3.1.	Psikopati Ölçekleri Çalışma Durumu İlişkisi	42
Tablo 3.2.	Psikopati Ölçekleri Medeni Durum İlişkisi	43
Tablo 3.3.	Psikopati Ölçekleri Eğitim Düzeyi İlişkisi	43
Tablo 4.1	DSM-IV ASKB Kriterleri ile Psikopati Ölçekleri İlişkisi	44
Tablo 4.2	ICD-10 DKB tanı kriterleri ile Psikopati Ölçekleri ilişkisi	44
Tablo 5.1.	Bağımlılık şiddeti ile psikopati ilişkisi	45
Tablo 6.1.	Relaps- Remisyon ile sosyodemografik veri ilişkisi	46
Tablo 6.2	Relaps- Remisyon ile yaş ve bağımlılık şiddeti ilişkisi	47
Tablo 6.3.	Relaps- remisyon ile psikopati ilişkisi	47
Tablo 6.4.	MMPI Pd alt ölçekleri Pearson korelasyon analizi.....	48
Tablo 6.5.	MMPI Pd alt ölçekleri arasındaki fark ile remisyon ilişkisi.....	48

1. GİRİŞ

Antisosyal kişilik bozukluğu, 15 yaşından beri süregelen ve erişkinlikte devam eden, yaygın olarak başkalarının haklarını ihlal etme ve önemsememe ile karakterize bir bozukluktur (Svrakic D.M., Cloninger C.R. 2005). Psikiyatride halen kullanılmakta olan ve DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ve ICD (The International Classification of Diseases) sınıflamalarında geçen tanı ölçütleri, bu tür davranışlarla birliktelik gösteren kişilerarası ilişki ve affektif özellikler gibi emosyonel faktörleri içermemekte, kişilik bozukluğu daha çok davranış boyutu ile değerlendirilmektedir (James, R.P., 2006). Psikopati ise bu davranışların olası sebeplerinden olan emosyonel disfonksiyona odaklanmaktadır. Psikopati, emosyonel cevapların işlenmesi ve düzenlenmesindeki bozukluklarla birlikte, amaca yönelik ve dürtüsel saldırgan davranışlarla karakterize, gelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Blair, R.J.R, 2006).

Literatürde antisosyal kişilik özellikleri, antisosyal kişilik bozukluğu, dissosyal kişilik bozukluğu, sosyopati, psikopati kavramları bağlamında ele alınmıştır. Fakat yürütülen epidemiyolojik çalışmalarda antisosyal kişilik özellikleri, antisosyal kişilik bozukluğu kapsamında değerlendirilmiştir (James, R.P., 2006).

Çalışmalar, antisosyal kişilik bozukluğunun (ASKB) alkol ve madde bağımlılıkları ile yüksek düzeyde birliktelik gösterdiğini bildirmektedir. (Verheul ve ark., 1995, Zimmerman ve ark., 2005, Grant ve ark., 2004). ASKB tanısını koymada kullanılan davranış bozuklukları alkol kullanımı ve bağımlılığında da görülebilen davranışsal komplikasyonlar ile benzerdir. Kişilerarası ilişkilerdeki bozukluklar, suç davranışı, aile ve iş yaşamının bozulması her iki tanı grubunda görülebilen davranış sorunlarına örneklerdir. Bu ortaklıklar, klinisyenlerin alkol bağımlılığında ASKB tanısını sık koymasını kısmi olarak açıklamaktadır.

Ayrıca çalışmalarda, alkol bağımlılığı ve antisosyal kişilik bozukluğu birlikteliğinin, alkol bağımlılığı sağaltımını olumsuz etkilediği yönünde sonuçlar bildirilmiştir.

Bu çalışma temel olarak, alkol bağımlılığı tanısı konan hastaların kişilik özelliklerinin antisosyal kişilik bozukluğu ve psikopati açısından değerlendirilmesini

amaçlamaktadır. Psikopati tanı ölçütleri, ASKB için mevcut tanı sınıflama sistemleri olan ICD-10 ve DSM-IV ölçütleri ile bire bir örtüşmemektedir. ASKB tanısı klinikte daha kolay konulabilen bir tanıdır ki, bu da ASKB tanısının tartışılması için uygun bir zemin oluşturmaktadır. ASKB suç davranışına odaklandığından klinisyenlerin, bir hastanın öyküsünde suç unsurunun bulunması durumunda ASKB tanısı koyma eğiliminde olduğunu ve alkol bağımlılığı tanılı hastalarda klinik önyargılarla birlikte değerlendirildiği düşünülmektedir. Başlıbaşına psikososyal gelişimsel bozukluk olarak ele alınabilecek psikopati tanımının ASKB tanısına göre daha özgül olduğu düşünülmektedir. Alkol bağımlılığı olan hastalarda psikopati tanımını karşılayan hasta sayısının ASKB ölçütlerini karşılayan hasta grubundan daha düşük oranda bulunacağı düşünülmüştür.

Ayrıca, alkol bağımlılığında antisosyal kişilik özelliklerinin ve psikopatinin bağımlılık şiddeti ve relaps- remisyon ile ilişkisinin değerlendirilmesi planlanmıştır. Psikopatik özellikler gösteren alkol bağımlılığı olan hastaların, bu özellikleri taşımayan alkol bağımlısı hastalara göre alkolü bırakma (remisyon) sürelerinin daha kısa olduğu öngörülmüştür.

2. GENEL BİLGİLER

2.1 KİŞİLİK

Kişilik, çevreye uyumu sağlayan tüm ruhsal işlevlerin birleştiği (entegre olduğu), dinamik bir biçimde işlevsel olduğu bir organizasyon olarak tanımlanabilir (Cloninger, 2008). Kişi sergilediği çok sayıdaki davranış biçimleri açısından bir başkasından büyük ölçüde farklılık göstermektedir (Svrakic D.M., Cloninger C.R. 2005).

Genetik ve çevresel faktörler kişiliğin gelişmesinde doğrudan role sahiptirler. Kişilik yapısında mevcut bazı özelliklerin genetik etkiye daha çok açık, bazılarının da çevresel etkiler karşısında daha duyarlı olduğu bilinmektedir (Plomin R, 2000).

2.1.1 Kişilik Gelişimi

Kişiliğin gelişimi ile ilgili birçok kuram arasında kavramsal açıdan en zengini psikoanalitik kuramdır. Bu kurama göre kişilik, egonun id, süper ego ve çevresel taleplerin doyurulması işlevinden ve savunma mekanizmalarından yola çıkılarak tanımlanmaktadır (Millon T, 2000). Freud'a göre kişilik beş psikoseksüel evre boyunca gelişmektedir. Psikodinamik kuramın çeşitli sorulara sınırlı yanıt verebilmesi ve benzeri nedenlerle aynı kuramdan türemiş başka yaklaşımlar devreye girmiştir. Bunlardan biri de nesne ilişkileri yaklaşımıdır. Nesne ilişkileri kuramcılarında Kernberg kişiliği, yapısal düzenlenişine göre nevrotik, psikotik ve borderline (sınır) olarak üç grupta inceler (Kernberg O.F., 1967). Bu kişilik gruplarını ayırt edebilmek için ona göre üç temel ölçüt göz önünde bulundurulmalıdır: 1. kimlik bütünleşmesi, 2. savunma mekanizmaları, 3. gerçekliği değerlendirme yetisi (Kernberg O.F, 1984).

Kişilerarası kuramda ise kişiliğin, “önemli diğerleri” ile etkileşim sonucu geliştiğini kavramlaştırma aracının toplumsallık olması gerektiği düşünülür. Kişilik ve kendilik algısı bu bağlamdaki ilişkiler içinde gelişir (Millon T, 2000). Kişilerarası kuramın kurucusu olarak kabul edilen Harry Stack Sullivan, kişiliğin varsayımsal bir kavram olduğunu ve ilişki durumları dışında incelenemeyeceği görüşünü savunur. Kişiliğin

yapısal örgütünün organizmadan kaynaklanan algılardan çok, kişilerarası ilişkilerin ürünü olduğunu ileri sürer (Geçtan E, 2002).

Bilişsel kurama göre beyin, bir bilgi işlemcisi olarak hem bilinçli hem de bilinçdışı düzeyde kendisi, dünya ve diğerleri ile ilgili bilgileri aktif olarak seçer ve toplar. Bilişsel çarpıtmalar bir kalıp haline geldiğinde, bilişsel şemaları oluştururlar. Farklı kişilik süreçleri gerçekliği farklı yollardan işleyerek karara varır. Her kişilik özelliğinin kendine özgü bir bilişsel süreci vardır (Millon T, 2000). Evrim kuramına göre kişiliği belirleyen sekiz farklı yapı vardır: anlamlı hareketler, kişilerarası davranış, bilişsel şemalar, savunma mekanizmaları, kendilik imajı, nesne tasarımları, morfolojik yapılanma ve duygudurum-mizaç. Bu kurama göre doğal seleksiyon süreci insanlarda bazı fiziksel özelliklerin ortaya çıkmasını sağladığı gibi, bazı psikolojik mekanizmaların ortaya çıkmasından da sorumludur. Bu psikolojik mekanizmalar, insanlığın ortak sorunları ya da gereksinimleriyle etkili bir şekilde başa çıkılmasını sağlayan işlevlerdir.

Kişiliği biyolojik temelde açıklamaya çalışan ilk araştırmacılardan biri olan Hans Eysenck'e göre bütün kişilik özellikleri üç temel boyutta ele alınabilir: Dışa dönüklük- içe dönüklük, nevrozizm ve psikotizm. Dışa dönükler ve içe dönüklerin sadece davranışları değil, fizyolojik yapıları ve kortikal uyarılma düzeyleri de farklıdır (Eysenck H.J., 1967). İçe dönüklerin dışa dönüklere göre uyarılmaya karşı daha hassas oldukları birçok çalışmada gösterilmiştir (Bullock W.A., 1993). Dışa dönüklük ve içe dönüklük arasındaki farkları açıklamak için geliştirilen kurama göre (Gray J.A.,1987) dışa dönükler, içe dönük kişilere göre ödüle daha duyarlı olup, ödül vadeden durumlara karşı daha çok bağımlılık geliştirmektedirler (Gray J.A.,1987). İkiz çalışmaları kullanılarak yapılan araştırmalarda, dışa dönüklük-ıçe dönüklüğün kalıtsallık boyutunu destekleyen kanıtlara da ulaşılmıştır (Baker L.A., 1990, Scarr S., 1969).

Eysenck'in modelindeki ikinci ana boyut olan nevrozizmden alınan yüksek puanlar duygusal davranma eğiliminin bir göstergesidir. Bu boyuttan yüksek puan alan kişiler, "bencil, saldırgan, mesafeli, soğuk, anlayışsız, başkaları ile ilgilenmeyen, genel olarak başkalarının haklarına ve iyiliğine kayıtsız" olarak tanımlanırlar. Eysenck bu üç temel faktörün sadece kendi araştırmalarında değil, farklı veri

yöntemleri kullanan araştırmacıların çalışmalarında da ortaya çıktığını, biyolojik etmenlerin baskın rolünün kültürler arası benzerliğe yol açtığını ileri sürmüştür (Eysenck H.J.1982).

Kişiliğin biyolojik ve genetik alt yapısının açıklanmasını amaçlayan kişilik kuramlarından bir diğerisi “ayırıcı özellik yaklaşımı” ‘*Trait Theory*’ dır. Allport, Odbert ve Webster, faktör analizi yöntemi kullanılarak çeşitli kişilik envanterlerinin incelenmesi sonucu “beş faktör modeli”ni geliştirmişlerdir. Bu model, genel kişilik işlevselliğinin beş alanından oluşur: duygusal denge (*emotional stability*) karşısında nörotiklik (*neuroticism*), ie dönüklük (*introversion*) karşısında dışa dönüklük (*extraversion*), deneyime kapalılık (*closedness to experience*) karşısında açıklık (*openness*), karşıt olma (*antagonism*) karşısında uzlaşmacı olabilmek, sorumsuzluk (*irresponsibility*) karşısında vicdanlılık (*conscientiousness*) (Harkness A.R., 1996). İnsanları duygusal kararlılık ve kişisel uyum sürekliliği üzerinde bir noktaya yerleştiren nevrotiklik boyutuna göre, nevrotiklik düzeyi yüksek insanlar, düşük olan insanlara göre günlük olaylar karşısında daha sık stres yaşarlar (Gunthert K.C, 1999). Dışadönüklük, sosyal, enerjik, iyimser, girişken olmayı tanımlamaktadır (Burger J.M., 2006). “Deneyimlere açık olmak” anlamında kullanılan açıklık boyutunu oluşturan özellikler arasında güçlü bir hayal gücü, yeni görüşleri kabul etme isteği, çok yönlü düşünme ve zihinsel merak bulunmaktadır (Feist G.J 1998). Uyumluluk boyutundan yüksek puan alan kişiler, uyumsuzlara göre daha olumlu sosyal ilişkilere sahiptirler ve daha az kavga yaşarlar. Beş faktör modeli yaygın kabul görmesine rağmen, kişiliğin st sıra ölçek yapısının yeterli sayıda olup olmadığı halen tartışılmaktadır. Örneğin Almagor, Tellegen ve Waller (1995) beş faktör modelinin günlük dilde kişiliğe ait tüm tanımları kapsamadığını, çünkü leksikal analizlerin, örneğin duygudurum gibi, geçici durumları tanımlayan terimleri dışladığını savunmaktadırlar. Bu araştırmacılar yedi faktörlü bir model tanımlamışlardır.

Kişiliğin biyolojik temeli ile ilgili yapılan biyokimyasal araştırmalarda dopamin, norepinefrin ve serotoninin erken çocukluk dönemindeki gelişim boyunca oldukça aktif olduğunu gösteren kanıtlara ulaşılmıştır (Levitt P., 1997). Beyin gelişimi ile ilgili kanıtlar birleştirildiğinde çevresel faktörlerle beraber bu monoamin

nörotransmitterlerin kişilik gelişiminde rol oynadığı kabul edilebilir (Nidecker A, 1999).

Davranış genetiği çalışmaları çevresel deneyimlerden etkilenen, kısmen kalıtımsal olan mizaçtaki bireysel farklılıklara dayanır (Emde R.N. 2001). Bundan başka olumlu ve olumsuz duyguların deneyimlenmesi ve bu deneyimin ifadesindeki farklılıklar da mizaç ve kişilik özelliklerinde en önemli yapıtaşlarından biridir (Watson D. 2000). Genetik ve çevresel faktörlerin bu heterojenitesi kişilik gelişimi için tek bir açıklamanın yetersiz olacağını göstermektedir. Günümüzde geniş kabul gören görüş, mizaç ve kişiliğinin çoklu gen ürünü olduğudur. Davranış özellikleri ve psikiyatrik bozukluklar poligeniktir. Hatta bu kavram gen-çevre etkileşimi ve epistatik fenomenler de eklenince çok daha karmaşık bir hal almaktadır (Reif A, 2000). İnsan davranışını geniş bir aralıkta etkileyen üç gen; DRD4, 5 hidroksi triptamin taşıyıcı gen-bağlantılı promotor bölge (5-HTTLPR) ve katekol-o-metil transferaz (COMT), kişilik genetiği üzerinde etkileri en çok araştırılanlardandır. Bu üç gen, yürütücü işlevleri de kapsayan yüksek kortikal ve limbik fonksiyonları düzenleyen nörotransmitterler üzerinde pleotropik etkiye (belirli bir genin birden çok fenotipik etkiye yol açması) sahiptir. Bu üç gen şizofreni, bağımlılık, otizm, dikkat eksikliği gibi çeşitli hastalıklar kadar normal bireylerdeki dikkat süreçleri ve dürtüsellliği de düzenlemektedir.

2.1.2 Cloninger'in Psikobiyolojik Modeli

Cloninger kişiliğin iki temel bileşeni olarak mizaç ve karakterdeki normal ve anormal varyasyonları açıklayan boyutsal bir psikobiyolojik kişilik modeli geliştirmiştir (Cloninger C.R., 1987). Cloninger kişilik kuramını, kişilikle ilgili psikometri çalışmaları kadar, ikizler ve ailelerde yapılan uzunlamasına gelişimsel çalışmalar, nörofarmakolojik ve nörodavranışsal öğrenme çalışmalarından elde edilen bilgilerin sentezi üzerine kurmuştur (Köse S.A., 2003).

Yenilik arayışı (novelty seeking), ödül bağımlılığı (*reward dependence*), zarardan kaçınma (*harm avoidance*) ve sebat etme (*persistence*) olmak üzere dört mizaç; kendini yönetme (*self-directedness*), işbirliği yapma (*cooperativeness*) ve kendini

aşma (*self-transcendence*) olmak üzere üç karakter boyutu tanımlar (Cloninger C.R, 1994).

Mizacın psikobiyolojik modeline göre yenilik arayışı (YA), davranış aktivasyonu sistemi ile bağlantılıdır ve dopaminerjik nörotransmisyon tarafından düzenlenmektedir. Yeni bir uyarana yanıtta keşfedici bir etkinliğe yönelme, dürtüsel karar verme, ödül ipuçlarına yaklaşımda aşırıya kaçma, çabuk öfkelenme ile engellenmeden aktif kaçınmayı içerir. Yüksek yenilik arayışı olan bireyler çabuk kızan, meraklı, kolayca sıkılan, dürtüsel, abartılı ve düzensizdirler. Özgünlük, keşif ve ödül potansiyeli taşıyan alışılmadık ve yeni olanı araştırma isteği, yenilik arayışının uyuma dönük faydalarıdır (Svrakic D.M., Cloninger C.R. 2005).

Zarardan kaçınma (ZK) davranış inhibisyonu sistemi ile ilişkilidir ve serotonerjik nörotransmisyon tarafından kontrol edilmektedir. Davranışın önlenmesi ya da durdurulmasına dair kalıtsal bir eğilimdir. Bu mizaç boyutu kendisini gelecek sorunlara ilişkin karamsar bir endişelilik hali, belirsizlik korkusu ve çabuk yorulma gibi pasif kaçınma davranışları ile gösterir (Cloninger C.R, 1987, Köse S.A, 2003). Zarardan kaçınmanın uyumsal faydası, tehlike olasılığı olduğu zaman ihtiyatlı davranabilmek ve dikkatli planlama yapabilmektir. ZK puanı yüksek olan bireylerde uyum bozukluğu ve kaygıya daha sık rastlanmaktadır (Svrakic D.M., Cloninger C.R. 2005).

Davranışı sürdürme sistemi ile ilişkili olan ve noradrenerjik sistem tarafından düzenlenen ödül bağımlılığı (ÖB) duygusallık, sosyal bağlanma, başkalarının onayına bağımlılık ile kendini gösteren kalıtsal bir eğilimdir (Cloninger C.R, 1994, Kluger A.N., 2002). ÖB'ı yüksek olan bireyler merhametli, adanmış, bağımlı ve gergin kişilerdir. Yüksek ödül bağımlılığının en önemli uyumsal faydalarından biri bu kişilerin sosyal ilişkilerde sevgisini kolayca belli edebilen ve başkaları için gerçekten endişelenen özellikleri ile sosyal ilişkilere duyarlılıklarıdır (Svrakic D.M., Cloninger C.R. 2005).

Sebat etme (S) ise engellenme ve yorgunluğa karşı dayanmaya olan kalıtsal eğilimdir. Sabırlı bireyler, engelleyen ödül yokluğu durumları ile karşılaştıklarında davranışın sönmesine karşı direnç sergilerler (Cloninger C.R., 1994). Sebat etme

yüksek olanlar aşırı çalışırlar, azimlilik gösterirler ve yüksek başarı hırsları vardır (Svrakıç D.M., Cloninger C.R. 2005).

Cloninger'in psikobiyojik modelinde tanımlanan karakter özelliklerinin, mizaç bileşenlerinden farklı olarak daha çok kültürel olarak aktarıldıklarına inanılır (Köse S.A, 2003).

Karakter özelliklerinden kendini yönetme (KY) kişinin kendi tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, bireysel açıdan anlamlı amaçları belirlemesi ve sorunları çözmeye beceri ve güven geliştirme ile kendini kabullenmeden oluşur. Kendini yöneten birey özerk bir bireydir, sorumludur, amaçları vardır, beceriklidir, kabul edicidir ve görev duygusuna sahiptir. İşbirliği yapan (İ) bireyler hoşgörülü, empati yeteneği olan, yararlı, sevecen ve erdemli bireylerdir. Kendini aşma (KA) kişilerarası özdeşim ve manevi kabulden oluşur. Kendini aşan bireyler yaratıcı, bencil olmayan, inançlı, manevi duyguları olan, idealist bireylerdir (Cloninger C.R, 1994, Köse S.A, 2003).

2.2 KİŞİLİK BOZUKLUĞU

Kişilik özellikleri; kalıcı, alışılmış, yineleyen davranışların toplamıdır. Kişilik özellikleri kişiliğin belirginleşmiş yönleri olup, her zaman patolojik bir duruma işaret etmez. Kişilik bozukluğu ise birçok farklı kişisel ve toplumsal durumlara esnek olmayan yanıtlarla kendini gösteren içe sinmiş ve kalıcı davranış kalıplarıdır (ICD-10 ,1992). Bu davranışlar bir kültürel ortamdaki ortalama bireyin algılama, düşünme, duyma ve özellikle başkalarıyla ilişki kurma biçimlerinden belirgin bir sapma gösterir. Bu duruma işaret eden ilk davranışlar çocukluk ya da ergenlik döneminde başlayıp daha sonra aile, arkadaş grubu, iş ortamı gibi hayatın farklı alanlarında süreklilik kazanır. Kişilik bozukluğu sosyal ve mesleki işlevsellikte belirgin bozulma ya da bireysel huzursuzluk ile karakterize uyumsuz davranış örüntüsüdür (Öztürk, 1992).

Kişilik bozuklukları kişiyi, ailesini ve eşzamanlı görülen diğer psikiyatrik bozuklukların gidişini ve tedaviye yanıtını da etkilemektedir.

Amerikan Psikiyatri Birliğinin DSM-IV sınıflandırma sistemine göre kişilik bozuklukları 3 küme altında toplanmaktadır:

1) A kümesi: Eksantrik ya da garip özellikleri olan ve psikoza yakın olanlar (paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozuklukları);

2) B kümesi: Oynak ve dramatik olan ve empati kuramayanlar (histriyonik, narsistik, antisosyal ve borderline kişilik bozuklukları);

3) C kümesi: Anksiyeteli, inhibe ve korku dolu olan ve anksiyeteye yakın olanlar (kaçıngan, obsesif- kompulsif, bağımlı ve önceden bu kümede olup DSM-IV'te ek bölümlere taşınmış olan pasif-agresif ve kendini yeren kişilik bozuklukları)

Kişilik bozuklukları genel olarak bazı özelliklere sahiptir. Kişilik bozukluğu için genel tanı ölçütleri aşağıda belirtilmiştir:

A. Kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, sürekli davranış ve iç yaşantısı örüntüsü. Bu örüntü aşağıdaki alanlardan ikisinde ya da daha fazlasında kendini belli eder:

1) Bilişsel (kendini, başka insanları ve olayları algılama ve yorumlama yolları)

2) Duygulanım (duygusal tepkilerin görülme aralığı, yoğunluğu, değişkenliği ve uygunluğu)

3) Kişiler arası işlevsellik

4) Dürtü kontrolü

B. Bu sürekli örüntü esneklik göstermez ve çok çeşitli kişisel ve toplumsal alanları kapsar.

C. Bu sürekli örüntü, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, mesleki alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açar.

D. Bu örüntü değişmez, uzun bir süredir vardır ve başlangıcı en azından ergenlik ya da genç erişkinlik dönemine uzanır.

E. Bu sürekli örüntü başka bir mental bozukluğun bir görünümü ya da sonucu olarak açıklanamaz.

F. Bu sürekli örüntü bir maddenin (örn. kötüye kullanılabilen bir ilaç ya da tedavi için kullanılan bir ilaç) ya da genel bir tıbbi durumun (örn. kafa travması) doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir.

2.3 ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU VE PSİKOPATİ

Antisosyal Kişilik Bozukluğu (ASKB), kişinin kognitif yetilerinde, temel duygulanım ve düşünce yapısında belirgin bozulmaya yol açmayan, kendini özellikle davranış alanında göstererek kişilerarası ilişkilerde, aile ve iş yaşamında parçalanmaya neden olabilen, kronik ruhsal bozukluk olarak tanımlanmaktadır. ASKB, 15 yaşından beri süregelen ve erişkinlikte devam eden, yaygın olarak başkalarının haklarını ihlal etme ve önemsememe ile karakterize bir bozukluktur. Suç işleme ve vicdansızlıkla kendisini gösteren bir bozukluk olduğu düşüncesi hemen hemen tüm kültürlerde benimsenmektedir (Svrakic D.M., Cloninger C.R. 2005). Sosyal sapma, ASKB nin temel özelliği olmasına rağmen, bu özellik suç ile eş anlamlı değildir (Lopez-Ibor, J.J., 2000).

Başka ruhsal bozukluğun eşlik etmediği ASKB olguları ile klinik ortamdan daha çok adli psikiyatri alanında karşılaşılmaktadır. Fakat, aile ve sosyal çevre üzerindeki etkisi nedeniyle önemli bir halk sağlığı sorunu olarak akademik psikiyatri, psikanaliz, hukuk, sosyoloji ve literatürde yoğun araştırmalara konu olmuştur (Lopez-Ibor, J.J., 2000).

Antisosyal davranışa dair ilk tanımlamalar 19. yy başlarında ele alınmaya başlamıştır. 1800'lü yılların başlarında, klinisyenler, bir grup nefret uyandıran suçları işleyen, deli olduğu düşünülen fakat henüz bilinen bir klinik görünüm ve ruhsal bozuklukla tutarlı olmayan özellikler gösteren suçluları anlamaya ve tanımlamaya yönelik çalışmalar yapmıştır. Prichard 1835'te, entellektüel yetilerin korunduğu, fakat zihnin ahlaki ilkelerinin sapsmaya uğradığı, bir çeşit ruhsal dengesizlik olarak "ahlaki delilik, moral insanity" terimini kullanmıştır. 1891'de Koch psikopatik aşağılık "psychopathic inferiority" terimini kullanarak, bu anormal davranışların

beyin yapısında doğuştan ya da edinilmiş bir bozukluk sonucu ortaya çıktığını ileri sürmüştür. 1905'te kişilik bozuklukları sınıflamasını yaratan Kraepelin'den sonra 1923'te Schneider temel bir kişilik bozukluğu olarak psikopati tarifini geliştirmiş, psikopat kişiliğe sahip bireyleri 'kendi anormalliklerinden acı çeken veya toplumun kendilerinden acı çektiği bireyler' tanımı ile değerlendirmiştir. Geçmişte kullanılan ve halen devam eden tanım, ya kişilik bozukluğu ya da toplumsal normlarca kabul edilemeyen davranış zeminindeki bozukluğa işaret etmektedir (Duggan C. ve ark 2010).

Henderson 1939'da ASKB tanımının modern tarifinin temelini atmış, psikopatik durumdaki bireylerin, belli bir entellektüel standartta uyan, fakat hayatları boyunca antisosyal davranış gösteren bireyler olduğunu belirtmiştir. Hervey Cleckley 1941'de "sağlıklı maskesi, mask of sanity" kitabında ve McCord 1956'da psikopat kişiliği daha ayrı bir klinik antite olarak ayırmış, temel kriteri, antisosyal davranış çevresinde belirlemiş ve bu görüşlerin, tanısallık sınıflandırma çalışmalarında önemli etkileri olmuştur (Duggan C. ve ark, 2010).

1932'de APA (Amerikan Psikiyatri Birliği), DSM öncülü olarak yayınladığı psikiyatrik hastalıklar derlemesinde "psikopatik kişilik" terimini kullanmış, 1952'de yayımlanan ilk DSM baskısında sosyopatik kişilik bozukluğu altgrup olarak "antisosyal reaksiyon" terimi kullanılmıştır. 1968'de yayımlanan DSM-II'de ise bozukluk, kişilik bozukluğu- antisosyal tip sınıflamasında yer almıştır. Bu dönemde bozukluk şu şekilde tarif edilmiştir:

"Temel olarak sosyal hayatın dışına itilmiş, tekrarlayan davranış kalıpları nedeniyle toplumla çatışma yaşayan bireylerdir. Gruplara ya da sosyal değerlere bağlılık konusunda önemli derecede yetersizlik yaşarlar. Kabaca, bencil, katı, dürtüsel, sorumsuzdurlar ve suçluluk duymada ve deneyimler ya da ceza ile öğrenmede yetersizlik yaşarlar. Engellenme eşikleri düşüktür. Ve davranışları için başkalarını suçlama ve rasyonalizasyonu kullanma eğilimindedirler" (James R.P, 2006).

DSM-II sürecinden sonra daha çok bozukluğu açıklamaya yönelik belirgin kriterler geliştirilmeye çalışılmış ve son şekliyle DSM-IV (1994) ve DSM-IV-TR (2000)'e kadar çalışmalar bu yönde evrilmiştir.

DSM-IV-TR tanı ölçütlerine göre, ASKB, 15 yaşından beri süregelen, başkalarının haklarını saymama ve başkalarının haklarına saldırı ile belirlenen bir örüntü olarak tanımlanır. B kümesi kişilik bozukluklarından biridir. Tanı için bu örüntü temel olmak üzere aşağıda belirtilen yedi maddeden en az üç ya da daha fazlasının olması gerekmektedir;

1. Tutuklanması için zemin hazırlayan eylemlerde tekrar tekrar bulunmakla belirli, yasalara uygun toplumsal davranış biçimlerine ayak uyduramama
2. Sürekli yalan söyleme, takma isimler kullanma ya da kişisel çıkarı ve zevki için başkalarını atlatma ile belirli dürüst olmayan tutum
3. Dürtüsellik ya da gelecek için tasarılar yapamama
4. Yineleyen kavga dövüşler ya da saldırılarla belirli olmak üzere sinirlilik ve saldırganlık
5. Kendisinin ya da başkalarının güvenliği konusunda umursamazlık
6. Bir işi sürekli götürememe ya da mali yükümlülüklerini tekrar tekrar yerine getirememe ile belirli olmak üzere sürekli bir sorumsuzluk
7. Başkasına zarar vermiş, kötü davranmış ya da başkasından bir şey çalmış olmasına karşı ilgisiz olma ya da yaptıklarına kendince mantıklı açıklamalar getirme ile belirli olmak üzere vicdan azabı çekmeme

Bu tanının konulabilmesi için kişinin en az 18 yaşında olması ve 15 yaşından önce başlayan, insanlara ve hayvanlara karşı gösterilen saldırganlık, eşyalara zarar verme, dolandırıcılık ya da hırsızlık ve kuralları ciddi bir biçimde ihlal etme ile belirli davranım bozukluğu tanı ölçütlerini de karşılaması gerekmektedir (Köroğlu E., 2001).

DSM-IV-TR kriterleri, DSM-II ve Cleckley kriterleri ile karşılaştırıldığında büyük ölçüde davranış belirtilerine dayalı olduğu, psikopati ve bağlantılı durumlara zengin klinik açıklamalar getirmede yetersiz olduğu konusunda eleştirilmektedir. DSM-IV

ile antisosyal kişilik bozukluğunun, suçla ilişkili davranışsal bozukluklar tanı kategorisi haline geldiği konusunda yorumlar getirilmektedir (James R.P, 2006).

ASKB, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 1992 yılında yayınlanan ICD-10'da ruhsal ve davranışsal bozukluklar bölümünde, topluma aykırı (dissosyal) kişilik bozukluğu adı altında sınıflandırılmıştır (James R.P, 2006).

Topluma Aykırı (Dissosyal) Kişilik Bozukluğu

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

- A. Başkalarının hissettiklerine karşı katı bir aldırılmazlık
- B. Toplumsal değerler, kurallar ve zorunluluklara karşı inatçı bir aldırılmazlık ve sorumsuzluk
- C. İlişki kurmakta bir güçlük olmamasına karşın ilişkileri uzun süre sürdürememe
- D. Engellenme eşiğinin ve şiddeti de içeren saldırganlığın dışa vurulmasında eşiğin çok düşük olması
- E. Suçluluk duymama ve deneyimlerden, özellikle cezadan ders çıkaramama
- F. Başkalarını suçlamaya ve toplumla çatışan davranışları için akla uygun gerekçeler kullanmaya yatkınlık.

ICD-10 amoral, antisosyal, asosyal, psikopatik, sosyopatik kişiliklerin bu tanı kriterleriyle, bu başlık altında incelenebileceğini belirtmektedir. ICD-10 ölçütleri, DSM-IV'e göre daha çok suçluluk hissetmede yetersizlik, düşük engellenme eşiği, başkalarını suçlamaya yatkınlık gibi kişilerarası problemlere odaklanmış, başlıbaşına antisosyal davranışa daha az yer vermiştir. Çocuklukta davranım bozukluğu belirtileri gerektirmez.

2.3.1 Psikopati

ASKB, birçok araştırma ve çalışmada psikopati kavramının yerine kullanılmaktadır. ASKB ve psikopati arasında önemli farklar bulunmasına rağmen bu iki kavram sıklıkla karıştırılmaktadır (Hare ve ark. 2000). Psikopati kavramı ilk kez 19.yüzyılda Philippe Pinel'in sanrısız delilik "Mania sans delire (Madness without delirium)" kavramı ile ortaya atılmıştır. Pinel bu kavramla, herhangi bir psikotik semptomu bulunmayan ve entellektüel kapasiteleri normal olan bireylerdeki ahlaki değerlerin yoksunluğunu ve kontrolsüz davranışları tanımlamaktadır. Cleckley 1941'de, sağlıklılık maskesi 'mask of sanity' kitabında sömürücü tutumları olanların temel özelliklerini tanımlamaya çalışarak psikopatinin tanımını açıklamıştır. Cleckley'in çalışmaları temelinde Hare ve arkadaşları, geliştirdikleri Gözden Geçirilmiş Psikopati Kontrol Ölçeğinde antisosyal davranışı tanımlamak üzere 2 ayrı faktör ortaya koymuşlardır (PCL-R; Hare, 1991).

Mahkumlar üzerinde geliştirilmiş olan Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği, toplam 20 sorudan oluşan 2 faktörlü bir yapıyı ortaya koymaktadır. Faktör 1, "Emosyonel ayrışmayı", Faktör 2 ise "Antisosyal davranışları" tanımlamaktadır. Faktör 1, psikopatinin temel özellikleri olan duygusuzluk, vicdansızlık ve manipülatiflik gibi özellikleri içeren affektif ve kişilerarası özellikler kümesini tanımlayan sorulardan oluşmaktadır. Faktör 2, antisosyal davranış öyküsü, şiddet ve dürtüsellik özelliklerini içermektedir (Hare ve ark., 2000).

Daha yakın tarihli bir çalışma ile Neumann ve arkadaşları, psikopati tanımını dört faktörle açıklamak üzere genişletilmiştir (Duggan C. ve ark. 2010):

- a) Yüzeysel bir yakınlık, grandiyöze, patolojik yalan söyleme ve manipülasyonu içeren kişilerarası faktör,
- b) Duyarsızlık, vicdan eksikliği, sığı ve sorumluluk almada başarısızlığı içeren affektif faktör
- c) Dürtüsellik, heyecan arama ve sorumsuzluktan oluşan dürtüsel yaşam tarzı faktörü
- d) Genel bir kural kırma halini belirten antisosyal faktör

Cooke and Mitchie (2001) nin alternatif üç faktörlü modelinde, antisosyal faktörü, eşlik eden bir durum olmasından ziyade, psikopatının temel özelliği olduğunu düşüncesi ile dahil etmemiştir (Blackburn, 2007). Suç davranışının psikopatının temel özelliği mi, yoksa eşlik eden bir durum mu olduğu konusunda fikir ayrılıkları ASKB kavramının tartışmalarından biri haline gelmiştir (Duggan C. ve ark. 2010).

Hare psikopati ölçeğinin geliştirilmesi sonrasında, psikopatı değerlendirme üzere, son yıllarda, kendini bildirim ölçekleri geliştirilmiştir. Hare's (1985) Self-Report Psychopathy Scale, The Psychopathic Personality Inventory (PPI; Lilienfeld, S., Andrews, B. 1996) ve Levenson's Self-Report Psychopathy Scale (LSRP; Levenson, Kiehl, Fitzpatrick, 1995) en sık kullanılan kendini bildirim ölçeklerdir. (Walters G.D ve ark, 2008). LSRP, mahkum olmayan populasyondaki psikopatik kişilik özellikleri, tutum ve inanışların değerlendirmesi için oluşturulmuş, 26 maddelik bir ölçektir. Bu yirmi altı madde iki temel PCL-R faktörünü değerlendirmek için oluşturulmuştur. LSRP Birincil Psikopati Ölçeği (16 maddelik)'nin Faktör 1 ile eş biçimli olup olmadığı tartışılır olmasına rağmen; PCL-R'nin faktör 1'i (psikopatının kişiler arası ve affektif özellikleri) ile uyumludur. (Lilienfeld & Fowler,2006). Diğer yandan, LSRP İkincil Psikopati Ölçeği (10 maddelik), PCL-R'nin Faktör 2'sinin (kronik antisosyal yaşam tarzı) benzeridir. (Walters G.D ve ark, 2008).



Şekil-1 Psikopatının faktör yapısı (James, R.P., 2006)

Psikopati bozukluğu her ne kadar ASKB ile ilişkilendirilse de, PCL-Rde yüksek puan alanların çoğunluğu aynı zamanda ASKB kriterlerini karşılarken, ASKB tanısı olanların sadece %10'u PCL-R tarafından ölçülen psikopati kriterlerini karşılamaktadır. Psikopatik bireyler, Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği'nin her 2 faktöründen de yüksek puan alırken, ASKB tanısı olan bireyler sadece Faktör 2'den yüksek puan almaktadırlar. Hapishanedeki mahkumların %75'i DSM-IV'e göre, ASKB tanı kriterlerini karşılarken, bu %75'in ancak dörtte biri psikopati ölçütlerini karşılamaktadır (Hare R.D., ve ark. 2000).

Psikopatik bireyler, uyararı arama davranışı gösteren, hayal kırıklığına toleransı düşük olan, çok derin duygusal birliktelikler kuramayan bireylerdir. Empati ve vicdan eksikliği sebebi ile diğer insanların duygularına karşı duyarsız kalmaktadırlar. Emosyonel cevapların işlenmesi ve düzenlenmesindeki bozukluklar sebebi ile ceza/kayıp gibi kötü sonuçlanan olaylardan ders çıkaramamaktadırlar. Günümüzde psikopati, emosyonel cevapların işlenmesi ve düzenlenmesindeki bozukluklarla birlikte, amaca yönelik ve dürtüsel saldırgan davranışlarla karakterize, gelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanmaktadır (Blair ve ark. 2006).

ASKB kategorik bir değerlendirme iken; psikopati ise hem kategorik hem de boyutsal bir tanıdır. Psikopati, DSM-IV'e göre ASKB ile ve ICD-10'a göre disosyal kişilik bozukluğu ile eşdeğer değildir. ASKB ve disosyal kişilik bozukluğu antisosyal davranışlara odaklanırken, psikopati bu davranışların olası sebeplerinden olan emosyonel disfonksiyona odaklanmaktadır (Blair, R.J. ve ark. 2007). Psikopati, sadece kriminal olaylara ve sapkın davranışlara özgü değildir, sosyal olarak başarılı bireylerde de gözlenebilir. Toplum içinde yaşayan psikopatlar, psikopatik karakteristikleri gösterirler; ancak genellikle daha düşük antisosyal davranış sergilerler. ASKB, antisosyal özellikler ve davranışlara odaklanan, daha çok sosyal olmayan davranışların sonuçlarını temel alarak fenomenolojik yaklaşım içeren bir tanı sistemidir. Psikopati ise daha özgül, daha homojen, daha çok vicdan ve duygusuzluk gibi kişilik dinamiklerini, kısmen yapısal bozuklukları temel alarak kişilik özelliklerindeki eksikliklere odaklı bir kavramdır .

2.3.2 Epidemiyoloji

Genel toplumda ASKB yaygınlığı, çalışmanın yapıldığı ülke ve çalışmada kullanılan yöntemlere bağlı olarak farklılık göstermektedir. İki Kuzey Amerika çalışmasında yaşamboyu ASKB yaygınlığının erkeklerde %4,5 ile %6,8, kadınlarda % 0,8 olduğu (Robins ve ark., 1991, Swanson ve ark.,1994), başka iki Avrupa çalışmasında ise ASKB yaygınlığının erkeklerde %1,3 ve %1, kadınlarda %0 ve %0,2 olduğu bildirilmiştir (Torgensen ve ark., 2001, Coid ve ark., 2006). Mahkumlarla yapılan çalışmalarda ise, ASKB yaygınlığı erkeklerde %47, kadınlarda ise %21 oranında bildirilmiştir. İngiltere mahkum popülasyonunda, ASKB yaygınlığı, tutuklu erkeklerde %63, hükümlü erkeklerde %49, kadın mahkumlarda %31 bulunmuş, buna karşın, İngilterede mahkumlarda psikopati yaygınlığı PCL-R skoru ≥ 30 kullanılarak %4,5 , PCL-R skoru ≥ 25 kullanılarak %13 bulunmuştur (Duggan C. ve ark. 2010).

ASKB tanısı en sık 26-40 yaşları arasında konmaktadır. Genç erişkinlerde 45 yaş üzerindekiyle göre daha sık rastlanmaktadır. Yapılan çalışmalarda ırklar arasında çok az bir fark saptanmış, artan yaşla birlikte ASKB şiddetinin azaldığı gözlenmiştir (Frances A.J., ve ark. 1986).

ASKB ve bir çok eksen 1 tanısı ile önemli derecede komorbidite gösterir. Madde kötüye kullanımı ASKB ile en sık birliktelik gösteren bozukluktur. Amerika Birleşik Devletleri'nde ASKB olan ve olmayan erkeklerin karşılaştırıldığı Epidemiological Catchment Area (ECA) çalışmasında, ASKB olanlarda 3-5 kat daha fazla alkol ve yasadışı madde kötüye kullanımı olduğu gösterilmiştir (Robins et al., 1991).

ASKB'nin kadınlardaki yaygınlığının erkeklere göre düşük olsa da, ASKB kadınlarda madde kötüye kullanım yaygınlığı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur (Compton ve ark., 2005). Ayrıca ASKB'nin anksiyete bozukluğu ile birlikteliği %50, (Goodwin ve Hamilton, 2003) depresyonla birlikteliği ise yaklaşık %25 oranında bildirilmiştir (Lenzenweger ve ark., 2007).

Kentleşme, ASKB'nda önemli bir risk faktörüdür. Kentlerin düşük sosyokültürel düzey gösteren bölgelerinde daha yaygındır (James, R.P., 2006).

2.3.3 Etyoloji

2.3.3.1 Gen-çevre etkileşimi

Bir çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, ASKB de hem biyolojik hem psikososyal etyolojiye sahiptir. Yapılan çalışmalarda ASKB oluşumunda genetik yatkınlığın önemli bir faktör olduğu belirtilmektedir. Antisosyal erişkinlerin kontrol grubuna göre daha fazla sayıda antisosyal akrabaları olduğu belirtilmektedir (Carey, G., ve ark. 1992, Cadoret R. ve ark. 2000). Evlatlık çalışmaları, genetik ve çevresel faktörlerin bu bozukluk için risk faktörü olduğunu göstermektedir. ASKB olan ebeveynlerin evlatlık ve biyolojik çocuklarında ASKB riski artmıştır. Cloninger, genetik geçişi olan ödül bağımlılığı ve zarardan kaçınma gibi mizaç özelliklerinin antisosyal kişilik gelişiminde etkili olduğunu belirtmektedir (Cloninger ve ark. 1997).

Çevresel etmenler ve gen-çevre etkileşimi ergen ve erişkinlerin antisosyal davranışları ve davranım bozuklukları için önemli değişkenler olarak kabul edilmektedir (Martens ve ark 2001). Çevre ve ailedeki ciddi evlilik sorunları, düşük sosyoekonomik durum, geniş aile, babada suç işleme, annede ruhsal bozukluk gibi mevcut olumsuz değişkenlerin, çocuktaki dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve ergenlikteki ASKB için risk faktörü olduğu belirtilmesine karşın, ASKB oluşumunun sadece bu faktörlere bağlı olmadığı kabul edilmektedir (Biederman ve ark. 1995, Cadoret, R.J. 2000). Sosyolog ve kriminolojistler, çocukluk ve gençlikteki suçların çoğunluğunun yoğun nüfuslu çevrelerde, bir diğer ifadeyle şehir merkezlerine yakın, yoksulluk ve düşük ekonomik olanaklara sahip, fiziksel yoksunluk ve düzensizlik özellikleri gösteren bölgelerde gerçekleştiğini bildirmiştir (Duggan C. ve ark. 2010). Bir çok çalışma çevre etkisinin önemine dikkat çekmiştir, fakat birkaç çalışma çevresel sosyoekonomik yapı ve antisosyal davranış ilişkisini birey düzeyinde incelemiştir. Bu çalışmalar çevresel sosyoekonomik koşullar ve antisosyal davranış arasında anlamlı bir ilişki göstermiştir (Lopez-Ibor, J.J., 2000). Sonuç olarak ASKB oluşumuna çeşitli genetik, biyolojik, psikodinamik ve psikososyal faktörler etki etmektedir. Bunların her biri tek başına değil, birbirleriyle etkileşim içinde bulunarak etkilerini göstermektedirler.

2.3.3.2 Antisosyal Davranışın Biyolojik Belirteçleri

Düşük serotonin aktivitesi saldırgan davranışlar ile bağıntı göstermektedir (Dolan, M., 1994). Düşük MAO aktivitesi dürtüsellik ile ilişkilidir. Çalışmalarda psikopatinin belirleyici özelliklerinden olan, uyarıcı arayışı, kortikal uyarılabilirlikte azalma ve dürtüsellik ile MAO ve kortizol arasında negatif ve gonadal hormonlar ile pozitif bir ilişki olduğu belirtilmektedir (Martens, W.H.J., 2001). Antisosyal davranış gösteren ergenlerde yapılan çalışmada, hem bazal hem stresle indüklenmiş kan kortizol seviyelerinin antisosyal davranışı olmayanlara göre anlamlı düzeyde düşük olduğu gösterilmiştir (van Goosen, ve ark 1998). Çocukluk çağında maruz kalınan ciddi kötü davranış Hipotalamo-Hipofiz-Adrenal aksının işleyişini bozmaktadır.

Birçok araştırmada, ASKB ve EEG anomalileri arasında ilişki bildirilmiştir (Scarpa ve ark 1997). Hare, bazı antisosyal bireylerde anormal yavaş dalga EEG'sine dayanarak limbik sistem disfonksiyonu bulunduğunu öne sürmüştür. Hipotalamo-Hipofiz-Adrenal aksının işleyişindeki soruna paralel olarak ASKB tanılı bireylerin otonom sistem aktivitesinin de düşük olduğu gösterilmiştir (Fowles, D.C. ve ark 2000). İrkilme refleksi ve sempatik deri yanıtı çalışmaları sempatik aktivitenin düşük olduğunu ortaya koymaktadır. Elektrodermal hiporeaktivite, psikopatinin en güvenilir psikofizyolojik bulgularından birisidir. Caydırıcı 'aversive' uyarana karşı azalmış koşullanma, otonom hiporeaktiviteye eşlik eden ve ASKB tanılı bireylerin, deneyimlerden ders çıkartma güçlüğüne açıklayan bir bulgudur. Korku koşullanmasındaki zayıflık, anksiyete ile ilişkili kaçınma davranışında azalmayla paralel gitmektedir. Yine ödül arayışına yönelim ile cezaya duyarsızlık birlikte seyretmektedir (Koçak, O.M., ve ark 2007). Dinlenme halindeki düşük kalp hızı oranının kısmen kalıtsal olduğu ve düşük deri iletkenliğinin de korkusuzluk, uyarıcı ve heyecan arayışının bir göstergesi olduğu ve bu iki belirtinin saldırgan davranış ve ASKB için tanıtıcı özelliği olan erken biyolojik belirleyiciler olduğu öne sürülmüştür (Raine A., 1997).

Antisosyal davranış ile frontal lob disfonksiyonu arasındaki ilişki, travmaya bağlı beyin hasarlarından sonra gözlenen psikopatik değişikliklerin bildirildiği 1800'lerden bu yana bilinmektedir (Blair R.J.R., 2007). Frontal lob hasarından sonra, psikopatik bireylerin davranışlarına benzeyen davranışlar gösteren Phineas Gage vakasının

bildirilmesiyle birlikte, Damasio'ya göre "edinsel sosyopati" ve Blumer ve Benson'a göre "yalancı psikopati" kavramları tartışılmaya başlanmıştır (Broomhall L.G.J., 2005).

ASKB'nda görülen yapısal beyin anormallikleri farklı nörokognitif fonksiyonların etkilenmesine sebep olmaktadır. Ventromedial prefrontal korteks (VmPFC) disfonksiyonu, dürtü kontrolünde zayıflığa, emosyonel öğrenme bozukluğuna, karar verme ve planlama fonksiyonunda bozulmaya (Raine A., 2002); amigdala disfonksiyonu; emosyonların düzenlenmesinde bozukluğa, hipokampus disfonksiyonu, korku koşullanması ve bütüncül öğrenme bozukluğuna yol açarak (Raine, A., 2002); superior temporal girus disfonksiyonu, soyut süreçlerin düzenlenmesinde ve empati kaybına yol açarak (Weber, S., ve ark 2008); korpus kallosum disfonksiyonu, artmış interhemisferik fonksiyonlardaki artışa (Raine, A., ve ark. 2002) sebep olarak psikopatiye sebep olmaktadır.

2.4 ALKOL BAĞIMLILIĞI KİŞİLİK İLİŞKİSİ

Bağımlılık bir çeşit ilişki türü ve sürecidir. Bu ilişki biçiminde kişi özdenetimini yitirmekte ve özerkliğini kaybetmektedir. Bu ilişkinin bir ucunda bir nesne, bir durum ya da başka bir kişi vardır. Bu ilişki durumu kişide bazı kayıplara yol açar. Bu kayıplar:

- Özdenetim kaybı
- Özerklik kaybı
- Özgüllüğün kaybı
- Özgür olamama

Bu kayıpların yer aldığı ilişki artık bir bağımlılık ilişkisi haline dönüşmüştür. (Doğan Y.B., 2000) Alkol ya da madde bağımlılığında kişi bu ilişkiyi psikoaktif maddelerle kurar. Bağımlılık gelişimi ile ortaya çıkan bu örüntü, bu süreç için özgül olsa da, alkol bağımlılığı tanısı konulan hastalar oldukça heterojen bir grup oluşturmaktadır. Alkol bağımlılığının davranış paterni ve kişilik bağlamında potansiyel alt gruplarını tanımlamaya yönelik girişimler 1850 yılında Carpenter ile başlamış ve yakın tarihlere kadar devam etmiştir, fakat henüz etyoloji, patogenezi, gidiş, profilaktik ve

terapotik değişkenler ve alkol bağımlılığı prognozu gibi önemli potansiyel faktörleri dikkate alan kapsamlı bir sınıflama yoktur (Bahlmann M.U. ve ark, 2002).

Alkol bağımlılığı, bağımlılık türleri arasında en yaygın olanıdır. Alkol bağımlılığı bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, toplum ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alma, alkol alma isteğini durduramama ile karakterize bir bozukluktur. Alkol bağımlılığı; sağlık sorunları, trafik kazaları, alkolle ilişkili kaza ve ölümler, doğum anomalileri, özkıyım, suça yönelme, aile parçalanması, ekonomik sorunlar, iş yaşamının bozulması gibi pek çok boyutu olan önemli bir biyopsikososyal ve ekonomik sorundur (Öztürk M.O., 1997).

Alkol bağımlılığının kişilik boyutları ile ilişkisi 20. Yüzyılın başlangıcından itibaren giderek artan yoğunlukta bilimsel araştırmalara konu olmuştur. 1960’larda Jellinek ve arkadaşlarının alkol bağımlılığının bir hastalık olarak kavramsallaştırmalarına kadar, alkol bağımlılığı büyük ölçüde kişinin kendi seçimlerine ve davranış biçimine dolayısı ile kişiliğine bağlı bir “sosyal” fenomen olarak kabul edilmiştir. (Glatt, 1976). Semptomatik model ile bağımlılığın temel nedeninin kişilik patolojisi olduğu öne sürölmüştür. Bu dönemde psikiyatrik literatüre hakim olan semptomatik modelde bağımlılık; uyum bozukluğu, nörotik karakter özellikleri ve duygusal olarak olgunlaşmamışlık ile kendini gösteren, altta yatan kişilik bozukluğunun belirtisi olarak değerlendirilmiştir (Verheul ve ark., 1997). Bu bakış açısı DSM-I ve DSM-II tarafından da benimsenmiş ve bağımlılık sırasıyla “sosyapatik kişilik düzensizliği” ve “kişilik bozuklukları ve bazı diğer psikotik olmayan mental bozukluklar” şeklinde yer almıştır. Bu yaklaşım, hem geriye dönük hem de ileriye dönük çalışmaların bağımlılık öncesinde tek bir tip kişiliğin varlığını tanımlayamaması ile önemli ölçüde değişmiştir (Verheul, 2001).

1980’lerin başlarında fenomenolojik değerlendirmenin bir bireyden diğerine değişen bağımlılık olgularını açıklayabilme başarısı, DSM-III’ün geliştirilmesi sürecinde, bağımlılığın bir sendrom olarak tanımının benimsenmesine yol açmıştır. (Edwards, Grass, 1976).

Alkol bağımlılığı sendromu (ABS); 7 fenomenle tarif edilmiştir:

1. İçme dağarının daralması:

Alkol kullanımının bağımlılığa doğru değişmesindeki ölçülerden biri, günlük davranış dağarı (repertuarı) içinde alkol kullanımının giderek daha da “stereotipik” hale gelmesidir. İçme davranışı gün içinde zamanla sınırlı ve değişmeyen bir rutin halindedir.

2. Alkol arama davranışının yoğunluğu:

Bağımlılığın gelişmesini takiben birey için, içilecek alkolün temin edilmesi özgül bir anlam ifade eder. Buna bağlı olarak bireysel ve toplumsal sorumluluklar, roller, ödevler ikinci, üçüncü plana itilmek zorunda kalınmıştır. Hatta bireysel şiddet davranışından antisosyal davranışlara varana dek o birey için “böyle” davranmak bir anlamda kolaylaşmıştır.

3. Toleransın artması:

Tekrarlayan alkol kullanımına rağmen ortaya çıkan etkinin her zamankinden daha az olması ya da her zamanki “aynı etki”nin sağlanması için daha yüksek miktarda alkol kullanılması gereğinin oluşmasıdır. Bağımlılık ilerledikçe tolerans azalmaktadır.

4. Tekrarlayan kesilme belirtileri:

Bu olgu, kan alkol düzeyinin düşmesine bağlı ortaya çıkar. Belirtiler, hem psikolojik hem de fizyolojik özellikler taşımaktadır.

5. Kesilme belirtilerinin içerek önlenmesi- iyileştirilmesi:

Bağımlılıkta kesilme belirtilerinin yaşanmasından sonra, bu belirtilerin alkol alımı ile azaldığı- düzeldiği öğrenilir. Bu öğrenmeye bağlı olarak, kesilmeyi değiştiren davranış yerleşik hale gelerek, bir davranış kalıbı olarak kesilmenin denetlenmesinde kullanılır olmaktadır.

6. İçmeyle ilgili öznel dürtü:

Kesilmeyle eşzamanlı ortaya çıkan bu evrenin en belirgin özelliği olan yükselen bir dürtü durumudur. Dürtüsel biçimde ve ayrılma anksiyetesi ile seyreden bu dürtü ile birey alkole doğru adeta “aşırma” biçiminde yönelir.

7. Yoksunluk döneminden sonra içme ve bağımlılığın yeniden oluşması:

Yoksunluk süresinden bağımsız olarak, kişi az miktarda ve kontrollü bile olsa, tekrar içtiği takdirde, yoksunluk öncesi içtiği miktar her neyse, o miktara kısa sürede ulaşmaktadır ve daha önceki dönemdeki tolerans ve kesilme özellikleri aynen tekrarlamaktadır.

Her fenomen ve klinik olarak ilişkili belirtiler bir bireyden diğerine değişmek üzere farklı derecelerde bulunabilir. Sendrom düzeyinde bağımlılık tanımı, kullanılan madde aynı olsa bile, bir bireyden diğerine farklılık ve özgüllük gösterir. (Doğan Y.B, 2000)

Ancak bağımlılığın sendrom olarak tarif edilmesi noktasına ulaşılmış dek içme davranışı bağlamındaki değerlendirmelerde, alkol bağımlılığı tanımını jenerik olarak korurken alt tiplerle sorun aşılına çalışılmıştır.

Örneğin alkol ve birey arasındaki ilişkiyi incelerken Jellinek, alkol bağımlılığını "Kişinin ve toplumun birlikte ya da ayrı ayrı zararına olabilecek her türlü içki içme alışkanlığı" olarak tanımlamış ve içinde 5 ana grup tarif etmiştir:

- 1) α - alkolizm: Ruhsal ya da bedensel bir sıkıntıyı gidermek için olağan dışı alkol alma. Bu bir psikolojik bağımlılık halidir.
- 2) β - alkolizm: Olağan dışı alkol alma sonucunda gastrit, polinevrit ve karaciğer hasarı gibi organik bozukluklar çıkmasına rağmen, fiziksel bağımlılığın ortaya çıkmama durumu.
- 3) γ - alkolizm: Alkole karşı psikolojik ve fiziksel bağımlılık oluşma, istemli denetimin ortadan kalkması (kontrol ile ilgili sorun vardır). İçme isteğinin

durdurulamaması, organik bozuklukların gelişmesi ve alkol bırakıldığında ağır yoksunluk bulgularının ortaya çıkması durumu.

4) δ -alkolizm: Daha ağır organik ve ruhsal bozuklukların ortaya çıkması, alkole karşı tolerans gelişmesi ve alkolün azaltılması veya kesilmesi durumunda ağır yoksunluk bulgularının görülmesi durumu.

5) ϵ -alkolizm (Dipsomani): Zaman zaman kompulsif biçimde içme dönemlerinin görüldüğü durumdur. Kişi aşırı bir istek ve tutku ile alkol arar, bulunca su gibi içer ve günler hatta haftalar boyu süren bu dönemleri hatırlayamayabilir. Atakların yanısıra mizaç bozukluğu görülebilir ve ailede de benzer alkol kullanım bozukluğu öyküsü olabilir.

Yukarıdaki içme şekilleri saf tipler de olabilir, ancak sıklıkla rastlanan durum, genelde bunların birbirlerinin iç içe girdiği içme şekilleri biçiminde olduğudur (Coşkunol H. 1996). Daha sonra ise Morey ve ark. melez nitelikli bir model etrafından alkol bağımlılığı ile ilgili 3 alt tip ortaya atmıştır.

1) Erken dönem sorunlu içiciler: Alkol bağımlılık sendromu ölçütlerini tam olarak karşılamamaktadır.

2) Akşamcılar: Her gün ılımlı miktarda, sosyal açıdan kabul edilecek düzeyde içki içerler.

3) İzole şizoid içiciler: Ciddi alkol bağımlılığı olanlardır. Sıklıkla tek başına aşırı miktarda içerler.

Cloninger ve arkadaşlarının yürüttüğü çalışmalarda, alkol bağımlılarında “yenilik arayışı” boyutunun yüksek olduğu gösterilmiş. (Cloninger, 1994; Ravaja ve ark., 2001). Fransa’da 998 mahkum üzerinde yürütülen bir çalışma sonucunda araştırmacılar tarafından, Cloninger’in tanımladığı “yenilik arayışı” mizaç boyutu, diğer boyutlardan farklı olarak, bağımlılık için yüksekliği neredeyse “gerekli” olan bir boyut olarak öne sürülmüştür (Lukasiewicz ve ark., 2007). Cloninger, alkol bağımlılarında, alkol ile ilgili belirtiler, kalıtım modeli ve kişilik yapısı bakımından 2 alt grupta farklılaşan bir tiplere tarif etmektedir. Bunlar tip 1 ve tip 2 alkolizm diye

adlandırılmıştır, ancak bütün alkol bağımlılarının mutlaka bu iki gruptan birine girmesi gerekmemektedir. Bu iki tip uç alt grupları temsil ederler ve alkol bağımlılarının geri kalan büyük kısmı bu iki uç arasında yer alırlar.

Tip 1 Alkolizm: Genellikle 25 yaşından sonra başlar, kişide devamlı alkol arama davranışı vardır. Alkolik olmaktan suçluluk ve korku duymalarına rağmen içerler, antisosyal değildirler ve şiddet davranışı göstermezler. Kişilik yapıları pasif-bağımlı kişilik yapısına uyar. Başkalarına duygusal olarak bağımlı, yardım edici, sempatik, kötümser, düzenli, ayrıntılara dikkat eden, sebatkar ve maceradan hoşlanmayan kimselerdir.

Tip 2 Alkolizm: Daha çok gençlerde görülür ve 25 yaşından önce başlar. Bu tür bağımlılar alkolden uzun süre uzak durabilirler fakat bir kez başladıklarında aşırı miktarda alırlar ve dipsomanik tarzda içerler. Alkol almayı kesemezler. Kadehi kaldıramaz duruma gelinceye kadar içerler. (Kontrolü yitirme davranışı) Alkole olan psikik bağımlılıkları ilk tipin aksine belirgin değildir. İçme krizi esnasında şiddet sergileyebilirler. Alkol kullandıkları için suçluluk veya korku duymazlar. Bu yapıdaki kimseler Tip 1'deki pasif-bağımlı kişilik yapısı için sayılan niteliklerin tersine sahiptirler: Atak, dürtüsel, düzensiz, çevreye önem vermeyen, soğuk pervasız, sebatsız ve macera seven kişilerdir. Tip 2 alkolizmde genetik yatkınlık Tip 1' dekinden daha belirgindir ve Tip 2 hemen hemen yalnızca erkeklerde görülür (Coşkunol H.1996). Tip 1 alkolizm, düşük yenilik arama davranışı, yüksek zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı gösterirken, Tip 2 alkolizm yüksek yenilik arama davranışı, düşük zarardan kaçınma ve ödül bağımlılığı gösterir.

Bohman ve ark. (1984), Cloninger'den sonra üçüncü bir alkolizm tipi tariflemişlerdir. Erken başlangıçlı olması ve şiddete yönelik davranışların sık görülmesi ile tip 2'ye benzerliği vurgulanan bireyler ergen yaşta daha ciddi antisosyal davranışların başlaması ile tip 2' den ayrılırlar ve genellikle tedaviyi reddederler (Yoshino A., ve ark 2000).

Bobar ve ark. Tip 2 alkolizmi "A" ve "B" olmak üzere iki alt tipe ayırmışlardır:

Tip A; Geç başlangıçlıdır. Çocukluk çağı risk faktörleri daha az geçerlidir. Bağımlılığın göreceli olarak daha hafif seyretmesi, alkole ilişkili problemlerin ve psikopatolojinin daha az olması ile karakterizedir.

Tip B; Çocukluk çağı risk faktörlerinin geçerliliği daha fazladır. (Ör: davranım bozukluğu, ailede alkol kullanım öyküsü vb.) Bağımlılık daha ağır yaşanır. Erken başlangıçlıdır. Alkole ilişkili problemler ve psikopatoloji daha fazladır. Ailede alkol kötüye kullanım öyküsü belirgindir. Birden fazla madde kötüye kullanımı görülebilir ve uzun bir tedavi öyküsü vardır. Stresli yaşam olaylarının etkisi daha fazladır. B tipinin klinik gidişinin antisosyal kişilik bozukluğuna benzerlik gösterdiği ileri sürülmüştür.

Tip 1-2 ve A-B tipi sınıflandırmaları farklı yöntemlerle yapılmış olsalar da benzer özellikler göstermektedirler ve karşılaştırıldıkları örneklerde örtüşme gösterdikleri görülmüştür (Penick ve ark., 1999). Sınıflandırma sistemleri arasındaki örtüşmeleri inceleyen çalışmalarda hasta gruplarını en iyi ayıran özelliklerin antisosyal kişilik bozukluğu ek tanısı, farklı madde kullanımı ve alkole başlama yaşı olduğu görülmüştür. Bu bulguları destekler biçimde von Knorring ve arkadaşları 1987de yalnız sorunlu alkol kullanımının başlangıç yaşını esas alarak hastaları sınıflandırdıklarında, 25 yaşından önce sorunlu alkol kullanımı başlayan grupta “saldırganlık” kişilik özelliğinin ve şiddet içeren davranışların daha sık görüldüğünü saptamışlardır (von Knorring ve ark., 1987). Erken başlangıçlı gruptaki bireyler, geç başlangıçlı gruptaki bireylere göre daha dışa-dönük olup, bu bireylerin dürtüsellik ve heyecan arama davranışı puanları daha yüksektir. Ağır alkol alımının esas alındığı bir diğer çalışmada, tip 1-2 ve tip A-B sınıflandırmalarında da önerildiği gibi, erken başlangıçlı grupta geç başlangıçlı gruba göre aile hikayesinin daha sık ve antisosyal özelliklerin daha fazla olduğu görülmüştür (Buydens-Branchey ve ark., 1989). Bu grupta depresyon ve intihar girişimlerinin oranı da daha yüksek bulunmuştur.

Erken-geç başlangıç ayırımı için kullanılan yaş sınırı değişkenlik göstermekle beraber erken başlangıç için 20’den 30 yaşına kadar değişik kesme noktalarını sınır kabul eden çalışmalar bulunmaktadır. Örneğin erken başlangıç için 25 yaşından önce alkole ilgili sorunlar yaşamayı ölçüt kabul eden bir çalışmada alkolden arınma için başvuran 196 erkek, 72 kadın incelenmiştir. Geç başlangıç grubundaki bireylerde

genetik yüklülüğün, ortalama alkol alımının daha az olduğu belirlenmiştir. Erken başlangıçlı grupta psikiyatrik ek tanı görülme oranı daha yüksektir ve alkolle ilişkili fiziksel ve psikososyal komplikasyonlar daha çok gelişmiştir. Geç başlangıç grubundaki bireylerin prognozunun daha iyi olduğu görülmüştür (Wetterling ve ark., 2003).

Erken-geç başlangıç ayrımının geçerliğini inceleyen başka bir çalışmada, erken başlangıç kriteri 20 yaşından önce alkolle ilgili sorunlar yaşamaya başlamış olmak olarak alındığında; erken başlangıçlı grupta yalnız solda, geç başlangıçlı grupta ise hem sağ hem solda superior frontal bölgelerde hipoperfüzyon gözlenmiştir (Demir ve ark., 2002). Kesme noktası olarak 20 yaş kullanılarak yapılan bir çalışmada, erken başlangıçlı alkol bağımlılarında, geç başlangıçlı hastalar ile karşılaştırıldığında daha düşük platelet monoamin oksidaz enzim aktivitesi ve serotonin düzeyleri saptanmıştır (Uçar ve ark., 2004). Bahsedilen bu çalışmalar alkol kötüye kullanımının başlangıç yaşı ölçütü kullanılarak yapılan tiplendirmenin yapısal geçerliği için kanıt oluşturmaktadır.

Cloninger'in sınıflandırmasına göre tip II, Babor'un sınıflandırmasına göre B tipi, alkole başlama yaşı esas alındığında ise erken başlangıçlı alkol bağımlıları gruplarında ailede alkol bağımlılığı görülme oranlarının yüksek olduğu bildirilmiştir (Wetterling ve ark., 2003). Epidemiyolojik çalışmaların da desteklediği bu veriler alkol bağımlılığının kalıtsal yönüne dikkat çekmektedir.

Alkol bağımlılığı, 5 faktörlü kişilik modelinde, yüksek '*extroversiyon*', yüksek '*nörotisizm*', düşük '*agreeableness*' ve düşük '*conscientiousness*' ile karakterizedir. Bazen alkol bağımlılığının introversiyon ile karakterize olduğu çünkü depresyonun çok sık eşlik ettiği bilinir. Nörotisizm boyutunda aşırılık gözlenen bireyler korku, anksiyete ve öfke gibi negatif duyguların yaşantıları için düşük eşik düzeyine sahiptir ve stres altında bozulmaya, yıkıma uğramaya meyillidirler (Waldman I.D. 2000). Bu bireyler stresle başetmek için impulsif bir şekilde alkole yönelmektedirler.

2.5 ALKOL BAĞIMLILIĞI ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU KOMORBİDİTESİ

Madde kullanımı, tavırları ve bilinç durumunu değiştirmektedir. Duyguları ve mizacı etkiler, beyinde kimyasal değişimlere neden olur ve kontrol kaybı, paranoya, azalmış inhibisyon ile engellenme ve kızgınlığın daha fazla dışavurumuna yol açar. Ayrıca bu maddelerin maddi ve psikolojik maliyeti düzenli bir iş tutma yetisini ortadan kaldırır veya isteksizlik doğurur, soygun, hırsızlık, saldırı ve diğer suçların başlıca nedenlerinden biridir (Akcan A., ve ark 2000).

Epidemiyolojik çalışmalarda alkol bağımlılarında kişilik bozukluğu tanısının sıklığının ve kişilik bozukluğu olan bireylerde alkol bağımlılığının yüksek düzeyde olduğu saptanmaktadır. Farklı kişilik bozukluklarına sahip bir örnekleme alkol bağımlılığı %43 oranında bulunmuştur (Zimmerman ve ark., 2005). Alkol kullanımı ile ilişkili bozukluklar ve kişilik bozukluklarının birlikteliğini araştıran bir çalışmada alkol kullanımı olan bireylerin %28,6'sında kişilik bozukluğu saptanmıştır. Bu örnekleme alkol kullanım bozuklukları ile en sık antisosyal kişilik bozukluğu birlikteliği bildirilmiştir (Grant ve ark., 2004). Farklı çalışmalar bir arada değerlendirildiğinde, alkol bağımlılarında kişilik bozukluklarının yaklaşık %50 oranında bulunduğu ve en sık antisosyal ve sınırda kişilik bozukluklarının gözlemlendiği sonucuna varılmıştır (Verheul ve ark., 1995).

Yapılan bir çalışmada, erken yaşta madde kullanımı ve ASKB komorbiditesinin iki anlamı olabileceği belirtilmiştir; ilerde kişilik bozukluğu gelişecek bireyler ya adolesan çağda yaşadığı problemlerin üstesinden gelebilmek için psikoaktif madde kullanmaya başlıyorlar, ya da erken psikoaktif madde kullanımı diğer psikolojik ve sosyal alanlarda bozulmalarla giden kişilik bozukluğuna yol açıyor (Skodol A.E., ve ark. 1999).

ASKB ve alkol bağımlılığı sendromu birlikteliğini araştıran çalışmalarda, 'antisosyal alkol bağımlısı', 'bağımlı antisosyal' ve 'primer bağımlı' kavramları ortaya çıkmıştır. Epidemiyolojik bir çalışmada yaşamboyu ASKB tanısı almış bireylerin %74'ünün alkol kötüye kullanımı ya da bağımlılığı tanısı aldığı, bu oranın normal popülasyonda % 14 olduğu bildirilmiştir. Kessler ve ark. (1997) ise yaşam boyu alkol kötüye

kullanımı ya da bağımlılığı tanısı konulmuş erkeklerin % 17 ve kadınların % 8'inin ASKB tanısını karşıladıklarını ve bu oranın normal popülasyonda erkekler için % 6, kadınlar için % 1 olduğunu vurgulamaktadır.

Alkol-madde kullanım bozuklukları ve kişilik bozuklukları arasında saptanan bu yüksek düzeydeki birliktelik, bağımlılık ve kişilik bozuklukları arasında etyolojik bir ortaklığın bulunabileceği düşüncesini doğurmuştur. Her iki grubun nedensel ilişkilerini ortaya koyan üç hipotez oluşturulmuştur.

İlk hipotez uzun süreli alkol veya madde kullanımının kişilik özelliklerini değiştirdiğini öne sürmektedir. Bazı çalışmalarda antisosyal alkol bağımlısı ve birincil alkol bağımlısında antisosyal özelliklerinin alkol bağımlılığına bağlı olduğu, içmenin sonlandırılması ile antisosyal özelliklerde düzelme görüldüğü belirtmiştir. (Coşkunol H. 1996) Buna karşın alkol bağımlısı olan birincil antisosyalin alkolü sonlandırma ile düzelmediği bilinir. Yakın tarihli bir izlem çalışması, alkol kullanımı öncesi kişilik özelliklerinin alkol bağımlılığı riski üzerinde etkili olduğu, fakat alkol bağımlılığı gidişinin, yeni erişkinlik dönemi boyunca kişilik değişimi oranını etkilediğini bildirmiştir (Hicks B.M. ve ark. 2011).

İkinci hipotez kişilik bozukluğu varlığının alkol-madde kullanımı için risk oluşturduğunu, üçüncü hipotez ise her iki bozukluğun ortak etmenlerden kaynaklandığını öne sürmektedir (Verheul ve ark., 2005). Kişilik bozukluklarının alkol-madde kullanım bozukluğuna neden olduğu görüşünün bir parçası olan "davranışsal disinhibisyon" hipotezine göre dürtüsellik düzeyi yüksek, kendini tutma ve vicdanlılık düzeyi düşük bireylerin alkol-madde kullanım oranları daha yüksektir, dolayısıyla bağımlılığa daha yatkındırlar. Benzer şekilde stres reaktivitesi, anksiyete duyarlılığı ve nörotisizm skorları yüksek olan bireylerde, "stres azaltma" hipotezine göre bağımlılık açısından risk altındadırlar. Bu mekanizmanın özellikle sınırda kişilik bozukluğu ve C kümesi kişilik bozukluklarında önemli olduğu düşünülmektedir. Kişilik bozukluklarının alkol-madde kullanım bozukluklarına sebep olduğu görüşünün bir diğer alt hipotezi olan "ödül duyarlılığı" açıklamasına göre, yenilik arayışı, ödül arama, dışadönüklük mizaç özellikleri belirgin olan bireyler bağımlılık için risk altındadırlar. Hem "davranışsal disinhibisyon" ve hem de "ödül duyarlılığı" hipotezlerinin özellikle antisosyal, histrionik ve narsistik kişilik

bozukluklarında gözlemlenen yüksek düzeyde eşanlılığı açıklayabileceği düşünölmektedir (Verheul ve ark., 2005).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Örneklem

Araştırma, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Ünitesinde, Ocak 2005- Aralık 2010 tarihleri arasında alkol bağımlılığı tanısı ile yatarak tedavi görmüş erkek hastalar dahil edilerek yürütülmüştür. Belirtilen tarihler arasında yatarak tedavi gördüğü belirlenen 150 hasta, yatış dosyalarından ulaşılan telefon numaraları ile değerlendirmeye davet edilmiş, ölüm, yer değiştirme, adresten ulaşılamama gibi kayıplar göz önüne alınarak hastaların tümüne ulaşılmaya çalışılmıştır.

Tüm hastaların, sistemde kayıtlı olan telefon numaraları aranmış, çalışmaya dahil olmaya gönüllü olan 37 hasta değerlendirme görüşmelerine alınmıştır. 150 hastanın telefon numaraları iki kez aranarak kontrol edilmiştir. Hastaların %8'i (n=12) ölüm veya ağır bedensel hastalık nedeniyle, %10'u (n=15) yurtdışı veya şehirdışına göç nedeniyle, %7.3'ü (n=11) çalışmaya katılmaya gönüllü olmamaları, %20'si (n=30) Ankara dışında ikamet etmeleri nedeniyle ve %26,6'si (n=40) sistemde kayıtlı olan telefonlarından ulaşılamama (yanlış ya da aktif olmayan telefon no) nedeniyle değerlendirmeye alınamamıştır. Hastaların %3,3'ü (n=5) değerlendirmede orta-ileri demans tablosu olması nedeniyle değerlendirme dışı bırakılmıştır. Sonuç olarak, hedeflenen örneklemin % 24,6'sı (n=37) çalışmaya alınmıştır.

Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

1. 18-65 arasında olmak
2. Alkol bağımlılığı tanısı olmak
3. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmak

Araştırmaya Dahil Edilmeme Kriterleri

1. Çalışmaya katılmaya gönüllü olmaması

2. Bilişsel işlevleri etkileyecek Eksen-I tanısının bulunması (Şizofreni, şizoafektif bozukluk, psikotik bozukluk, remisyonunda olmayan bipolar bozukluk)
3. Bilişsel işlevleri etkileyecek sistemik ve/veya beyin hastalığı geçirmiş olmak
4. İşlevselliği etkileyecek önemli bir medikal hastalığın olması
5. Ankara dışında ikamet etmek
6. Son 1 yıl içinde alkol dışı madde kullanım öyküsü

3.2 Ölçme ve Değerlendirme Araçları

3.2.1 Hare Psikopati Değerlendirme Ölçeği (Hare Psychopathy Checklist-Revised PCL-R)

Hare tarafından 1991 yılında psikopati derecelendirilmesi için geliştirilmiş olan ölçek (Psychopathy Checklist- Revised / PCL-R); görüşmeci tarafından uygulanan, psikopatiyi değerlendirmek için 20 sorudan oluşan yarı yapılandırılmış klinik görüşmedir. Tüm sorular yarı yapılandırılmış görüşme sonunda elde edilen verilerin ışığında 0-1-2 olmak üzere 3 puan üzerinden derecelendirilir. Görüşmenin sonunda her birey toplam puan ve Hare Faktör 1 ve Hare Faktör 2 puanı almaktadır. Faktör 1, psikopatinin özellikleri olan bencillik, duygusal sıklık gibi affektif özellikleri değerlendirmektedir. Faktör 2 ise stabil olmayan antisosyal yaşam biçimini gösteren dürtüsel davranışları değerlendirmektedir. Hare psikopati değerlendirme ölçeğinden elde edilen 0-40 puan arasında değişmektedir. Kesme puanları konusu üzerinde fikir birliği sağlanamamıştır, Kanada ve Kuzey Amerika'da kesme puanı olarak 30 kullanılırken, Avrupa'da yapılan çalışmalarda kesme puanı olarak 25 kullanılmıştır. Seviyeleme sistemine göre ise 33-40 puanlar çok yüksek psikopati (5. seviye), 25-32 puan yüksek psikopati (4. Seviye), 17-24 puan orta psikopati (3. Seviye), 9-16 puan düşük psikopati (2. seviye), 0-8 puanlar çok düşük psikopati (1. Seviye) olarak değerlendirilmektedir. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışması GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesinde yapılmaktadır (Noyan, C.O. ve ark., 2008). Çalışmamızda, kesme puanı 25 olarak belirlenmiştir.

3.2.2 Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI) Psikopatik sapma (Pd) ve savunma (K) alt ölçekleri

İlk kez 1943 yılında Minnesota Üniversitesi tarafından oluşturulup kullanılmıştır. Psikolog Starke R. Hathaway ve nöropsikiyatrist J. Charnley Mc Kinley tarafından geliştirilmiş, objektif bir kişilik envanteridir. 1981’de Işık Savaşır tarafından Türkçe’ye uyarlama ve standardizasyonu yapılmıştır. Profiller Türkiye normlarına göre yeniden düzenlenmiş, psikiyatrik hastalardaki geçerlilik araştırması da yapılarak normal erkek ve kadın profillerinin yanı sıra nevrotik ve psikotik hasta norm profilleri de gerçekleştirilmiştir. MMPI; doğru, yanlış ve bilmiyorum seçeneklerinin işaretlenebildiği 566 maddeden oluşan, bireyin kişisel ve toplumsal uyumunu objektif olarak değerlendirmeyi amaçlayan bir ölçektir. 10 adet kişilik ve 3 adet geçerlilik olmak üzere 13 alt testten oluşur. Bunların 10 tanesi klinik kullanım amaçları için psikopatolojik gruplara ayrılmıştır. Klinik alt ölçekler; Hs (hipokondriazis), D (depresyon), Hy (histeri), Pd (psikopatik sapma), Mf (maskülnite-femininite), Pa (paranoya), Pt (psikasteni), Sc (şizofreni), Ma (hipomani) ve Si (sosyal içedönüklük) kodlarıyla tanımlanır. Bu çalışmada hastaların yatarak tedavi gördükleri dönemde uygulanan MMPI profillerine ek olarak, değerlendirme görüşmesinde MMPI psikopatik sapma ve savunma alt ölçekleri tekrar uygulanmıştır. Hastaların ilk MMPI uygulamaları ile değerlendirme görüşmesi arasında en az 15 ay süre geçmiştir.

3.2.3 Levenson Psikopati Ölçeği (LSRP):

26 maddeden oluşan LSRP birincil ve ikincil psikopatiyi ölçmektedir ve Likert tipi bir ölçektir. Maddeler “kesinlikle katılmıyorum” ve “kesinlikle katılıyorum” ifadelerine karşılık gelen 1-4 değerleri arasında derecelendirilmiştir. Ölçeğin Türkçe versiyonunun güvenilirlik ve geçerliliği çalışılmıştır (Engeler ve Yargıç, 2004). Ayrıca, çeşitli cevap tarzının kontrolü için düzenlenmiş ,yedi ters skor maddesi bulunur. LSRP ölçeğinin kendi içinde tutarlılığı yeterlidir, birincil psikopati ölçeği ($\alpha = .82$) ikincil psikopati ölçeğinden ($\alpha = .63$) daha yüksektir (Walters G.D ve ark, 2008). Birincil psikopati; acımasız- duygusuz, manipülatif, yoğun şekilde bencil ve daimi olarak güvenilir olma eğilimine işaret ederken, ikincil psikopati şiddetli impulsiviteye işaret etmektedir. İkincil psikopatlar duygusal bir bozukluğun etkisi

altında antisosyal davranışlara girişirler. Engeler ve Yargıç'ın (2006) tutuklu popülasyonda kişilik teşhis envanterinin madde alkol kullanımı ve psikopatıyla ilişkisini incelemek ve geçerliliğini göstermek için yaptıkları çalışmada kişilik bozukluğu alt ölçeklerinin birbirleriyle korelasyonlarının çoğunun pozitif yönde ve anlamlı olduğu bulunmuştur.

3.2.4 ASI Alkol Kullanımı ve Yasal Durum Alt Ölçekleri:

Bağımlılık şiddetini belirlemek üzere McLellan tarafından 1979 yılında geliştirilen "Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği (Addiction Severity Index-ASI) olarak bilinen ölçme aracı 140 maddeden oluşan yarı yapılandırılmış klinik ölçme aracıdır. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında, kullanılan alkol veya maddeden dolayı etkilenen tıbbi, iş, madde ve alkol kullanımı, yasal, aile ve psikiyatrik sorun alanlarını belirleyerek, bireyin bu sorun alanlarında tedaviye/danışmaya olan gereksiniminin şiddetini değerlendirmek üzere hazırlanmıştır. Bu ölçek alkol kullanım bozukluğunun belirlenmesinde ve hastanın biyolojik, sosyal ve ruhsal durumunu kapsamlı olarak değerlendiren bir ölçektir.

Bu ölçek, Tıbbi Durum (11 madde), İş Destek Durumu (24 madde), Yasal Durum (30 madde), Alkol ve Madde Kullanımı (27 madde), Aile-Sosyal İlişkiler (26 madde) ve Psikiyatrik Durumdan (22 madde) oluşan altı alt ölçekten meydana gelmiştir.

Bu ölçekte her sorun alanının şiddeti, görüşmeci tarafından 10'lu (0-9) derecelendirme ile puanlanmaktadır. Ölçek, görüşmeci tarafından bireyin yaşam boyu ve son 30 gündeki her bir sorun alanının önemini ve şiddetini subjektif olarak yansıtmaktadır. Puanların yükselmesi bireyin tedavi/danışma gereksiniminin fazla olduğunu göstermektedir (McLellan ve ark. 1980, 1988). Ölçekten iki tür puan, elde edilmektedir: 1) Şiddet puanı; bireyin yaşam boyu ve şimdiki problem şiddetini ve tedaviye olan gereksinimi 0-9 arasında değerlendiren subjektif puandır. Yüksek puanlar, problemin şiddetinin büyüklüğünü göstermektedir. 2) Bileşik puan; bireyin son 30 gündeki davranışlarını değerlendiren belirli soruların hesaplanmasıyla oluşan matematiksel bir puandır. Bu matematiksel puanı elde edebilmek için belirli formüllerden yararlanılmaktadır, 0 ile 1 arasında değer elde edilmekte ve yüksek değerler problem şiddetinin büyüklüğünü göstermektedir. Bu puan daha çok

karşılaştırmalı araştırmalarda (ön test-son test, izleme çalışmaları vb.) bireydeki değişikliği ve tedavinin etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılmaktadır (McLellan ve ark. 1985; Zanis ve ark. 1997). Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması (Demirbaş H., İlhan, İ., Doğan Y.B., 2001) yapılmıştır. Bu çalışmada yasal durum ve alkol kullanımı alt ölçekleri uygulanmış, bileşik puan değerlendirilmemiş, alkol bağımlılığı şiddet puanları yaşamboyu şiddet ve son 30 gün şiddeti olarak iki puanlama ile belirlenmiştir.

3.2.5 Sosyodemografik veri formu:

Katılımcıların sosyodemografik bilgilerini ve psikopati etyolojisinde önemli olan gelişimsel süreçlere, aile ve sosyal çevre yapısına ilişkin soruları içermektedir. Form, katılımcıların yaşı, eğitim düzeyi, işi, medeni durumu, aile yapısı, yaşadığı ve büyüdüğü çevre, ailede yasal sorun öyküsü maddelerinden oluşmaktadır.

3.2.6 Alkol öyküsü formu:

Katılımcıların alkol öyküsü; alkol kullanımına başlama yaşı, içme sıklıkları, alkol dışı madde kullanımı ve bağımlılık süreçlerinin sorgulandığı yarı yapılandırılmış görüşme ile değerlendirilmiştir.

3.2.7 DSM-IV Antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerine göre yarı yapılandırılmış değerlendirme formu:

DSM-IV Antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerinden oluşan kontrol listesi ile, her madde görüşmeci tarafından evet hayır yanıtları işaretlenmiştir.

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

4. Yineleyen kavga dövüşler ya da saldırılarla belirli olmak üzere sinirlilik ve saldırganlık
5. Kendisinin ya da başkalarının güvenliği konusunda umursamazlık
6. Bir işi sürekli götürmemeye ya da mali yükümlülüklerini tekrar tekrar yerine getirememeye ile belirli olmak üzere sürekli bir sorumsuzluk
7. Başkasına zarar vermiş, kötü davranmış ya da başkasından birşey çalmış olmasına karşı ilgisiz olma ya da yaptıklarına kendince mantıklı açıklamalar getirme ile belirli olmak üzere vicdan azabı çekmeme

Çocuklukta davranım bozukluğu öyküsü

3.2.8 ICD-10 Dissosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerine dayalı yarı yapılandırılmış değerlendirme formu:

ICD-10 Dissosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerinden oluşan kontrol listesi ile, değerlendirme görüşmesinde her madde görüşmeci tarafından evet hayır yanıtları işaretlenmiştir.

- A. Başkalarının hissettiklerine karşı katı bir aldırmazlık
- B. Toplumsal değerler, kurallar ve zorunluluklara karşı inatçı bir aldırmazlık ve sorumsuzluk
- C. İlişki kurmakta bir güçlük olmamasına karşın ilişkileri uzun süre sürdürememe
- D. Engellenme eşiğinin ve şiddeti de içeren saldırganlığın dışı vurulmasında eşiğin çok düşük olması
- E. Suçluluk duymama ve deneyimlerden, özellikle cezadan yararlı ders alamama
- F. Başkalarını suçlamaya ve toplumla çatışan davranışları için akla uygun gerekçeler kullanmaya yatkınlık.

3.3 Uygulama:

Çalışmaya gönüllü katılan hastalara yazılı bilgilendirilmiş olur formu okutulup onayları alınmıştır. Hastaların sosyodemografik bilgilerinin sorgulanması sonrasında alkol öyküsü alınmış ve “Addiction Severity İndeks” (ASI) ölçeğinin alkol kullanımı ve yasal durum alt ölçekleri uygulanmıştır. Antisosyal kişilik bozukluğu değerlendirilmek üzere “ICD-10 disosyal kişilik bozukluğu ölçütleri”, “DSM-IV Antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütleri”ne dayalı yarı yapılandırılmış klinik görüşme ve psikopatik özellikleri değerlendirmek üzere “Hare psikopati ölçeği” (PCL-R) ile “Levenson Psikopati Ölçeği” (LSRP) uygulanmıştır. Ayrıca yatarak tedavi gördükleri dönemde uygulanan MMPI ölçeğine kontrol olarak, ölçeğinin psikopatik sapma altölçeği tekrar uygulanmıştır. Tüm değerlendirme süresi ortalama 60 dk’dır.

3.4 İstatistiksel Analiz

Analizde alkol bağımlılığı olan hastalar kişilik özellikleri, psikopati ve ASKB açısından değerlendirilmiştir. Sosyodemografik veriler, alkol kullanım örüntüleri ve bağımlılık şiddeti ile kişilik özelliklerinin ve bağımlılık sürecinin ilişkisi değerlendirilmiştir. Ayrıca, hastalara yatarak tedavi gördükleri dönemde uygulanan MMPI profillerinden elde edilen psikopatik sapma alt ölçeği puanları ile, değerlendirme görüşmesinde tekrar uygulanan kontrol MMPI psikopati alt ölçeği puanları arasında ilişki olup olmadığı, MMPI profilleri ve alkol bağımlılığı relaps-remisyon durumu arasında ilişki olup olmadığı değerlendirilmiştir. Hastanın 6 aydan uzun süre alkol almıyor oluşu, remisyon olarak kabul edilmiştir.

İstatistiksel analizler için SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 16.0 programı kullanılmıştır. Katılımcıların sosyodemografik özellikleri, alkol kullanım örüntüleri tanımlayıcı analizle değerlendirilmiştir. Sosyodemografik özellikler ile psikopati arasındaki ilişki ve DSM-IV ASKB tanı ölçütleri ile Hare, Levenson psikopati ölçeği, MMPI psikopati altölçeği arasındaki ilişki *Kruskal-Wallis Testi* kullanılarak araştırılmıştır. Alkol bağımlılığı yaşamboyu şiddeti ile psikopati ilişkisini araştırmada *Spearman Korelasyon Katsayısı*’ndan faydalanılmıştır. Altı ay üstü remisyon varlığı ile sosyodemografik özellikler ve ASI

ölçeği arasındaki ilişki, *Bağımsız Gruplar İçin t Testi ve Ki-kare Testi* kullanılarak değerlendirilmiştir. Remisyon varlığı ile psikopati ilişkisi ve remisyon ile MMPI psikopati alt ölçekleri arasındaki farkın ilişkisi *Mann-Whithney U testi* kullanılarak araştırılmıştır.

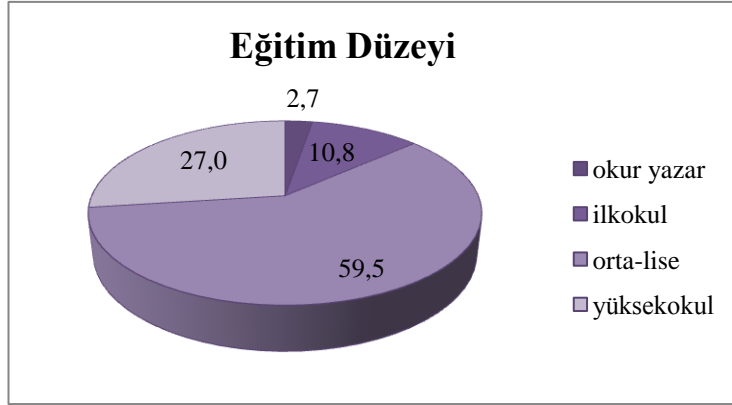
BULGULAR

1. Demografik Veriler ve Tanımlayıcı İstatistikler

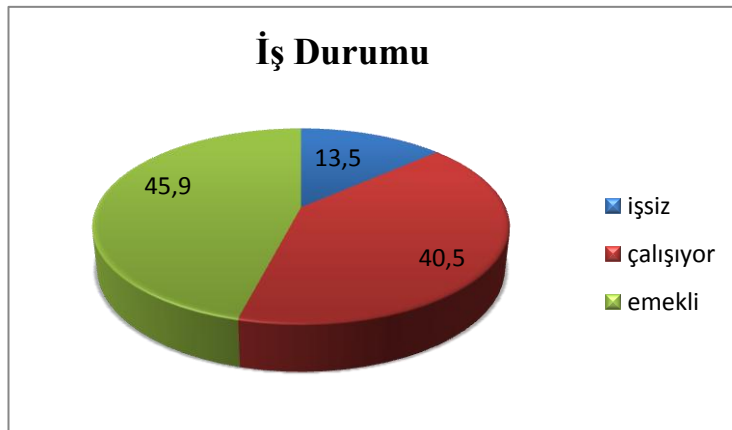
1.1 Sosyodemografik Özellikler

Çalışmaya alkol bağımlılığı sendromu tanısı ile yatarak tedavi görmüş, 37 gönüllü erkek hasta alınmıştır. Çalışmaya katılanların yaşları 29-65 arasında, yaş ortalamasının $48,3 \pm 9,6$ olduğu bulunmuştur (Tablo 1).

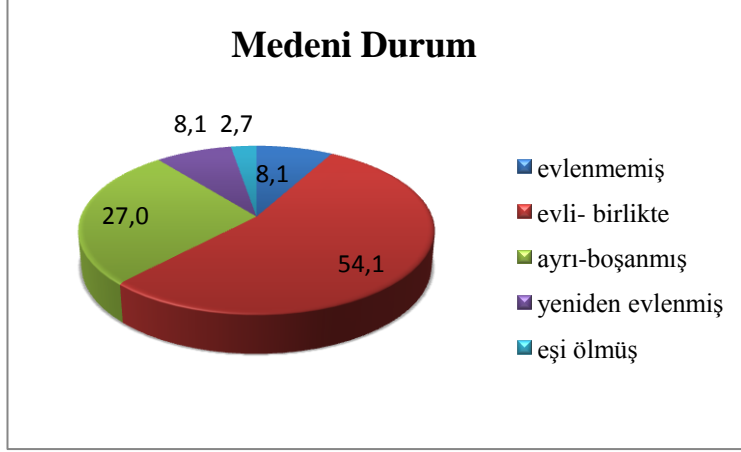
Katılımcıların eğitim düzeyi açısından incelendiğinde, çoğunluğunu ortaokul-lise mezunu (%59) olduğu saptanmıştır (Şekil 1). Katılımcıların medeni durum dağılımında çoğunluğun evli (54,1) olduğu belirlenmiştir (Şekil 4).



Şekil 2. Sosyodemografik Özellikler- Eğitim Düzeyi



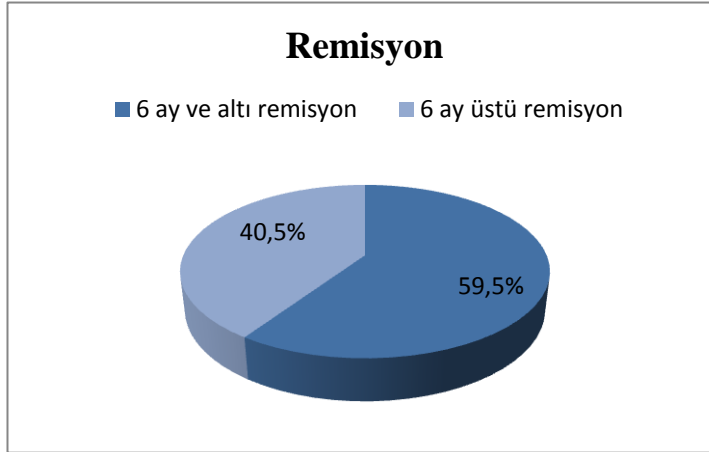
Şekil 3 Sosyodemografik özellikler –İş durumu



Şekil 4 Sosyodemografik Özellikler-Medeni Durum

1.2 Alkol kullanım örüntüsü ve bağımlılık şiddeti ve süreci

Katılımcılar remisyon yönünden değerlendirildiğinde, %40,5'inin (n:15) 6 aydan uzun süre ile remisyon tanımladığı saptanmıştır (Şekil 4).



Şekil 5. Tanımlayıcı veriler, relaps, remisyon oranları

Katılımcıların alkol kullanımına başlangıç yaşlarının 7 ile 36 yaş aralığında, ortalama 17,52 (Sd 4,83), düzenli kullanıma kadar geçen sürenin ortalama 6,86 yıl olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Katılımcıların % 21,6'sında (n:8) ailede alkol kullanım bozukluğu öyküsü varken, olmayanların oranı %78,4 (n:29) olarak belirlenmiştir. Katılımcıların ASI alkol kullanımı alt ölçeği ile; yaşamboyu bağımlılık şiddeti ortalama puanları 6,91 (SD 1,75) olarak belirlenmiştir.

Alkol bağımlılığında erken-geç başlangıç ayrımı için 25 yaş sınırı kullanılan bu çalışmada, katılımcıların %62,2'sinin (n:23)'sinin 25 yaş ve öncesinde (erken başlangıç), %37,8'inin (n:14) 25 yaştan sonra (geç başlangıç) bağımlılık geliştirdiği saptanmıştır.

Tablo 1.1 Demografik Veriler ve Tanımlayıcı İstatistikler

(n=37)	Ortalama ± Sd	Değer Aralığı
Yaş (yıl)	48.32 ± 9.61	29 - 65
İlk alkol kullanım yaşı (yıl)	17.52 ± 4.83	7 - 36
İlk alkol kullanımı ile düzenli kullanım arasındaki süre (yıl)	6.86 ± 4.61	1 - 18
Bağımlılık sürecinde alkol alınmayan en uzun süre (ay)	21.40 ± 20.77	1 - 84
Remisyon süresi (ay)	9.86 ± 16.15	0 – 84

1.3 ASKB , Psikopati, Yasal Durum Tanımlayıcı İstatistikler

Katılımcıların ASKB açısından değerlendirildiği görüşmede, 1 kişinin DSM-IV antisosyal kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşıladığı saptanmıştır. DSM-IV Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanı kriterlerinden hiçbirini karşılamayanların oranı %78,7, tanı almamakla birlikte kriterlerden herhangi birini karşılayanların oranı %18,9 olarak belirlenmiştir. Hare psikopati ölçeğine göre, kesme puanı olarak Avrupa'da yaygın kullanımı olan 25 puanla değerlendirildiğinde katılımcılardan hiçbirinin psikopati tanısı almadığı belirlenmiştir (Tablo 2.1). Katılımcıların yasal durumlarının değerlendirildiği görüşmelerde, 1 kişinin kaçakçılık nedeniyle, 1 kişinin alkollü iken kesici alet ile yaralama nedeniyle yargılandığı, 2 kişinin alkollü araç kullanımı nedeniyle ehliyetine el konulmuş olduğu belirlenmiştir.

Tablo 2.1 Psikopati Ölçekleri Puan Ortalamaları

N=37	Ortalama	Sd	Değer aralığı
MMPI Pd1	28,89	5,97	17 - 38
MMPI Pd2	27,27	5,83	17 - 41
Levenson F2	23,54	6,46	12 - 35
Levenson F1	27,16	6,30	16 - 40
Levenson Toplam	50,05	10,67	28 - 69
Hare F1	0,91	1,50	0 - 5
Hare F2	1,43	1,84	0 - 6
Hare Toplam	2,35	3,16	0 - 10

2. Sosyodemografik Özellikler ve Psikopati İlişkisi

Sosyodemografik veriler ile, Hare, Levenson psikopati ölçekleri, MMPI psikopati alt ölçeği arasındaki ilişki, Kruskal- Wallis Testi ile değerlendirilmiş, eğitim düzeyi ve medeni durumun psikopati ile ilişkili olmadığı, iş durumunun ise çalışmayanlarda, MMPI psikopati alt ölçeği puanları arasında anlamlı ilişki olduğu belirlenmiştir. (Tablo 3.1,2,3)

Tablo 3.1. Psikopati Ölçekleri Çalışma Durumu İlişkisi

Çalışma durumu	İşsiz n:5 Ort.sıra	Çalışıyor n:15 Ort. sıra	Emekli n:17 Ort. sıra	p
Hare1	23,00	18,64	17,06	0,433
Hare2	23,00	18,70	18,09	0,623
Toplam	23,00	18,50	18,26	0,631
Levenson1	19,60	20,77	17,26	0,652
Levenson2	24,30	19,83	16,71	0,356
Toplam	21,70	19,53	16,53	0,558
MMPI Pd1	27,90	21,03	14,59	0,034*
MMPI Pd2	26,20	23,63	12,79	0,005*

Tablo 3.2. Psikopati Ölçekleri medeni Durumu İlişkisi

Medeni durum	Bekar n:3 Ort. sıra	Evli n:23 Ort. sıra	Ayrı/Dul n:11 Ort. sıra	p
Hare1	16,67	19,05	17,91	0,882
Hare2	20,33	18,96	18,73	0,970
Toplam	19,17	18,96	19,05	0,999
LevensonF1	15,00	18,07	22,05	0,483
LevensonF2	18,17	18,39	20,50	0,859
Toplam	15,67	18,07	20,14	0,771
MMPI1	31,33	17,57	18,64	0,114
MMPI2	25,17	18,13	19,14	0,568

Tablo 3.3. Psikopati Ölçekleri Eğitim Düzeyi İlişkisi

Eğitim düzeyi	Lise üstü n:5 Ort. sıra	Lise ve altı n:32 Ort. sıra	p
Hare F1	23,75	17,84	0,218
Hare F2	23,00	18,38	0,338
Toplam	23,00	18,38	0,338
Levenson F1	15,00	19,63	0,373
Levenson F2	23,40	18,31	0,327
Toplam	20,25	18,28	0,724
MMPI1	19,80	18,88	0,859
MMPI2	22,90	18,39	0,385

3. Antisosyal Kişilik Bozukluğu Tanı Ölçütleri ile Psikopati ilişkisi

DSM-IV antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütleri ve ICD-10 dissosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütleri ile, psikopati ölçek puanları arasındaki ilişki Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U test kullanılarak araştırılmış, her bir DSM ve ICD ölçütünün Hare psikopati ölçeği toplam puanları ile ilişki olduğu, Levenson Psikopati ölçeği toplam puanları ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 4.1 DSM-IV ASKB Kriterleri ile Psikopati Ölçekleri İlişkisi

DSM	Hare Psikopati			Levenson Psikopati			MMPI		
	F1	F2	Tpl	F1	F2	Tpl	I	II	
1. evet (n1) hayır (n 36)	0,08	0,06	0,06	0,34	0,24	0,17	0,12	0,09	p
3. evet (n8) hayır (n29)	0,00	0,00	0,00	0,06	0,12	0,15	0,04	0,02	p
4. evet (n4) hayır (n33)	0,00	0,00	0,00	0,02	0,04	0,10	0,22	0,04	p
6. evet (n8) hayır (n29)	0,00	0,00	0,00	0,06	0,12	0,15	0,04	0,00	p
7. evet (n1) hayır (n36)	0,05	0,17	0,10	0,15	0,14	0,15	0,54	0,11	p

*1,3,4,6,7 maddeler DSM-IV ASKB tanı ölçütleri maddeleridir. 2 ve 5. Maddeyi karşılayan hasta olmadı.

Tablo 4.2 ICD-10 DKB tanı kriterleri ile Psikopati Ölçekleri ilişkisi

ICD-10	Hare Psikopati			Levenson Psikopati			MMPI		
	F1	F2	Tpl	F1	F2	Tpl	I	II	
2. evet(n1) hayır (n36)	0,05	0,17	0,10	0,15	0,14	0,15	0,54	0,11	p
3. evet (n3) hayır (n34)	0,00	0,01	0,00	0,20	0,45	0,93	0,11	0,02	p
4. evet (n3) hayır (n34)	0,00	0,00	0,00	0,07	0,02	0,17	0,48	0,01	p
5. evet (n1) hayır (n36)	0,05	0,17	0,10	0,15	0,14	0,84	0,54	0,11	p
6. evet (n6) hayır (n31)	0,00	0,00	0,00	0,01	0,23	0,14	0,06	0,01	p

4. Bağımlılık şiddeti ile psikopati ilişkisi

Çalışmada ASI ile değerlendirilen yaşam boyu alkol bağımlılığı şiddeti ile psikopati ilişkisi ve ASI yasal durum Spearman Korelasyon analizi kullanılarak araştırılmıştır. Analiz sonucuna göre, yaşamboyu bağımlılık şiddeti ile, son dönem bağımlılık şiddeti, Hare ve Levenson Psikopati puanları arasında yüksek ve pozitif korelasyon olduğu saptanmıştır. Yaşamboyu bağımlılık şiddeti ile yasal durum arasında ise pozitif fakat zayıf korelasyon ($r=0,256$) olduğu belirlenmiştir (Tablo 6).

Tablo 5.1. Bağımlılık şiddeti psikopati ilişkisi Spearman Korelasyon Analizi sonuçları

	ASI yaşamboyu	
	r	p
MMPI Pd1	0,11	0,500
MMPI Pd2	0,374	0,023
Levenson F1	0,430	0,008
Levenson F2	0,422	0,009
Levenson toplam	0,430	0,008
Hare F1	0,522	0,001
Hare F2	0,623	0,000
Hare Toplam	0,608	0,000
ASI yasal durum	0,256	0,125

5. Sosyodemografik özellikler ve psikopati ile relaps-remisyon ilişkisi

Katılımcıların relaps- remisyon durumları ile, sosyodemografik özellikleri arasındaki ilişki ki-kare testi kullanılarak araştırılmıştır (Tablo 6.1). Remisyonun eğitim düzeyi, medeni durum ve çalışma durumu ve ilişkili olmadığı saptanmıştır. Son dönem alkol kullanım örüntüsü için, günaşırı ve daha seyrek alkol tüketimi ve günboyu alkol tüketimi remisyonla ilişki göstermezken, her akşam alkol tüketiminin remisyonla ilişkili olduğu belirlenmiştir. ($p:0,012$) T-testi ile değerlendirme sonucu, yaş ile remisyon oranı arasında ilişki olmadığı, yaşamboyu alkol bağımlılık şiddetinin remisyonla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Tablo 6.2).

Tablo 6.1. Relaps- Remisyon sosyodemografik veri ilişkisi

		≤6 ay remisyon	>6 ay remisyon	χ^2	p
Eğitim Düzeyi	Lise ve altı	80	20	1.01	0.31
	Yüksekokul, üniversite	56.2	43.8		
	Toplam	59.5	40.5		
Medeni Durumu	Evlenmemiş	33.3	66.7	0.94	0.62
	Evli	60.9	39.1		
	Ayrı / dul	63.6	36.4		
	Toplam	59.5	40.5		
Son Sıklık	Gün aşırı ya da daha az	80.0	20.0	8.92	0.01
	Her akşam	28.6	71.4		
	Gün boyu	77.8	22.2		
	Toplam	59.5	40.5		
İş	İşsiz	60.0	40.0	0.00	0.99
	Çalışıyor	60.0	40.0		
	Emekli	58.8	41.2		
	Toplam	59.5	40.5		

Son sıklık: alkolü bırakmadan önce ya da devam eden alkol alma sıklığı

Tablo 6.2 Relaps- Remisyon ile yaş ve bağımlılık şiddeti ilişkisi

	≤6 ay remisyon (n:22) Ortalama ± Sd	>6 ay remisyon (n:15) Ortalama ± Sd	p
Yaş	49,0 ±	47,3 ±	0,61
ASI yb	7,4 ±1,5	6,13 ±1,8	0,02*

ASI yb: yaşamboyu bağımlılık şiddeti

Katılımcıların relaps remisyon durumları ile psikopati ölçekleri arasındaki ilişki, Mann-Whitney U testi kullanılarak araştırılmıştır. (Tablo 6.2) Hare psikopati ölçeği (p:0,011), Hare faktör II altölçeği (p:0,007) ve kontrol MMPI psikopati alt ölçeğinin (p:0,058) relaps ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Tablo 6.3. Relaps- remisyon ile psikopati ilişkisi

		Remisyon1 n=22 ort. sıra	Remisyon2 n=15 ort. sıra	p
Hare	Hare F1	20,90	15,13	0,059
	Hare F2	22,68	13,60	0,007*
	Toplam	22,45	13,93	0,011*
Levenson	Levenson F1	21,45	15,40	0,094
	Levenson F2	21,75	14,97	0,061
	Toplam	21,21	14,70	0,067
MMPI	MMPI1	20,18	17,27	0,420
	MMPI2	21,77	14,93	0,058*

Remisyon 1: 6 ay ve daha az süre remisyon

Remisyon 2: 6 aydan uzun süreli remisyon

Katılımcıların bağımlılık başlangıç yaşları ile sosyodemografik özellikler, iş durumu arasında (p=0,9, t=0,69), anlamlı ilişki bulunmamıştır. Erken ve geç başlangıç grupları arasında, bağımlılık şiddeti ile (p=0,15, z=-1,4), psikopatik özellikler (p=0,17, z=1,35), relaps-remisyon (p=0,65, t=0,45) açısından anlamlı fark saptanmamıştır.

Son olarak, katılımcılara yatarak tedavi aldıkları dönemde uygulanmış olan MMPI psikopati alt ölçeği ile değerlendirme görüşmesinde tekrarlanan MMPI psikopati alt ölçeği puanları arasındaki fark ile remisyon ilişkisi Mann-Whitney U testi kullanılarak araştırılmış, (Tablo 6.4) MMPI Psikopati alt ölçeği puanlarında azalmanın da remisyon ile ilişkili olduğu ($p:0,042$) belirlenmiştir.

Tablo 6.4. MMPI Pd alt ölçekleri Pearson korelasyon analizi

Korelasyon	MMPI Pd2
MMPI Pd1	$r = ,804^{**}$ $p ,00$

MMPI Pd1 tedavi gördükleri dönemde MMPI psikopati alt ölçeği puanı
MMPI Pd2 değerlendirme görüşmesinde MMPI psikopati alt ölçek puanı

Tablo 6.5. MMPI Pd alt ölçekleri arasındaki fark ile remisyon ilişkisi

	≤ 6 ay remisyon (n:22)	>6 ay remisyon (n:15)	p
	Ortalama sıra	Ortalama sıra	
MMPI Pd fark	23,3	16,0	0,042*

MMPI Pd fark: iki MMPI uygulaması arasındaki puan farkı

TARTIŞMA

Bu çalışmanın temel amacı, alkol bağımlılığı sendromu tanısı almış hastalarda, antisosyal kişilik özelliklerinin, antisosyal kişilik bozukluğu ve gelişimsel bir bozukluk olarak tanımlanan psikopati kapsamında araştırılması ve alkol bağımlılığı sendromunda sosyodemografik özellikler ve antisosyal kişilik özelliklerinin bağımlılık süreçleri ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Çalışmaya, Ocak 2005- Aralık 2010 tarihleri arasında AÜTF Psikiyatri kliniği bağımlılık tedavi ünitesinde alkol bağımlılığı tanısı ile yatarak tedavi gören hastalardan dahil edilme kriterlerini karşılayan ve çalışmaya katılmaya gönüllü olan 37 erkek hasta dahil edilmiştir. Yaş ortalamasının 48.32 ± 9.61 olduğu katılımcıların çoğunluğunun lise mezunu, evli ve emekli olduğu belirlenmiştir. Bulgular Evren C. ve ark. 2001de yürüttükleri, ve örneklemin yaklaşık yarısının ilkokul mezunu olduğu çalışmalarında ileri sürdükleri 'eğitim düzeyinin düşük olmasının bağımlılık için zemin oluşturabileceği' görüşünü desteklememiştir. Bu çalışmada örneklemin sosyodemografik özellikleri, daha önce kliniğimizde yatarak tedavi gören hastalarla yapılmış çalışmalarda (İlhan İ.Ö ve ark. 2002, 2003) bildirilen özellikler ile ayrıca aynı alanda yapılmış Sayın A.,Arıkan Z. ve ark.'nın 2004'de yürüttükleri çalışma ile uyumludur.

Çalışmamızda, yazınla uyumlu olarak ilk alkol kullanım yaşının ortalama $17,52 \pm 4,83$ olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların büyük çoğunluğu, alkol kullanımına arkadaşlarıyla birlikte başladıklarını belirtmiştir (%83,7), daha önceki çalışmalarda bildirilen oranlardan düşük olmakla birlikte, çalışmamızda ailede alkol kullanım bozukluğu öyküsü %21,6 oranında belirlenmiştir. Hastaların, alkole başladıktan ortalama $6,86 \pm 4,61$ yıl (1-18 yıl arasında) sonra alkolü düzenli bir sıklıkta tükettiği saptanmıştır. Bağımlılığın gelişme süresi ile ilişkili olan bu sonuç, daha önceki çalışmalar ve yazın ile uyumluluk göstermektedir.

Alkol bağımlılığının tedavi sürecinde relaps oranları oldukça yüksek bildirilmektedir. Kontrollü çalışmaların yer aldığı bir metaanalizde, tedaviden sonraki remisyon oranlarının %12 olduğu bildirilmiştir. Remisyon ölçütünün 6 aydan uzun süre alkol alma davranışı olmaması olarak kabul edildiği çalışmamızda, remisyon tanımlayan

katılımcıların oranı %40,9 saptanmasında, kültürel olarak insanların bireycilikten uzak, yardım edici davranmaları, remisyonun aile, iş ve yakınlar tarafından desteklenmesinin ülkemizdeki oranlarda etkili olduğu düşünülmüştür.

Alkol bağımlılığında antisosyal kişilik özellikleri

Alkol bağımlılarında kişilik bozukluğu komorbiditesini değerlendiren birçok çalışma, geniş farklılık göstermekle birlikte antisosyal kişilik bozukluğunu işaret etmektedir (Kokkevi ve ark.1998). Alkol bağımlılığı olan bireylerde yüksek yaygınlık oranlarının güvenilirliğini değerlendirmek, özellikle B kümesi kişilik bozukluğu ölçütlerinin alkol- madde kötüye kullanımını da içermesi nedeniyle zor olmaktadır. Örneğin antisosyal kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu DSM-IV'e göre bir ölçütü dürtüsellik (impulsivite) alkol/madde kötüye kullanımını içermektedir.

Ülkemizde, alkol bağımlılarında yapılan çalışmalarda bildirilen kişilik bozukluğu oranı %27.3 ile %72.5 arasında değişmektedir. Bu çalışmalarda en yüksek oran B kümesi (%21-55) için ve ASKB (%16-37.5) için bulunmuştur (Öner ve ark. 2002, İnce ve ark. 2002, Eken ve ark. 2003, Kural 2003).

Bu çalışmada ise, katılımcıların, DSM-IV Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve ICD-10 Dissosyal Kişilik Bozukluğu tanı kriterlerine göre değerlendirildiği görüşmeler sonucunda, sadece birinin DSM-IV ASKB tanı kriterlerini karşıladığı belirlenmiştir. DSM-IV Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanı kriterlerinden hiçbirini karşılamayanların oranı %78,7, tanı almamakla birlikte kriterlerden herhangi birini karşılayanların oranı %18,9 olarak belirlenmiştir. Hare psikopati ölçeğine göre ise psikopati tanısı alan hasta olmamıştır. Kesme puanının, Avrupa'da tercih edilen 25 puan olarak kullanıldığı çalışmamızda hastaların ortalama ölçek puanlarının $2,3 \pm 3,1$ olduğu belirlenmiştir. Katılımcıların karşıladığı ölçütler ise tanıdan bağımsız biçimde 'antisosyal kişilik özellikleri' olarak ele alınmıştır. Yazına göre çalışmada bulunan bu farklılığın nedenlerinden birinin, ulaşılması hedeflenen örneklemin küçük bir kısmına ulaşılabilmiş olması, ayrıca ulaşılabilen katılımcıların özelliklerinin de çalışmaya katılmayı kabullerinde etkili olan özellikler olabileceği düşünülebilir. Bu

kısıtlılığın önemli nedenlerinden biri ise, hasta kayıtlarının eksik ya da güncelliğini yitirmiş bilgilerden oluşmasıdır.

Antisosyal kişilik bozukluğu DSM-IV tanı ölçütleri ve ICD-10 Disosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerinin psikopati ölçekleri ile ilişkisinin değerlendirildiği analizlerde, her bir kriterin Hare psikopati ölçeği toplam puanı ile ilişkili olduğu, Levenson psikopati ölçeği ya da MMPI psikopatik sapma alt ölçeği ile ilişkili olmadığı belirlenmiştir. Bu ilişkinin nedeninin, çalışmamızın bir diğer kısıtlılığı olarak, katılımcılara uygulanan antisosyal kişilik bozukluğu yarı yapılandırılmış görüşmesi ve Hare psikopati ölçeğinin aynı araştırmacı tarafından değerlendirilip uygulanması olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmada antisosyal özelliklerin eğitim düzeyi ve medeni durumla ilişkili olmadığı, yazınla tutarlı olarak antisosyal kişilik özelliğinin işsizlik oranı ile ilişkili olduğu belirlenmiştir. Bu ilişki, işsizlik ve MMPI psikopatik sapma alt ölçeği puanları arasında ($p:0,05$) görülürken, diğer psikopati ölçekleri ile desteklenmemiştir.

Çalışmada ayrıca, katılımcıların yaşamboyu bağımlılık şiddetleri ile psikopatik özelliklerin yüksek ve pozitif korelasyon gösterdiği belirlenmiştir. Bağımlılık şiddet puanlarının psikopati puanları ile anlamlı ilişkisinin olması literatürle uyumlu bulunmakla birlikte, işsizlik oranı ile ilişkisinde de olduğu gibi, bu ilişkinin çift yönlü olması nedeniyle, nedensel bağlamda ele almak için yeterli zemin oluşmamaktadır. Bu sonuçlar, birbirini olumsuz şekilde etkileyen süreçler olarak değerlendirilebilir.

Bağımlılık süreçleri

Yukarıda tartışılan tüm bulguların bağımlılık süreçleri ile ilişkisi değerlendirildiğinde, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi ve çalışma durumu gibi sosyodemografik özelliklerin relaps- remisyonla ilişkili olmadığı saptanmıştır. Fakat alkolü bırakmadan önceki dönemde ya da son dönemde alkol kullanım sıklığının remisyonla ilişkili olduğu, gınaşırı ya da daha seyrek kullanım ile günboyu kullanıma karşın, her akşam alkol kullanımının remisyonla ilişkili olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda, bağımlılık başlangıç yaşı, konuyla ilgili diğer çalışmalarda olduğu gibi, 25 yaş sınırı alınarak değerlendirilmiştir. Erken başlangıçlı bağımlılık grubu ile, geç başlangıçlı bağımlılık grubu arasında, sosyodemografik özellikler, bağımlılık şiddeti, psikopati düzeyi ve remisyon oranları açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Benzer şekilde, İnce, Doğruer ve arkadaşlarının 2002’de yürüttükleri çalışmalarında, erken ve geç başlangıçlı bağımlılık grupları arasında sosyodemografik veriler açısından anlamlı fark bulunmamış, fakat gruplar arasında kişilik bozukluğu oranlarında fark bildirilmiştir.

Antisosyal kişilik özelliklerinin alkol bağımlılığı sendromu ile birlikteliğinin tedaviyi olumsuz etkilediği birçok çalışmada gösterilmiştir. Psikopatik özellikler, çalışmamızda literatürle uyumlu olarak, relaps ile ilişkili bulunmuştur. Hare psikopati ölçeği ve kontrol MMPI psikopatik sapma alt ölçeği (p:0,058) relaps ile ilişkili göstermiştir.

Çalışmamızda, katılımcılara bağımlılık nedeniyle tedavi gördükleri dönemde uygulanan MMPI psikopatik sapma puanları ile değerlendirme görüşmesinde uygulanan MMPI psikopatik sapma altölçeği puanları arasında anlamlı fark bulunmuştur. (iki uygulama arasında en az 15 ay süre olmakla birlikte). Bu fark, kişilik özelliği olarak değerlendirilen bu örüntülerin süreklilik göstermeyebileceğini işaret etmesi açısından önemli bulunmuştur. Ayrıca, iki MMPI arasında bulunan bu fark remisyonla ilişkili bulunmuştur. Sonuç olarak, artan remisyon oranları ile, MMPI psikopatik sapma alt ölçeği puanlarında istatistiksel olarak anlamlı düşme belirlenmiştir. Bu bulgu, nedensel bir ilişki kurmak için yeterli olmamakla birlikte, alkol kullanımının kişilik ve davranış üzerinde yarattığı etkilerin alkolsüz dönemlerde süreklilik göstermediğini işaret etmesi açısından önemlidir.

SONUÇ

Alkol bağımlılığında antisosyal kişilik bozukluğu komorbiditesi sıklıkla bildirilmektedir. Fakat alkol bağımlılığı olan bireylerde yüksek yaygınlık oranlarının güvenilirliğini değerlendirmek, B kümesi kişilik bozukluğu ölçütlerinin alkol- madde kötüye kullanımını da içermesi nedeniyle zor olmaktadır. Ayrıca ASKB tanısını koymada kullanılan davranış bozuklukları ölçütleri alkol kullanımı ve bağımlılığında da görülebilen davranışsal komplikasyonlar ile benzerdir. Kişilerarası ilişkilerdeki bozukluklar, suç davranışı, aile ve iş yaşamının bozulması her iki tanı grubunda görülebilen davranış sorunlarına örneklerdir. Bu ortaklıklar, klinisyenlerin psikiyatrik değerlendirmede ve genel popülasyonda kişilik örüntülerini değerlendiren psikometrik araçların alkol bağımlılığında ASKB tanısını işaret etmesini kısmi olarak açıklamaktadır.

Bu çalışmada, alkol bağımlılığı tanısı olan hastalarda antisosyal kişilik özellikleri, DSM-IV Antisosyal Kişilik Bozukluğu, ICD-10 Dissoyal Kişilik Bozukluğu ve psikopati kapsamında değerlendirilmiştir. Psikopati kavramı, daha çok davranışa odaklı ölçütleri olan kişilik bozukluğuna göre, kişilik örüntüsünü, davranışla birlikte emosyonel ve kişilerarası ilişkiler bağlamında, daha bütüncül ele alan bir kavramdır. Değerlendirmeler sonucunda bu çalışmanın örnekleminde, antisosyal kişilik bozukluğu tanısı alan bir hasta olmakla birlikte, psikopati tanımını karşılayan hasta olmamıştır. Tanı ölçütlerini karşılamamakla birlikte, ölçütlerden bir kısmını karşılayan hastalarda antisosyal kişilik bozukluğu ölçütlerinin, Hare psikopati ölçeğinin 'antisosyal yaşam tarzı' boyutu ile ilişki gösterdiği belirlenmiştir.

Çalışmada, psikopati antisosyal yaşam tarzı boyutu, yaşamboyu alkol bağımlılığı şiddeti ile ve relaps ile ilişkili bulunmuş, medeni durum, iş durumu, eğitim düzeyi ile ilişki bulunmamıştır. Bununla birlikte, hastaların MMPI psikopati alt ölçeği puanlarının remisyon ile anlamlı ölçüde azaldığı belirlenmiştir. Hastaların erken-geç başlangıçlı bağımlılık grupları arasında, sosyodemografik özellikler, psikopati düzeyi ve remisyon açısından anlamlı fark bulunmaması, psikopati düzeyinin sosyodemografik özelliklerle ilişkili olmaması ve MMPI psikopatik sapma alt ölçeği puanlarının remisyonla birlikte anlamlı ölçüde azaldığının gösterilmesi, bu

özelliklerin süreklilik göstermeyen, gelişimsel zemini olmayan örüntüler olduğunu düşündürmüştür.

Bu nedenle, alkol bağımlılığı hastalarında, kişilik örüntülerinin daha kapsamlı ve çeşitli araçlarla değerlendirilmesi gereklidir. Böylece destigmatizan ve ayrımcı olmayan, güvenilir bir değerlendirme ve tutumun önü açılmış olacaktır.

ÖZET

Amaç: Bu çalışmanın amacı, alkol bağımlılığı hastalarında kişilik özelliklerinin antisosyal kişilik bozukluğu ve psikopati açısından değerlendirilmesidir. Literatürde alkol bağımlılığı, antisosyal kişilik bozukluğu birlikteliği sıklıkla bildirilmektedir. Fakat bu birlikteliğin güvenilirliğini değerlendirmek, her iki tanıda benzer davranış örüntülerinin gözlenebilmesi nedeniyle, mevcut tanı sınıflandırma sistemleri içinde zor olmaktadır. Bu çalışma ile antisosyal özelliklerin, davranış ve emosyonel yönüyle bütüncül değerlendirilmesi ve söz konusu özelliklerin bağımlılık süreçleri ile ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Ünitesinde, Ocak 2005- Aralık 2010 tarihleri arasında alkol bağımlılığı tanısı ile yatarak tedavi görmüş erkek hastalar alınmıştır. Hastalar, sistemden alınan telefon numaraları ile aranarak davet edilmiş, değerlendirme ve görüşmeler Şubat-Mayıs 2012 tarihleri arasında yapılmıştır. Değerlendirmede sosyodemografik veri formu, alkol öyküsü formu, DSM-IV ASKB (Antisosyal Kişilik Bozukluğu) ve ICD-10 DSKB (Dissosyal Kişilik Bozukluğu) tanı ölçütlerine göre yapılandırılmış görüşme yapılmıştır. Ayrıca katılımcılara ASI (Bağımlılık Şiddeti Belirleme Ölçeği), PCL-R (Hare psikopati ölçeği), LSRP (Levenson Psikopati ölçeği) ve MMPI Pd ve K (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri Psikopatik Sapma ve Savunma alt ölçekleri) uygulanmıştır.

Bulgular: Katılımcılardan sadece biri DSM-IV'e göre antisosyal kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılarken, psikopati tanı ölçütlerini karşılayan hasta olmamıştır. Tanı konmamakla birlikte, psikopatinin 'davranış' boyutunun (Hare faktör 2), bağımlılık şiddeti ve relaps ($p<0,001$) ile ilişkili olduğu bulunmuştur. Katılımcıların erken-geç başlangıçlı bağımlılık grupları arasında, sosyodemografik özellikler, bağımlılık şiddeti, psikopati düzeyi ve remisyon oranları açısından fark bulunmamıştır. Tedavi döneminde uygulanan MMPI Pd puanları ve değerlendirme görüşmesinde uygulanan kontrol MMPI Pd puanları arasında anlamlı fark bulunmuş ve puan farkı ile remisyon arasında anlamlı ilişki saptanmıştır.

Sonuç: DSM-IV ASKB tanı ölçütleri ile psikopati ölçeğinin özellikle davranış boyutunda ilişkili olması, psikopatinin bütüncül yapısını işaret etmesi bakımından önemli olabilir. Hastaların psikopatik özellikleri, özellikle ‘davranış boyutu’nun bağımlılık şiddeti ve relaps ile ilişkili olması ilgili çalışma sonuçlarıyla uyumludur. Hastaların MMPI psikopatik sapma alt ölçeği puanlarının remisyonla birlikte anlamlı ölçüde azaldığının gösterilmesi, bu özelliklerin süreklilik göstermeyen, gelişimsel zemini olmayan örüntüler olduğunu düşündürmüştür. Bu nedenle, alkol bağımlılığı hastalarında klinik değerlendirmede, kişilik örüntülerinin kapsamlı olarak ve çeşitli araçlarla değerlendirilmesi gereklidir. Böylece destigmatizan ve ayrımcı olmayan, güvenilir bir değerlendirme ve tutumun önü açılmış olacaktır.

SUMMARY

Relationships between the Antisocial Characteristics and Dependence Period within the Alcohol Dependence Syndrome

Objective: The aim of the present study was to assess personality characteristics of a group of alcohol dependent patients in terms of antisocial personality disorder and psychopathy. Alcohol dependence is often mentioned together with antisocial personality disorder in the literature. However, it is hard to evaluate reliability of this co-incidence in the given classification systems because of presence of similar behavior patterns in both of the diagnoses. With the present study it was aimed to investigate antisocial characteristics in an integrated way considering both behavioral and emotional dimensions.

Method: The study population consisted of alcohol dependent inpatients hospitalized within the period of January 2005 and December 2010. The subjects were called and assessed between February 2012 and May 2012. A sociodemographic and alcohol use history form, and semi-structured interview forms using the DSM-IV Antisocial Personality Disorder criteria and ICD-10 Dissocial Personality Disorder Criteria were used for the assessment. ASI (Addiction Severity Index), PCL_R (Hare Psychopathy Scale), LSRP (Levenson Psychopathy Scale) and MMPI Pd and K (Minnesota Multiphasic Personality Inventory Psychopathic Deviation and Defense Subscales) were also applied to the patients.

Results: Only one of the patients has met the DSM-IV Antisocial Personality Criteria, and none has been diagnosed with psychopathy. While not diagnosed with psychopathy, it has been found that behavioral dimension of psychopathy (Hare Factor 2) was related with addiction severity and relapse. No significant difference has been found between the early- and late-beginner groups in terms of sociodemographic variables, addiction severity, psychopathy scores or remission. MMPI Pd scores gotten during the inpatient treatment period and during the present study differed significantly, but there was not a significant relationship between this score difference and remission.

Conclusion: It appears to be important that there is a relationship between the DSM-IV Antisocial Personality Disorder criteria and the behavioral dimension of psychopathy indicating the global construct of psychopathy. Presence of a significant relationship between psychopathic characteristics, especially the behavioral dimension of psychopathy, and severity of addiction and relapse is in accordance with the relevant literature. The finding of the relationship between the decrease in the MMPI Pd scores and remission suggests that psychopathic score as assessed with the MMPI Pd does not indicate a trait and a developmental characteristic. Thus, personality traits need to be evaluated using comprehensive and various assessment devices. This would enable a destigmatizing and non-discriminative attitude, and a reliable assessment.

Key words: Alcohol Dependence Syndrome, Antisocial Personality Disorder, Psychopathy, Remission.

KAYNAKLAR

Akcan, A., Akcan Z., F.E., Samancı Y.A., Balcıoğlu İ. İstanbul Bayrampaşa Kapalı Cezaevindeki Erkek Adli Tutuklu ve Hükümlülerde Cezaevi Öncesi Alkol ve Madde Kullanma Sıklığı ve Özellikleri. *Bağımlılık dergisi*, 2000; 1(2) 61-68.

Almagor, M., Tellegen, A., Waller, N.G.; The big seven model: A cross-cultural replication and further exploration of the basic dimensions of natural language trait descriptors. *Journal of Personality and Social Psychology* 1995;69:300–307.

Arıkan, Z., Coşar, B.: Alkol bağımlılığına demografik ve epidemiyolojik bir bakış. *Kriz Dergisi* 1996; 4: 81-91

Bahlmann, M., Preuss, U.W., Soyka, M., Chronological Relationship between Antisocial Personality Disorder and Alcohol Dependence, *European Addiction Research* 2002;8:195–200

Baker, L.A., Daniels, D.; Non shared environmental influences and personality differences in adult twins. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990;58:103-110 .

Biederman, J., Milberger, S., Faraone, S.V., Kiely, K., Guite, J.: Family-environment risk factors for attention-deficit hyperactivity disorder. A test of Rutter’s indicators of adversity. *Archives of General Psychiatry* 1995; 52: 464-470.

Blackburn, R. (2007) Personality disorder and antisocial deviance: comments on the debate on the structure of the Psychopathy Checklist-Revised. *Journal of Personality Disorders*, 21, 142–159.

Blair, R.J.R; Dysfunction of Medial and Lateral Orbitofrontal Cortex in Psychopathy. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 2007; 1121: 561-479,.

Blair, R.J.R; The emergence of psychopathy: implications for the neuropsychological approach to developmental disorders, *Cognition*, 101, 414–442, 2006.

Bullock, W.A., Gilliland, K.; Eysenck's arousal theory of introversion-extraversion: converging measures investigated. *Journal of Personality and Social Psychology* 1993;64:113-123.

Buyden-Branchey, L., Branchey, M.H. & Noumair, D.: (1989) Age of alcoholism onset. I. Relationship to psychopathology. *Arch Gen Psychiatry*, 46, 225-30.

Cadoret, R.J., Yates, W.R., Troughton, E., Woodworth, G., & Stewart, M.A. , Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders., *Archives of General Psychiatry*, 52, 916-924, 2000.

Carey, G., Twin Imitation for Antisocial Behavior: Implications for Genetic and Family Environment Research, *J. Abnorm. Psychol*, 101(1), 18-25, 1992.

Cloninger, C.R. (2008) *The Psychobiological Theory of Temperament and Character*: comment on Farmer and Goldberg (2008). *Psychol Assess*, 20, 292-9; discussion 300-4.

Cloninger, C.R., Bayon, C., Przybeck, T.R.: Epidemiology and Axis I comorbidity of antisocial personality disorder, *Handbook of Antisocial Behavior*, John Wiley & Sons, New York, 12–21, 1997.

Cloninger, C.R., Przybeck, T., Svrakic, D., Wetzel, R.; *The temperament and Character Inventory (TCI): A Guide to its Development and Use*. St Louis, Washington University, Center for Psychobiology of Personality 1994.

Cloninger, C.R.; (1994) Temperament and personality. *Curr Opin Neurobiol*, 4, 266-73.

Cloninger, C.R.; A systematic method for clinical description and classification of personality variants. *Arch Gen Psychiatry* 1987;44:573-588.

Coid, J., Yang, M., Tyrer, P., et al. (2006) Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *The British Journal of Psychiatry*, 188, 423–431.

Compton, W. M., Conway, K. P., Stinson, F. S., et al. (2005) Prevalence, correlates and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiological Survey on alcohol and related conditions. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, 677–685.

Cooke, D.J., Michie, C. (2001) Refining the construct of psychopathy: toward a hierarchical model. *Psychological Assessment*, 13, 171–188.

Coşkunol, H.; Alkol Kullanım Bozuklukları, Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları. Alkol Kullanım Bozuklukları ve Tedavisi 1996; 1(2) 141-157.

Demir, B., Uluğ, B., Lay Ergun, E. & Erbaş, B., (2002); Regional cerebral blood flow and neuropsychological functioning in early and late onset alcoholism. *Psychiatry Res*, 115, 115-25.

Demirbaş, H., Özgür-İlhan, İ., Doğan, Y.B., Canatan, A., Bağımlılık Şiddetini Belirleme Ölçeği'nin Geçerlik-Güvenirlik Çalışması. [Sözel bildiri] 37. *Ulusal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı*, 56-57, İstanbul, 2001.

Doğan, Y.B.; Madde Kullanımı ve Bağımlılığı: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Editör: Sayıl, I., Ankara Üniversitesi Tıp fakültesi (2000)

Dolan, M.; Psychopathy A neurobiological perspective, *British Journal of Psychiatry*, 165, 151-159, 1994.

Duggan, C., Pilling, S.: *Antisocial personality Disorder: Treatment, Management and Prevention: The British Psychological Society & The Royal College of Psychiatrists*, 2010

Edwards, G. Marshall, E.J., *The treatment of drinking problems*, Cambridge University Press 2003, sayfa 48-66

Eken, B., Evren, E.C., Saatçioğlu, Ö. ve ark. (2003): Alkol bağımlılarında kişilik bozukluğunun sosyodemografik özellikler, depresyon ve anksiyete ile ilişkisi. *Düşünen Adam*, 16:71-79.

Emde, R.N., Hewitt, J.K.; Infancy to early childhood: Genetic and environmental influences on developmental change. New York: Oxford University Pres.2001.

Engeler, A., Yargıç, İ. (2004). Levenson psikopati Ölçeği (LSRP)'nin Türkçe uyarlamasının güvenilirliği. Türk Psikiyatri Derneği, 40. Ulusal yıllık kongresinde sunulmuş poster, İzmir, Türkiye.

Engeler, A. & Yargıç, İ. (2006). Kişilik Teşhis Envanteri (PDQ-4+) Türkçe versiyonunun tutuklu popülasyonunda psikometrik nitelikleri. Türk Psikiyatri Derneği, 42. Ulusal yıllık kongresinde sunulmuş poster, İstanbul, Türkiye.

Eysenck, H.J., The biological basis of personality. Springfield, IL: Charles C. Thomas. 1967.

Eysenck, H.J.; *Development of a theory; Personality, genetics and behavior*: selected papers (pp 1-38). New York: Praeger.1982.

Feist, G.J., A meta-analysis of personality in scientific and artistic creativity. *Personality and Social Psychology Review Bulletin* 1998;112:125-139.

Fowles, D.C., Electrodermal hyporeactivity and antisocial behavior: Does anxiety mediate the relationship?, *Journal of Affective Disorders*, 61, 177-89, 2000.

Frances, A.J., Hales, R.E.: Disorders of American Psychiatric Association Annual Review, Vol.5, Washington, American Psychiatric Press, 265-273,1986

Geçtan, E.; *Psikanaliz ve Sonrası*. İstanbul: Metis yayınları. 2002

Gelder, G., Juan, J., Andreasen, C.N.; Oxford University Press, 2000 New Oxford Textbook of Psychiatry

Glatt, M.M., (1976) Alcoholism disease concept and loss of control revisited. *Br J Addict Alcohol Other Drugs*, 71, 135-44.

Goodwin, R. & Hamilton, S. P. (2003) Lifetime comorbidity of antisocial personality disorder and anxiety disorders among adults in the community. *Psychiatry Research*, 117, 159–166

Grant, B.F., Stinson, F.S., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., Pickering, R.P. (2004): Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 361-8.

Gray, J.A.; Perspectives of anxiety and impulsivity. A commentary. *Journal of Research in Personality* 1987;21:493-509 .

Gunthert, K.C., Cohen, L.H., Armeli, S.; The role of Neuroticism in daily stress and coping. *Journal of Personality and Social Psychology* 1999;77:1087-1100.

Hare, R.D., Clark, D., Grann, M., Thornton, D.; Psychopathy and the predictive validity of the PCL-R: An international perspective. *Behavioural Sciences and the Law* 2000; 18: 623–645,

Hare, R.D.; *Manual for the Hare Psychopathy Checklist—Revised*, Toronto, Multi-Health Systems, 1991.

Harkness, A.R., McNulty, J.L.; The personality psychopathology five (PSY-5) : issues from the pages of a diagnostic manual instead of a dictionary. In s. Strack & m.lorr(eds), *differatiating normal and abnormal personality*(pp 291-315) New York :Springer.1996.

Hicks, B.M, Durbin, C.E., Blonigen, D.M., Lacono, W.G., McGue, M.: Relationship between personality change and the onset and course of alcohol dependence in young adulthood: *Addiction*, 107, 540–548

İnce, A., Doğruer, Z., Türkçapar, M.H. (2002) Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 5:82-91

İlhan, Ö.İ., Doğan, Y.B., Demirbaş, H., Boztaş, M.H.: Alkol bağımlılarında alkole başlamada belirleyici risk etmenlerinin gelişim dönemlerine göre incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi* 2002; 3: 84-90

İlhan, Ö.İ., Demirbaş, H., Doğan, Y.B.; Remisyonda olan alkol bağımlılarının sosyodemografik özellikleri ve bağımlılık süreci üzerine tanımlayıcı bir çalışma *Bağımlılık Dergisi*, 2002; 3(3): 155-159

James, R.P., Ogloff; Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2006; 40:519–528

Kernberg, O.F., Borderline Personality Organization; *Journal of American Psychoanalytic Association* 1967;15:641–685.

Kernberg, O.F., Severe Personality Disorders: *Psychotherapeutic strategies*. New Heaven; Yale Universty Pres. 1984.

Kessler, R.C., Crum, R.M., Warner, L.A., Nelson, C.B., Schulenberg J. et al.; Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* 1997;54: 313-321.

Kluger, A.N., Siegfried, Z., Ebstein, R.P.; A meta-analysis of the association between DRD4 polymorphism and novelty seeking *Molecular Psychiatry* 2002;7:712-717.

Koçak, O.M., Soykan, A.; Antisosyal Kişilik Bozukluğu, *Turkiye Klinikleri J.Int. med. Sci*, 3(12), 35-39, 2007.

Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E. ve ark. (1998) Personality disorders in drug abusers: prevalence and their association with AXIS I disorders as predictors of treatment retention. *Addict Behav*, 23:841-853.

Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2001.Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviri

Köse, S.A.; Psychobiological Model Of Temperament And Character: TCI. Yeni Symposium 2003; 41:86-97.

Kural, S., (2003): Alkol/madde bağımlılarında PTSD, çocukluk çağı travma öyküsü ve II. Eksen ek tanılarının yaygınlığı ve aralarındaki ilişki. Uzmanlık tezi. Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul .

Lenzenweger, M.F., Lane, M.C., Loranger, A.W., et al. (2007) DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological Psychiatry*, 15, 553–564

Levitt, P., et. al.; New evidence for neurotransmitter influence on brain development. *Trends Neuroscience* 1997; 20/6:269-274.

Levenson, M., Kiehl, K., Fitzpatrick, C. (1995). Assessing psychopathic attitudes in a non-institutionalized population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 151-158.

Lilienfeld, S., Andrews, B. (1996). Development and preliminary validation of a self-report measure of psychopathic personality traits in noncriminal populations. *Journal of Personality Assessment*, 66, 488-524

Lilienfeld, S.O., Fowler, K.A. (2006). The self-report assessment of psychopathy: Problems, pitfalls, and promises. In C. J. Patrick (Ed.), *Handbook of psychopathy* (pp. 107-132). New York: Guilford

Lopez-Ibor, J.J., 2000: Personality Disorder: *In: New Oxford Textbook of Psychiatry. Vol. 1* p:919-923. Oxford University Press.

Lukaszewicz, M., Neveu, X., Blecha, L., Falissard, B., Reynaud, M. & Gasquet, I. (2008) Pathways to substance-related disorder: a structural model approach exploring the influence of temperament, character, and childhood adversity in a national cohort of prisoners. *Alcohol Alcohol*, 43, 287-95.

Martens, W.H.J., Effects of antisocial or social attitudes on neurobiological functions, *Medical hypotheses*, 56(6), 664-671, 2001

McLellan, A.T., Luborsky, L., Woody, G.E., O'Brien, C.P. An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients: the Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis* 1980; 168: 26–33.

McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr H. L. et al. New data from the Addiction Severity Index: reliability and validity in three centers. *J Nerv Ment Dis* 1985; 173: 412–23

Millon, T., Grossman, S., Millon C., Meagher, S., Ramnath, R. *Personality Disorders In Modern Life*. 2nd ed. Newjersey: Wiley.2000.

Nidecker, A.; Environment Profoundly Changes Brain Function. *Clinical Psychiatry News* 1999;27/3:39.

Noyan, C.O., Semiz, Ü.B., GATA Haydarpaşa Eğitim hastanesi –Uzmanlık tezi 2008; ASKB bireylerin karar verme süreçleri ile psikopati ve mizaç- karakter özellikleri arasındaki ilişki.”

Öztürk, M.O.; Kişilik Bozuklukları. *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* 1997 (7. Basım) 319 – 333.

Öztürk, O., (1992): *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Penick, E.C., Nickel, E.J., Powell, B.J., Liskow, B.I., Campbell, J., Dale, T.M., Hassanein, R.E. & Noble, E. (1999) The comparative validity of eleven alcoholism typologies. *J Stud Alcohol*, 60, 188-202.

Plomin R, Defries J.C., McClearn, G.E., McGuffin, P. *Behavioral Genetics*. New York: W.H. Freeman, 2000.

Raine, A., Venables, P.H., Mednick, S.A., Low resting heart rate at age 3 years predisposes to aggression at age 11 years: *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 36, 1457-1464, 1997

Raine, A., Moffit, T.E., Caspi, A.; Neurocognitive impairments in boys on the life-course persistent antisocial path. *J Abnorm Psychol* 2002; 114:38–49.

Ravaja, N., Keltikangas, K.; (2001) Cloninger's temperament and character dimensions in young adulthood and their relation to characteristics of parental alcohol use and smoking. *J Stud Alcohol*, 62, 98-104

Reif, A., Lesch, K.P.; Toward a molecular architecture of personality. *Behavioral Brain Research* 2003;139:1-20.

Robins, L.N., Tipp, J. & Przybeck, T. (1991) Antisocial personality. In *Psychiatric Disorders in America* (eds L. N. Robins & D. A. Regier), pp. 258–290. New York: Free Press

Robins, L.N., Tipp, J. & Przybeck, T. (1991) Antisocial personality. In *Psychiatric Disorders in America* (eds L. N. Robins & D. A. Regier), pp. 258–290. New York: Free Press

Sayın, A., Karslıoğlu, E., Arıkan, Z., Aslan, S.; Alkol bağımlısı bir grup hastada kişilik zellikleri Bağımlılık Dergisi, 2004,5(1):13-19

Savaşır, I.:. MMPI'in Trkeye Uyarlanması ve Standardizasyon Projesi. *Psikoloji Dergisi*. 1978; 1 (1): 18-24.

Scarpa, A., Raine, A., *Psychophysiology of Anger and Violent Behavior*, *Psychiatr. Clin. of North America*, 20(2), 375-94, 1997.

Scarr, S.; Social introversiyon-extraversiyon as a heritable response. *Child Devolpment* 1969; 40:823–832.

Skodol, A.E., Oldhom, J.M., Glløher, P.E.: Axis II Comorbidity of Substance Use Disorders Among Patients Referred for Treatment of Personality Disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 733 – 738.

Svrakıç D.M., Clonnger C.R. 2005; Personality Disorder; *In: Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 8th ed. Vol. 2. p:2063-2079,2083. Lippincott Williams & Wilkins.*

- Swanson, M. C., Bland, R. C. & Newman, S. C. (1994) Epidemiology of psychiatric disorders in Edmonton. Antisocial personality disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, Supplementum, 376, 63–70
- Torgensen, S., Kringlen, E. & Cramer, V. (2001) The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590–596.
- Uçar, G., Demir, B., Yabanoğlu, S., Uluğ, B., (2004) Correlation between platelet monoamine oxidase activity and serotonin content in alcoholism subtypes. *J Pharm Sci*, 29:159-67
- van Goosen, S.H.M., Matthys, W., Cohen-Kettenis, P.T.; Salivary Cortisol and cardiovascular activity during stress in oppositional defiant disorder boys and normal controls, *Biological Psychiatry*, 43, 531-539, 1998.
- Verheul, R., Van Den Brink, W., Hartgers, C.(1995) Prevalence of Personality Disorders among Alcoholics and Drug Addicts: An Overview. *European Addiction Research*, 1, 166-177.
- Von Knorring, L., Von Knorring, A.L., Smigan, L., Lindberg, U. & Edholm, M. (1987) Personality traits in subtypes of alcoholics. *J Stud Alcohol*, 48, 523-7.
- Waldman, I.D.; Antisocial behavior and alcoholism: a behavioral genetic perspective on comorbidity: *Clinical Psychology* 2000;20(2) 255-287
- Walters, G.D, Brinkley, C.A, Magaletta, P.R., Diamond, P.M.; Taxometric Analysis of the Levenson Self-Report Psychopathy Scale, *Journal of Personality Assessment*, 90 (5), 491–498, 2008
- Watson, D.; Mood and Temperament. New York: Guilford. 2000
- Wetterling, T., Veltrup, C., John, U.& Driessen, M.; (2003) Late onset alcoholism. *Eur Psychiatry*, 18, 112-8.

Yoshino, A., Fukuhora, T., Kata, M.; Premorbid Risk Factors For Alcohol Dependence in Antisocial Personality Disorder. *Alcohol Clin Exp. Res* 2000; 24(1) 35 – 8.

Zanis, D.A., McLellan A.T., Corse, S.: Is the Addiction Severity Index a reliable and valid assessment instrument among clients with severe and persistent mental illness and substance abuse disorders, *Community Ment Health J.* 1997 ; 33(3):213-27

Zimmerman, M., Rothschild, L., Chelminski, I.(2005) The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*, 162, 1911-8.

Ziyalar, A.; Alkol ve Ortaya Çıkardığı Sosyal Problemler. *Sosyal Psikiyatri* 1999 (2. Baskı) 232 – 44.

EKLER

EK 1.

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

01/03/2012

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı'na yapılacak olan “**Alkol Bağımlılığında Antisosyal Kişilik Özellikleri ve Bağımlılık Süreci İle İlişkisi**” isimli araştırmaya Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğretim üyeleri ve araştırma görevlileri tarafından davet edilmektesiniz.

Bu çalışmaya 2005 Ocak- 2010 Aralık tarihleri arasında Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi bağımlılık tedavi ünitesinde yatarak tedavi alan hastalar davet edilmiştir. Bu araştırmanın amacı, alkol bağımlılığı tanısı ile tedavi almış hastalarda kişilik özelliklerini değerlendirmektir. Bu çalışma sırasında alkol kullanımına ilişkin sorular sorulacak ve size kişilik değerlendirmeye ilişkin bazı testler uygulanacaktır. Uygulanacak testler ve değerlendirme ortalama 45 dakika sürecektir.

Bu çalışma sırasında, eğer var ise kullandığınız ilaçlarda bir değişiklik olmayacaktır. Sizinle ilgili olarak alınan bilgi yalnızca bilimsel amaçlı olarak kullanılacak ve isimler gizli tutulacaktır. Bu çalışma size ya da bağılı olduğunuz sosyal güvence kurumuna herhangi bir mali yük getirmeyecektir.

Bu çalışma sırasında hastalık belirtilerinin değerlendirilmesi amacıyla siz ve gerekirse yakınlarınızla hastalık belirtileriniz konusunda konuşulacaktır. Bu konuşmalar sizi duygusal bakımdan rahatsız edebilir. Bir sorun olduğu takdirde; Dr. Gökçen Turan'ı (tel no: 5956670) arayabilirsiniz.

Bu çalışmaya katılmayı kendi isteğinizle, gönüllü olarak kabul edebilirsiniz. Eğer istemezseniz bu çalışmaya katılmayabilirsiniz, daha sonraki görüşmeleri kabul etmeyebilirsiniz ve istediğiniz zaman çalışmadan çıkabilirsiniz. Ayrıca kendi rızanız olsun ya da olmasın, araştırmacılar tarafından da çalışmadan çıkarılabilirsiniz. Çalışmaya katılmayı kabul etmemeniz, çalışmadan çıkmaya karar vermeniz ya da araştırmacılar tarafından çalışmadan çıkarılmanız, size ya da yakınlarınıza uygulanan tedavileri değiştirmeyecektir.

Ben yukarıda okuduğum çalışma ile ilgili bilgiler bana sözlü olarak da iletildi. Bu çalışmaya gönüllü olarak kendi rızamla katılmak istiyorum. Bu belgenin bir kopyasını da kendi kayıtlarım için edindim.

Tarih:

Katılımcının Adı-soyadı:

İmza:

.....

Doğum Tarihi:

Adres:

Araştırmacı Adı-soyadı:

İmza:

.....

Tanıklık eden

Kurum Yetkilisi Adı-soyadı:

İmza:

.....

EK 2.

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU:

1. Adı- soyadı:
2. Yaşı:
3. Halen yaşadığı şehir /Adres:
 - Köy-kasaba
 - Küçük il- ilçe merkezi
 - Metropol
 - Yurtdışı
4. Eğitim durumu:
 - Okuma yazma var
 - İlkokul
 - Orta-lise
 - Yüksek okul
5. Meslek:.....
6. İş:
 - Yok
 - Var(.....)
7. Medeni durum:
 - Hiç evlenmemiş
 - Evli/birlikte yaşıyor
 - Eşinden ayrı/ boşanmış
 - Tekrar evlenmiş
 - Dul
8. Çocuk :
 - Yok
 - Var (sayı.....)
9. Doğum yeri:
 - Köy-kasaba
 - Küçük il- ilçe merkezi
 - Metropol
 - Yurtdışı
10. 18 yaşına kadar bulunduğu yer:
 - Köy- kasaba (.....)
 - Küçük il-ilçe merkezi (.....)
 - Metropol (.....)
 - Yurtdışı (.....)

11. Aile tipi

- Geniş aile
- Çekirdek aile

12. Anne eğitimi

- Okur-yazar değil
- Okur-yazar
- İlkokul
- Ortaokul-lise
- Yüksekokul

13. Anne mesleği:

- Yok
- Üretim sektörü işçi
- İşyeri sahibi
- Memur

14. Baba eğitimi

- Okur-yazar değil
- Okur-yazar
- İlkokul
- Ortaokul-lise
- Yüksekokul

15. Baba mesleği:

- Yok
- Üretim sektörü işçi
- İşyeri- toprak sahibi
- Memur

16. 18 yaşına kadar anne- baba ölümü/ ayrılığı:

- Var
- Yok

17. Anne/baba kaybı varsa, bakımını üstlenen kimse:

- Anne
- Baba
- Üveyanne/ üveybaba
- Büyükanne/büyükbaba
- Çocuk esirgeme kurumu

18. Ailede yasal sorun öyküsü:

- Var
- Yok

EK 3.

ALKOL ÖYKÜSÜ FORMU

1. Ne kadar süredir alkol almıyorsunuz (ay olarak)?.....
2. İlk kez kaç yaşında alkol aldınız?.....
3. İlk kez alkol aldığınızda yanınızda kim vardı?
 - Arkadaş
 - Aile
 - Yalnız
 - Başka bir büyük
4. Başladıktan kaç yıl sonra düzenli olarak alkol kullanmaya başladınız?
5. Düzenli içmeye başladığınız ilk 5 yılda içme sıklığınız hangisine uyar?
 - Değişiyordu
 - Haftada bir kez
 - Haftada iki kez
 - Günüşarı
 - Her akşam
6. Düzenli içmeye başladığınız ilk 5 yılda her seferinde tükettiğiniz içkiyi tür ve miktar olarak belirtiniz.
7. Alkolü bırakmadan önceki son 3 yıl içinde hangi sıklıkla içmekteydiniz?
 - Değişiyordu
 - Haftada iki kez
 - Günüşarı
 - Her akşam
 - Gün boyunca
8. Alkolü bırakmadan önceki son 3 yılda tükettiğiniz içkiyi tür ve miktar olarak belirtiniz.....
9. Alkol almadığınız en uzun süre ne kadardır (ay olarak)?
10. Alkol dışı madde kullanımı oldu mu.....
 - Eroin
 - Kokain
 - Metadon
 - Amfetaminler
 - Diğer opiyatlar/analjezikler
 - Esrar
 - Barbitüratlar
 - Hallusinojenler
 - Diğer sedatifler/ hipnotikler
 - İnhilantlar
11. Ailede ya da yakın akrabalar arasında alkol kullanımı sorunlu olan kimse var mı?
 - Hayır
 - Evet (Yakınlık dereceniz:.....)

EK 4.**HARE PSİKOPATİ DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (PCL-R)**

ADI SOYADI:

DOĞUM TARİHİ VE YERİ

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

EK 5.

LEVENSON PSİKOPATİ ÖLÇEĞİ

Aşağıda bir dizi ifade listelenmiştir. Her biri genel olarak bulunan görüşleri ifade etmektedir ve doğru veya yanlış cevap yoktur. Muhtemelen siz bazılarıyla aynı fikirde olacak ve bazılarıyla da aynı fikirde olmayacaksınız. Lütfen her bir ifadeyi dikkatlice okuyunuz ve her bir ifadeyle aynı fikirde olduğunuzun veya olmadığının derecesini en iyi tanımlayan ya da her bir ifadenin size ne kadar uyduğunun derecesini belirten rakamı daire içine alınız.

1 = Kesinlikle katılmıyorum 3 = Genellikle katılıyorum

2 = Genellikle katılmıyorum 4 = Kesinlikle katılıyorum

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1. Sık sık canım sıkılır. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Günümüzde, yakamı sıyrabildikten sonra, başarı için herhangi bir şeyi yapmanın doğru olduğunu düşünüyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Bir şeyi yapmadan önce, ortaya çıkabilecek sonuçları ayrıntılı bir şekilde gözden geçiririm. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Hayattaki başlıca amacım; elde edebildiğim kadar çok sayıda lüks ve pahalı şeyler elde etmektir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Başladığım işlere olan ilgimi çabucak kaybederim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. Başka kimselerle bir çok ağız kavgası yapmışımdır. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Bir şeyi beğendirmek için çok uğraşsam bile, onun hakkında yalan söylemezdim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Zaman zaman kendimi aynı tür dertlerin içinde bulurum. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Başka kimselerin duygularıyla oynamaktan hoşlanırım. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Tek bir amacın peşine uzun bir süre için, başkalarına duymak istedikleri şeyleri söylerim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Kendimi düşünmek benim başlıca önceliğimdir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. İstedğim şeyleri yapmaları için, başkalarına duymak istedikleri şeyleri söylerim. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Başkalarına haksızlık olacağı için hile yapmak doğru değildir. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Aşk gereğinden fazla önemsenmektedir. | 1 | 2 | 3 | 4 |

1 = Kesinlikle katılmıyorum 3 = Genellikle katılıyorum
2 = Genellikle katılmıyorum 4 = Kesinlikle katılıyorum

15. Benim başarım başka birinin zararı pahasına elde edilecek olursa rahatsız olurum. 1 2 3 4
16. Hayal kırıklığına uğradığımda, kendimi kaybedercesine öfkeyle patlarım. 1 2 3 4
17. Benim için, yakamı sıyrabildikten sonra herhangi bir şeyin yapılması uygundur. 1 2 3 4
18. Problemlerimin bir çoğu, insanların beni tam olarak anlamamasından kaynaklanır. 1 2 3 4
19. Başarı en güçlü olanların hayatta kalması esasına dayanır; mağluplara aldırış etmem. 1 2 3 4
20. Başlangıçta, herhangi bir şeyin çok ilerisini planlamam. 1 2 3 4
21. Sözlerim veya davranışlarım başkasının duygusal olarak acı hissetmesine yol açarsa, kendimi kötü hissederim. 1 2 3 4
22. Çok para kazanmak benim en önemli amacımdır. 1 2 3 4
23. Bırakın başkaları yüksek değerler üzerinde tasalansın; ben günlük çıkarıma bakarım. 1 2 3 4
24. Gerçekten akıllıca bir üçkağıda çoğu kez hayranlık duyarım. 1 2 3 4
25. Aldatılacak kadar aptal insanlar genellikle bunu hak ederler. 1 2 3 4
26. Amaçlarımı gerçekleştirirken başkalarına zarar vermemeye gayret ederim. 1 2 3 4

EK 6.

MMPI (Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri) Pd (psikopatik sapma) ve K (savunma) Alt Ölçekleri:

Bu kitapçıkta sıra ile numaralanmış bir takım sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak KENDİ DURUMUNUZA GÖRE DOĞRU YA DA YANLIŞ olup olmadığına karar veriniz. Vereceğiniz karara göre her sorunun cevabını işaretleyiniz

1. Günlük hayatım beni ilgilendirecek şeylerle doludur.

Doğru Yanlış

2. Hayatta kötülükler hep beni bulur.

Doğru Yanlış

3. Cinsel yaşamımdan memnunum.

Doğru Yanlış

4. Zaman zaman evi bırakıp gitmek istemişimdir.

Doğru Yanlış

5. Kimse beni anlamıyor.

Doğru Yanlış

6. Bazen canım küfretmek ister.

Doğru Yanlış

7. Zihnimi bir iş üzerinde toplamada güçlük çekerim.

Doğru Yanlış

8. Başımдан çok garip ve tuhaf şeyler geçti.

Doğru Yanlış

9. Başkaları engel olmasaydı daha çok başarılı olurdum.

Doğru Yanlış

10. Cinsel yaşamım yüzünden başım hiç derde girmedi.

Doğru Yanlış

11. Gençliğimde bir devre ufak tefek şeyler çaldım.

Doğru Yanlış

12. Bazen içimden birşeyler kırmak isteği geçer.

Doğru Yanlış

13. Ailem seçtiğim (ya da seçmek istediğim) mesleği beğenmiyor.

Doğru Yanlış

14. Gerektiği gibi bir hayat yaşayamadım.

Doğru Yanlış

15. Başkalarının mutlu görüldüğü kadar mutlu olmayı isterdim.

Doğru Yanlış

16. Bir çok kimseler başkalarının ilgi ve yardımlarını sağlamak için talihsizliklerini abartırlar.

Doğru Yanlış

17. Tartışmalarda çabucak yenilirim.

Doğru Yanlış

18. Bugünlerde artık hiç ilerleme şansım kalmamış gibi hissediyorum.

Doğru Yanlış

19. İnsanlara gerçeği kabul ettirmek güçtür.

Doğru Yanlış

20. Benimle alay edilmesine aldırman.

Doğru Yanlış

21. Sonradan pişman olacağım pek çok şeyi yaptığım olur.

Doğru Yanlış

22. Ailemle pek az kavga ederim.

Doğru Yanlış

23. En büyük mücadelelerimi kendimle yaparım.

Doğru Yanlış

24. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım duygusuna kapılırım.

Doğru Yanlış

25. Çoğu zaman mutluyumdur.

Doğru Yanlış

26. Bana kötülük etmek isteyen biri var.

Doğru Yanlış

27. Dersten kaçtığım için ara sıra müdüre gönderildiğim oldu.

Doğru Yanlış

28. Birçokları kaybetmektense çıkarlarının korumak için pek doğru olmayan yollara başvururlar.

Doğru Yanlış

29. Dertlerimin çoğundan kimin sorumlu olduğumu bilmiyorum.

Doğru Yanlış

30. Bazen ters ve suratsız olurum.

Doğru Yanlış

31. Bazen kafamdaki düşünceler o kadar hızlıdır ki söylemeyi yetiştiremem.

Doğru Yanlış

32. Aile hayatımın tanıdığım kimselerin çoğununki kadar iyi olduğuna inanıyorum.

Doğru Yanlış

33. Eleştiri beni çok kırar.

Doğru Yanlış

34. Davranışlarımı çoğu zaman etrafimdakilere göre ayarlarım.

Doğru Yanlış

35. Bazen hiçbir işe yaramadığımı düşünürüm.

Doğru Yanlış

36. Önemli bir iş üzerinde çalışırken başkalarının işimi yarıda kesmeleri sabrımı taşırır.

Doğru Yanlış

37. Ne şişmanlıyorum ne de zayıflıyorum.

Doğru Yanlış

38. Hayatımda hiçbir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim.

Doğru Yanlış

39. Başkalarının hakkımda ne düşündükleri beni rahatsız etmez.

Doğru Yanlış

40. Bir eğlencede başkaları yapsalar bile ben taşkınlık yapmaktan rahatsız olurum.

Doğru Yanlış

41. Okulu severdim.

Doğru Yanlış

42. Yeni tanıştığım kimselerle konuşma konusu bulmada güçlük çekerim.

Doğru Yanlış

43. Dilencilere para vermeyi doğru bulmam.

Doğru Yanlış

44. Keşke bu kadar utangaç olmasam.

Doğru Yanlış

45. Çok içki kullandım.

Doğru Yanlış

46. Başka ailelere göre bizim evde sevgi ve arkadaşlık pek azdır.

Doğru Yanlış

47. Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim.

Doğru Yanlış

48. Annem babam hep beraber olduğum kimselerden çok defa hoşlanmıyorlar.

Doğru Yanlış

49. Cinsiyet hakkında konuşmayı severim.

Doğru Yanlış

50. Çabuk kızar ve çabuk unuturum.

Doğru Yanlış

51. Aile kurallarından oldukça bağımsız ve özgürüm.

Doğru Yanlış

52. Akrabalarımın hemen hepsi bana karşı anlayış gösterir.

Doğru Yanlış

53. Aşkta hayal kırıklığına uğradım.

Doğru Yanlış

54. Davranışlarım başkalarınca yanlış anlaşılmaya elverişlidir.

Doğru Yanlış

55. Ailem beni olduğumdan daha hatalı bulur.

Doğru Yanlış

56. Bazen ortada hiç bir neden yokken, hatta işler kötüye gittiği zaman bile kendimi fazlasıyla mutlu hissederim.

Doğru Yanlış

57. Topluluk içinde olduğumda üzerinde konuşacak uygun konular bulmada güçlük çekerim.

Doğru Yanlış

58. Bazen kendimi enerji dolu hissederim.

Doğru Yanlış

59. Hakkımda çok konuşulduğundan eminim.

- Doğru Yanlış

60. Arkadaşlarıma kıyasla beni korkutan şeyler çok azdır.

- Doğru Yanlış

61. Bir suçlu avukatının becerikliliği sayesinde cezadan kurtulunca kanunlara karşı daima nefret duyarım.

- Doğru Yanlış

62. Kanunla hiç başım derde girmedi.

- Doğru Yanlış

63. Hiçbir neden yokken kendimi son derece neşeli hissettiğim zamanlar olur.

- Doğru Yanlış

64. Hemen hemen herkesin başını derde sokmamak için yalan söyleyebileceğine inanırım.

- Doğru Yanlış

65. Para ve işi kendime dert ederim.

- Doğru Yanlış

66. Arasıra zihnim her zamankinden daha ağır işler.

- Doğru Yanlış

67. İnsanlar çoğu zaman beni hayal kırıklığına uğratırlar.

- Doğru Yanlış

68. Bazen güçlükler öylesine üst üste gelir ki, onlarla baş edemeyecekmişim gibi hissederim.

- Doğru Yanlış

69. Çoğu kez "keşke tekrar çocuk olsaydım" diye düşünürüm.

- Doğru Yanlış

70. Uzman dendiği halde benden pek fazla bilgili olmayan insanlarla sıklıkla karşılaşırım.

Doğru Yanlış

71. Kısa bir zaman için bile olsa başladığım işi bir kenara bırakmak bana güç gelir.

Doğru Yanlış

72. Herhangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım.

Doğru Yanlış

EK 7.

DSM-IV Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanı kriterlerine dayalı yarıyapılandırılmış değerlendirme:

	Evet	Hayır
1. Tutuklanması için zemin hazırlayan eylemlerde tekrar tekrar bulunmakla belirli, yasalara uygun toplumsal davranış biçimlerine ayak uyduramama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Sürekli yalan söyleme, takma isimler kullanma ya da kişisel çıkarı ve zevki için başkalarını atlatma ile belirli dürüst olmayan tutum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dürtüsellik ya da gelecek için tasarılar yapamama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Yineleyen kavga dövüşler ya da saldırılarla belirli olmak üzere sinirlilik ve saldırganlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kendisinin ya da başkalarının güvenliği konusunda Umursamazlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Bir işi sürekli götürememe ya da mali yükümlülüklerini tekrar tekrar yerine getirememe ile belirli olmak üzere sürekli bir sorumsuzluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Başkasına zarar vermiş, kötü davranmış ya da başkasından birşey çalmış olmasına karşı ilgisiz olma ya da yaptıklarına kendince mantıklı açıklamalar getirme ile belirli olmak üzere vicdan azabı çekmeme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Çocuklukta davranım bozukluğu öyküsü	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK 8.

ICD-10 disosyal kişilik bozukluğu kriterlerine dayalı yarıyapılandırılmış değerlendirme

	Evet	Hayır
1. Başkalarının hissettiklerine karşı katı bir aldırmaçlık	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Toplumsal değerler, kurallar ve zorunluluklara karşı inatçı bir aldırmaçlık ve sorumsuzluk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. İlişki kurmakta bir güçlük olmamasına karşın ilişkileri uzun süre sürdürememe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Engellenme eşiğinin ve şiddeti de içeren saldırganlığın dışa vurulmasında eşiğin çok düşük olması	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Suçluluk duymama ve deneyimlerden, özellikle cezadan yararlı ders alamama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Başkalarını suçlamaya ve toplumla çatışan davranışları için akla uygun gerekçeler kullanmaya yatkınlık.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

EK 9.

ASI (ADDITIONEL SEVERITY INDEX)

YASAL DURUM ve ALKOL MADDE KULLANIMI ALT ÖLÇEKLERİ

YASAL DURUM

1.Bu başvuru mahkeme tarafından mı önerildi veya gerekli görüldü? (Hakim, şartlı/şartsız tahliye eden kurum vb.)

2.Gözaltında yada gözetim altında mısınız? (süresini de not et)

Aşağıdaki sebeplerden dolayı kaç defa tutuklandınız veya cezaya çarptırıldınız?(18 yaş öncesi dahil değil, çünkü yasa 18 yaşı yetişkin bir birey olarak görmektedir. Askerlik yaşamında olanlarda dahil)

3. Mağaza hırsızlığı/şiddet uygulayarak hırsızlık

4.Gözetim altında olmak/gözetim süresinin ihlal etmek

5.Uyuşturucu madde kullanımı/satıcılığı

6.Kalpazanlık(sahtekarlık)

7.Silahlı suç

8.Ev soygunu, hırsızlık

9.Adam soyma

10.Saldırı

11.Kundaklama

12.Tecavüz

13.Cinayet, kasten adam öldürme

14-A.Fahişelik

14-B.Mahkemeye saygısızlık

14-C.Diğer

15. Bu suçlamalardan kaç tanesi mahkumiyetle sonuçlandı?

Yaşamınız boyunca kaç kez aşağıdakilerden biri ile suçlandınız? (mahkumiyet, gözetim altında olma, tutuklanma-16-18 maddeler için suçlama buraya dahil değil)

16. Aleni sarhoşluk, serserilik, uygunsuz tavır (suçlanma olacak-nezarette tutulma)

17.Alkollü iken araba kullanma (suçlanma olacak)

18.Diğer sürücü hataları (tedbirsizlik, aşırı hız, ehliyetsiz sürme, kazaya sebep olma vb)

19.Yaşamınız boyunca cezaevinde kaç ay kaldınız?

20. En son cezaevinde kaç ay kaldınız?

21.En son ne için tutuklandınız? (3-14 ile 16-18 maddelerle ilgili, eğer hasta birkaçından dolayı tutuklandı ise en ciddi olanı ya da onun için en ciddi olanı)

22. Şu anda suçlama, mahkeme yada mahkumiyet bekliyor musunuz?

23. Ne için suçlama, mahkeme yada mahkumiyet bekliyorsunuz? (21. madde gibi puanlıyoruz)

24. Son 30 gün içinde kaç gün hapis yattınız veya gözaltına alındınız? (aynı gün içinde tutuklanıp salıverilme gibi)

25. Son 30 gün içinde kendi yararınız yada çıkarınız için kaç gün yasal olmayan işlere katıldınız? (madde kullanım ve bulundurma dahil değil)

26. ve 27. sorular için lütfen hastadan “hasta derecelendirme ölçeğini” kullanmasını isteyiniz.

26.Şu andaki yasal sorunlarınızın ne ölçüde önemli olduğunu düşünüyorsunuz? (boşanma, nezarette bulunma ve kavgaya dahil olma)

27. Şu andaki yasal sorunlarınız için danışmanlık almak veya tavsiye almak sizin için ne kadar önemli?

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DERECELENDİRMESİ

28. Hastanın yasal sorunları için tavsiye yada yol gösterilmeye olan gereksinimini nasıl derecelendirirdiniz?

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

29.Hastanın yanlış yorumlamasına 0-Hayır 1-Evet

30.Hastanın anlama güçlüğüne 0-Hayır 1-Evet

ALKOL VE MADDE KULLANIMI

(1-12 maddeyi şimdiki problemle ilişki kurmadan bütün maddelerin geçmişini sor)

Son 30 gün

Yaşam boyu kullanımı

1.Alkol (Her türlü kullanım-Haftada 3 veya daha fazla, problemlili içme ise haftada 3'den de az olabilir)

2.Alkol (sarhoşluk derecesinde-entoksikasyon araştırılıyor, alkolün etkisini yoğun hissettiği zaman) (Eğer hasta alkolün etkilerini veya tolerans artışını inkar ederse, alkolün etkisini biz tahmin edeceğiz: Bir oturuşta 3 veya daha fazla içki veya 1-2 saat gibi kısa bir sürede alkol entoksikasyonu)

3.Eroin

4.Metadon

5.Diğer opiyatlar/analjezikler

6.Barbitüratlar

7.Diğer sedatifler/ hipnotikler/ sakinleştiriciler(trankilizanlar)

8.Kokain

9.Amfetaminler

10.Esrar

11.Hallusinojenler

12.İnhilantlar (nefesle içine çekilenler)

13.Günde birden fazla (alkol dahil) madde kullanımı (6 ay ve daha yukarısı- Problemlili veya düzenli kullanmada bir yıl sayılıyor. -6 aydan az olan yıl olarak kabul edilmiyor, sadece not ediyoruz.)

Kullanım şekli; (En sık veya son zamanlarda en sık kullandığı- birden fazla kullanım şekli varsa en şiddetli olanı işaretle)

1-Ağızdan

2-Burundan

3-İçerek

4-İğneyle olmayan

5-İğneyle

14.En önemli sorun hangi madde? (Aşağıdaki gibi aynı numaralarla kodlayın ya da sorun yok için “0” yazın. Görüşmeci belirleyecek ancak elde ettiğimiz bilgi bunu ayırtmamızı zorlaştırıyorsa hastaya sorulabilir)

1.Alkol

2.Eroin

3.Metadon

4.Diğer opiyatlar/analjezikler

6.Barbitüratlar

7.Diğer sedatifler/ hipnotikler/ sakinleştiriciler (trankilizanlar)

8.Kokain

9.Amfetaminler

10.Esrar

11.Hallusinojenler

12.İnhilantlar (nefesle içine çekilenler)

13.Alkol ve (bir yada birkaç) madde birlikte

14.Çoklu madde

15.Bu (14. madde için) maddeyi kendi isteğinizle bırakıp kullanmadığınız en son süre ne kadardır? (En az 1 ay) (0- 1 aydan az bırakma olmadıysa) (Hastanede yatma, hapisanede kalma sayılmıyor)

16.Bu bırakma kaç ay önceydi? (Şu anki bırakma)

(0-Hala kuruysa)

(N-Hiç bırakma olmadıysa)

17.Kaç kez; (Gidip gelen bir bilinç, bilinç kaybı, görsel şeyler görme)

Alkol deliryumu geçirdiniz?

Aşırı dozda madde aldınız?

(Delirium, alkol kesimine bağlı ilk 24-48 saat içinde çıktığından konfüzyon, bilinç dalgalanmaları, uyku-uyanıklık döngüsünde yönelimin bozulması, şiddetli anksiyete ve ajitasyon, sürekli huzursuzluk, hiperaktivite-ateş, taşıkardi, varsanılar, görsel işitsel halüsünasyonlar. DT ciddi bir tablodur ve tıbbi bir müdahaleyi gerektirir)

18.Yaşamınız boyunca kaç kez; (Detoksifikasyon tedavisi, yatarak, ayaktan, danışma, Adsız Alkolikler veya Adsız Narkotikler- 1 aylık sürede 3 veya daha fazla seans-, polikliniğe başvurma. Hasta hem alkol hem de madde tedavisi gördü ise ikiside işaretlenmelidir.)

Alkol kötüye kullanımı

Maddeyi kötüye kullanımı nedeniyle tedavi gördünüz?

19. Bunlardan kaç tanesi sadece detoks müdahalesiydi? (Diazem tedavisi, serum tedavisi)

Alkol

Madde

20. Son 30 gün içinde alkol, madde için ne kadar harcama yaptığınızı düşünüyorsunuz? (Yeterli bir açıklama yapamıyorsa “x” koyunuz.)

Alkol

Madde

21. Son 30 gün içinde alkol, madde için kaç gün ayaktan tedavi gördünüz? (Adsız Alkolikleri ve Adsız Narkotikleri, antabus tedavisini dahil edin) (Grup tedavisi veya psikolojik danışma değil, ayaktan serum tedavisi)

22. Son 30 gün içinde kaç gün (baş ağrısı, bulantı, aşırme, çekilme belirtileri, entoksikasyonun etkileri, durduramama, kusma, uykusuzluk, tiksinti vb.)

Alkole bağlı sorunlar

Maddeye bağlı sorunlar yaşadınız? (alkolün/maddenin direk sebep olduğu problemler günlerin sayısı.)

23. ve 24. sorular için hastadan “hasta derecelendirme ölçeğini” kullanmasını isteyiniz.

23. Aşağıdaki sorunlara bağlı olarak son 30 içinde ne kadar sıkıntı çektiniz?

Alkol sorunları

Madde sorunları

24. Bu sorunlar için tedavi görmek şu an sizin için ne kadar önemli?

(Genel terapi değil, bağımlılık tedavisi önemli; şu anki madde kullanımı veya alkolü ile ilgili tedavi görmek, daha çok çekilme belirtilerini yoketmeye yönelik tedavi)

Alkol sorunları

Madde sorunları

GÖRÜŞMECİNİN ŞİDDET DERECELENDİRMESİ

25.Hastanın tedaviye olan gereksinimini nasıl değerlendiriyorsunuz?

Alkol kötüye kullanımı

Madde kötüye kullanımı

GÜVEN DERECELENDİRMESİ

Yukarıdaki bilgilerin anlamlı bir biçimde bozulması aşağıdakilerden hangisine bağlıdır?

26.Hastanın yanlış yorumlanmasına 0-Hayır 1-Evet

27.Hastanın anlama güçlüğüne 0-Hayır 1-Evet

Sorulara bakıldığında 1-11 maddeler, kötüye kullanım öyküsü

15-16 maddeler, abstinence

17. madde delirium veya overdose

18.madde yaşam boyu tedavi ile ilgili maddeler. Bu maddeler alkol bölümünü değerlendirebilen kritik objektif maddelerdir.