**T.C.**
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ**
**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ**
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

# Antisosyal Kişilik Bozukluğu Tanısı Almış Cinayet Hükümlülerinde Karar Verme, Duygu Tanıma Davranışlarının Psikopati Açısından İncelenmesi ve Sağlıklı Kontroller ile Karşılaştırılması

**Dr. Uğur ÇIKRIKÇILI**

**Tez Danışmanı**
**Prof. Dr. Bilgin SAYDAM**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**
**İSTANBUL**
**2018**

**T.C.**
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ**
**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ**
**RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI**

# Antisosyal Kişilik Bozukluğu Tanısı Almış Cinayet Hükümlülerinde Karar Verme, Duygu Tanıma Davranışlarının Psikopati Açısından İncelenmesi ve Sağlıklı Kontroller ile Karşılaştırılması

**Dr. Uğur ÇIKRIKÇILI**

**Tez Danışmanı**
**Prof. Dr. Bilgin SAYDAM**

**TIPTA UZMANLIK TEZİ**
**İSTANBUL**
**2018**

## ÖNSÖZ

Birlikte bir araştırma yapıp, kişilik ve ilişkiler üzerine derin bilgisinden her tartışmada yararlandığım, yanından bol soru işaretleri ile ayrıldığım, bilim insanı ve mentör olarak hem yol gösteren hem de sabırlı bir 'iyi nesne' olan değerli hocam Prof. Dr. Bilgin Saydam'a,

Birçok bilimsel projede kendisiyle yer almaktan minnettarlık duyduğum, bu alanda beni motive eden destekleyen, klinisyenliğinden ve bilime bakış açısından engin kazanımlarım olduğunu düşündüğüm, her hafta hastalarımızla aynı masa etrafında buluştuğum hocam Prof Dr. Alp Üçok 'a,

'İyi Hekimlik, Akademisyenlik, Etik' kavramlarını duruşu ve söylemleriyle bizlere gösteren, önce öğrencisi sonra asistanı olmaktan onur duyduğum hocam Prof.Dr. Raşit Tükel'e,

Nörobilim yolculuğumu heyecanlı bir Tıbbiye 5. Sınıf öğrencisi iken Nöroloji dersinde Shostakovich 7. Senfoni ve Wernicke alanı ile başlatan Prof Dr. Hakan Gürvit 'e,

Çalışmanın başlangıç aşamasında, ilerleyebilmesinde beni destekleyen Eski İstanbul Bölge Adliye Mahkemesi Cumhuriyet Başsavcısı Hadi Salihoğlu'na, Bakırköy Cumhuriyet Başsavcı Vekili Mustafa Hakan Uyar'a, Silivri Ceza İnfaz Kurumlarında beraber çalıştığım Uz Dr. Şule Tönge'ye, 1. , 3. ve 7. Cezaevi psikolog, sosyal çalışmacı ve infaz koruma memurlarına,

Psikopati Kontrol Listesini Türkçe'ye kazandıran, değerlendirmesini öğrenebilmem için bana kıymetli zamanını ayıran Uz. Dr. Can Ger'e ve önerileri için Doç Dr Fatih Öncü'ye

Hem psikiyatriye hem de bir binaya olan aidiyet hissinin nasıl bir şey olduğunu bana hissettiren, *Çapa'daki Klinik'de* öğrenciliğimden asistanlığımın sonuna değin üzerimde emeği geçen tüm hocalarıma,

Birlikte çalışmaktan keyif aldığım, güzellikleri ve zorlukları paylaştığım, yığınla anı biriktirdiğim sevgili asistan ve kliniğimizdeki tüm personel arkadaşlarıma

Ve son olarak;

Üzerimdeki emeklerini tarif edemediğim, her koşulda ve tercihimde desteklerini hissettiğim, beni yalnız bırakmayan sevgili aileme çok teşekkür ederim…

**İÇİNDEKİLER**


**I-** Özet 1

**II-** İngilizce Özet 2

**III-** Giriş 3

**IV-** Genel Bilgiler 6

A- Antisosyal Kişilik Bozukluğu 6

1.Tanım 6

2.Tanı Ölçütleri 8

3.Epidemiyoloji 11

4. Etyoloji 11

B- Psikopati 12

1.Tanım 12

2.Tanı Ölçütleri 15

3. Epidemiyoloji 18

4. Etyoloji 19

5. Genetik Faktörler 20

6. Yapısal ve Fonksiyonel Faktörler 19

7. Nörokognitif Faktörler 21

8. Endokrinolojik Faktörler 22

9. Otonomik Uyarım ve Cevaplar 23

C-Psikopati - Antisosyal Kişilik Bozukluğu İlişkisi 24

D-Psikopati - Antisosyal Kişilik Bozukluğu - Aleksitimi İlişkisi 26

E- Psikopati - Antisosyal Kişilik Bozukluğu - Travma İlişkisi 27

F- Psikopati - Antisosyal Kişilik Bozukluğu - Duygu Tanıma İlişkisi 28

G- Karar Verme Süreçleri – Somatik İşaretleyiciler Hipotezi 31

H- Somatik İşaretleyiciler Hipotezi – IOWA Kumar Testi – Psikopati 31

**V-** Amaçlar 34

**VI-** Örneklem ve Yöntem 35

A-Örneklem 35

1.Hastalar 35

2.Kontrol Grubu 36

B-Yöntem 36

1.Klinik Değerlendirme 36

C-İstatistiksel Değerlendirme 41

**VII-** Bulgular 41

A- Sosyodemografik ve Klinik Özellikler 41

**VIII-** Tartışma 69

**IX-** Sonuçlar ve Öneriler 78

**X-** Kaynaklar 79

**XI-** Ekler 94

**XII**- Özgeçmiş ve İletişim Bilgileri 147

## TABLO DİZİNİ

**Tablo-1:** Hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması 45
**Tablo-2:** Hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması 45
**Tablo-3:** Gruplararası ölçek dağılımı 50
**Tablo-4:** Pearson korelasyon analizleri 53
**Tablo- 4.1** Savunma biçimleri testi korelasyon analizleri 53
**Tablo- 4.2.** Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Korelasyon Analizleri 53
**Tablo- 4.3.** Gözlerden Zihin Okuma Testi Korelasyon Analizleri 56
**Tablo- 4.4** IQ Skorları Korelasyon Analizleri 59
**Tablo- 4.5** IOWA Kumar Testi Korelasyon Analizleri 60
**Tablo 5:** Iowa Kumar Testi (IKT) Toplam Para Miktarı Üzerine Etki Eden Faktörler 66
**Tablo-6 :** IKT Skor-Borç Üzerine Etki eden faktörler 67
**Tablo-7:** IKT *1. Blok* ve *2. Blok* Öğrenme İlişkisi 68

## ŞEKİL DİZİNİ

**Şekil-1:** Herpertz ve Sass a göre ASKB-psikopati-kişilik bozukluğu-antisosyal davranış diagramı 24
**Şekil-2:** Alt faktörlere göre PCL-R maddeleri 25
**Şekil-3:** IKT *1. Blok* ve *2. Blok* Öğrenme İlişkisi 68

## EK DİZİNİ

**Ek-1:** Çalışmaya katılan hastalar ve kontroller için bilgilendirilmiş onam formu 94
**Ek-2:** Yarı yapılandırılmış görüşme formu 97
**Ek-3:** Toronto Aleksitimi Ölçeği 102
**Ek-4:** Savunma Biçimleri Testi 103
**Ek-5:** Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği 106
**Ek-6:** Gözlerden Zihin Okuma Testi 107
**Ek-7:** Hare Psikopati Kontrol Listesi 140
**Ek-8:** Iowa Kumar Testi Ekran Görüntüsü 146

## I- ÖZET

**Amaçlar:** Karar verme, farklı sonuçlar üretmesi beklenen bir dizi alternatif arasından belirli bir seçim sürecine atıf yapan soyut bir terim olmasına karşın, insanlık sürecinde kişinin 'öteki' ile kurduğu temasta önemli bir aşamayı oluşturmaktadır. Bu araştırma hipotetik açıdan, gelişimsel sosyopati kavramından yola çıkıp toplumla psikososyal ilişkisi oldukça yıkıcı olan antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) ve ağır psikopati tanısı almış cinayet hükümlüsü bir örneklemin duygu tanıma, karar verme işlevlerini incelemekte ve aralarında ilişki olup olmadığına ilişkin cevaplar aramak için oluşturulmuştur.

**Hastalar ve Yöntemler:** Çalışmaya 23 ASKB ve Psikopati tanılı erkek mahkum ile yaş, cinsiyet, eğitim durumuna göre eşleştirilmiş 23 sağlıklı kontrol alındı. Mahkum görüşmelerinin hepsi Silivri Kapalı Ceza İnfaz Kurumunda, kontrol grupları ile klinik şartlarında gerçekleştirildi.

**Bulgular:** Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve psikopati tanısı almış mahkumların, sağlıklı kontollere kıyasla Toronto Aleksitimi Ölçeği (p:0,029;t:2,255), Çocukluk Çağı Fiziksel Travmaya Maruz Kalma (p:0,009;t:2,879), Iowa Kumar Testi sonuçlarında (p:0,009;t:-2,744) ve korelasyonlarda anlamlı farklar saptandı.

**Sonuçlar:** Çalışmamızın ana sonucu ASKB tanısı olan ve yüksek psikopati skorları olan cinayet hükümlülerinde karar verme süreçlerinde bozulma olduğu, kendi duygularını tanımakta ve ifade etmekte zorlandıkları, çocukluk çağı travmalarından etkilendiklerini, heterojen bir grup olup farklı savunma mekanizmalarını kullandıklarıdır. Bu veriler bir arada düşünüldüğünde, ASKB ve Psikopatinin gelişimsel bir psikopatoloji olduğu, emosyon tanıma ve karar verme süreçlerinin bu kişilere ait sosyopatolojik yansımalarda etkili olduğu söylenebilir.

## II- İNGİLİZCE ÖZET

**Introduction:** Although decision making is considered to be an abstract concept entailing a particular process of selection from among a series of alternatives with potentially varying consequences, it forms a vantage point in an individual's contact with the other throughout the process of humanity. Hypothetically relying on the concept of developmental sociopathy, this research investigates the emotion recognition and decision making functions of a sample group of murder convicts diagnosed with severe psychopathy and anti-social personality disorder who are known to have a quite destructive psycho-social relation with the society, and seeks answers as to the existence/ non-existence of a relation between these functions and the disorders.

**Clients and Methods:** The study was conducted with 23 male convicts diagnosed with anti-social personality disorder plus psychopathy and 23 control participants matched according to their age, gender and level of education. All interviews with the convicts were carried out in Silivri Closed Penal Institution and those with the control group were run under clinical conditions.

**Findings:** Comparison to the healthy control group, the results of the convicts diagnosed with Antisocial Personality Disorder and psychopathy showed significant difference and correlation in terms of Toronto Alexithymia Scale (p:0,029;t:2,255), Childhood Physical Trauma Exposure (p:0,009;t:2,879), Iowa Gambling Test (p:0,009;t:-2,744) results.

**Results:** The main result of the study revealed that murder convicts diagnosed with Antisocial Personality Disorder and high psychopathy scores; had deterioration in decision making skills; had difficulty in recognizing and expressing their own emotions; were affected by the childhood traumas; formed heterogeneous groups and employed varying defence mechanisms. All findings considered together, it can be revealed that Antisocial Personality Disorder and Psychopathy are developmental psychopathologies and emotion recognition and decision making processes are influential in the socio-pathological reflections of people with these disorders.

# 3. GİRİŞ

'Öteki'nin duygularını anlama, tepkilerini öngörme ve bunları bir araya getirerek karar verme davranışları geliştirme; insanın prefrontal korteks evriminin en önemli dinamik parçalarındandır. İnsan, bu sayede kişilerarası ilişkiler kurar, bir topluluk içindeki yerini ve sınıfını oluşturarak sosyal ortamını inşa edebilir, ö*teki* ile ittifaklar kurarak türünün devamını sağlayabilir [1].

'Karar verme' ise, farklı sonuçlar üretmesi beklenen bir dizi alternatif arasından belirli bir seçeneği seçme sürecine atıf yapan soyut bir terimdir. Buna göre, tek hücreli organizmaların uyarana dönük basit psödopod hareketlerinden insanoğlunun karmaşık politik davranışlarına; eylemsizlikten denetimli eylemliliğe uzanan son derece geniş bir davranış yelpazesini tanımlamak için kullanılabilir. Sosyal karar verme gibi, '*öteki*' ile kurulan ilişkilere ait seçimler olduğunda, durum daha kompleks bir hale dönüşmektedir. Bu süreç, mantıksal analizler, modellemeler, duyguların değerlendirilmesi, zaman ve mekan faktörü gibi çoklu değişkenlere bağlı olarak sürdürülmektedir.

Bu noktadan hareketle, karar vermenin en karmaşık, zorlayıcı biçimlerinin toplumsal bağlamda gerçekleştiğini söyleyebiliriz. Son dekadda karar verme ile ilgili hesaplamalara dayalı nörobiyolojik çalışmalar, çeşitli psikiyatrik ve nörolojik bozukluklarda gözlemlenen karar verme davranışlarının temelini oluşturan nöronal mekanizmalar hakkında literatüre önemli katkılar sağlamıştır [2,3,4,5].

Diğer taraftan karar verme süreçlerine ilişkin çalışmalar sadece nörobilimi ilgilendirmemekte; antropoloji, politik bilimler, finans, ekonomi, sosyal psikoloji alanları dahil olmak üzere bilgi dağırcığımıza önemli katkılar sağlanmaktadır. Bunun nedeni, karar verme davranışlarındaki bozulmanın etkilerinin psikiyatri, nöroloji, kriminoloji, ekonomi, sosyoloji, politika vb. gibi birbirinden bağımsız alanlarda görülüyor olmasıyla ilişkilidir.

Davranım bozukluğu, ASKB ve psikopati tanı kriterleri, sosyal sonuçları ve yükleri itibariyle ortak özellikler taşımakla beraber birbirinden farklı klinik tablolardır. Mevcut tezin çıkış noktası olarak 19. yy da yaşanan bir demiryolu kazasında Ventromedial Prefrontal Korteklerinde (VMP) hasarlanma yaşayan, bu kaza ile nörobilim tarihinde beyin ve davranış ilişkisi için ilk somut olgu olan Phineas Gage vakası gösterilebilir. Kaza sonrası kişilik özelliklerinde, davranışlarında, seçimlerinde belirgin şekilde değişiklik olması, sosyal

ilişkilerini sürdürmekte zorlananması, giderek toplumun dışında kalmak durumunda kalması kendisi üzerinde inceleme yapılmasını, hatta ölümünden sonra mezarının açılarak kafatasının incelenmek üzere Harvard Üniversitesine getirilmesini sağlamıştır. Bu alandaki incelemeler uzun yıllar boyu çeşitli araştırmacılar tarafından sürdürülmüş, Iowa Üniversitesinden Damasio ve ekibi fonksiyonel görüntüleme tekniklerini kullanarak ilgili korteks alanının anlaşılmasına önemli katkılar sağlamışlardır. Bireylerin duygu , davranışlarındaki değişimler ve karar alma becerilerindeki bozulmaların gözlemi ve kayıt altına alınmasıyla aynı ekip tarafından *'Edinsel Sosyopati ve Gelecek Miyopisi '* kavramları ortaya konmuş olup, önemli nörofizyolojik, nörogörüntüleme çalışmalarına kaynak oluşturmuştur [6].

Davranışsal alanda yaşanılan sorunların belirgin olduğu, bazı belirtileri çocukluk ve ergenlik döneminde başlayan , toplumsal kurallara ters düşüp, değerleri hiçe sayma eğilimi gösteren, eğitim, iş ve sosyal yaşamında sorunlara neden olup, deneyimlerden ders almama gibi temel belirtilere sahip olan antisosyal kişilik bozukluğu ile duygusuz, çevresine duyarsız, kendi çıkarları için insanları aldatmak ve dolandırmaktan çekinmeyen, öfke kontrolü yaşayıp, tekrarlayıcı suç işleme potansiyeli olan bencil, ilişkilerinde, duygularında derinlik sağlayamayan ve karşısındakine karşı empati yapamamakla karakterize psikopatik bireyler klinik açıdan *Edinsel Sosyopati (Damasio, 1984) / Psödopsikopati (Blummer & Benson, 1975)* denilebilecek ventromedial prefrontal korteksleri hasarlanmış hastalar ile ortak özellikler sergileyebilmektedirler [7].

Çalışmamızda incelediğimiz ağır psikopatik özellikler gösteren cinayet hükümlüsü ASKB tanılı bireylerin etyolojilerinde çocukluk çağı travmaları, çevresel-psikososyal faktörler, komorbid psikiyatrik bozukluklar, genetik yük gibi çoklu değişkenler mevcuttur. Nörogelişimsel süreçler göz ardı edilmeden, psikiyatrik açıdan kişilerin savunma biçimleri, travma, duygu tanıma ve risk alma davranışları ile ilişkisine bakılacaktır.

Bu grubun topluma karşı işlenen suçlar ve bu suçların çeşitliliği ile ilişkisi uzun zamandır bilinmektedir [8]. Antisosyal davranış oranının %80 leri, Psikopati ve ASKB tanısı almış bireylerin populasyonunun %25-40 ını bulduğu cezaevleri, çalışmanın yapılabilmesi için uygun ve yeterli şartları sağlamaktadır. Seçilen tüm bireylerin ASKB tanısı almış ve çeşitli suçlardan cezalar alan cinayet hükümlüsü olmaları da psikopati puanlarının yüksek olmasını açıklamaktadır.

Mevcut çalışmamızda elde edilen sonuçların, klinisyenleri mediko-legal açıdan zorlayan, toplum için ağır yük oluşturabilen, bu zamana değin birçok araştırma yapılmasına karşın hala aydınlatılması gereken özelliklerin ve durumların olduğu bu populasyonu biraz daha iyi anlama ve literatüre katkı sağlanması amaçlanmaktadır [9,10,11,12].

# 4. GENEL BİLGİLER

## A- ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU

### 1. Tanım

Deskriptif açıdan antisosyal eylemler ve davranışlar tek başına ASKB tanısı için yeterli değildir. Bu tanıyı hiçbir zaman alamayacakları halde, değişik psikososyal nedenlerle antisosyal davranışlar gösteren zaman zaman ASKB ile örtüşebilen farklı kişilik yapıları mevcuttur. Psikopati kavramı da diğer kişilik bozukluklarına ek olarak bu kapsamda düşünülmelidir. ASKB, fenomenolojisi, dinamik süreçleri, tedavisi ile, prognoz açısından kendisine, tedavi ekibine ve topluma zorluklar yükleyen özel bir kişilik bozukluğudur. Nesne İlişkileri Kuramı çerçevesinde Sınır (Borderline) Kişilik Örgütlenmesi (SKÖ)[i] kapsamında ele alınmaktadır.

Dinamik yaklaşımda, dikkate değer sorunlardan birisi süper ego gelişimindeki defekttir ve bu sorun ise içselleştirmedeki başarısızlıkların kaynağı olarak gösterilir. Kişide her türlü ahlaki duygunun kaybını açıklayan nedenlerin başında mevcut geniş super ego lakünleri gelmektedir. İçselleştirilmiş nesne tasarımları güvenilmez, zarar verme potansiyeli olan, yabancı ve yıkıcıdır. İyi bir anne / bakımveren tasarımı oluşturulamaması beraberinde 'güven' duygusunun yeterli şekilde oluşmamasını sağlamaktadır. Anne / bakımveren ile emosyonel bağların kurulamaması, ileride çevresi ile yıkıcı, kontrol altına alıcı davranışların temelini oluşturmaktadır. Kişiler için tek değer sistemi agresif şiddet ve sadistik süper ego öncüllerinin tecellisi olan zalimce davranışlardır [13].

Kernberg' e göre ASKB, ahlaki değerlerin yeterli şekilde içselleştirilememesinden doğan, nesne ilişkilerinde ciddi sapmalara yol açan bir tür Narsisistik Kişilik Bozukluğu (NSKB) olarak değerlendirilebilir. ASKB' yi tanımlarken, alt düzey savunma mekanizmalarını kullanan malign narsisistik hastaların klinik özelliklerinden yararlanır. Grotstein ve Meloy' a göre büyüklenmeci kendilik tasarımını oluşturan 'ideal kendilik – ideal nesne – gerçek kendilik' füzyon şemasında ideal nesne tehditkar bir introjekttir. Bu nesne tasarımı tehditkar

[i] Sınır Kişilik Örgütlenmesi ilk kez Stern tarafından 1930 yılında ortaya konmuş, kişlik bozukluğu kavramı olarak ise ilk kez Schmideberg ile kullanılmaya başlanmıştır. Günümüzde en güncel kullanım olarak Otto Kernberg in ''gerçeği değerlendirme yetisi korunmuş, kendilik ve nesne tasarımlarına ilişkin bütünlüklü bir tasarımı olmayan, davranışlarında dengesizlik ve tutarsızlıklar gözlenen, Ego ve İd ayrımı bütünlüklü olarak ayrışamadığı için Bölme(Splitting), İlkel İdealleştirme (Primitif İdealizasyon), İlkel Yansıtma (Projeksiyon) , Tüm Güçlülük ve Değersizleştirme gibi İlkel Savunma Mekanizmalarını kullanıp, sosyal ilişkilerinde zorluk yaşayan bireyleri tanımlamak için kullanılır.

ve yıkıcı özellikler taşımaktadır. İlerleyen gelişim aşamalarında bu emosyonel bağlanmadan kaçan kişi yıkıcı introjekt nesne işlevini üstlenerek çevresini şiddet ile kontrol altında tutmaya çalışmaktadır. Bu durum, tümgüçlülük ve nesne tahribatını açıklamaktadır. Bu sayede 'ideal' nesne tasarımları gelişemez. Her ikisinde de sadistik süper ego, ego-sintonik agresyon ile beraber 'öteki' nesneye yönlenir. Çünkü her türlü iyi nesne tasarımı güvenilmezdir. Bu tasarımlar aynı zamanda zayıf ve süreklilikten uzaktır. İyi nesnelere karşı zayıf olan emotif bağ, aynı zamanda yoğun bir öfke doğurur. Nesne tasarımları ne kadar güvensiz ise onlara karşı yansıtılan sadistik düşünce ve davranışlar da o derece yoğundur. Narsisistik kişilik bozukluğunda mevcut olan patolojik büyüklenmeci kendilik bu sadistik süper ego ile birleşince iyi ve ideal nesne tasarımlarının kurulmasına engel olmaktadır. Mevcut duruma uyumlu bir duygulanımları genelde yoktur. Bir duygu hissedildiğinde, genellikle çiğ bir hınç ya da abartılı bir coşku şeklinde ortaya çıkmaktadır. Tümgüçlü fanteziler pekişir ve dış dünyaya karşı acımasız davranışlar sergilerler. Çünkü tek güvenilir güç kişinin gücüdür, kişi güçlü olarak kalmalıdır. Karşısında kendisini zayıf ve çaresiz hissettirebilecek nesnelere karşı sadistik bir kontrolü beraberinde getirir. Sonuç olarak, nesnenin 'hiç' leştirilmesi lazımdır.

Bu kişiler genellikle yeterli düzeyde duygusal bağlanma yaşayamamış, iyi nesneleri içe alım yoluyla işleyememiş ve bakımverenleri ile özdeşim kuramamış bireylerdir.
Meloy bireyden topluma yönelen bu kargaşayı, ''… *başlangıçta, birincil ebeveyn figürü ile özdeşimlerde ve daha sonra toplum, kültür ve genel olarak insanlıkla arketipsel ve yönlendirici özdeşimlerde derin ve bilinçdışı eksiklik''* olarak tanımlamaktadır.

Bu ilkel sadistik süper ego parçaları nedeniyle terapiste yansıyan agresyon ve içselleştirme kusurları, idealizasyon gibi nevrotik düzeyde bir savunma mekanizmasının kullanılamıyor oluşu, terapinin sağlıklı sürdürülebilmesindeki ve başarısızlıktaki en önemli nedenlerden biridir. Yeterli şekilde içselleştirilememiş bir süper egonun varlığı yıkıcı davranış ve eylemlerin denetim altına alınmasını imkansız hale getirmektedir. Değerler sistemine uzak olmaları, kişisel muhasebe yapamıyor, bunları uygun şekilde işlemleyemiyor oluşları mevcut sarmalı daha da açılamaz hale getirmektedir [14,15,16,17]. Bu durum, parçalı süper egonun psikoterapi süresince neden yeniden sağlam bir şekilde inşa edilmesi gerektiğini açıklamaktadır. Çünkü antisosyal bireyin saygı duyduğu tek nitelik güç olduğu için terapist de karşısında bunu sağlamalıdır.

Diğer terapi yaklaşımlarına örnek olarak:
Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) ekolüne göre temel inançlar, kişinin kendisi ve çevresi hakkındaki bilgileri nasıl düzenleyeceğini belirleyen bilişsel yapılardır. Bunlar, kendisi, başkaları ve dünya hakkındaki temel varsayımları içerir. Erken yaşantı deneyimleri, anıları ile tanımlamalar sonucunda geliştikten sonra temel inançlar, yıllar boyunca benzer deneyimler, öğrenmelerle güçlendirilmiştir. Kendilik ve yaşam hakkındaki bu inançlar, kişiliğin duygusal ve davranışsal özelliklerini oluşturmaktadır. Bu inançlar o kadar esnemez bir yapıda olabilir ki kişi bunları tartışmasız gerçekler olarak kabul edebilir. Ara inançlar ise tekrar eden otomatik düşüncelerin olası sonuçlarına ve o düşüncelere yüklenen anlamlara göre belirlenebilir. Örnek olarak ASKB, 'Ben zayıfım, incinebilirim' temel inancının çevresinde gelişmiştir. Bunun çevresinde de gelişen '' ilk vuran ben olmalıyım, yoksa zarar gören ben olurum, kanunlar zayıf insanlar için getirilmiştir, ben de kurallara uyarsam sömürülebilirim'' şekinde ara inançlar ile şekillenmiştir [18].

Şema Terapisi yaklaşımına göre ise, şemalarımız çocuklukta karşılanmamış duygusal ihtiyaçlarımızdan ileri gelmektedir. Genetik özelliklerimiz ve çevresel faktörler neticesinde belirlenmiştir. Erken maladaptif şemalar ise koşulsuz ve işlevsiz inançlardır. Adaptif şemalar ise anne-baba-bakımveren gibi kişilerle olan erken tecrübeler ile gelişmektedir. Bir çalışmada erkek ASKB tanılı bireylerde duygusal yoksunluk, sosyal izolasyon, kusur / utanç, tecrit edilme şemalarının daha belirgin olarak bulunduğu gösterilmiştir.

ASKB tanısı almış, madde kullanımı nedeniyle tedavi gören askerlerde yapılan bir çalışmada duygusal yoksunluk, yetkinlik / grandiyozite, güvensizlik / suistimal, zarar görmeye karşı hassasiyet, sosyal izolasyon şemalarına ilişkin önemli veriler bulunmuştur. Beş şemanın üçü 'Ayrılma-Reddedilme' alanına girmektedir. Geçmişinde sevilmediğini, yalnız olduğunu, daha fazla reddedildiğini, düşünen kişinin *'ben zayıfım o nedenle ilk harekete geçen ben olmalıyım, o beni incitmeden önce ben onu incitmeliyim'* şeklinde maladaptif bir kompansasyon stratejisi geliştirdiği düşünülmektedir [19].

## 2. Tanı Ölçütleri

ASKB nin Psikiyatri içindeki tanısal varoluş sürecine baktığımızda ilk olarak Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) – Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı' nın öncülü olan 1932 tarihli Psikiyatrik Hastalıklar Derlemesinde *''Psikopatik Kişilikler''* adıyla kullanıldığını görmekteyiz [20].

İlerleyen dönemlerde,

DSM – I (1952): Sosyopatik Kişilik Bozuklukları başlığı altında, alt kategori: Antisosyal Reaksiyon

DSM – II (1968): Kişilik bozukluğu – Antisosyal Tip
DSM – IV (1994) / DSM – IV TR (2000): Antisosyal Kişilik Bozukluğu
DSM – 5 (2013): Antisosyal Kişilik Bozukluğu

şeklinde tanısal süreçte yer bulmaktadır. Bu değişimin önemli noktalarından biri de DSM I ve II döneminde psikiyatristlerin dahi kabul edemeyeceği ölçülerde teşhislerin güvenilmez oluşu ve getirilen ciddi eleştirilerdir. Bu nedenle tanı için klinik tanımlamalar yerine yapılandırılmış / yarı yapılandırılmış ölçütler geliştirilmek durumunda kalınmış ve böyle devam edilmiştir. Aşağıda en güncel tanı kılavuzları olan DSM-5 ve ICD-10 a yer verilmiştir.

<u>DSM-5 Tanı Ölçütleri:</u>

DSM – IV de yer alan eksenler sistemi DSM – 5 'de yer almamakta tüm bozukluklar ana bölümde yer alan ayrı kodlar şeklinde yer almaktadır. Antisosyal Kişilik Bozukluğu da Kişilik Bozuklukları kapsamında B Kümesi Kişilik Bozukluklarında kodlanmaktadır [21].

Toplumdışı (Antisosyal) Kişilik Bozukluğu 301.7 (F60.2):

A- Aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile belirli, 15 yaşından beri süregelen başkalarının haklarını umursamayan ve çiğneyen yaygın örüntü:
   1. Tutuklanmasına yol açan yineleyici eylemlerde bulunmakla belirli olmak üzere, yasal yükümlülüklere uymama.
   2. Sık sık yalan söyleme takma adlar kullanma ya da kişisel çıkarı ya da zevki için başkalarını dolandırma ile belirli sahtekarlık.

3. Dürtüsellik ya da geleceği tasarlayamama
4. Sık sık kavga ve dövüşlere katılma ya da başkalarının hakkına el uzatma ile belirli olmak üzere sinirlilik ve saldırganlık
5. Kendisinin ya da başkalarının güvenliğini umursamama
6. Sürekli bir işinin olmaması ya da parasal yükümlülüklerini yerine getirmeme ile belirli, sürekli sorumsuzluk.
7. Başkasını incitmesi, başkasına kötü davranması ya da başkasından çalması durumunda aldırmazlık gösterme ya da yaptıklarına kendince bir kılıf uydurma ile belirli olmak üzere pişmanlık duymama

B- Kişi en az 18 yaşındadır.

C- 15 yaşından once davranım bozukluğu olduğuna ilişkin kanıtlar vardır.

D- Toplumdışı davranışlar yalnızca şizofreni ya da bipolar bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamıştır.

Bir diğer tanı sınıflaması olan Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından 1992 yılında yayımlanan Uluslararası Hastalık Sınıflandırması-Onuncu Sürüm'de (ICD-10) ASKB, ruhsal ve davranışsal bozukluklar bölümünde topluma aykırı (disosyal) kişilik bozukluğu adı altında sınıflandırılmıştır [22].

**Topluma Aykırı (Disosyal) Kişilik Bozukluğu tanı ölçütleri;**

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

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

ICD-10 antisosyal kişilikle birlikte, amoral, asosyal, psikopatik ve sosyopatik kişiliklerin özdeş tanı ölçütleriyle bu başlık altında incelenebileceğini belirtmektedir.

## 3. Epidemiyoloji

ASKB ile yapılan çalışmalar yapılan çalışmanın niteliğine, örneklem kapsamına, yerine göre değişiklik göstermektedir.

ASKB prevalansı yakın zamanlı epidemiyolojik çalışmalarda %2-3 oranında bulunmuş olup, erkek / kadın oranı yaklaşık 3:1 / 5:1 gibi düşünülmektedir. Cezaevi populasyonunda yapılan incelemede erkek oranı %41, kadın oranı % 21 olarak bulunmuştur [23,24].

Suç ile ilişkisi, davranışsal sorunlara bağlı sosyal problemler, yaşama dair zayıf başarı hali, azalmış yaşam kalitesi, fiziki rahatsızlıklar, kötü ilişkiler ve kötü kendilik hali ASKB ile ilişkili çalışmalarda göze çarpan, yineleyen bulgulardır. Ayrıca, tüm psikiyatrik hastalıklar içinde insana karşı uygulanan şiddet seviyesinin en fazla görüldüğü rahatsızlıktır [25,26,27].

## 4. Etyoloji

Etyolojide psikosoyal faktörler, çocukluk çağı travmatik yaşantıları, yapısal faktörler, genetik yük, psikodinamik faktörler önemli bir yer tutmaktadır. Fiziksel taciz / istismar, cinsel taciz / istismar, duygusal istismar, aile içi şiddete maruz kalmak ve tanık olmak bunların içselleştirilmesi ve dışarıya yönlendirilmesiyle birçok ruhsal bozukluğun ortaya çıkması kolaylaşmaktadır. Travmaya maruziyetin, tüm ruhsal rahatsızlıklarda %16 ile %98 arasında geniş bir aralıkta etkili olduğu saptanmıştır [28,29,30,31].

Güvensizlik, zayıf idrak yetisi, entellektüel başarısızlık, madde kullanımı oranını arttırmakta[32], ilerleyen dönemde antisosyal, narsisistik, paranoid kognisyonları harekete geçirmektedir[33]. Fiziksel ihmalin ergenlerde şiddet davranışı ilerleyen yıllarda alkol bağımlılığı, ASKB gelişimi ile; aile içi şiddetin, ileride alkol bağımlılığı gelişme riski ile ilişkisi gösterilirken [34,35], şiddet görmek, aile içinde şiddete tanık olan kişilerde ilerleyen yıllarda artmış uyarılmışlığın sürebildiği ve duygu tanıma kabiliyetlerinde azalma görülebildiği bildirilmiştir [36].

Genetik - yapısal faktörlerin ASKB gelişiminde önemli yer tuttuğu bilinmektedir. Biyolojik anne-babalarında ASKB tanısı olup evlatlık verilen çocuklarda, ileride ASKB gelişme riskinin aile ortamından ayrılmalarına karşın, ebeveynlerinde ASKB tanısı olmayan çocuklara göre yaklaşık on kata kadar arttığı bulunmuş, başka bir çalışmada evlatlık verilmiş ASKB tanılı bireylerin gerçek ebeveynleri ve evlatlık verildikleri ebeveynler karşılaştırılmış, öz

ebeveynlerde ASKB sıklığının beş kat artmış olduğu saptanmıştır [37,38]. Travma ve genetik yükün birarada olduğu durumlarda *kümülatif* etki ile ASKB gelişim riskini arttırdığı gösterilmiştir.

Nörobiyolojik açıdan, erken travmaya maruziyet, orbitofrontal korteksin gelişimini etkilemekte, çocukluk çağında dirençli antisosyal davranışlardan sorumlu olmakla birlikte; ilerleyen dönemde kişilik bozukluğunun gelişiminde, toplumsal ilişkiler kurma ve bağlanmada sorunlar yaşanmasına yol açmaktadır [39,40].

Ülkemizde-yapılan bir çalışmada erişkin ASKBli bireylerde cinsel / fiziksel kötüye kullanım, fiziksel ihmal, ebeveynlerden erken ayrılma kontrol gruplarına gore anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur [41]. Çocukluk çağında dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu tanısı almış olmak, ASKB için bir risk faktörü olabildiği, ayrıca kaotik aile ortamı, aile bireylerinde suça eğilimli kişilerin varlığı, yetiştirme yurdunda büyümüş olmak ve fiziksel şiddete maruz kalmanın ASKB gelişimi için diğer önemli risk faktörleri olarak saptanmıştır. ASKB tanısı olan bireylerin bulunduğu ailelerin erkek çocuklarında ASKB, kız çocuklarında somatizasyon bozukluğu daha sık saptanmaktadır [42,43].

Komorbid patolojiler açısından anksiyete bozukluğu ve major depresyon tanıları ön plana çıkarken, alkol- madde bağımlılığı genel populasyona göre beş kat daha sıktır[44]. Birçok ASKB'de davranışsal semptomlar 50li yaşlardan sonra azalma eğilimi göstermesine , sorunlu yaşamı kısmen yatışmasına karşın, sorumsuz davranışlar yaşam boyu sürmeye devam eder[37]. ASKB tanılı bireylerde yaşam süresini kısaltan nedenlerin arasında artmış intihar girişimleri, madde bağımlılığı, saldırganlık ve kardiyovasküler hastalıklar gelmektedir [45].

## B- PSİKOPATİ

### 1. Tanım ve Tarihçe

Robert Hare' ye göre psikopatik kişiler yaşamları boyunca manipülasyonları, yetenekleri ile içinde bulundukları ortamda acımasızca ilerleyen sosyal yırtıcılardır. Vicdandan ve duygudan yoksun, istediği şeyleri bencilce elde etmekten geri durmayan ve bundan da en ufak bir

suçluluk hissetmeyen kişilerdir. Sosyal norm ve beklentileri kendi keyifleri uğruna hiçe sayarlar [46,47].

Psikopatiyi, Ruh Sağlığı alanındaki çalışmalarda karşılaşılan muhtemelen en istenmeyen ve yıldırıcı hasta grubu diye tanımlayan Nancy Mc Williams'a göre bu kişiler, bir tarafta aşırı dağılmış dürtüsel sadistik olabilirken diğer tarafta nazik çekici görünen etkileyici kimliklerle karşımıza çıkabilmektedirler. Bir tarafta ilkel savunmaları ile var olan antisosyal kişilik bozukluğuna sahip bireyler, spektrumun diğer tarafında nevrotik özellikleri olan, daha olgun savunmaları kullanan kimlik ve gerçeklik algısı daha bütünsel bireyler durmaktadır.

Dinamik açıdan tümgüçlülük temel savunma mekanizmalarından biridir. Buna ek olarak yansıtmalı özdeşim, karmaşık disosiatif süreçler ve eyleme koyma da gözlenebilir[48].
Kendi güçlerini karşısındakine dayatmak bütün yaşantıların önüne geçebilir. Karşısındakini patolojik grandiyöz kendiliğinin gölgesinde kullanma girişimlerinde bulunurlar. Bu durum ise karşısıdaki kişiyi, durumunun farkında olsun/olmasın kullanılmış hissettirebilir.

Mc Williams, yansıtmalı özdeşim kullanımını bu bireylerde duyguların sözel anlatımındaki beceriksizlik / yetersizlik üzerinden açıklamaktadır. Bu kişilerin ne hissettiklerini başkalarına anlatabilmelerinin tek yolu, başkalarında da aynı duyguları açığa çıkartmalarıdır.
Psikopatik bireylerdeki vicdan eksikliği kusurlu gelişmiş bir süper ego nun kanıtı olmasının yanı sıra, 'öteki' ile kurulması gereken olan bağlanma deneyiminin olmamasıdır.

Truman Capote'nin , 'In Cold Blood' kitabındaki ifadesi oldukça çarpıcıdır. ''Mutlu bir aileyi, mutlu bir aile olmalarının dışında hiç bir sebep yok iken öldürüp yok edebilirler'' Burada Klein' ın 'ilkel haset' kavramına atıfta bulunarak *arzu edilenin yok edilme isteği* şeklinde bu durum düşünülebilir. Kendinde olmayan bir duyguya sahip olanlara düşman olabilen bireyler tanımlaması ağır psikopatik bireyler için düşünülebilir [49].

Psikopati, Eski Yunanca' dan çevirisiyle literal olarak 'Acı Çeken Ruh' anlamına gelip empati eksikliği ile karakterize, genel prevelansı yaklaşık % 1 olan ciddi bir kişilik sorunudur. Şu an sadece ABD'de yaklaşık 12 milyon psikopatik birey bulunmakta, işlenen suçların hemen yarısı psikopatlar tarafından işlenmekte ve devlete olan bedeli yıllık yaklaşık 400 milyar doları bulmaktadır [50].

Psikopati Değerlendirme Listesi' ni geliştiren Robert Hare'ye göre psikopatik kişi, 'ahlaka aykırı davranan, büyüklenmeci, sık yalan söyleyen, duygusal olarak soğuk, çıkarı için manipulatif eylemlerden çekinmeyen, yüzeyel ilişkiler kuran, sosyal normlara uymayan, sorumsuz, başkalarının duygularını önemsemeyen, pişmanlıktan uzak ve hatalarından ders çıkartmayan biri' şeklinde tanımlanabilir. Psikopatinin değerlendirilmesi için Hare tarafından geliştirilen ölçek, 1- *Kişilerarası*, 2- *Afektif*, 3- *Yaşam Biçimi* ve 4- *Antisosyal* özelliklerin gruplandığı dört ayrı başlığın biraraya getirilerek oluşturulan klinik veriler toplamıdır. Kavramsal olarak ASKB' ye benzer ama ayrıntılı olarak bakıldığında DSM kriterleri ve ASKB nin daha çok davranışsal semptomlara odaklandığı, psikopatinin ise hem davranışsal hem de emosyonel açıdan tanımlama yaptığı görülecektir [51,52,53].

Psikopati , antisosyal bireylerin populasyonunda artmış suç ile karakterizedir [54]. Buna ek olarak genel populasyona göre de saldırganlık, intihar girişimi, evsizlik - kimsesizlik oranındaki artışlar [55] topluma ciddi sosyal ve ekonomik yükler getirdiğini de kanıtlar niteliktedir ve buna dönük araştırmalar son dekadda belirgin şekilde artmış ve bu çalışmalar fonlarla desteklenmeye devam etmektedir [56].

Psikopatinin tarihteki yerine bakıldığında [20,52,57,58,59,60,61,86,263] ilk kez Fransız hekim Pinel tarafından "manie sans délire" (hezeyansız delilik) kavramı ile dile getirildiğini görmekteyiz. Pinel burada herhangi bir psikotik belirti vermeyen, ahlaki değerlerden yoksun bireyleri tanımlamıştır. Bu bireylerin kendilerine ya da başkalarına şiddet uygularken herhangi bir sanrısal semptom vermemesi üzerinde durmuştu.

Amerikalı hekim Benjamin Rush 19.yy başında bu tabloyu ahlaki dengesizlik olarak niteliyor, sebep olarak da biyolojik bir sorun olduğunu, özellikle ahlaki yetilerin etkilenip diğer tüm kognitif fonksiyonların az kullanıldığını söylüyordu.Yine de '*'An Inquiry into the Influence of Physical Causes upon the Moral Faculty''* sunumuyla ilk kez medikal açıdan Psikopati-benzeri rahatsızlıkları açıklayan kişi olmuştur. Tutkuların istemsizce iradenin de yardımıyla hareket ettiği, herhangi bir akli melekenin bozulmadığı durum olarak tarifliyordu.

James Pritchard, 1822 ye gelindiğinde bu klinik tablo için ''Moral Insanity'' (ahlaki delilik) kavramını önermiştir. Ve bu kişileri, zekalarında azalma olmayan, huy ve alışkanlıklarında bozukluk olan *morbid sapkınlık* olarak tanımlamıştır.

Dejenerasyon teorisini savunanlardan Cesare Lombrosso 19. yy ortalarında suç eğilimini

gösteren kişileri vücut morfolojisi, fizyonomi, biolojik evrim, fiziksel antropoloji açıdan incelemiştir. Bu kişilerin kriminal özelliklerini fiziksel, fizyolojik ve ahlaki bulgular ile nörogelişimsel açıdan ele almaya uğraşmıştır. kişinin doğum tipini tarif etmeye çalıştığı bir çeşit *'suçlu doğanlar miti'* şeklinde speküle edilebilecek hipotezler oluşturmaya çalışmıştır. Daha sonra bu kişiler üzerinde yaptığı çalışmalardan beklediği evrimsel, morfolojik, antropolojik sonuçlara ulaşamadığı, Jalava ve Griffiths in tabiriyle 'pseudo-Darwinien' çalışmalarından uzaklaşmıştır [50].

Kraepelin 1904 yılında 'psikopatik kişilikler' önermesini nevrotik ya da psikotik özellikler göstermeyen psikopatik özellikleri olan bireyler için kullanmış, Kurt Schneider ise 'anormal durumlarından acı çeken ve insanlığa bu yüzden acı çektirip sorunlara neden olan kimseler' şeklinde tanımlamıştır. Psikopati kelimesini ilk ve tam olmasa mevcut konseptin primitif şekliyle kıta Avrupasında kullanan da Alman Psikiyatri Okulu'ndan Julius Ludwig August Koch'dur [64].

Geçtiğimiz yüzyılın 40lı yıllarında, psikopati terimine güncel şekilde bakan ve bu konuda 'Mask of Sanity' isimli kitabıyla perspektifi değiştiren Harvey Clekley olmuştur. O dönemde psikopatiyi 21 başlık ile tanımlasa da 1976 yılına gelindiğinde bunu 16 maddeye indirilmiştir. Ayrıca kriminal / kriminal-olmayan (criminal/non-criminal) psikopat terimlerini öne sürmüş, Hare de kriminal olmayan psikopat terimine atfen kriminal eşiğin altı (sub-criminal) psikopat terimini getirmiştir.

## 2. Tanı Ölçütleri

Harvey Clekley Psikopat bir kişiyi şu özellikleri ile tanımlamaktadır:

1. Yüzeyel çekicilik ve yeterli zeka.
2. Hezeyan yada irrasyonel düşünce içerğinin olmaması.
3. Sinirlilik ve psikonevrotik manifestasyonların yokluğu.
4. Güvenilmezlik
5. Yalancılık ve samimiyetsizilik
6. Pişmanlık ve utanç eksikliği
7. Yetersiz motivasyon içeren antisosyal davranışlar
8. Zayıf yargılama ve hatalardan ders çıkarma yetersizliği
9. Patolojik egosentriklik ve sevgi dışavurumunda kapasite azlığı.
10. Belirgin afektif reaksiyon azlığı
11. İçgörü kaybı

12. Kişilerarası ilişkilerde yanıtsızlık
13. Alkol etkisiyle yada değilken fantastik-beklenmeyen davranışlar
14. Nadir intihar girişimi
15. Rastgele, önem verilmeyen cinsel hayat
16. Hayata ilişkin herhangi bir plana uyulmaması

Bu alanda önemli çalışmaları olan Amerikalı sosyologlar William ve Joan McCord'a göre ise (1964) psikopat bireyler, 'asosyal, agresif, oldukça impulsif, insanlığa karşı suçluluk hissetmeyen, bu gibi durumlarda duygulanım göstermeyen kişiler' olarak tanımlanıyordu [65].

Psikopati'nin DSM içindeki sürecine bakacak olursak [66]:

DSM – I de (1952 – s.38) *Sosyopatik Kişilik Bozukluğu – Antisosyal Reaksiyon* olarak geçtiği görülmekte, '*cezalardan, deneyimlerden yarar sağlayamayan kronik antisosyaller olarak nitelenmiştir. Bir gruba ya da kişiye karşı sadakat taşımazlar, çoğunlukla donuk ve hedonistiktirler. Duygu ve sorumluluk diye bir kavramları yoktur. Doğuştan psikopatik kişiliklerdir'*

DSM – II de (1968 – s.43) Clekley in yazdıklarına biraz daha yaklaşan ''Antisosyal Kişilik'' tanımlaması yapılmış, bu kişilerin *genellikle bencil, dürtüsel, sorumsuz, deneyimlerden ya da cezalardan suçluluk duyup dersler çıkartmayan, tekrarlayan şekilde toplumla çatışan, azalmış engellenme toleransı ile toplumu sürekli karşısına alan kişiler* diye tanımlansa da kayda değer olarak '' *tekrarlayan yasal ve sosyal suçların geçmişi bu tanıyı doğrulamak için yeterli değildir*'' şeklinde önemli bir tesbit de getirilmiştir.

DSM – III de (1980 – s.321) önemli bir kayma yaşanarak, klinisyenin tartışmalı, zaman zaman yetersiz gözlemine dayanan ruhsal bozukluk tanısı, daha somut bir hale getirilmeye – yapılandırılmaya çalışılmıştır. Bu değişikliğin başarısında kişilik bozuklukları grubunda ASKB, o dönemde bir nevi 'poster çocuk' haline gelmişti. Bu nitelemenin nedeni, kişilik bozuklukları klinik değerlendirmelerinin yapılandırılmamış görüşmeler şeklinde yapılıyor oluşu sebebiyle , ASKB tanısı dışındaki tanılarda tartışmalı durumların ortaya çıkmasıydı. Yarı yapılandırılmış kriterlerin getirilmesi bir çok kişlik bozukluğu daha güvenilir bir şekilde değerlendirilebilir hale getirmişti [66].

DSM – IV (1994 – s 647) Antisosyal Kişilik Bozukluğu tanısı oturmuş ama DSM-III – R de DSM ve Hare PCL-R (Psikopati Kontrol Listesi-PKL) arasında belirginleşen davranışsal /

karakter özellikleri ayrımı daha da netleşmiştir. DSM III ve PCL aynı yılda piyasaya sürülürken DSM – IV ve PCL-R de aynı dönemde piyasaya çıkmıştır. Psikopati ölçeği için iki faktörlü model getirilmiştir.

DSM- 5 (2013) DSM – IV e göre yeni bir yaklaşım getirmemiştir.

Bu noktada Clekley den esinlenerek şu an dünyada Psikopati değerlendirmesi için en kapsamlı ölçek olan Hare PCL-R (Psikopati Kontrol Listesi-PKL) semptom listesine şu maddelerden oluşmaktaydı:

**Psikopati Kontrol Listesi Anahtar Semptomlar**

1.Yüzeysellik/Yüzeysel Çekicilik
2.Büyüklenmeci Kendilik Değeri Algısı
3.Uyarılma Gereksinimi/Sıkılmaya Yatkınlık
4.Patolojik Yalancılık
5.Hilekarlık/Çıkarcılık
6.Pişmanlık ya da Suçluluk Eksikliği
7.Sığ Duygulanım
8.Duyarsız/Empati Eksikliği
9.Asalak Yaşam Tarzı
10.Zayıf Davranış Denetimi
11.Rastgele Cinsel Davranış
12.Erken Davranış Sorunları
13.Gerçekçi, Uzun Vadeli Hedeflerin Eksikliği
14.Dürtüsellik
15.Sorumsuzluk
16.Kendi Eylemleri için Sorumluluk Alma Yetersizliği
17.Birçok Kısa Süreli Evlilik İlişkileri
18.Çocuklukta Suç İşleme
19.Koşullu Salıverme İptali
20.Suçların Çeşitliliği

semptom listesi ve DSM kriterleri incelendiğinde 20 PKL kriterinin 9 tanesinin DSM deki ASKB tanısı ile örtüştüğü görülmektedir. Bunlardan ayrıntıları ileride bahsedilecek olan PKL yi oluşturan *Faktör-1* den üç madde, *Faktör-2* den de altı maddenin birbirini karşıladığı görülmektedir. Bu nedenle durumdan dolayı mevcut araştırmalarda ASKB ve *Faktör-2*

belirgin korelasyon göstermektedir [67,68].

Psikiyatrinin tarihi boyunca yaşanan Kategorik / Boyutsal tanı yaklaşımının bir versiyonu da tam da bu noktada karşımıza çıkmaktadır. DSM ve ICD tanı sistemleri kategorik açıdan hastaları ele alırken, PKL hem kategorik hem boyutsal yaklaşım imkanı tanımaktadır. DSM ve ICD daha çok kriminal ve antisosyal davranışlara odaklanırken, PKL, hem bu davranışlara hem de bu davranışları yaratan emosyonel süreçleri ve disfonksiyonu ele alır. ICD ve DSM kriterleri karşılaştırıldığında ise PKL ile korelasyonun özellikle *Faktör- 2* de yer alan dört maddeden üçünün örtüştüğü ICD tanımlaması ile daha fazla korele olduğu görülmüştür [20,69,70].

## 3. Epidemiyoloji

Psikopatinin dünya üzerindeki yaygınlığı yaklaşık % 1 civarında olduğu düşünülmektedir. Amerika'da cezaevi popülasyonunda %15-25 arasında olduğu düşünülmektedir. Kadın mahkumlarda oranı %7,5 , erkeklerde % 10-15, adli psikiyatrik olgularda % 3- 10 civarındadır. Görülme sıklığı yaş ile birlikte azalma eğilimi gösterirken ek psikiyatrik komorbide ile psikopati birlikteliğinin arttığı bilinmektedir [51,71,72,44,73,74,67].

Erkek psikopatik mahkum sayısı kadına göre daha fazladır. Bu durum, psikopatinin ASKB gibi erkek popülasyonunda sık görünüyor olması ile ilgili olabileceği gibi diğer taraftan kadın psikopatların daha az sıklıkta açık agresif davranışlar sergiliyor oluşu, dışa dönük eylemlerinde daha *başarılı* olması ile ilgili olabileceğine ve bu nedenle değerlendirmeye alınamadıklarına dair spekülatif görüşler de mevcuttur [75].

Psikopati ve kriminal davranışlar birbiri ile sık ilişkilendirildikleri ve antisosyal kişilik bozukluğu tanısı almış grupta psikopati oranının yüksek olması dolayısıyla literatür de bu yönde genişleme göstermiştir. Yapılan çalışmaların hatrı sayılır miktarı cezaevi popülasyonu / adli psikiyatri alanındadır.

Diğer taraftan toplum içinde yaşayan, suça karışmamış, manipulasyonklarıyla sorunlardan sıyrılmış ''başarılı/nitelikli psikopat''diyebileceğimiz bir grup da bulunmaktadır. Bu yönde araştırma, kriminal grup ile mukayese edildiğinde yok denecek kadar azdır. Psikopati kavramını oturtabilmek ve topluma olan etkisini görebilmek için bu alanda ciddi toplum taramalarına ihtiyaç vardır [76,77,78,79,80,81].

## 4. Etyoloji

Yapılan nörofizyoloji, nörogörüntüleme, endokrin, genetik, çevresel incelemeler psikopatinin gelişimsel bir bozukluk olduğunu destekler niteliktedir. Psikopatinin etyolojisini tamamen aydınlatan bir hipotez bulunmamaktadır. Tüm bu sayılan faktörlerin kümülatif bir etki ile klinik tabloyu oluşturduğu söylenebilir. Ayrıca başarısı kanıtlanmış medikal ve psikoterapötik müdahaleler bulunmamaktadır. Etyolojik tartışma yaparken Karpman tarafından yapılan başka bir sınıflamanın da altını çizip ayrıntılandırmak uygun olacaktır. Karpman, Birincil / İkincil (Primer / Sekonder) Psikopati tanımamalarını önermiştir [82,83,84].

Birincil Psikopati daha çok kalıtımla geçen, intrinsik ve idyopatik bir temele dayanan İkincil Psikopati ise erken sosyalizasyon güçlükleri ile karşılaşmış, travma maruziyeti gibi çevrsel faktörlerden etkilenmiş bireyler olarak tanımlanır. Açıkçası, bu bozuklukların kökeninde net bir ayrım yoktur ve gerçek etiyoloji, muhtemelen gelişim sürecinde genetik ve çevresel etkenlerin karmaşık etkileşiminin bir yerinde durmaktadır [85].

Suç işleme ve anksiyete nin değerlendirildiği çalışmalardan elde edilen verilerde, birincil psikopatik kişilerin düşük anksiyete seviyesine, buna karşılık ikincil psikopatik kişilerin yüksek anksiyete seviyesine sahip oldukları bilinmektedir [86]. Bu durum, duygusal ifadenin genel yokluğunun da etkisiyle birincil psikopatik bireyler katı kalpli, acımasız olup enstrumantel suç işleme eğiliminde olurlarken, ikincil psikopatik bireyler daha endişeli, duygusal dalgalanmalar gösteren daha dürtüsel ve reaksiyoner suç işleyen kimseler olarak tanımlanmaktadır.

Birincil psikopatik kişiler, agresif, düşmanca, dışa dönük niteliklerle karakterizedir. Aynı zamanda kendilerine güvenen, etkileyici kişilerdir. Bu grupta narsisistik, histrionik özellikler görülebilir, ancak kriminal olmak zorunda değildirler. Siyasi dünyadan kişilikler, güvenlik güçleri, ekstrem sporcular bu grupta yer alabilir.

İkincil psikopatik kişiler ise genelde düşmanca, sorumsuz, dürtüsel, agresif, sosyal olarak endişeli, izole, güvensiz, düşük benlik saygısı olan kişilerdir. Antisosyal davranışları daha tepkisel olan bireylerdir. Tarikat, dernek liderleri gibi tuhaf kişilerle özdeşleşebilirler. İşlenen suçlar planlanmamış olma eğilimindedir ve sonuçlarını düşünmezler. Nevrotik özellikler gösterebilirler, sosyal açıdan izoledirler.

Karpman' a göre psikopatiyi tanımlayan grup birincil psikopatik kişilerdir. Hare' nin Psikopati Kontrol Listesi 'ndeki *Faktör- 1* özellikleri birincil psikopati ile, *Faktör- 2* ise ikincil psikopati ile koreledir. Klinik karşılığı ise genelde karma bir yapı şeklinde karşımıza çıkmaktadır [87].

### 5. Genetik Faktörler

ASKB' de olduğu gibi psikopatide de genetik yükün hastalık üzerinde etkili olduğunu gösteren çok sayıda çalışma mevcuttur ama nörogelişimsel süreci açıklayabilen genetik zamin zayıf bir şekilde aydınlatılabilmiştir. Bu çalışmalar daha çok çocuk, adolesan ve ikiz çalışmaları ile elde edilmiştir.

Serotonin taşıyıcı gen uzun alelinin emosyona cevapsızlık ve reaktif stres ile ilişkili olabildiği bunun da psikopati gelişini için risk taşıyabileceği,[88] bir başka çalışmada, denekleri çocukluk ve adolesan dönemlerinde sosyo-ekonomik farklarına göre grupladıktan sonra izleyip, Serotonin Taşıyıcı Gen Polimorfizminin (SLC6A4) homozigot uzun alel taşıyan, sosyoekonomik durumu daha düşük olan gruptan, daha donuk, duygu ifadesi az ve narsisitik özelliklerinin belirgin olduğu görülmüştür. Burada bu homozigot aleli taşıyan bireylerin, evresel, sosyoekonomik faktörlerin de etkisiyle klinik belirtileri gösterdikleri düşünülmüştür. [89] Mevcut verilere ek olarak, serotonin taşıyıcı geninde olan varyasyonun psikopatik özellikler üzerinde etkisi olduğunu gösteren başka bir çalışmada 5-HT1B ve 5-HT2A reseptör subtiplerinin single nükleotid polimorfizminin düşük serotonin düzeylerine yol açtığı, bu durumun katı - duygusuz özellikler gösteren çocuklarda saptandığına dikkati çeken başka bir çalışma mevcuttur [90].

Özetle, spesifik psikopatik kişilik özelliklerinin yanı sıra psikopatik eğilimlerin gelişiminde, genetiğin rolünün etkisi olduğu görülmektedir. Bununla birlikte, çevresel faktörlerin, özellikle paylaşılmayan deneyimlerin, genlerin ve çevrenin karmaşık bir etkileşimi yoluyla psikopatik özelliklerin ortaya çıkışını etkileyebileceğine dair kanıtlar vardır. Bu bulgular, erken psikopatik gelişme üzerindeki genetik ve çevresel etkilerin değerlendirilmesinin daha erken algılama ve müdahaleyi teşvik edebilmesi açısından önemlidir [91].

### 6. Yapısal ve Fonksiyonel Faktörler

Nöroanatomik Değişikilikler konusunda beynin iki yapısı – prefrontal korteks ve amigdala - ön plana çıkmaktadır [92].

Amigdala, temporal lobda lokalize duygusal işleme, reaksiyon ve hatırlama fonksiyonlarından

sorumlu limbik sistem yapısıdır. Yang ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada psikopati puanı 23 ile 40 arasında değişen 27 psikopatik bireyin eşleştirilmiş kontrollerle yapılan değerlendirmesinde amigdala volümünde %18 azalmanın artmış psikopati puanları ile korele olduğu bulundu [93].

Yapılan gözen geçirme çalışmasında özetle psikopatik bireylerin ventromedial prefrontal korteksleri içine alan prefrontal korteks ve anterior singulat korteks gri madde hacminde azalma olduğu belirtilmektedir. [72] Buna ek olarak başka bir çalışmada ASKB tanılı 17 psikopatik bireyin prefrontal kortekslerine ek olarak temporopolar bölgelerinde gri madde kaybı bildirilmiştir. İlginç olarak ASKB tanısı olan ama psikopati tanısı almamış 27 mahkum ve 22 kontrolde, benzer karakterde bir atrofi görülmemiştir [94].

Yapısal değişikleri inceleyen başka bir çalışmada ise, ASKB + yüksek psikopati puanı alan afektif ve kişilerarası ciddi sorunlar yaşayan 15 bireyde Korpus Kallozum hacminin arttığı görülmüş, bu verinin sonuçları ile korele olan bir başka çalışmada 54 mahkum ve 39 kontol incelenmiş ve interhemisferik geçiş zamanlarının psikopatik grupta belirgin daha uzun olduğu saptanmıştır. Bu veriler gecikmiş işlem süresinin, psikopatik bireylerde afektif ve kognitif bozulmada etkisinin olabileceğini düşündürtmektedir [94,95].

### 7. Nörokognitif faktörler

Psikopatik bireylerde gözlenen nöronatomik bozukluklarda bahsi geçen amigdala ve prefrontal disfonksiyonunun nörokognitif alana yansıması da belirgin olmaktadır. Bu bireylerde yüz ifadelerinden emosyon tanıma fonksiyonunda bozulma olduğuna dair güçlü kanıtlar bulunmaktadır. Yapılmış olan bir çok nörofizyolojik ve fonksiyonel MRG çalışmasında korku ve üzüntü duygularının tanınmasındaki bozulma bir çok çalışma ile desteklenmiştir. [54,69,96,97,98,99,100,101] Katı-duygusuz özellikler gösteren ergenlerde yapılan çalışmalarda da olağan dışı amigdala aktivitesine ek olarak korku ifadeli yüzleri tanıma becerilerinde bozulma olduğu bildirilmiştir. [92,102,103,104]

Yakın zamanlı iki çalışmada, psikopatik bireylerin frontal korteks ve posterior singulat korteks olağan durum aktivitelerinde azalma olup, korteks içi konnektivitede azalma olduğu; işitsel tarama fonksiyonlarındaki bozulmayla posterior singulat aktivitesindeki bozulan fonksiyonel konnektivite ile, medial prefrontal korteks ile posterior singulat arasındaki bozulmuş interkonnektivitenin karar alma ve ahlaki değerlendirmedeki bozulma ile korele olduğu gösterilmiştir. [105,106]

Kriminal psikopatik suçlularda pişmanlık eksikliği ve empati kaybının nöral korelatlarının araştırıldığı iki çalışmada, psikopatik olmayan kişilere göre anterior rostral prefrontal kortekste, temporal pollerde ve orta hat kortikal alanlarda anormallikler saptanmıştır. [94,107]

Bir diğer çalışmada da 90 psikopatik erkek mahkumun 28 kontrole göre karşılaştırmalı çalışmasında, mahkumlarda hem kognitif hem de emosyonel empatide azalma gösterilmiştir.[108]

Orbitofrontal korteks ve amigdala psikotik bireylerde sosyal değerleri yargılama ve duygu işleme için önemli bölgelerdir, defektinde emosyonel öğrenme mekanizmaları da bozulmaktadır. [94,109,110] Amigdala ve ventromedial korteks arasındaki interkonnektivite bozukluğunda duygu işlenmesinin ergenlerde bozulduğu, bir başka çalışmada da sağ amigdala aktivitesindeki azalmanın korku ifadesini tanımada bozulma ile ilişkili olabildiği düşünülmüştür.[111,112,102,104,113,114]

**8. Endokrinolojik faktörler**

Antisosyal ve psikopatik bireylerde hipotalamohipofizer ve gonadal aksta sorunlar olduğu bilinmekte, stressörlere karşı defektif cevaplar gözlenmektedir. [53] Psikopatik bireylerde bazal kortizol seviyelerinde düşüklük ve testosteron seviyelerinde yükseklik saptanmış olup benzer bulgunun katı - duygusuz özellikler gösteren erkek ergenlerde de olduğu gösterilmiştir. Kız çocuklarında aynı düzey saptanmamıştır ve veriler bu yönde bir bozulmayı desteklememektedir [115,116,117,118] .

Stresör öncesi normal sınırlarda kortizol düzeyi kaydedilen yüksek psikopati skorlarına sahip bireylerde, stresör sonrası normale göre daha düşük kortizol artış cevabı kaydedilmiştir. [119] Ayrıca, PCL-R den yüksek skor alan 178 (%88 erkek) bireyle yapılan yüksek ses dinetilip ayrı bir görev olarak video kaydı alınıp konuşturulan bireylerdeki kortizol reaktivitesine karşılık bazal testosteron düzeyini yüksek bulunmuştur [120].

Bu verilerin yanında, psikopatik davranışların mezolimbik dopamin ödül-destek yolağı ile ilişkili olduğu ve buradaki hipersensitivitenin hem bağımlılık için bir risk hem de dürtüsellik ve antisosyal davranışlar üzerine etkili olduğu düşünülmektedir [121]. Dopamin disregulasyonundaki bozulmaya kanıt olarak MAO metabolizmasındaki bulgular gösterilebilir. Soderstom ve arkadaşlarının şiddet suçluları ile yaptıkları bir çalışmada dopamin ve serotoninin metabolitleri olan Homovalinik asit (HVA) ve 5-Hidroskiindolasetik

asit (5-HIAA) bakılmıştır. Yüksek psikopati skorları ile HVA/5-HIAA oranları beyin omurilik sıvısıyla (BOS) korele bulunmuştur. Bu mekanizmalardaki bozulmanın saldırganlık, dürtü kontrol güçlüğü, sorumsuzluk üzerine etkili olduğu düşünülmüş ve travmatik yaşantılar ile birlikte bu sürecin çocukluk döneminden itibaren etkisini gösterdiği speküle edilmiştir [122].

Yıldırım ve Derksen in yaptıkları gözden geçirmede serotonin zayıf kortikolimbik otoregülasyon, HPA aksı duyarsızlığı serotonin homeostazın düşük stabilitesi ile ilişkilidirleder[83]. Bir nöropeptid olan, *aşk hormonu* ya da *ahlak molekülü* olarak nitelenen Oksitosin hormonunun da uzun yıllardır davranış, bağlanma, prososyal özellikler, artmış empati, güven üzerinde etkili olduğu bilinmektedir. [123,124,125]

Geçtğimiz dönemde oksitosin eksikliğinin psikopatik ve antisosyal davranışları tetiklediğini düşündürten bulgular mevcuttu ve genel kanaat bununla uyumlu idi. Sosyal Anksiyete Bozukluğunda kaygıyı azaltması, Otizm spektrum Bozukluğunda duygu tanıma üzerinde olumlu etkilerinin görülmesi bu savı destekler nitelikte veriler olarak karşımıza çıkmaktaydı. Buna karşılık son dönemde yapılan bazı çalışmalarda bunun tersi veriler saptanmıştır. Örnek olarak, 47 psikopatik mahkum ve 21 kontrolle yapılan çalışmada, idrardaki oksitosin miktarı belirgin ölçüde psikopatik grupta daha fazla idi [126]. Başka bir sosyal çalışmada ise intranasal uygulamanın denek grubu içinde haset ve kıskançlığı arttırdığı görülmüş, etno-merkezcilik üzerine çift kör placebo çalışmasında intranasal oksitosin uygulamasının adam kayırma ve biası arttırdığı görülmüştür [127,128].

### 9. Otonomik Uyarım ve Cevaplar

Psikopatinin nöroanatomik korelatlarını yukarıda geçen başlıkta amigdala hasarından söz edilmişti. Uyaran-duygu yanıtı ve otonomik aktiviteden sorumlu bir merkez olan amigdala disfonksiyonunda otonomik tepkilerde azalma beklenmektedir. Ayrıca, hipotalamohipofizer aksın bozulduğu durumlarda otonomik disfonksiyon görülecektir.

Psikopatik bireylerde deri iletkenliği ve uyarılabilirliğin düşük olduğu uzun süredir bilinmektedir. Buna ek olarak bir çalışmada düşük isrirahat direnci ve uyaranla yavaş artan deri direnci saptanmıştır [129]. Düşük deri direncinin heyecan arama, korku koşullanmasındaki zayıflık ile korele olduğu düşünülmektedir [130]. Duygusuz-donuk ergenlerde yapılan bir çalışmada nötral, korktucu, üzüntü veren slaytlar gösterilmiş, deri iletkenlik yanıtının azaldığı görülmüştür. Benzer sonuçlar juvenil psikopatik bireylerde de saptanmıştır [131,132,133,134].

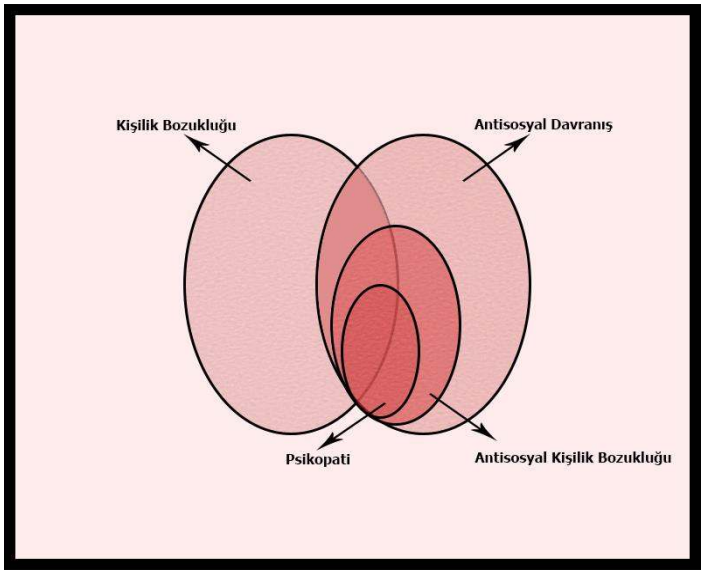
## B- PSİKOPATİ ANTi SOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU İLİŞKİSİ

Harvey Clekley 1941 yılında Mask of Sanity adlı kitabında psikopatinin geleneksel olarak bir kişlik sorunu olup, afektif bir yetersizliğin bileşeni olduğunu söylemektedir. Bir önceki bölümde ASKB tanısının davranışsal özellikleri ön plana alarak baktığına, psikopatinin ise daha boyutsal yaklaştığı, vicdan duygu gibi içsel dinamiklere odaklandığı, kişilik özelliklerine vurgu yaptığı ve ASKB ye göre kısmen daha homojen bir yapı olduğu anlatılmıştı. Tüm bunların yanında, psikopatinin tüm kişilik bozuklukları içinde en sık beraberliği ASKB dir. Cezaevi populasyonunda ASKB tanısı %50-80 leri bulabiliyorken ciddi bir kontrast farkı ile psikopati tanısı %15 civarındadır.

ASKB ye ek olarak, psikopatide *narsisistik, borderline, paranoid kişilik bozukluğu* komorbiditesi görülebilir [135,136]. Yapılan başka bir çalışmada psikopati ile en sık ASKB, daha çok kadınlarda olmak üzere sınır kişilik bozukluğu ile korelasyon göstermekteyken; PKL *Faktör- 1*, narsisistik ve histriyonik kişilik bozukluğu ile pozitif, kaçıngan ve bağımlı kişilik bozuklukları ile negatif korelasyon göstermektedir [137].

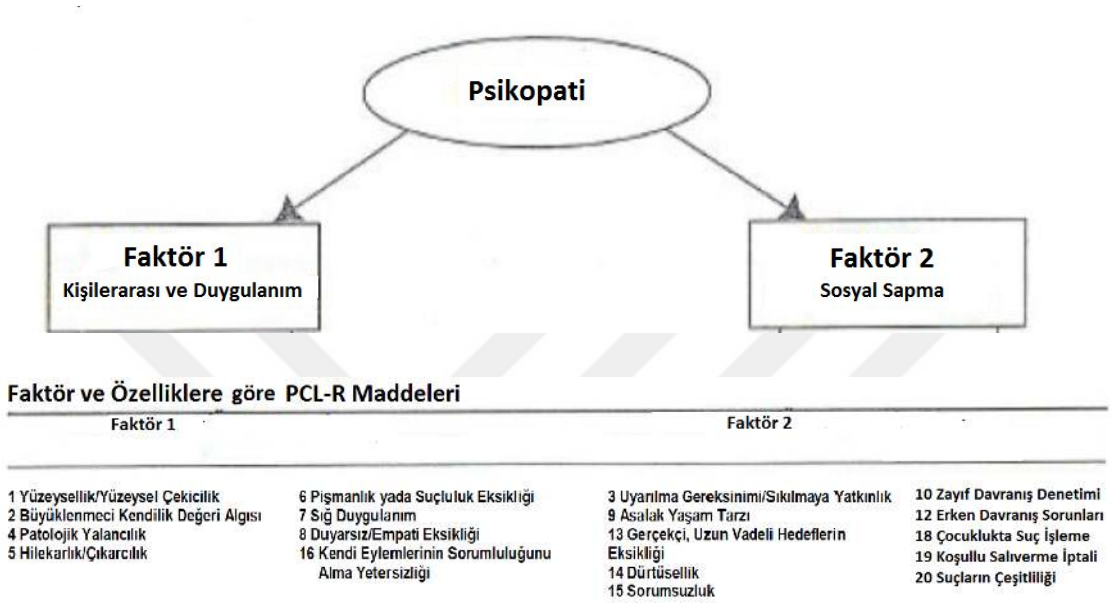
Her ne kadar ayrı tanılar da olsa, Psikopatik ASKB lerin suç işleme riski sadece ASKB tanısı almış kişilere göre çok daha yüksektir [138]. Kriminal bireylerin büyük bir kesiminde psikopati +ASKB birlikteliği gözlenirken, ASKB tanısı almış kişilerde psikopati tanısı çok daha az konulmaktadır. Bu kadar iç içe girmiş iki konsept için Herpertz &Sass ın (şekil-1) ve Hare PCL-R tablosuna (şekil-2) bakmak uygun olacaktır.

**Şekil.1**



**Şekil1.** Herpertz ve Sass a göre ASKB-psikopati-kişilik bozukluğu-antisosyal davranış diagramı

**Şekil. 2**




**Şekil 1:** Alt faktörlere göre PCL-R maddeleri

Görüldüğü üzere Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve Psikopati bazı noktalarda örtüşmektedir. PCL-R, *Faktör- 1* emosyonel özellikler, *Faktör- 2* antisosyal davranışlar şeklinde ayrışırken daha sonra *Faktör- 1 Kişilerarası* ve *Afektif*; *Faktör- 2* ise *Yaşam Biçimi* ve *Antisosyal Davranış* özellikler şeklinde gruplanır. Bu gruplamada *Faktör- 1* başkalarını kendi çıkarı yönünde - bencilce kullanımına işaret eder ve yüzeyel çekicilik, benlik değeri aşırı yükselmiş egoyu, patolojik yalan söyleme ve hilekarlık, vicdansızca-zalimce hareket etmeyi, suçluluk veya pişmanlık duygusunun olmaması, duygusal derinliğin olmamasını, empati yoksunluğu, kendi eylemlerinden ötürü sorumluluk almama gibi özelliklerle ilişkilidir. *Faktör- 2* ise, stabil olmayan bir antisosyal yaşam tarzı olarak tanımlanmıştır. Can sıkıntısına karşı aşırı uyarı ihtiyacı, çabuk öfkelenme / zayıf davranış kontrolü, parazitsel yaşam tarzı, erken davranış sorunları, uzun süreli gerçekçi planların olmayışı, dürtüsellik, erken yaşta suç ile tanışmak, şartlı tahliyenin başarısız sürdürülmesi, çoklu evlilik, çok yönlü suç davranışları

gibi özelliklere işaret eder. Toparlayacak olursak *Faktör- 1*, birincil psikopatiye; *Faktör- 2* ise ikincil psikopatiye işaret eder [139].

Bir diğer bakış açısıyla *Faktör- 1* Psikopatik özelliklere daha çok işaret ederken, *Faktör- 2* ASKB ile korelasyonu daha yüksektir.

Bu durum ASKB tanıları ile karşılaştırıldığında *Faktör- 1 Kişilerarası* özelliklerde Patolojik yalancılık ve hilekarlık, *Afektif* özelliklerde pişmanlık/suçluluk eksikliği ile; *Faktör- 2* nin *Yaşam Biçimi* özelliklerinde uyarılma gereksinimi, Dürtüsellik ve Sorumsuzluk maddleri, *Antisosyal* özelliklerde ise zayıf davranış denetimi, erken davranış sorunları, suçların çeşitliliği maddeleri ASKB tanısı ile örtüşmektedir.

Disosyal Kişilik Bozukluğu ile Psikopati ilişkisine baktığımızda *Faktör- 1 – Kişiler arası* özellikte ortak madde bulunmaz iken, *Afektif* özelliklerde pişmanlık ve suçluluk eksikliği, empati kaybı, kendi davranışlarını alma sorumluluğu maddeleri, *Faktör- 2 – Yaşam Biçimi* özelliklerden sorumsuzluk, *Antisosyal* özelliklerden zayıf davranış denetimi maddeleri örtüştüğü görülmektedir.

### C.1. Psikopati – ASKB – Aleksitimi İlişkisi

*Aleksitimi*yi, kişinin duygularını fark etmesinde, tanımasında, onların ayırdına varmasında ve ifade etmesindeki güçlük olarak tanımlayabiliriz [140,141].

Klinikte ilk çalışma alanları psikosomatik hastalar olsa da ilerleyen dönemde major depresif bozukluk, travma sonrası stress bozukluğu, yeme bozuklukları gibi çok çeşitli alanlarda çalışmalar yapılmıştır [142]. Aleksitimik kişilere bir durum hakkında ne hissettikleri sorulduğunda çoğunlukla hem ne hissettiklerini bilmedikleri hem de bunu ifade etmekte zorlandıkları dile getirilir. Zaman zaman anlamlandıramadıkları öfke, çıldırma tarzında duygusal patlamalar yaşanabilir [143,144].

Agresyon üzerine yapılan bir çalışmada aleksitimi puanı yüksek bireylerde, grup içi dinamiklerde daha agresif davrandıkları gözlemlenmiş, bir diğer araştırmada antisosyal davranışlar ile yüksek aleksitimi puanları arasında korelasyon bulunup, erişkin dönemdeki çevreye yönelmiş şiddet ile ilişkisi gösterilmiştir [145].

Psikopatide emosyonel, özellikle negatif emosyonlara karşı disfonksiyonel yaşantıların olduğu önceki bölümlerde belirtilmişti. Bu durumun antisosyal davranışlar ve agresyon ile

ilişkili olduğu gösterilmiştir. Kişinin kendi duyguları ile olan ilişkisine baktığımız Toronto Aleksitimi Ölçeği ile psikopati puanları, dürtüsellik ve agresyon ilişkili bulunmuştur [146]. Taylor çalışmasında aleksitimiyi, bilişsel işlevler ile duyguları module edememe, etkilenen olayların bilişsel değerlendirmesinde bir sorun olarak yorumlamaktadır [147].

Bu duruma ek olarak Dimaggio ve ark a göre aleksitimi içsel yaşantıları, onlara neden olan olaylar ile ilişkilendirme sorunu olduğunu söyler. Çalışmalarında aleksitimi skorları ile bilişsel işlevler arasındaki korelasyonu incelemektedirler [148]. Yakın zamanlı başka bir çalışmada ise emosyonel disfonksiyon ile agresyon ve dürtüsellik arasındaki ilişki gösterilmiştir [149].

Bazı kişilik bozuklukları alt gruplarında da duyguların zayıf farkındalığı, duygular hakkında konuşma ve onları işlemedeki yetersizlik uygunsuz agresif davranışların psikopatolojisinde önemli bir temel nokta olarak görülmektedir [150]. Kişinin kendi durumunun farkında olamaması, sosyal çevresi, ilişkide olduğu insanlar ile istemeden de olsa sık sorunlar yaşamalarına neden olmaktadır. Aleksitimi tanısı almış kişiler, tanı konulmamış bireylere göre çevreleri ile olan sosyal temasta, kişilerarası ilişkilerinde hatta bir bir evliliği mutlu sürdürebilmekte sorunlar yaşadıkları belirtilmektedir [151,152].

Şiddet suçu işlemiş kişilerin bu bilgiler ışığında incelendiğinde yüksek aleksitimi skorları almış olduğu görülmektedir [153,154]. Bu alanda yapılan başka bir çalışmada ise Adli Tıp Kliniğinde yapılan aleksitimi ve hem psikopati total skorlarında hem de *Faktör- 1* ve *2* de negatif korelasyon bulunmuş olup psikopatinin tanı olarak homojen kriterleri olmasına karşın hasta grubunun heterojenliğine dikkati çekmektedir [155,156].

### C.2. Psikopati – ASKB – Çocukluk Çağı Travması İlişkisi

Travmatik çocukluk ve geçmiş yaşantılarının kişilik üzerine olumsuz etkileri uzun süredir bilinen, tartışmasız bir bilgidir. *Çocukluk çağı travma / örselenmelerinin şiddet üzerine olan etkileri direkt yolla mı yoksa psikiyatrik komorbiditler üzerinden mi oluşmaktadır?* Sorusu önemli bir nokta olarak karşımıza çıkmaktadır [157].

Nörogelişimsel olarak ilgili beyin bölgelerinde emosyonel defisit ve sosyal kognisyon defektlerini görebiliyoruz. Çocukluk çağı psikopatolojilerinin yansımalarını ve izlerini güvensiz bağlanma, düşük benlik saygısı, emosyonel dalgalanmalar, güven konusunda zorlanmalar, akran reddi ve eğitim düzeyi yetersizliğinde sürebilmekteyiz [32]. Aile içi şiddet,

fiziksel travma nın ASKB gelişiminin yanında alkol bağımlılığı riskini de arttırdığı ve erişkin yaşamdaki şiddet davranışları ile korele olduğu gösterilmiştir [34,35]. Damasio ve ekibinin araştırmalarında da orbitofrontal korteks (OFK) bölgesinin, çocukluk çağı travmalarından etkilenmeye karşı oldukça hassas olduğu ve davranım bozukluklarına yol açtığını belirtilmektedirler [39,40]. Yaklaşık %50 sinin aileleri tarafından reddedilmiş olan 62 seri katil ile yapılan bir araştırmada ise fizksel/cinsel/emosyonel kötüye kullanımın 3 kat daha fazla olduğu [158], başka bir çalışmada ise ASKB+Yüksek psikopati skoru almış mahkumlarda psikopati tanısı almayanlara göre fiziksel travmanın belirgin olduğu saptanmıştır [115].

Terk edilme ve ihmalin seri cinayet ve şiddet suçu ilişkisi bir çok çalışmada gösterilmiştir. [159] Şiddet suçu işlemiş ASKB tanısı almış psikopatik bireylerde yapılan bir çalışmada çocukluk çağında fiziksel travmanın sıklığı, psikopati tanısı almamış ASKB ve suç işlememiş kişilere göre daha sık olduğu, reaktif agresyon ile ilişkili olduğu kaydedilmiştir [160].
Disosiatif travma, çocukluk çağında kötü muamele görmüş olmanın sadistik, kontrollü cinsel fanteziler ile ilişkili olabildiğini, erkek cinayet hükümlüleri ve seksüel suçlularda bu durumu destekler bulunduğu belirtilmiştir. Yine bazı seri katillerde, parafilik ve şiddet içerikli cinsel fanteziler olabildiğine dair kanıtlar mevcuttur [161,162,163].

### C.3. Psikopati – ASKB – Duygu Tanıma İlişkisi

Sosyal yaşam, *öteki* nin duygularını tanıma, anlama ve bunlardan çıkarımlar yapmaya bağlıdır. Bu mekanizma, beyinde zihinsellik ağı zemininde birçok merkezi içine alacak şekilde oluşturulmuştur [164,165,166].

Sosyal Kognisyon ise, kişinin sosyal-emosyonel bağlamlarda sosyal ortamına dair yargılama ve davranışlarının ardındaki temsillere ait bilgilerin işleme süreci şeklinde nitelenebilir. Sosyal uyaranların ve kişiler arası ipuçlarının anlaşılması, çevre ile uyum sağlayan eylemlerin yönlendirilmesine dayanır. Bu değerlendirme bazı alt başlıklardan oluşmaktadır:

Zihin Kuramı: Kişinin kendisi ve ‘’öteki’’nin zihinsel süreçleri, niyeti, ilgisi hakkında çıkarım yapması, tahminlerde bulunması ve davranışlarını yönlendirmesine dayanmaktadır. Birkaç bileşenden oluşmaktadır [167,168] :

- Birinci Derece Zihin Kuramı: Bir inancı başka bir kişiye atfedebilme becerisidir. Bir duruma ilişkin bilgileri tanıması, atıf yoluyla ‘’öteki’’nin bilmediği ya da yanlış bildiği durumları anlamasıdır. Perner ve Wimmer tarafından geliştirilen ‘’Yanlış İnanç Çalışması’’(1978) ya da ilerleyen dönemde Baron-Cohen ve ekibi tarafından geliştirilen ‘’Sally-Ann Paradigması’’ [ii] ile kişinin yanlış inançlara ilişkin değerlendirmesi anlaşılabilir. Burada beklenen birinci derece yanlış inancı doğru olarak saptamak, ikinci olarak da diğer kişinin yanlış inancı olduğunu kavrayabilmektir. Yaklaşık 4 yaşlarında geliştiği düşünülmektedir [169].

- İkinci Derece Zihin Kuramı: Birinci derece zihin kuramının sonrasında gelişir. Yanlış inançları atfedebilme, ikinci bir kişinin üçüncü kişinin düşüncesi hakkındaki düşüncesi anlayabilme becerisidir. Stone ve ekibinin geliştirdiği ‘’İkinci derece Yanlış İnanç Çalışması’’ ile değerlendirilir. (1998). Burada ilk aşamada beklenen kişinin hikayedeki karakterlerin düşüncelerini anlaması, ikinci aşamada bir karakterin, diğerinin düşüncesi hakkındaki zannettiği yanlış inancı belirtmesidir. hakkında Yaklaşık 6-7 yaşlarında geliştiği düşünülmektedir [170].

- Metafor ve İroni Anlama: Bir dilin asgari şekilde anlaşılabilmesi Semantik (kelime anlamı) ve Syntax (gramer bilgisi) a bağlıdır. Bunun yanında dilbilimsel açıdan anlama süreçleri sözel ve sözel olmayan yapıları, imaların, soyutlamaların da yorumlanmasının gerektiği komplike süreçleri içermektedir.
  Metafor kavrama, kelimenin bilinen semantik karşılığı olmadığının bilinmesini, bunun soyutlanarak örtük anlamının anlaşılmasının gerekliliğini açıklar. İroni ise dilin bir kavramı anlatmak için dolaylı bir yolun kullanılmasıdır. Ciddi bir empatik yetenek gerektirir. Konuşmacının yüz ifadesinden, tonlamasının anlaşılmasına kadar karmaşık zihinsel süreçleri içerir. Metafor en azından birinci; ironi anlama ise ikinci derece zihin kuramı gerektirmektedir [171].

- Faux Pas/ Pot Kırdığını Anlama: Nörogelişimsel süreçte en karmaşık zihin kuramı yeteneğidir. Pot kırma, konuşma esnasında dinleyicinin duymak istemeyeceği, bundan olumsuz etkilenebileceğine ilişkin bir şeyin, değerlendirme yapılmadan söylenmesi

[ii] **Hikaye:** Sally kendi sepetine bilye koyar ve sahneden çıkar. Anne, mevcut bilyeyi alır ve kendi sepetine saklar. Sally daha sonra geri gelir.
**Soru:** Sally bilyeleri nerede arayacaktır?
Eğer kişi bilyenin ilk yerini söylerse Birinci derece yanlış inanç sorusunu doğru değerlendirip bu aşamayı geçer. Eğer son koyulan yerde olduğunu söylerse Sally nin inancını tahmin etmede başarısız olur.

sonucu oluşur. Burada ‘ *’kişinin söylenmemesi gereken bir şeyi söylendiğinde, bu durumun söylenmemesi gerektiğini bilmeyişini’’* anlamayı içeren *bilişsel* ve söylenen kişide uyandırılan ‘’utanma, üzülme’’ gibi emosyonel yanıtları içeren *afektif* zihinsel bileşenleri kavramayı içeren oldukça karmaşık bir düzen vardır [172].

- Duygu Tanıma ve İşleme Süreçleri: Duyguları tanıma, adlandırma, kavrama ve onları işlemleme süreçlerini kapsar. Kognitif işlemlemeden ayrı olarak, algısal boyutu değerlendirdiği düşünülmektedir. Sosyal Kognisyon, kişinin çevresi ile ilişkisini sosyal-emosyonel bağlamda ele aldığı için duygu tanıma, zihinsel işlevlerin ve davranışların sergilenmesinde önemli bir ‘’pre-processing’’ (ön işlemleme) evresi olduğu için Zihin Teorisi kapsamında ele alınmıştır.

  Duygu tanıma, bu işlevler arasında önemli bir yer tutmaktadır. Psikiyatrik rahatsızlıklara bakıldığında duygu tanıma işlevinin bir çok klinik durumda bozulduğu belirtilmiştir. Şizofreni, Williams Sendromu, Otizm Spektrum Bozuklukları, Frontotemporal Demans, ASKB, Borderline Kişilik Bozuklukluğu bu durumlara örnek verilebilir [100,173, 174,175, 176,177].

Antisosyal Kişilik Bozukluğu ve psikopati araştırmalarına bakıldığında korku ve keder taşıyan yüz ifadelerinin tanınmasında zorluk olduğu birçok yayında gösterilmiş ve desteklenmiştir. Fizyopatolojik olarak azalmış amigdala, prefrontal korteks, görsel alan fonksiyonlarının aralarındaki integrasyon defektleri nedeniyle oluştuğu düşünülmektedir. Bu noktada, Zihin Teorisi tartışmalarında ’öteki’ nin zihin süreçlerini anlamak için empati kavramını da tartışmak gerekmektedir[iii]. Afektif empati, ’öteki’ nin duygularını anlamaya ve bu duygulara yönelik tepkiler oluşturma sürecidir. Ana yapı olarak Ventromedial Prefrontal Korteks (VMP) ile ilişkilidir. ASKB ve psikopatik bireylerin duygu tanıma bozukluğuna ek olarak empati yeteneklerinde bozulma olmasının tek olmayan ama en kapsamlı nörobiyolojik açıdan açıklaması: Nöroanatomik yapı ve fonskiyona ait *ortak alan* ın etkilenmiş olmasıdır. [178, 179]

[iii] Empati kavramı, ‘’Kognitif’’ ve ‘’Afektif’’ komponent olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir. Kognitif empati, ‘’öteki’’ nin niyetini, düşüncesini, inancını, arzu ve isteklerini anlamaya çalışma; Afektif empati ise ‘’öteki’’nin duygularını, hissedişini deneyimleme ve paylaşım sürecidir.

## C- Karar Verme Süreçleri ve Somatik İşaretleyiciler Hipotezi

*"Tamam da, ne diyeceğim şimdi bu zihin hakkında, yani kendim hakkında? Zira buraya kadar kendimde zihinden başka bir şey bulunduğunu hiç kabul etmedim''* [180]

René Descartes' in Dualizm yaklaşımında tinsel bir akıl – *res cogitans* - ile maddi beden – *res extensa* - tamemen ayrışmıştır. Beden ve zihin iki ayrı tözdür. Düşünen ruhtur.
Bu net şekilde yapılan ayrımın merkez noktasını ensefalonun içindeki epifiz bezi olarak seçmiş ve bu işleyişi bir çeşit tanrısal güce atfetmiştir. O' na gore ruhun işlevlerini bedende yerine getiren bölüm burasıdır. Buradan geçerek işlevlerini yerine getirmektedir.
Bu yaklaşım hem uzun yıllar felsefeyi etkisine almakla beraber vücutsuz zihin görüşü batı tıbbını da uzun süre meşgul etmiştir [181,182].

Bu noktada, son iki yüzyılda gerçekleşen anatomo-fizyolojik çalışmalar neticesinde uzaklaşılan ve insanın varoluş biçimini açıklamaktan uzak olan Dualist teoriye karşı bir nevi Nörobilim in cevaplarından biri olan Somatik İşaretleyiciler Hipotezine bakmak uygun olacaktır.
Bu teori, akıl yürütmenin, karar vermenin, ahlaki yargılamanın, çekilen acıların, kaçınmaların, zevklerin ve diğer duyguların vücuttan ayrı bir zihinde var olabileceği önermesine karşı zihin ve bedenin aslında bir bütün halinde çalıştığı ve birbirleri ile etkileşim halinde olduklarına dair bir önermedir aynı zamanda.

### D1. Somatik işaretleyiciler Hipotezi - Iowa Kumar Testi ve Psikopati:

Akıl yürütmenin amacının karar vermek olduğu, karar verme süreçlerinin de belli bir durumla bağlantılı bir sözcük, bir cümle, bir mimik hatta sessizlik ya da bunların kombinasyonu bir tepki seçimi olduğu bilinmektedir [9,10].
Somatik işaretleyiciler Antonio Damasio ve ekibi tarafından hipotetik şekilde gerçekleştirilen bir dizi çalışma sonucunda neticelendirdikleri, emosyonel ve afektif durumların karar verme süreci üzerindeki etkisini bir çeşit alarm sinyalleridir. Bir somatik hal oluşturan duygu ve hislerin öğrenme yoluyla belli senaryoların gelecekteki temsillerine ve sonuçlarına ilişkin çıkarımlarda bulunmamızı sağlayan otonom sistemini de içine alan bedensel tepkilerdir [183–185].

Laboratuar şartlarında ölçülebilecek otonom sitemi yanıtlarından birisi deri iletkenliği tepkisidir. Buradaki fizyolojik süreç: belli bir algı ya da düşünceyi takiben bedenimizde bir ‘’somatik hal’’ oluşur (bir duygu hali) ve otonom sinir siteminin hızlıca devreye girmesiyle de ter bezleri sekresyonunda artma / azalma ortaya çıkar. Bu tepkiselliği ölçmek amacıyla iki elektrod arasından düşük voltajlı eletrik geçirilerek ölçüm yapılır ve dalga boyu ölçülür. Bu noktada Eliott olgusu[iv] gibi VMP hasarı olan bireylerde yapılan ölçümlerde, sağlıklı bireyler huzursuz edici görüntülere sayısız tepki vermelerine karşın frontal hasarlı bireylerde herhangi bir kayıt alınamamıştır.
Bu da emosyon regulasyonunda OFK, VMP ve amigdala nın işlevi konusunda önemli bir çıkarımda bulunmamızı sağlamıştır.

Hipotez başlangıçta OFK, amigdala ve ventral striatum üzerinde dursa da ilerleyen dönemde yapılan araştrrmalarda karar verme süreçleri üzerinde insula, somatosensoryal korteks ve bazal ganglia yapılarının da içinde olduğunu göstermiş yine izleyen dönemde primer araştırmacıların VMP- OFK hasta seçimlerinde bias olabileceği tartışılarak dorsolateral prefrontal korteks (DLPFK) ve anterior singulat korteksin (ASK) de bu sürece dahil olduğuna ilişkin literatür verileri paylaşılmıştır. Bu çalışmaların da gösterdiği en önemli veri, hemen hemen tüm çalışmalarda ortak nokta OFK ve amigdala nın karar verme süreçlerinde etkin olduğu sonucudur [186, 187, 188, 188–190].

O dönem Damasio’nun doktora sonrası öğrencisi olan ve daha sonra bu konuda biriken literatüre önemli katkılar yapacak olan Antoine Bechara’nın Hanna Damasio ve Steven Anderson’ın geliştirdiği *‘’Iowa Kumar Testi’’* ise riskli durumlarda karar verme süreçlerini ve performanslarını değerlendirilebilmesi amacıyla tasarlanmıştır. Oyun devam ederken kart seçimleri oldukça sağlıklı bireylerin yavaş yavaş kötü bir sonucu tahmin etmeyi öğrenmesi ve seçimleri bu yönde yapması beklenmektedir. İlerleyen çalışmalarada da ekip temel homeostatik süreçleri düzenleyen sistemlerin bilinçli, bilişsel işlemler için zemin hazırlayıcı olup olmadığını araştırmış ve önemli veriler elde etmiştir.
Bechara ve ekibinin VMP ve amigdala aktivitesini incelediği bir çalışmada her iki bölgenin birbirinden bağımsız şekilde hem karar verme hem de nörofizyolojik olarak anlamı şekilde normal kontrollerden farklılaştığı ve bozulmalar gösterdiği tesbit edilmiştir. Bu durum, bu

[iv] VMP hasarı olup, nöropsikolojik testlerde bozulma göstermeyen, Somatik İşaretleyiciler Hipotezi ve Iowa Kumar Testinin geliştirilmesinde önemli payı olan klinik olgu

bölge hasarlanmalarının karar alma mekanizmalarında kilit bir rol oynadığını göstermesi açısından önemlidir [191,192].

Bir diğer *edinsel sosyopati* örneği olan davranışsal varyant frontotemporal demans çalışmasında atrofinin belirgin olduğu frontal korteks fonksiyonlarında hem zihin teorisi testlerin de hem de karar alma süreçlerinde bozulma yaşandığı ve korelasyon gösterdiği görülmektedir. Bu da bu bölgenin insanın varoluş sürecinde prefrontal korteks fonksiyonlarının önemine ilişkin bulgularımızı güçlendirmektedir [193] . Edinsel sosyopati alanında veriler hipotezleri doğrular niteliktedir. Gelişimsel sosyopati diye nitelendirebileceğimiz nörogelişimsel bir bozukluk olan psikopati alanında yapılan karar verme süreçleri çalışmalarında da benzer bulgular saptanmaktadır [194, 195, 114, 196, 197, 198].

## V- AMAÇLAR

Bu çalışmanın amacı, *gelişimsel sosyopati* penceresinden ASKB tanısı almış olan yüksek psikopati skorlarına sahip; cezaevinde bulunma ana sebepleri *cinayet* olan hükümlülerin karar verme süreçlerini, duygu tanıma ve psikopati özellikleri açısından incelemektir.
Bu bilgilerin mediko-legal literatüre ışık tutması, adli psikiyatri alanında hala aydınlatılmaya ihtiyaç birçok alanın bulunduğu bir ortamda klinisyenlere tanı ve tedavi alanında fikir sağlayabilmesi amaçlanmıştır.

## VI- ÖRNEKLEM VE YÖNTEM

### A- Örneklem

#### 1. Hastalar

Bu çalışmaya Haziran 2016 – Mayıs 2017 tarihleri arasında TC Adalet Bakanlığı Silivri Ceza – İnfaz Kurumu 1 - 3 -7. Cezaevinde cinayet suçundan hüküm giymiş ve çoğunluğu müebbet hapis cezası almış olan 23 mahkum dahil edildi. Görüşmeler de içleme ve dışlama kriteri aynı psikiyatri hekimi tarafından yapılıp, veriler kurumun psikiyatristi ile değerlendirilmiştir. Çalışmaya daha sonra, yaş, cinsiyet ve eğitim durumu eşleştirilmiş 23 sağlıklı kontrol dahil edilmiştir.

Hastalar için içleme ölçütleri:

1) DSM-V için Yapılandırılmış Klinik Görüşme/Klinik Versiyon (SCID-I/CV) ile ASKB tanısının konulması,
2) Hare PCL-R kriterlerine göre 25 psikopati puanı ve üstünde yer alması.
3) 18-60 yaş arasında olmak,
4) Okur yazar olup, IQ kapasitesi hafif mental retardasyonun altına olmamak.
5) Çalışmanın amaç ve yöntemi anlatıldıktan sonra kendi isteği ile dahil olmak istediğini belirtiyor olmak

Hastalar için dışlama ölçütleri:

1) DSM-V için Yapılandırılmış Klinik Görüşme ile Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk, BTA Psikotik Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu tanısı almış / alıyor olmak.
2) Major Depresif Bozukluk tanısı alıp aktif tedavi görüyor olmak
3) Görüşmeler süresince madde/ilaç bağımlılığı tanısı alıyor olmak
4) Genel tıbbi durumu bozan akut ya da kronik fiziksel bir hastalığın (neoplastik, endokrin ve immun bozukluklar, enfeksiyon vb.) olması,
5) Nöbet, santral sinir sistemi enfeksiyonu, serebrovasküler hastalık, 30 dakikadan fazla bilinç kaybına neden olan ya da hastane yatışı gerektiren kafa tavması öyküsü gibi nörolojik bir hastalığın olması,
6) Dil problemi yaşanıyor olması

**2. Kontrol Grubu**

Hastalarla cinsiyet, yaş ve eğitim yılına göre bire bir eşleştirilmiş olan 23 sağlıklı gönüllü çalışmaya kontrol grubu olarak alındı. Kontroller sosyal çevreden ve İstanbul içinden çalışmaya alındı.

Kontrol grubu için dışlama ölçütleri:

1) DSM-V tanı ölçütlerine göre herhangi bir psikiyatrik bozukluk tanısının konulması
2) Herhangi bir psikotrop kullanıyor olmak,
3) Birinci derece akrabalarında psikiyatrik bozukluk olması,
4) Genel tıbbi durumu bozan akut ya da kronik fiziksel bir hastalığın (neoplastik, endokrin ve immun bozukluklar, enfeksiyon vb.) olması,
5) Nöbet, santral sinir sistemi enfeksiyonu, serebrovasküler hastalık, 30 dakikadan fazla bilinç kaybına neden olan ya da hastane yatışı gerektiren kafa tavması öyküsü gibi nörolojik bir hastalığın olması.

**B- Yöntem**

Çalışma, İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından değerlendirildi ve etik yönden uygun bulundu. Tüm katılımcılara çalışmanın amacı, yöntemi ve olası riskleri ile ilgili ayrıntılı bilgi içeren onam formu verildi ve yazılı onayları alındı. Hastalar ve sağlıklı kontroller için kullanılmış olan bilgilendirilmiş onam formu örnekleri sırasıyla Ek 1' de gösterilmiştir.

**1. Klinik Değerlendirme**

Katılımcıların demografik bilgilerini toplamak amacıyla yazarlar tarafından oluşturulan yarı yapılandırılmış görüşme formu (Ek-2) kullanıldı. Katılımcıların tümüne Toronto Aleksitimi Ölçeği (Ek-3), Savunma Biçimleri Testi (Ek-4), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (Ek-5), Gözlerden Zihin Okuma Testi (Ek-6) , Hare Psikopati Kontrol Listesi (Ek-7) ve Iowa Kumar Testi (Ek-8) uygulandı.

**Sosyodemografik ve Suç Geçmişi ile İlişkili Görüşme Formu**

Örneklem ve kontrol grubunun sosyodemografik, klinik ve suç ile ilişkili özelliklerini değerlendirmek amacıyla araştırmacı tarafından hazırlanan formda cinsiyet, yaş, doğum yer, kendisinin ve ebeveynlerinin eğitim durumu, medeni durumları, intihar ve self-mutilatif girişimler, askerlik durumu, ekonomik düzeyi, psikiyatrik tanı ve yatış durumu, sosyoekonomik durum, alkol

ve madde kullanım öyküsü, meslek, çalışabilirlik durumu, işlediği suç / suçlar gibi özellikler araştırılmıştır. Form hastalarla görüşme yapılarak araştırmacı tarafından doldurulmuştur.
Kontroller ile cezaevi öncesi karşılaştırma, ASKB+psikopati grubundaki bireyin cezaevine girdiği yaş ile eşleştirilen kontrol grubundaki bireyin aynı yaşa kadar olan psikiyatrik değerlendirmesinin mukayesesi şeklinde yapılmıştır. Böylelikle suç işleme yaşına kadar ki psikiyatrik durumları hakkında fikir edinilmeye çalışılmıştır.
Dosyadaki psikiyatri tanı ise, hükümlünün cezaevine girdikten araştırma için yapılan muayene esnasına kadar olan zamandaki psikiyatri poliklinik kayıtlarının incelenmesi ile oluşturulmuştur. Kontrol grubunda ise bu durum, eşleştirildiği ASKB+psikopati grubundaki bireyin cezaevine girdiği yaşı baz alınarak, kontrol grubundaki bireyin o yaşından araştırma için yapılan muayeneye kadar olan psikiyatri başvurularını kapsamaktadır.

**Yarı Yapılandırılmış Psikiyatrik Görüşme:**

Mevcut psikiyatrik değerlendirme hasta ve kontrol grupları ile yapılan ilk görüşmede sosyodemografik veriler tarandıktan sonra yapılmış olup, DSM-5 esas alınarak hastalarda dışlama kriterlerine uygun olacak şekilde Şizofreni, Şizoaffektif Bozukluk, BTA Psikotik Bozukluk, Bipolar Bozukluk, Yaygın Anksiyete Bozukluğu taranmıştır.

**Toronto Aleksitimi Ölçeği**

Taylor ve arkadaşlarının (1989) geliştirip, geçerlik ve güvenirlik çalışmalarını yapmış olduğu bu ölçek 26 soru içermekte, doğru ya da yanlış olarak yanıtlanan bir öz bildirim ölçeğidir. Ölçeğin kesme puanı 11 olarak belirlenmiştir. Türkçe çevirisi, geçerlik ve güvenirlik çalışması Dereboy tarafından yapılmıştır.[199]

**Savunma Biçimleri Testi**

Bond ve arkadaşları (1983) tarafından geliştirilen Savunma Biçimleri Testi (SBT), 88 maddeden oluşan, 26 savunma biçiminin değerlendirildiği kendini değerlendirmeye dayalı bir ölçektir. Yapı geçerliği çalışması, SBT'deki savunmaların ilkel savunmalar, imge çarpıtan savunmalar, kendiliği gizleyen savunmalar ve matür savunmalar olarak 4 faktörde toplandığını göstermiştir. Savunma mekanizmalarının ele alınmasının ardından Andrews ve ark. (1989) 88 maddeden oluşan SBT'yi yeniden revize ederek 72 maddelik formunu oluşturmuşlardır (SBT-72). SBT- 72'de 3 ayrı faktör (*İlkel, Nevrotik ve Olgun savunma biçimleri* ) 20 savunma biçimi şeklinde ele alınmıştır.
Olgun Savunmalar: Yüceltme, mizah, beklenti, baskılama
Nevrotik Savunmalar: Yapma-bozma, psödo-altruizm, idealleştirme, reaksiyon-formasyon

İlkel Savunmalar: Yansıtma, pasif agresyon, dışa vurma, izolasyon, değersizleştirme, otistik fantezi, inkar, yer değiştirme, bölünme (disosiasyon), bölme, ussallaştırma (rasyonalizasyon), bedenselleştirme (somatizasyon)
Geçerlilik güvenilirlik çalışması Yılmaz ve ark. Tarafından yapılmıştır. [200, 201, 202]

**Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)**

Bernstein ve arkadaşları tarafından 1994 yılında geliştirilen bu ölçek, önceleri 70 maddeyken daha sonra 28 maddeye düşürülmüştür. Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması 2012 yılında Şar ve arkadaşları tarafından yapılmıştır**.** Fiziksel, duygusal ve cinsel istismar; fiziksel ve duygusal ihmal alt birimlerinden oluşan beş adet çocukluk çağı travması biçimini saptamaktadır. Beşli Likert tipte bir kendi bildirimli ölçektir. 28 sorudan üçü (10,16 ve 22) minimizasyon faktörünü ölçmekte, olumlu ifadelerden elde edilen puanlar ters çevrilmektedir. [203, 204]

**Gözlerden Zihin Okuma Testi (GZOT)**

Gözlerden Zihin Okuma Testi, Baron – Cohen ve ekibi tarafından Otizm tanısı çocuklar için geliştirilmiş olup, 1997 yılında erişkin versiyonu geliştirilmiş son olarak da 2001 yılında gözden geçirilmiş versiyonu kullanılmaya başlanmıştır. Bu test, 32 adet sadece göz çevrelerinin görüldüğü fotoğraf karesi ve bu karesinin çevresinde o kişinin hissettiği veya düşündüğü zihinsel durum veya duyguyu karşıladığı düşünülen bir yanıt ve onun çeldiricisi üç, toplam dört adet yakın yanıttan oluşmaktadır. Katılımcılardan, kendilerine sunulan dört öğe arasından kişinin zihinsel durumunu en iyi anlatan birini seçmeleri istenmektedir. Orijinal formatı 36 maddeden oluşan GZOT, ülkemizde yapılan Türkçe geçerlilik güvenilirlilik çalışmasının ardından 32 maddeye indirilmiş olup bu haliyle kullanılmaktadır. [205, 206]

**Psikopati Kontrol Listesi (Psychopathy Checklist-Revised, PCL-R):**

Hare, Cleckley'in psikopatiye dair belirtmiş olduğu özellikleri tekrar düzenleyerek yarı yapılandırılmış Psikopati Kontrol Listesi'ni (Psychopathy Checklist-Revised, PCL-R) geliştirmiştir.

PCL-R, toplam 20 sorudan oluşan 2 faktörlü bir yapı olacak şekilde tasarlanmıştır. Ölçeğin 2 faktörlü yapısı, psikopatiye dair farklı özellikleri işaret etmektedir. *Faktör- 1*, affektif kişilerarası ilişkiler , *Faktör- 2* ise 'antisosyal davranışları' tanımlamaktadır.

PCL-R'den belirli bir kesme puanın üzerinde alanlar psikopatik olarak değerlendirilmektedir. Fakat bu puan üzerinde net bir uzlaşı yoktur. Yapılan çalışmalarda psikopati kesme puanları farklı şekilde değerlendirmeye katılmıştır. [207,208]

Bazı kaynaklarda bu puan 30 kabul edilirken bazı kaynaklarda 25 puan, psikopatik demek için yeterli olmaktadır. Hare, puanlamanın yanında derecelendirme yapamanın tabloyu daha da aydınlatıcı yapacağını düşünmektedir. Bu derecelendirmeye göre 33-40 puan -çok yüksek- (5. düzey), 25-32 puan –yüksek- (4. Düzey), 17-24 puan -orta- (3. Düzey), 9-16 puan -düşük- (2. Düzey), 0-8 puanlar -çok düşük- (1. Düzey) olarak kaydedilmektedir. Genel anlamıyla Kanadalı ve Kuzey Amerikalı mahkumlar için kesme puanı olarak 30 alınırken, Avrupa'da yapılan çalışmalarda Avrupalı mahkumlar için psikopati kesme puanı 25 olarak kabul edilmektedir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Tütüncü ve ark. Tarafından 2015 yılında yapılan bu ölçek, yakın zamanda Ger ve ark. da PCL-R'ın yayın haklarını almış ve Derecelendirme Kitapçığı ile Görüşme Kılavuzunu Türkçeye çevirmişlerdir. Bu çalışmada kullanılan materyel Ger ve ark. tarafından çevirisi yapılmış olan kılavuz ve derecelendirme listesidir. [209,210]

**IOWA Kumar Testi**

Iowa Kumar testi (IKT) Bechara ve Damasio tarafından (1994) karar verme, özellikle de belirsiz durumlarda karar verme davranışlarını ölçülebilmesi amacıyla geliştirilmiştir. Başlangıçta dil, yürütücü işlev, bellek işlevlerinde sorunu olmayan izole VMP ve OFK hasarlarının etkilerinin görülebilmesi amacıyla tasarlanmışken, ilerleyen dönemde psikiyatride de bir çok alanda çalışmalara dahil edilmiştir. [211–213]

İçellioğlu tarafından normatif verileri toplanmış olup, Güleç ve ekibi tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Uygulama materyali olarak IKT nin bilgisayar versiyonu seçilmiştir.
Deneğin kısa demografik bilgisini kaydettikten sonra, '' teste başla'' komutu verilerek başlanır. Denek ekranda üzerlerinde A,B,C,D yazan dört kartı, kendisine başlangıçta verilen 2000 dolarlık borcu, kazanç hanesini görmektedir. Kendisinden bir kart çekmesi istenir, seçim sonrasında kart rengi değişir ve ekranda *''50 $ kazandınız ya da 250 $ kaybettiniz* '' gibi uyarı belirir. Kendisine kartların nitelikleri ve ne ölçüde kazandırdıkları/kaybettirdikleri söylenmez. Oyunun amacının olabildiğince *artı* değerde bitirilmeye çalışılması, bunu yaparken kartlara dikkat edilmesi gerektiği eklenir. Toplamda 100 kart seçilir ama bu sayıdan kişinin haberi yoktur ve oyunun sonuna kadar devam etmesi söylenmekte, sistemin oyunun otomatik olarak sonlandıracağı baştan

açıklanmaktadır. Kazanç ve kayıp için alt/üst limitlerden deneğe bahsedilmez. Oyun bitince verilere otomatik olarak dosya şeklinde kaydedilmektedir.

Bu oyunda A ve kartları çok kazandırıp / çok kaybettiren riskli kartlar, C ve D ise az kazandırıp / az kaybettiren mütevazi kartlar olarak nitelenir.
Sağlıklı bireylerin ortalama 30 kart çektikten sonra kartları tanımaya başladıkları ve seçimlerini daha çok C ve D den yana kullandıkları beklenmektedir. Bir başka açıdan yorumlanacak olursa kişiler burada yaşadıkları deneyimlerden çıkarsama yapıp seçimlerini ona göre yönlendiriyor ve seçim/karar alma süreçlerini bu deneyimlere göre belirleyebiliyorlardır. [214,215]

**C- İstatistiksel Değerlendirme**

**Klinik Verilerin Analizi**

Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 24.0 İstatistik paket programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Frekans, Yüzde, Ortalama, Standart sapma) yanı sıra normal dağılımın incelenmesi için Kolmogorov - Smirnov dağılım testi kullanıldı. Niceliksel verilerin karşılaştırılmasında iki grup durumunda, parametrelerin gruplar arası karşılaştırmalarında Bağımsız örnekler (İndependent samples) t testi kullanıldı. Ölçekler arası ilişkileri incelemek için Pearson Korelasyon Analizi kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi ve Fisher Exact test kullanıldı. Bağımsız değişkenlerin Bağımlı değişkene etkisini incelemek için Lineer Regresyon analizi kullanıldı. Sonuçlar % 95 güven aralığında, $p<0,05$ anlamlılık düzeyinde değerlendirildi.

## VII- BULGULAR

Bu bölümde, araştırma probleminin çözümü için, çalışmaya katılanların görüşme, test ve ölçekler yoluyla toplanan verilerinin analizi sonucunda elde edilen bulgular yer almaktadır. Elde edilen bulgulara dayalı olarak açıklama ve yorumlar yapılmıştır.

### A- Sosyodemografik ve Klinik Özellikler

Çalışmaya 23 çoğunluğu müebbet hapis cezası almış antisosyal kişilik bozukluğu tanısı ve ağır psikopati tanısı almış olan cinayet hükümlüsü ile cinsiyet, yaş, eğitim ve sosyodemografik özellikler bakımından eşleştirilmiş 23 sağlıklı kontrol dahil edildi. Sosyodemografik özelliklere ait bilgiler tablo-1 ve tablo-2 'de, gruplar arası ölçek dağılımı tablo-3'de, cinayet hükümlülerine ait ölçek puanları arasındaki ilişkilere ait Pearson Korelasyon Analizleri tablo-4'de, Iowa Kumar Testi (IKT) Toplam Para Miktarı Üzerine Etki Eden Faktörler tablo-5' de, IKT Skor-borç Üzerine Etki eden faktörler tablo- 6'da ve IKT *blok-1* ve *blok-2* arasındaki öğrenme ilişkisi tablo-7 de ve grafik 1' de görülebilir.

Sosyodemografik özelliklere baktığımızda yaş ortalamasının ASKB grubunda 37,70 ; sağlıklı kontrol grubunda 38,78 idi. Cezaevinde ortalama 90,7 aydır kalmakta oldukları kaydedilmiştir.

Verilerdeki anlamlılık taşıyan farklılıklara bakılacak olursa:

Cezaevine girdiği yaş ile kontrol grubunun aynı yaşa kadar olan süredeki gelir durumu, intihar girişimi , self-mutilatif davranışlar, çalışma durumu, alkol, madde kullanımı, almış olduğu psikiyatrik tedavi karşılaştırıldığında:

Cezaevi Öncesi Çalışma Durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2$=24,727; p=0,000<0.05). Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin 1'i (%4,3) nitelikli serbest meslek sahibi, 5'i (%21,7) tüccar, 4'ünün (%17,4) özel sektörde yönetici, 13'ünün (%56,5) özel sektörde işçi; kontrol grubunun 1'i (%4,3) özel sektörde memur, 13'ünün (%56,5) kamu sektöründe işçi, 9' unun (%39,1) özel sektörde işçi olduğu görülmektedir.

Gelir Durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2$=16,261; p=0,001<0.05). Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin 5'i (%21,7) <1000 lira, 6'sının (%26,1) 1000-2000 lira, 6'sının (%26,1) 2000-5000 lira, 6'sının (%26,1) 5000 < lira şeklinde kazanç dağılımının olduğu ; kontrol grubundan 6'sının (%26,1) 1000-2000 lira, 17'si (%73,9) 2000-5000 lira kazancı olduğu görülmektedir.

Hükümlülerin cezaevine girmeden son bir sene işsiz kaldığı süre (ay) puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (t=4.328; p=0.000<0,05). Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin cezaevine girmeden son bir sene işsiz kaldığı süre (ay) puanları (4,780), kontrol grubunun eşleşen yaştaki işsiz kaldığı süre (ay) puanlarından (0,130) yüksek bulunmuştur.

Hükümlülerin cezaevine girmeden son beş sene işsiz kaldığı süre (ay) puanları ortalamalarının grup değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur (t=4.157; p=0.000<0,05). Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin cezaevine girmeden son beş sene işsiz kaldığı süre (ay) puanları (17,740), kontrol grubunun eşleşen yaştaki işsiz kaldığı son beş sene işsiz kaldığı süre (ay) puanlarından (0,650) yüksek bulunmuştur.

Cezaevi öncesi intihar girişimine bakıldığında yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin 2'si (%8,7) ilaç, 1'i (%4,3) ası, 1'i (%4,3) kesi, 1'i (%4,3) diğer şeklinde cevap verirken, 18'inin (%78,3) herhangi bir intihar girişiminde bulunmadığını söylemişti; kontrol grubunda herhangi bir intihar girişimi yoktu. (%0.0)

Cezaevi Öncesi Self Mutilasyon açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2$=15,723; p=0,000<0.05). Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin 13'ü (%59,1) zarar verici davranışlarda bulunduğunu söylerken, 9'unun (%40,9) kendisine herhangi bir zarar verici davranışta bulunmadığını belirtiyordu; kontrol grubundan 1'i (%4,3) evet yanıtı verirken, 22'sinde (%95,7) zarar verici davranış yoktu.

Cezaevi Öncesi Alkol Durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2$=15,429; p=0,004<0.05). Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin 6'sının (%26,1) sosyal, 4'ünün (%17,4) aralıklı tepkisel kullanım, 5'i (%21,7) her akşam belli miktarda (2-3 bardak), 3'ünün (%13,0) her akşam belli mikatarda bir büyük şişe şeklinde tüketim yaptığı görülürken, 5'i (%21,7) alkol kullanmıyordu; kontrol grubundan 6'sının (%26,1) sosyal, 1'i (%4,3) her akşam belli miktarda (2-3 bardak) olduğu, 16'sının (%69,6) alkol kullanmadığı görülmektedir.

Cezaevi Öncesi Madde Kullanımı açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2$=30,879; p=0,000<0.05). Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin 2'si (%8,7) kannabis kullanım bozukluğu, 1'i (%4,3) nikotin kullanım bozukluğu, 12'si (%52,2) karışık madde kullanım bozukluğu, 4'ünün (%17,4) sigara ve kannabis kullanım bozukluğu tanısı aldığı, 4'ünün

ise (%17,4) madde kullanmadığı; kontrol grubunun 12’ si (%52,2) nikotin kullanım bozukluğu, 1' i (%4,3) sigara ve diğer kullanım bozukluğu tanıları aldığı 10' unun (%43,5) madde kullanmadığı görülmektedir.

Cezaevi Öncesi Almış Olduğu Tedavi açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2$=11,532; p=0,009<0.05). Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin 1'i (%4,3) antidepresan, 4'ünün (%17,4) antipsikotik, 3'ünün (%13,0) birden fazla medikasyon aldığı, 15'i (%65,2) ise herhangi bir tedavi almadığı görüldü; kontrol grubunun 7'si (%30,4) antidepresan kullanırken, 16'sı (%69,6) tedavi almadığını belirtmişti.

Askerlik Durumu açısından gruplar arasında anlamlı fark bulunmuştur ($X^2$=14,110; p=0,007<0.05). Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin 7'si (%30,4) askerliğini sorunsuz yapmiş, 3'ünün (%13,0) psikiyatrik nedenle muaf, 6'sının (%26,1) askerlik yapmış (ceza almiş, hava degişimi), 1'i (%4,3) muaf (başka nedenle), 6'sının (%26,1) henüz yapmamiş olduğu görüldü; kontrol grubundan 19'unun (%82,6) askerliğini sorunsuz yapmış, 1'i (%4,3) askerlik yapmış (ceza almış, hava degişimi), 1'i (%4,3) muaf (başka nedenle), 2'si (%8,7) henüz yapmamış olduğu görülmektedir.

Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin 1'i (%4,3) adam öldürme, 1'i (%4,3) yaralama, 9'unun (%39,1) birden fazla suç (1-4), 8'i (%34,8) birden fazla suç (5-8), 4'ünün (%17,4) 8 üstü; kontrol grubundan 23'ünün (%100) adli suç işlemediği olduğu görülmektedir. Adam yaralama suçu işleyen kişinin, cinayet cezasını çektikten sonra yakın zamanda işlediği ikinci suç yaralama olduğu için çalışmaya dahil edilmiştir.

Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin işlediği suçların niteliği 1'i (%4,3) tamamen şiddet dışı, 1'i (%4,3) orta dereceli şiddet, 1'i (%4,3) orta derecede ciddi şiddet, 20'si (%87,0) çok ağır şiddet; kontrol grubundaki 23 kişinin (%100) tamamen şiddet dışı olduğu görülmektedir.

Cezaevinde intihar girişimi maddesinde yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin 8'inin (%34,8) en az bir kez intihar girişiminde bulunduğu görülürken, 15'inin (%65,2) intihar girişiminde bulunmadığı kaydedilmişti; kontrol grubunun tümünün (%100) herhangi bir intihar girişimi yoktu.

İntihar girişim şekline bakıldığında yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin 3'ünün (%13,0) ilaç, 4'ünün (%17,4) ası, 1'inin (%4,3) kesi yoluyla intihara kalkıştığı, 15'inin girişiminde bulunmadığı kaydedilirken (%65,2); kontrol grubunun hiçbirinde intihar girişimi yoktu.

Cezaevinde alınan psikiyatrik medikal tedaviye bakıldığında yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin 13'ünün (%56,5) tedavi almadığı, 1'i (%4,3) antidepresan, 2'si (%8,7) antipsikotik, 7'si (%30,4) birden fazla tedavi aldığı kaydedildi.

Medeni durum, doğum yeri veya on beş yaşına kadar büyüdüğü yer, anne eğitim durumu baba eğitim durumu, ebeveyn medeni durum, öz/üvey kardeş özellikleri, ailede psikiyatrik öykü, dosyada psikiyatrik tanı, cezaevi öncesi psikiyatrik tanı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır. (p>0,05).

**Tablo-1:** Hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması

| | **Antisosyal / Psikopatik Grup (n=23)** | | **Kontrol Grubu (n=23)** | | **t** | **p** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | **Ort** | **Ss** | **Ort** | **Ss** | | |
| Yaş | 37,700 | 7,911 | 38,780 | 7,501 | -0,478 | 0,635 |
| Cezaevi Süresi (ay) | 90,780 | 51,568 | | | - | **-** |
| Kardeş Sayısı | 5,090 | 3,059 | 3,870 | 1,687 | 1,671 | 0,102 |
| Öz Kız Kardeş Sayısı | 1,910 | 1,535 | 1,520 | 1,310 | 0,930 | 0,357 |
| Öz Erkek Kardeş Sayısı | 2,300 | 1,428 | 2,350 | 1,152 | -0,114 | 0,910 |
| Üvey Kardeş Sayısı | 0,700 | 1,820 | | | - | - |
| Üvey Kız Kardeş Sayısı | 0,260 | 0,752 | | | - | - |
| Üvey Erkek Kardeş Sayısı | 0,570 | 1,237 | | | - | **-** |
| Cezaevine Girmeden Son Bir Sene İşsiz Kaldığı Süre (ay) | 4,780 | 5,116 | 0,130 | 0,626 | 4,328 | **0,000** |
| Cezaevine Girmeden Son Beş Sene İşsiz Kaldığı Süre (ay) | 17,740 | 19,629 | 0,650 | 1,799 | 4,157 | **0,000** |

**Tablo-2:** Hasta ve kontrol gruplarının sosyodemografik ve klinik özellikler açısından karşılaştırılması

| | | **Antisosyal / Psikopatik Grup (n=23)** | | **Kontrol Grubu (n=23)** | | **p** |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | **n** | **%** | **n** | **%** | |
| Medeni Durum | Evli | 10 | %43,5 | 16 | %69,6 | $X^2$=3,718 p=0,294 |
| | Bekar | 10 | %43,5 | 6 | %26,1 | |
| | Boşanmış | 2 | %8,7 | 1 | %4,3 | |
| | Dul | 1 | %4,3 | 0 | %0,0 | |
| Doğum Yeri Veya 15 Yaşına Kadar Büyüdüğü Yer | Koy | 1 | %4,3 | 0 | %0,0 | $X^2$=1,365 p=0,714 |
| | İlçe | 8 | %34,8 | 10 | %43,5 | |
| | İl | 4 | %17,4 | 3 | %13,0 | |
| | Büyük Şehir | 10 | %43,5 | 10 | %43,5 | |
| Eğitim Durumu | İlkokul | 5 | %21,7 | 5 | %21,7 | - |
| | Ortaokul | 10 | %43,5 | 10 | %43,5 | |
| | Lise | 6 | %26,1 | 6 | %26,7 | |
| | Yüksekoğrenim | 2 | %8,7 | 2 | %8,7 | |
| Anne Eğitim Durumu | Yok | 12 | %52,2 | 8 | %34,8 | $X^2$=2,982 p=0,394 |
| | İlkokul | 10 | %43,5 | 12 | %52,2 | |
| | Ortaokul | 1 | %4,3 | 1 | %4,3 | |
| | Lise | 0 | %0,0 | 2 | %8,7 | |
| Baba Eğitim Durumu | Yok | 5 | %21,7 | 3 | %13,0 | $X^2$=2,500 p=0,645 |
| | İlkokul | 16 | %69,6 | 16 | %69,6 | |
| | Ortaokul | 1 | %4,3 | 1 | %4,3 | |
| | Lise | 1 | %4,3 | 1 | %4,3 | |
| | Yuksek Öğrenim | 0 | %0,0 | 2 | %8,7 | |
| Ebeveyn Medeni Durum | Evli | 8 | %34,8 | 15 | %65,2 | $X^2$=6,714 p=0,082 |
| | İmam Nikahlı | 4 | %17,4 | 0 | %0,0 | |
| | Boşanmış | 2 | %8,7 | 1 | %4,3 | |
| | Dul | 9 | %39,1 | 7 | %30,4 | |
| Cezaevi Öncesi İntihar Girişimi | Hayır | 18 | %78,3 | 23 | %100 | - |
| | İlac | 2 | %8,7 | | | |
| | Asi | 1 | %4,3 | | | |
| | Kese | 1 | %4,3 | | | |
| | Diger | 1 | %4,3 | | | |
| Cezaevi Öncesi Self Mutilasyon | Hayır | 9 | %40,9 | 22 | %95,7 | **$X^2$=15,723 p=0,000** |
| | Evet | 13 | %59,1 | 1 | %4,3 | |
| Ailede Psikiyatrik Öykü | Hayır | 17 | %73,9 | 14 | %60,9 | $X^2$=0,890 p=0,265 |
| | Evet | 6 | %26,1 | 9 | %39,1 | |
| Askerlik Durumu | Askerlik Sorunsuz Yapmış | 7 | %30,4 | 19 | %82,6 | **$X^2$=14,110** |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Psikiyatrik Nedenle Muaf | 3 | %13,0 | 0 | %0,0 | **p=0,007** |
| | Askerlik Yapmış (ceza Almış, Hava Değişimi) | 6 | %26,1 | 1 | %4,3 | |
| | Muaf (başka Nedenle) | 1 | %4,3 | 1 | %4,3 | |
| | Henüz Yapmamış | 6 | %26,1 | 2 | %8,7 | |
| Cezaevi Öncesi Çalışma Durumu | Nitelikli Serbest Meslek Sahibi | 1 | %4,3 | 0 | %0,0 | **$X^2$=24,727 p=0,000** |
| | Tüccar | 5 | %21,7 | 0 | %0,0 | |
| | Özel Sektörde Yönetici | 4 | %17,4 | 0 | %0,0 | |
| | Özel Sektörde Memur | 0 | %0,0 | 1 | %4,3 | |
| | Kamu Sektöründe İşçi | 0 | %0,0 | 13 | %56,5 | |
| | Özel Sektörde İşçi | 13 | %56,5 | 9 | %39,1 | |
| Gelir Durumu | <1000 | 5 | %21,7 | 0 | %0,0 | **$X^2$=16,261 p=0,001** |
| | 1000-2000 | 6 | %26,1 | 6 | %26,1 | |
| | 2000-5000 | 6 | %26,1 | 17 | %73,9 | |
| | 5000 < | 6 | %26,1 | 0 | %0,0 | |
| Cezaevi Öncesi Alkol Durumu | Yok | 5 | %21,7 | 16 | %69,6 | **$X^2$=15,429 p=0,004** |
| | Sosyal | 6 | %26,1 | 6 | %26,1 | |
| | Aralıklı Tepkisel Kullanım | 4 | %17,4 | 0 | %0,0 | |
| | Her Akşam Belli Miktarda (2-3 Bardak) | 5 | %21,7 | 1 | %4,3 | |
| | Her Akşam Belli Mikatarda Bir Büyük Şişe | 3 | %13,0 | 0 | %0,0 | |
| Cezaevi Öncesi Madde Kullanımı | Yok | 4 | %17,4 | 10 | %43,5 | **$X^2$=30,879 p=0,000** |
| | Kannabis Kullanim Bozukluğu | 2 | %8,7 | 0 | %0,0 | |
| | Nikotin Kullanım Bozukluğu | 1 | %4,3 | 12 | %52,2 | |
| | Karışık Madde Kullanım Bozukluğu | 12 | %52,2 | 0 | %0,0 | |
| | Sigara ve Diğer | 0 | %0,0 | 1 | %4,3 | |
| | Sigara ve Kannabis | 4 | %17,4 | 0 | %0,0 | |
| Cezaevi Öncesi Psikiyatrik Yatış Öyküsü | Yok | 17 | %73,9 | 23 | %100 | - |
| | Var | 6 | %26,1 | | | |
| Cezaevi Öncesi Psikiyatrik Çoklu Yatış Öyküsü | Yok | 18 | %78,3 | 23 | %100 | - |
| | Var | 5 | %21,7 | | | |
| Dosyada Psikiyatrik Tanı | Yok | 12 | %52,2 | 15 | %65,2 | $X^2$=0,807 p=0,275 |
| | Var | 11 | %47,8 | 8 | %34,8 | |
| Cezaevi Öncesi Psikiyatrik Tanı | Tanı Yok | 12 | %52,2 | 15 | %65,2 | $X^2$=10,800 p=0,055 |
| | Unipolar Depresyon | 1 | %4,3 | 5 | %21,7 | |
| | Anksiyete Bozukluğu Spektrumu | 1 | %4,3 | 1 | %4,3 | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | Travma - Strese Bagli Bozukluklar | 0 | %0,0 | 1 | %4,3 | |
| | Kişilik Bozuklukları | 5 | %21,7 | 0 | %0,0 | |
| | Birden Fazla | 4 | %17,4 | 1 | %4,3 | |
| Cezaevi Öncesi Psikiyatrik Tedavi | Hayır | 16 | %69,6 | 16 | %69,6 | - |
| | Evet | 7 | %30,4 | 7 | %30,4 | |
| Cezaevi Öncesi Almış Olduğu Tedavi | Yok | 15 | %65,2 | 16 | %69,6 | **$X^2$=11,532 p=0,009** |
| | Antidepresan | 1 | %4,3 | 7 | %30,4 | |
| | Antipsikotik | 4 | %17,4 | 0 | %0,0 | |
| | Birden Fazla | 3 | %13,0 | 0 | %0,0 | |
| Cezaevinde Bulunmasını Gerektiren İşlemiş Olduğu Suç | Yok | 0 | %0,0 | 23 | %100 | - |
| | Adam Öldurme | 1 | %4,3 | | | |
| | Yaralama | 1 | %4,3 | | | |
| | Birden Fazla Suç (1-4) | 9 | %39,1 | | | |
| | Birden Fazla Suç (5-8) | 8 | %34,8 | | | |
| | 8 Ustu | 4 | %17,4 | | | |
| Suçun Şiddeti | Tamamen Şiddet Dışı | 1 | %4,3 | 23 | %100 | - |
| | Orta Dereceli Şiddet | 1 | %4,3 | | | |
| | Orta Derecede Ciddi Şiddet | 1 | %4,3 | | | |
| | Çok Ağır Şiddet | 20 | %87,0 | | | |
| Psikiyatrik Tanı | Tanı Yok | 9 | %39,1 | 23 | %100 | - |
| | BTA Afektif Bozukluk | 1 | %4,3 | | | |
| | Unipolar Depresyon | 1 | %4,3 | | | |
| | Anksiyete Bozuklugu Spektrumu | 1 | %4,3 | | | |
| | Kişilik Bozukluğu | 7 | %30,4 | | | |
| | Birden Fazla | 4 | %17,4 | | | |
| Cezaevinde İntihar Girişimi | Hayır | 15 | %65,2 | 23 | %100 | - |
| | Evet | 8 | %34,8 | | | |
| İntihar Girişimi Türü | Hayır | 15 | %65,2 | 23 | %100 | - |
| | İlaç | 3 | %13,0 | | | |
| | Ası | 4 | %17,4 | | | |
| | Kesi | 1 | %4,3 | | | |
| Cezaevinde Psikiyatrik Tedavi | Yok | 13 | %56,5 | 23 | %100 | - |
| | Antidepresan | 1 | %4,3 | | | |
| | Antipsikotik | 2 | %8,7 | | | |
| | Birden Fazla | 7 | %30,4 | | | |

Toronto Aleksitimi Ölçeği puan ortalamalarının değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur. (t=2,26; p=0,029<0,05). Yüksek psikopati skorları almış

ASKB tanılı bireylerin aleksitimi Ölçeği puanları (60,913), kontrol grubunun Toronto Aleksitimi Ölçeği puanlarından (52,217) yüksek bulunmuştur.

SBT Üst Düzey, SBT Nevrotik, SBT İlkel puan ortalamalarına bakıldığında grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmuştur.

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ – CTQ) fiziksel kötüye kullanım puan ortalamalarına bakıldığında grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. (t=2,88; p=0,009<0,05). Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım puanları (8,826), kontrol grubunun ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım puanlarından (5,348) yüksek bulunmuştur.

ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım puanları, cinsel kötüye kullanım, duygusal istismar, fiziksel istismar ve ÇÇTÖ total puanları ortalamalarının değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (p>0,05).

Araştırmaya katılanların IQ puan ortalamalarının değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla yapılan t-testi sonucunda grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (t=-0,306; p=0,761>0,05).

Araştırmaya katılanların GZOT total yanıt, kadın, erkek, negatif, pozitif, nötr duygulara ait puanların ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlı bulunmamıştır. (p>0,05).

IKT *1.Blok*, IKT *2.Blok*, IKT toplam para mikarı puan ortalamalarına ve IKT Skor-Borç puan ortalamalarına bakıldığında grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. (p<0.05)

Araştırmaya katılanların Psikopati *Faktör-1* puan ortalamalarına bakıldığında grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. (t=20,51; p=0,000<0,05). Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin psikopati *Faktör-1* puanları (10,391), kontrol grubununpPsikopati *Faktör-1* puanlarından (2,130) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların psikopati *Faktör-2* puan ortalamalarına bakıldığında grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. (t=23,82; p=0,000<0,05). Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin psikopati *Faktör-2* puanları (15,217), kontrol grubunun psikopati *Faktör-2* puanlarından (1,957) yüksek bulunmuştur.

Araştırmaya katılanların psikopati total puan ortalamalarına bakıldığında grup ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır. (t=35,65; p=0,000<0,05). Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin psikopati total puanları (26,913), kontrol grubunun psikopati total puanlarından (4,522) yüksek bulunmuştur.

**Tablo-3:** Gruplararası ölçek dağılımı

| | **Antisosyal/Psikopatik Grubu (n=23)** | **Kontrol Grubu (n=23)** | **t** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | **Ort±ss** | **Ort±ss** | | |
| Toronto Aleksitimi Olcegi | 60,913±15,344 | 52,217±10,317 | 2,255 | **0,029** |
| SBT Matur | 54,783±11,217 | 44,826±10,285 | 3,138 | **0,003** |
| SBT Nevrotik | 50,130±12,585 | 41,174±10,641 | 2,606 | **0,012** |
| SBT Ilkel | 122,174±23,348 | 88,261±23,621 | 4,897 | **0** |
| ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | 8,913±4,990 | 7,087±2,372 | 1,585 | 0,123 |
| ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | 8,826±5,742 | 5,348±0,775 | 2,879 | **0,009** |
| ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | 5,870±2,399 | 5,130±0,344 | 1,463 | 0,157 |
| ÇÇTÖ duygusal istismar | 10,696±5,085 | 11,391±4,550 | -0,489 | 0,627 |
| ÇÇTÖ fiziksel istismar | 9,391±3,751 | 7,783±2,954 | 1,616 | 0,113 |
| ÇÇTÖ toplam | 43,478±16,635 | 36,739±6,877 | 1,796 | 0,083 |
| GZOT Kadin | 8,174±2,424 | 8,783±2,215 | -0,889 | 0,379 |
| GZOT erkek | 12,087±2,429 | 12,261±2,158 | -0,257 | 0,799 |
| GZOT Negatif | 6,391±1,559 | 6,826±1,696 | -0,905 | 0,37 |
| GZOT Pozitif | 4,043±1,492 | 3,826±1,403 | 0,509 | 0,613 |
| GZOT Notr | 9,826±2,329 | 10,391±2,369 | -0,816 | 0,419 |
| GZOT total | 20,304±4,183 | 21,043±3,902 | -0,62 | 0,539 |
| IKT 1.Blok | -6,957±7,553 | -0,609±8,033 | -2,761 | **0,008** |
| IKT 2.Blok | -3,217±10,544 | 3,565±10,175 | -2,22 | **0,032** |
| IOWA Kumar Testi (IKT) toplam para mikatari | -10,174±15,885 | 2,957±16,565 | -2,744 | **0,009** |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| IKT skor-borc | -1504,783±679,044 | -657,174±751,144 | -4,014 | **0** |
| IQ | 97,435±22,781 | 99,348±19,455 | -0,306 | 0,761 |
| Psikopati Faktör1 | 10,391±1,559 | 2,130±1,140 | 20,51 | **0** |
| Psikopati Faktör2 | 15,217±1,999 | 1,957±1,770 | 23,816 | **0** |
| Psikopati Total | 26,913±2,021 | 4,522±2,233 | 35,654 | **0** |

Gruplararası korelasyon analiz sonuçlarına bakıldığında:

SBT ilkel, ÇÇTÖ Duygusal Kötüye Kullanım, ÇÇTÖ Fiziksel Kötüye Kullanım ile Toronto Aleksitimi Ölçeği arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım ile SBT Nevrotik arasında; ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım, ÇÇTÖ Fiziksel İstismar, ÇÇTÖ toplam ile SBT İlkel arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Psikopati *Faktör-1* ile Toronto Aleksitimi Ölçeği, SBT Üst Düzey, SBT Nevrotik arasında; psikopati Total ile SBT Nevrotik arasında negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Psikopati *Faktör-1* ile ÇÇTÖ Fiziksel Kötüye Kullanım arasında %60,1 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. ($r=-0,601$; $p=0,002<0,05$). Buna göre psikopati *Faktör- 1* puanı arttıkça ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım puanı azalmaktadır.

ÇÇTÖ bileşenlerinde:

- Fiziksel kötüye kullanım ile duygusal kötüye kullanım
- Cinsel Kötüye Kullanım ile Duygusal Kötüye Kullanım
- Fiziksel İstismar ile Duygusal Kötüye Kullanım
- ÇÇTÖ toplam ile Duygusal Kötüye Kullanım
- Fiziksel İstismar ile Fiziksel Kötüye Kullanım
- ÇÇTÖ Toplam ile Fiziksel Kötüye Kullanım
- Fiziksel İstismar ile Cinsel Kötüye Kullanım

- ÇÇTÖ Toplam ile Cinsel Kötüye Kullanım
- ÇÇTÖ Toplam ile Duygusal İstismar
- ÇÇTÖ Toplam ile Fiziksel İstismar arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

- GZOT Erkek skorları ile GZOT Kadın arasında
- GZOT Negatif skorları ile GZOT Kadın ve GZOT Erkek arasında
- GZOT Pozitif skorları ile GZOT Kadın, GZOT Erkek arasında
- GZOT Nötr skorları ile GZOT Kadın, GZOT Erkek, GZOT Negatif, ÇÇTÖ Fiziksel kötüye kullanım arasında;
- GZOT Nötr ile ÇÇTÖ Toplam, GZOT Toplam ile GZOT Kadın, GZOT Erkek, GZOT Negatif, GZOT Pozitif, GZOT Nötr arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

Iowa Kumar Testi (IKT) *2.blok* ile IKT *1.blok* arasında %52,8 düzeyinde pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. (r=0,528; p=0,010<0,05). Buna göre IKT *2.blok* puanı arttıkça IKT *1.blok* puanı da artmaktadır.

IKT *toplam para* miktarı ile IKT *1.Blok*, IKT *2.Blok* arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

IKT skor-borç ile IKT *1.Blok*, IKT *2.Blok*, IKT Toplam para miktarı arasında pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur.

IKT *1.Blok* ile ÇÇTÖ Cinsel Kötüye Kullanım arasında %48,4 düzeyinde negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur. (r=-0,484; p=0,019<0,05). Buna göre IKT *1.Blok* puanı arttıkça ÇÇTÖ Cinsel Kötüye Kullanım puanı azalmaktadır.

**Tablo- 4:** Pearson Korelasyon Analizleri

**Tablo- 4.1** Savunma Biçimleri Testi Korelasyon Analizleri

| | | r | p |
|---|---|---|---|
| SBT Üst Düzey | Toronto Aleksitimi Ölçeği | -0,033 | 0,88 |
| SBT Nevrotik | Toronto Aleksitimi Ölçeği | 0,396 | 0,061 |
| SBT İlkel | Toronto Aleksitimi Ölçeği | 0,644 | 0,001 |
| SBT İlkel | SBT Nevrotik | 0,327 | 0,128 |
| SBT Nevrotik | SBT Üst Düzey | 0,243 | 0,265 |
| SBT İlkel | SBT Üst Düzey | 0,076 | 0,73 |

**Tablo- 4.2.** Çocukluk Çağı Travma Ölçeği- Toronto Aleksitimi Ölçeği Korelasyon Analizleri

| | | | r | p |
|---|---|---|---|---|
| Çocukluk Çağı Travma Ölçeği | Duygusal Kötüye Kullanım | Toronto Aleksitimi Ölçeği | 0,556 | 0,006 |
| | Fiziksel Kötüye Kullanım | Toronto Aleksitimi Ölçeği | 0,491 | 0,017 |
| | Cinsel Kötüye Kullanım | Toronto Aleksitimi Ölçeği | 0,202 | 0,355 |
| | Duygusal İstismar | Toronto Aleksitimi Ölçeği | -0,025 | 0,908 |
| | Fiziksel İstismar | Toronto Aleksitimi Ölçeği | 0,267 | 0,218 |
| | Toplam | Toronto Aleksitimi Ölçeği | 0,41 | 0,052 |

**Tablo- 4.3.** Çocukluk Çağı Travma Ölçeği- Savunma Biçimleri Testi Korelasyon Analizleri

| | | | r | p |
|---|---|---|---|---|
| Çocukluk Çağı Travma Ölçeği | duygusal kötüye kullanım | SBT Üst Düzey | 0,039 | 0,861 |
| | fiziksel kötüye kullanım | SBT Üst Düzey | 0,272 | 0,21 |
| | cinsel kötüye kullanım | SBT Üst Düzey | -0,327 | 0,128 |
| | duygusal istismar | SBT Üst Düzey | 0,153 | 0,485 |
| | fiziksel istismar | SBT Üst Düzey | -0,169 | 0,442 |
| | toplam | SBT Üst Düzey | 0,079 | 0,72 |
| | duygusal kötüye kullanım | SBT Nevrotik | 0,283 | 0,19 |
| | fiziksel kötüye kullanım | SBT Nevrotik | 0,457 | 0,028 |
| | cinsel kötüye kullanım | SBT Nevrotik | -0,013 | 0,953 |
| | duygusal istismar | SBT Nevrotik | -0,065 | 0,769 |
| | fiziksel istismar | SBT Nevrotik | 0,113 | 0,606 |
| | toplam | SBT Nevrotik | 0,258 | 0,235 |
| | duygusal kötüye kullanım | SBT İlkel | 0,45 | 0,031 |
| | fiziksel kötüye kullanım | SBT İlkel | 0,315 | 0,144 |
| | cinsel kötüye kullanım | SBT İlkel | 0,096 | 0,662 |
| | duygusal istismar | SBT İlkel | 0,23 | 0,292 |
| | fiziksel istismar | SBT İlkel | 0,479 | 0,021 |
| | toplam | SBT İlkel | 0,438 | 0,037 |

**Tablo- 4.4.** Çocukluk Çağı Travma Ölçeği Korelasyon Analizleri

| | | | r | p |
|---|---|---|---|---|
| Çocukluk Çağı Travma Ölçeği | fiziksel kötüye kullanım | duygusal kötüye kullanım | 0,843 | 0 |
| | cinsel kötüye kullanım | duygusal kötüye kullanım | 0,614 | 0,002 |
| | duygusal istismar | duygusal kötüye kullanım | 0,26 | 0,23 |
| | fiziksel istismar | duygusal kötüye kullanım | 0,594 | 0,003 |
| | fiziksel kötüye kullanım | duygusal kötüye kullanım | 0,843 | 0 |
| | cinsel kötüye kullanım | duygusal kötüye kullanım | 0,614 | 0,002 |
| | duygusal istismar | duygusal kötüye kullanım | 0,26 | 0,23 |
| | fiziksel istismar | duygusal kötüye kullanım | 0,594 | 0,003 |
| | toplam | duygusal kötüye kullanım | 0,904 | 0 |
| | cinsel kötüye kullanım | fiziksel kötüye kullanım | 0,209 | 0,337 |
| | duygusal istismar | fiziksel kötüye kullanım | 0,235 | 0,281 |
| | fiziksel istismar | fiziksel kötüye kullanım | 0,432 | 0,04 |
| | toplam | fiziksel kötüye kullanım | 0,804 | 0 |
| | duygusal istismar | cinsel kötüye kullanım | 0,239 | 0,272 |
| | fiziksel istismar | cinsel kötüye kullanım | 0,425 | 0,043 |
| | toplam | cinsel kötüye kullanım | 0,575 | 0,004 |
| | fiziksel istismar | duygusal istismar | 0,366 | 0,086 |
| | toplam | duygusal istismar | 0,597 | 0,003 |

**Tablo- 4.5.** Gözlerden Zihin Okuma Testi – Toronto Aleksitimi Korelasyon Analizleri

| | | | r | p |
|---|---|---|---|---|
| GZOT | Kadın | Toronto Aleksitimi Ölçeği | -0,129 | 0,557 |
| | Erkek | Toronto Aleksitimi Ölçeği | 0,042 | 0,85 |
| | Negatif | Toronto Aleksitimi Ölçeği | -0,114 | 0,603 |
| | Pozitif | Toronto Aleksitimi Ölçeği | 0,09 | 0,685 |
| | Nötr | Toronto Aleksitimi Ölçeği | -0,072 | 0,745 |
| | Toplam | Toronto Aleksitimi Ölçeği | -0,04 | 0,856 |

**Tablo- 4.6.** Gözlerden Zihin Okuma Testi – Savunma Biçimleri Testi Korelasyon Analizleri

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| GZOT | Kadın | SBT Üst Düzey | 0,398 | 0,06 |
| | Erkek | SBT Üst Düzey | -0,116 | 0,598 |
| | Negatif | SBT Üst Düzey | 0,242 | 0,267 |
| | Pozitif | SBT Üst Düzey | -0,192 | 0,379 |
| | Nötr | SBT Üst Düzey | 0,254 | 0,242 |
| | Toplam | SBT Üst Düzey | 0,175 | 0,425 |
| | Kadın | SBT Nevrotik | -0,15 | 0,495 |
| | Erkek | SBT Nevrotik | -0,244 | 0,261 |
| | Negatif | SBT Nevrotik | -0,142 | 0,519 |
| | Pozitif | SBT Nevrotik | -0,385 | 0,069 |
| | Nötr | SBT Nevrotik | -0,069 | 0,754 |
| | Toplam | SBT Nevrotik | -0,218 | 0,319 |
| | Kadın | SBT İlkel | -0,186 | 0,395 |
| | Erkek | SBT İlkel | -0,231 | 0,289 |
| | Negatif | SBT İlkel | -0,169 | 0,44 |
| | Pozitif | SBT İlkel | -0,146 | 0,505 |
| | Nötr | SBT İlkel | -0,228 | 0,296 |
| | Toplam | SBT İlkel | -0,242 | 0,266 |

**Tablo- 4.7.** Gözlerden Zihin Okuma Testi – ÇÇTÖ Korelasyon Analizleri

| | | | r | p |
|---|---|---|---|---|
| GZOT | Kadın | ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | 0,17 | 0,437 |
| | Erkek | ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | 0,274 | 0,205 |
| | Negatif | ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | 0,139 | 0,527 |
| | Pozitif | ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | 0,013 | 0,954 |
| | Nötr | ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | 0,362 | 0,089 |
| | Toplam | ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | 0,269 | 0,214 |
| | Kadın | ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | 0,211 | 0,333 |
| | Erkek | ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | 0,242 | 0,265 |
| | Negatif | ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | 0,155 | 0,48 |
| | Pozitif | ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | -0,137 | 0,533 |
| | Nötr | ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | 0,457 | 0,029 |
| | Toplam | ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | 0,288 | 0,182 |
| | Kadın | ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | 0,285 | 0,187 |
| | Erkek | ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | 0,392 | 0,064 |
| | Negatif | ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | 0,318 | 0,139 |
| | Pozitif | ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | 0,268 | 0,216 |
| | Nötr | ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | 0,321 | 0,135 |
| | Toplam | ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | 0,389 | 0,066 |
| | Kadın | ÇÇTÖ duygusal istismar | 0,163 | 0,457 |
| | Erkek | ÇÇTÖ duygusal istismar | 0,054 | 0,808 |
| | Negatif | ÇÇTÖ duygusal istismar | 0,406 | 0,055 |
| | Pozitif | ÇÇTÖ duygusal istismar | -0,376 | 0,077 |
| | Nötr | ÇÇTÖ duygusal istismar | 0,195 | 0,373 |
| | Toplam | ÇÇTÖ duygusal istismar | 0,148 | 0,501 |
| | Kadın | ÇÇTÖ fiziksel istismar | 0,042 | 0,849 |
| | Erkek | ÇÇTÖ fiziksel istismar | 0,305 | 0,156 |
| | Negatif | ÇÇTÖ fiziksel istismar | 0,05 | 0,82 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| GZOT | Pozitif | ÇÇTÖ fiziksel istismar | 0,046 | 0,836 |
| | Nötr | ÇÇTÖ fiziksel istismar | 0,3 | 0,165 |
| | Toplam | ÇÇTÖ fiziksel istismar | 0,201 | 0,359 |
| | Kadın | ÇÇTÖ toplam | 0,231 | 0,289 |
| | Erkek | ÇÇTÖ toplam | 0,314 | 0,145 |
| | Negatif | ÇÇTÖ toplam | 0,289 | 0,182 |
| | Pozitif | ÇÇTÖ toplam | -0,118 | 0,591 |
| | Nötr | ÇÇTÖ toplam | 0,45 | 0,031 |
| | Toplam | ÇÇTÖ toplam | 0,334 | 0,119 |

**Tablo- 4.8.** IQ Skorları Korelasyon Analizleri

| | | r | p |
|---|---|---|---|
| IQ | Toronto Aleksitimi Ölçeği | -0,197 | 0,368 |
| IQ | SBT Üst Düzey | -0,25 | 0,25 |
| IQ | SBT Nevrotik | -0,232 | 0,288 |
| IQ | SBT İlkel | -0,392 | 0,064 |
| IQ | ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | -0,206 | 0,347 |
| IQ | ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | -0,041 | 0,852 |
| IQ | ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | -0,06 | 0,784 |
| IQ | ÇÇTÖ duygusal istismar | -0,101 | 0,646 |
| IQ | ÇÇTÖ fiziksel istismar | -0,22 | 0,314 |
| IQ | ÇÇTÖ toplam | -0,191 | 0,384 |
| IQ | GZOT kadın | 0,206 | 0,346 |
| IQ | GZOT erkek | 0,164 | 0,456 |
| IQ | GZOT Negatif | 0,108 | 0,625 |
| IQ | GZOT Pozitif | 0,094 | 0,668 |
| IQ | GZOT Nötr | 0,253 | 0,245 |
| IQ | GZOT toplam | 0,222 | 0,308 |
| IQ | IKT 1.Blok | -0,201 | 0,357 |
| IQ | IKT 2.Blok | -0,163 | 0,457 |
| IQ | IKT toplam para miktarı | -0,204 | 0,35 |
| IQ | IKT skor-borç | 0,017 | 0,937 |

**Tablo- 4.9.** Iowa Kumar Testi – Toronto Aleksitimi Ölçeği Korelasyon Analizleri

| | | r | p |
|---|---|---|---|
| IKT 1.Blok | Toronto Aleksitimi Ölçeği | -0,216 | 0,321 |
| IKT 2.Blok | Toronto Aleksitimi Ölçeği | -0,341 | 0,111 |
| IKT toplam para miktarı | Toronto Aleksitimi Ölçeği | -0,329 | 0,125 |
| IKT skor-borç | Toronto Aleksitimi Ölçeği | -0,129 | 0,557 |

**Tablo- 4.10.** Iowa Kumar Testi – Savunma Biçimleri Testi Korelasyon Analizleri

| | | | |
|---|---|---|---|
| IKT 1.Blok | SBT Üst Düzey | 0,232 | 0,286 |
| IKT 2.Blok | SBT Üst Düzey | 0,297 | 0,169 |
| IKT toplam para miktarı | SBT Üst Düzey | 0,307 | 0,154 |
| IKT skor-borç | SBT Üst Düzey | 0,09 | 0,683 |
| IKT 1.Blok | SBT Nevrotik | 0,027 | 0,902 |
| IKT 2.Blok | SBT Nevrotik | 0,308 | 0,153 |
| IKT toplam para miktarı | SBT Nevrotik | 0,217 | 0,319 |
| IKT skor-borç | SBT Nevrotik | -0,01 | 0,964 |
| IKT 1.Blok | SBT İlkel | -0,092 | 0,677 |
| IKT 2.Blok | SBT İlkel | -0,243 | 0,264 |
| IKT toplam para miktarı | SBT İlkel | -0,205 | 0,348 |
| IKT skor-borç | SBT İlkel | -0,262 | 0,227 |

**Tablo- 4.11.** Iowa Kumar Testi – ÇÇTÖ Korelasyon Analizleri

| | | r | p |
|---|---|---|---|
| IKT 1.Blok | ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | -0,234 | 0,283 |
| IKT 2.Blok | ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | -0,125 | 0,571 |
| IKT toplam para miktarı | ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | -0,194 | 0,375 |
| IKT skor-borç | ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | -0,149 | 0,499 |
| IKT 1.Blok | ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | -0,038 | 0,865 |
| IKT 2.Blok | ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | 0,053 | 0,809 |
| IKT toplam para miktarı | ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | 0,018 | 0,936 |
| IKT skor-borç | ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | 0,026 | 0,907 |
| IKT 1.Blok | ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | -0,484 | 0,019 |
| IKT 2.Blok | ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | -0,258 | 0,234 |
| IKT toplam para miktarı | ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | -0,401 | 0,058 |
| IKT skor-borç | ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | -0,398 | 0,06 |
| IKT 1.Blok | ÇÇTÖ duygusal istismar | 0,136 | 0,535 |
| IKT 2.Blok | ÇÇTÖ duygusal istismar | -0,133 | 0,546 |
| IKT toplam para miktarı | ÇÇTÖ duygusal istismar | -0,023 | 0,916 |
| IKT skor-borç | ÇÇTÖ duygusal istismar | -0,271 | 0,212 |
| IKT 1.Blok | ÇÇTÖ fiziksel istismar | -0,099 | 0,655 |
| IKT 2.Blok | ÇÇTÖ fiziksel istismar | -0,201 | 0,357 |
| IKT toplam para miktarı | ÇÇTÖ fiziksel istismar | -0,18 | 0,41 |
| IKT skor-borç | ÇÇTÖ fiziksel istismar | -0,404 | 0,056 |
| IKT 1.Blok | ÇÇTÖ toplam | -0,11 | 0,618 |
| IKT 2.Blok | ÇÇTÖ toplam | -0,12 | 0,584 |
| IKT toplam para miktarı | ÇÇTÖ toplam | -0,132 | 0,548 |
| IKT skor-borç | ÇÇTÖ toplam | -0,269 | 0,214 |

**Tablo- 4.12.** Iowa Kumar Testi – GZOT Korelasyon Analizleri

| | | r | p |
|---|---|---|---|
| IKT 1.Blok | GZOT kadın | -0,154 | 0,482 |
| IKT 2.Blok | GZOT kadın | 0,002 | 0,994 |
| IKT toplam para miktarı | GZOT kadın | -0,072 | 0,743 |
| IKT skor-borç | GZOT kadın | -0,241 | 0,269 |
| IKT 1.Blok | GZOT erkek | -0,025 | 0,91 |
| IKT 2.Blok | GZOT erkek | -0,226 | 0,299 |
| IKT toplam para miktarı | GZOT erkek | -0,162 | 0,46 |
| IKT skor-borç | GZOT erkek | -0,019 | 0,933 |
| IKT 1.Blok | GZOT Negatif | -0,113 | 0,606 |
| IKT 2.Blok | GZOT Negatif | -0,246 | 0,257 |
| IKT toplam para miktarı | GZOT Negatif | -0,217 | 0,319 |
| IKT skor-borç | GZOT Negatif | -0,149 | 0,496 |
| IKT 1.Blok | GZOT Pozitif | -0,319 | 0,138 |
| IKT 2.Blok | GZOT Pozitif | -0,222 | 0,309 |
| IKT toplam para miktarı | GZOT Pozitif | -0,299 | 0,166 |
| IKT skor-borç | GZOT Pozitif | -0,282 | 0,192 |
| IKT 1.Blok | GZOT Nötr | 0,093 | 0,671 |
| IKT 2.Blok | GZOT Nötr | 0,072 | 0,743 |
| IKT toplam para miktarı | GZOT Nötr | 0,093 | 0,675 |
| IKT skor-borç | GZOT Nötr | 0,011 | 0,959 |
| IKT 1.Blok | GZOT toplam | -0,105 | 0,632 |
| IKT 2.Blok | GZOT toplam | -0,133 | 0,544 |
| IKT toplam para miktarı | GZOT toplam | -0,139 | 0,528 |
| IKT skor-borç | GZOT toplam | -0,157 | 0,475 |

**Tablo- 4.13.** Iowa Kumar Testi Korelasyon Analizleri

| | | r | p |
|---|---|---|---|
| IKT 2.Blok | IKT 1.Blok | 0,528 | 0,01 |
| IKT toplam para miktarı | IKT 1.Blok | 0,826 | 0 |
| IKT skor-borç | IKT 1.Blok | 0,544 | 0,007 |
| IKT toplam para miktarı | IKT 2.Blok | 0,915 | 0 |
| IKT skor-borç | IKT 2.Blok | 0,43 | 0,041 |
| IKT skor-borç | IKT toplam para miktarı | 0,544 | 0,007 |

**Tablo- 4.14.** Psikopati Ölçeği – Toronto Aleksitimi Ölçeği Korelasyon Analizleri

| | | r | p |
|---|---|---|---|
| Psikopati Faktor 1 | Toronto Aleksitimi Ölçeği | -0,513 | 0,012 |
| Psikopati Faktor 2 | Toronto Aleksitimi Ölçeği | 0,304 | 0,158 |
| Psikopati Total | Toronto Aleksitimi Ölçeği | -0,104 | 0,636 |

**Tablo- 4.15.** Psikopati Ölçeği – Savunma Biçimleri Testi Korelasyon Analizleri

| | | r | p |
|---|---|---|---|
| Psikopati Faktor 1 | SBT Üst Düzey | -0,426 | 0,042 |
| Psikopati Faktor 2 | SBT Üst Düzey | 0,229 | 0,293 |
| Psikopati Total | SBT Üst Düzey | 0,055 | 0,802 |
| Psikopati Faktor 1 | SBT Nevrotik | -0,582 | 0,004 |
| Psikopati Faktor 2 | SBT Nevrotik | -0,063 | 0,777 |
| Psikopati Total | SBT Nevrotik | -0,584 | 0,003 |
| Psikopati Faktor 1 | SBT İlkel | -0,141 | 0,522 |
| Psikopati Faktor 2 | SBT İlkel | 0,259 | 0,232 |
| Psikopati Total | SBT İlkel | 0,084 | 0,703 |

**Tablo- 4.16.** Psikopati Ölçeği – ÇÇTÖ Korelasyon Analizleri

| | | r | p |
|---|---|---|---|
| Psikopati Faktor 1 | ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | -0,323 | 0,133 |
| Psikopati Faktor 2 | ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | 0,262 | 0,228 |
| Psikopati Total | ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım | 0,004 | 0,987 |
| Psikopati Faktor 1 | ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | -0,601 | 0,002 |
| Psikopati Faktor 2 | ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | 0,225 | 0,302 |
| Psikopati Total | ÇÇTÖ fiziksel kötüye kullanım | -0,201 | 0,357 |
| Psikopati Faktor 1 | ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | 0,172 | 0,432 |
| Psikopati Faktor 2 | ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | 0,073 | 0,742 |
| Psikopati Total | ÇÇTÖ cinsel kötüye kullanım | 0,166 | 0,448 |
| Psikopati Faktor1 | ÇÇTÖ duygusal istismar | 0,148 | 0,502 |
| Psikopati Faktor2 | ÇÇTÖ duygusal istismar | 0,056 | 0,8 |
| Psikopati Total | ÇÇTÖ duygusal istismar | 0,099 | 0,653 |
| Psikopati Faktor1 | ÇÇTÖ fiziksel istismar | 0,066 | 0,765 |
| Psikopati Faktor2 | ÇÇTÖ fiziksel istismar | -0,018 | 0,935 |
| Psikopati Total | ÇÇTÖ fiziksel istismar | 0,029 | 0,897 |
| Psikopati Faktor 1 | ÇÇTÖ toplam | -0,216 | 0,322 |
| Psikopati Faktor 2 | ÇÇTÖ toplam | 0,181 | 0,408 |
| Psikopati Total | ÇÇTÖ toplam | -0,008 | 0,97 |

**Tablo- 4.17.** Psikopati Ölçeği – GZOT Korelasyon Analizleri

| | | r | p |
|---|---|---|---|
| Psikopati Faktor 1 | GZOT kadın | -0,031 | 0,889 |
| Psikopati Faktor 2 | GZOT kadın | 0,283 | 0,191 |
| Psikopati Total | GZOT kadın | 0,272 | 0,209 |
| Psikopati Faktor 1 | GZOT erkek | -0,009 | 0,966 |
| Psikopati Faktor 2 | GZOT erkek | -0,182 | 0,406 |
| Psikopati Total | GZOT erkek | 0,02 | 0,927 |
| Psikopati Faktor 1 | GZOT Negatif | 0,102 | 0,642 |
| Psikopati Faktor 2 | GZOT Negatif | -0,16 | 0,466 |
| Psikopati Total | GZOT Negatif | 0,04 | 0,856 |
| Psikopati Faktor 1 | GZOT Pozitif | 0,051 | 0,817 |
| Psikopati Faktor 2 | GZOT Pozitif | 0,21 | 0,336 |
| Psikopati Total | GZOT Pozitif | 0,212 | 0,33 |
| Psikopati Faktor 1 | GZOT Nötr | -0,143 | 0,515 |
| Psikopati Faktor 2 | GZOT Nötr | 0,077 | 0,727 |
| Psikopati Total | GZOT Nötr | 0,142 | 0,519 |
| Psikopati Faktor 1 | GZOT toplam | -0,04 | 0,856 |
| Psikopati Faktor 2 | GZOT toplam | 0,068 | 0,758 |
| Psikopati Total | GZOT toplam | 0,159 | 0,468 |

**Tablo- 4.17.** Psikopati Ölçeği – Iowa Kumar Testi Korelasyon Analizleri

| | | r | p |
|---|---|---|---|
| Psikopati Faktor 1 | IKT 1.Blok | -0,021 | 0,925 |
| Psikopati Faktor 2 | IKT 1.Blok | -0,028 | 0,9 |
| Psikopati Total | IKT 1.Blok | -0,053 | 0,809 |
| Psikopati Faktor1 | IKT 2.Blok | -0,318 | 0,139 |
| Psikopati Faktor2 | IKT 2.Blok | 0,164 | 0,454 |
| Psikopati Total | IKT 2.Blok | -0,257 | 0,237 |
| Psikopati Faktor 1 | IKT toplam para miktarı | -0,221 | 0,311 |
| Psikopati Faktor 2 | IKT toplam para miktarı | 0,096 | 0,664 |
| Psikopati Total | IKT toplam para miktarı | -0,196 | 0,37 |
| Psikopati Faktor 1 | IKT skor-borç | -0,133 | 0,547 |
| Psikopati Faktor 2 | IKT skor-borç | -0,133 | 0,544 |
| Psikopati Total | IKT skor-borç | -0,219 | 0,316 |

Toronto Aleksitimi ölçeği, SBT Olgun, SBT Nevrotik, SBT İlkel, ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım, ÇÇTÖ Fiziksel Kötüye Kullanım, ÇÇTÖ Cinsel Kötüye Kullanım, ÇÇTÖ Duygusal İstismar, ÇÇTÖ Fiziksel istismar, ÇÇTÖ Toplam, GZOT Erkek, GZOTNegatif, GZOT Pozitif, GZOT Nötr, GZOT Toplam, IQ, Psikopati *Faktör-1*, Psikopati *Faktör-2*, Psikopati *Total* ile Iowa kumar testi (IKT) *Toplam Para Miktarı* arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F=0,786; p=0,688>0,050). Verilerin ayrıntılı dökümü Tablo-5 de görülebilir

**Tablo 5:** Iowa Kumar Testi (IKT) 'Toplam Para Miktarı' Üzerine Etki Eden Faktörler

| Bağımlı Değişken | Bağımsız Değişken | ß | t | p | F | Model (p) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Iowa Kumar Testi (IKT) Toplam Para Miktarı | Sabit | -52,251 | -0,306 | 0,779 | 0,786 | 0,688 |
| | Toronto Aleksitimi Ölçeği | -0,207 | -0,266 | 0,808 | | |
| | SBT Olgun | -0,202 | -0,136 | 0,901 | | |
| | SBTNevrotik | 0,746 | 0,444 | 0,687 | | |
| | SBT İlkel | -0,159 | -0,312 | 0,776 | | |
| | ÇÇTÖ Duygusal Kötüye Kullanım | -3,357 | -0,153 | 0,888 | | |
| | ÇÇTÖ Fiziksel Kötüye Kullanım | -0,411 | -0,046 | 0,967 | | |
| | ÇÇTÖ Cinsel Kötüye Kullanım | -6,118 | -0,570 | 0,609 | | |
| | ÇÇTÖ Duygusal İstismar | -0,310 | -0,030 | 0,978 | | |
| | ÇÇTÖ Fiziksel İstismar | -4,841 | -0,557 | 0,617 | | |
| | ÇÇTÖ Toplam | 2,313 | 0,271 | 0,804 | | |
| | RMET Erkek | 2,239 | 0,335 | 0,760 | | |
| | RMET Negatif | 40,124 | 0,656 | 0,559 | | |
| | RMET Pozitif | 47,948 | 0,765 | 0,500 | | |
| | RMET Nötr | 48,989 | 0,869 | 0,449 | | |
| | RMET Toplam | -45,656 | -0,746 | 0,510 | | |
| | IQ | -0,298 | -0,793 | 0,485 | | |
| | Psikopati Faktör 1 | 6,986 | 0,487 | 0,660 | | |
| | Psikopati Faktör 2 | 5,865 | 0,738 | 0,514 | | |
| | Psikopati Total | -3,681 | -0,384 | 0,726 | | |

Toronto Aleksitimi Ölçeği, SBT Olgun, SBT Nevrotik, SBT İlkel, ÇÇTÖ duygusal kötüye kullanım, ÇÇTÖ Fiziksel Kötüye Kullanım, ÇÇTÖ Cinsel Kötüye Kullanım, ÇÇTÖ Duygusal İstismar, ÇÇTÖ Fiziksel istismar, ÇÇTÖ Toplam, GZOT Erkek, GZOT Negatif, GZOT Pozitif, GZOT Nötr, GZOT Toplam, IQ, Psikopati *Faktör-1*, Psikopati *Faktör-2*, Psikopati *Tota*l ile IKT *Skor-Borç* arasındaki ilişki belirlemek üzere yapılan regresyon analizi istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (F=0,378; p=0,921>0,050). Verilerin ayrıntılı dökümü Tablo-6 da görülebilir.

**Tablo-6 :** IKT Skor-'Borç' Üzerine Etki eden faktörler

| Bağımlı Değişken | Bağımsız Değişken | ß | t | p | F | Model (p) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| IKT Skor-borç | Sabit | -2664,218 | -0,275 | 0,801 | 0,378 | 0,921 |
| | Toronto Aleksitimi Olcegi | 23,929 | 0,543 | 0,625 | | |
| | Sbt Matur | 30,907 | 0,367 | 0,738 | | |
| | Sbt Nevrotik | -31,626 | -0,332 | 0,762 | | |
| | Sbt Ilkel | -2,111 | -0,073 | 0,947 | | |
| | ÇÇTÖ Duygusal Kötüye Kullanım | -347,614 | -0,280 | 0,798 | | |
| | ÇÇTÖ Fiziksel Kötüye Kullanım | 246,932 | 0,482 | 0,663 | | |
| | ÇÇTÖ Cinsel Kötüye Kullanım | 76,066 | 0,125 | 0,908 | | |
| | ÇÇTÖ Duygusal İstismar | -90,010 | -0,155 | 0,886 | | |
| | ÇÇTÖ Fiziksel İstismar | -195,465 | -0,396 | 0,718 | | |
| | ÇÇTÖ Toplam | 68,139 | 0,141 | 0,897 | | |
| | GZOT Erkek | 228,027 | 0,601 | 0,590 | | |
| | GZOT Negatif | 2398,472 | 0,691 | 0,539 | | |
| | GZOT Pozitif | 2372,367 | 0,667 | 0,552 | | |
| | GZOT Nötr | 2497,952 | 0,781 | 0,492 | | |
| | GZOT Toplam | -2581,051 | -0,744 | 0,511 | | |
| | IQ | -5,418 | -0,254 | 0,816 | | |
| | Psikopati Faktör1 | 709,181 | 0,872 | 0,447 | | |
| | Psikopati Faktör2 | 362,090 | 0,803 | 0,481 | | |
| | Psikopati Total | -446,175 | -0,821 | 0,472 | | |

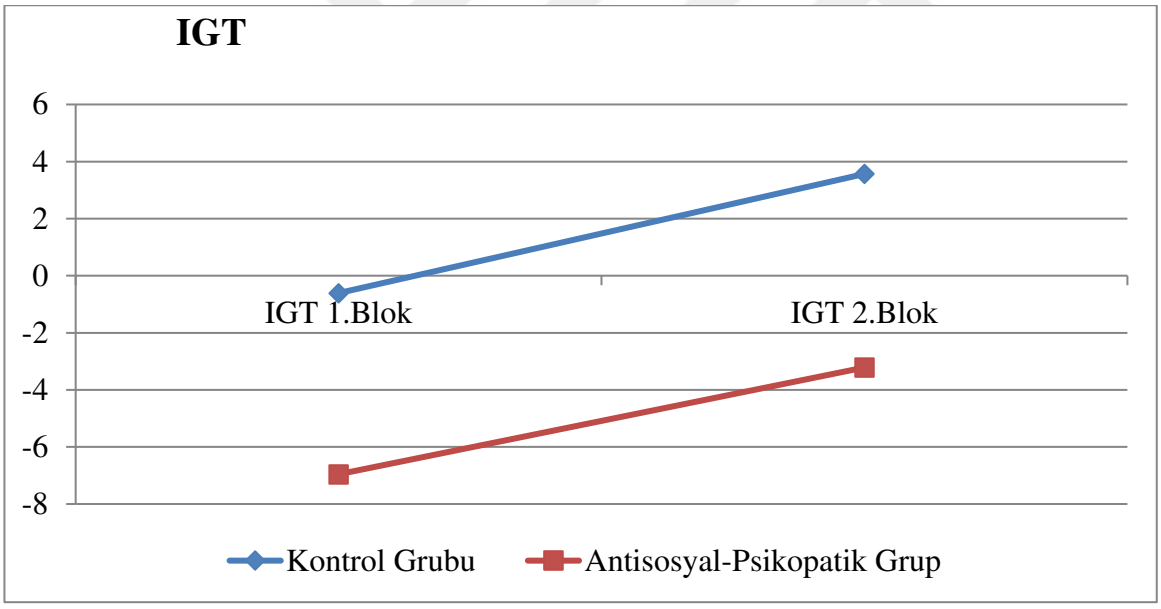
ASKB-psikopati grubundaki bireylerin IKT *1. Blok* ortalamasına göre *2. Blok* ortalamasında meydana gelen artış istatisksel olarak anlamlı değildi (p=0,063).

Kontrol grubunda IKT *1. Blok* ortalamasına göre *2.Blok* ortalamasında meydana gelen artış istatisksel olarak anlamlıydı (p=0,032). Ayrıntılı veriler Tablo-7 ve Şekil-1 de görülebilir.

**Tablo-7:** IKT *1. Blok* ve *2. Blok* Öğrenme İlişkisi

| | **Antisosyal-Psikopatik Grup (n=23)** | **Kontrol Grubu (n=23)** | **t** | **p** |
|---|---|---|---|---|
| | **Ort±ss** | **Ort±ss** | | |
| IKT 1.Blok | -6,957±7,553 | -0,609±8,033 | -2,761 | **0,008** |
| IKT 2.Blok | -3,217±10,544 | 3,565±10,175 | -2,220 | **0,032** |
| | t=-1,955; p=0,063 | t=-2,548; p=**0,018** | | |

**Şekil-3:** IKT *1. Blok* ve *2. Blok* Öğrenme İlişkisi



## VIII- TARTIŞMA

### Sosyodemografik Özellikler

Çalışma tasarımında cinsiyet, yaş ve eğitim yılı açısından eşleştirilmiş hasta ve kontrol gruplarının medeni durum, doğum yeri ve/veya on beş yaşına kadar büyüdüğü yer, anne eğitim durumu baba eğitim durumu, ebeveyn medeni durum, öz / üvey kardeş özellikleri, ailede psikiyatrik öykü, dosyada psikiyatrik tanı, cezaevi öncesi psikiyatrik tanı açısından anlamlı bir fark bulunamamıştır.

ASKB ve psikopati tanısı almış cinayet hükümlülerinde cezaevine girmeden önceki bir ve beş yıla bakıldığında, işsizlik süreleri, bir işte devam edebilme durumları arasında anlamlı dercede fark olduğu görülmektedir. Gelir dağılımının daha heterojen olduğu göze çarpmaktadır. Yapılan görüşmelerde belli bir işte devam sağlayamadıkları, ya işten çıkarıldıkları ya da ciddi sorunlar yaşayıp kendilerinin bırakmak durumunda kaldıkları bilgisini vermekteydiler. Bütün veriler bir arada düşünüldüğünde ASKB+psikopati tanısı almış bireylerin sosyal alanda yaşadıkları zorlanmalar, bir işe devam-sebat edememe, düzenli geliri olmaması, sosyo-ekonomik olarak düşük seviyede olma mevcut literatür bilgisi ile uyumludur.

Kontol grubunda hayatları boyunca intihar girişiminde bulunmadıkları bilgisi alınmıştı. Buna karşılık 18 ASKB+psikopati tanısı almış bireyde intihar girişimi olduğu bilinmekteydi. Yine aynı grubun 13 bireyinde kendisine zarar verme davranışı gözlenirken sadece bir kontrol grubu üyesinde benzer davranış sergilemiş olduğu kaydedilmişti. Bu veriler, çocuk ve ergenlik döneminde başlayıp hayat boyu süren fiziksel açıdan kendisine zarar verme (kesme, faça atma davranışı gibi) ve artmış intihar riski literatür bilgileri ile uyuşmaktadır. Cezaevine girdikten sonra bu gruptan sekiz birey, tekrar intihar girişiminde bulunduklarını belirtmişlerdir. Bu da mahkumların eş tanıları, cezaevi yaşamına uyum güçlükleri ile ilişkili olabilir. Tüm bunlar ASKB'de artmış kendine zarar verme, intihar girişimi bilgilerini doğrulamaktadır.

Alkol kullanımı açısından değerlendirildiğinde cinayet hükümlülerinde 18 kişi alkol kullandığını belirtirken, kontrol grubunda bu sayı yedi idi. Alkol tüketim miktarının ASKB+Psikopati grubunda daha yoğun olduğu görüldü. Madde kullanımına bakıldığında

hükümlülerde 19 kişinin bağımlılık yapıcı madde kullandığı görülürken, kontrol grubunda bu sayı 13 idi. Yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireylerin oluşturduğu grubunun yarısından çoğunda 'çoklu madde kullanımı'nın olduğu bilgisi alınmıştır. Bu veriler, literatürde ASKB tanısı almış kişilerde alkol-madde kullanımının artmış olduğu bilgisi ile uyuşmaktadır.

ASKB+psikopati tanısı almış grup ve kontroller arasında cezaevi öncesi almakta oldukları psikiyatrik tedaviler açısından fark olduğu görülmüştür. Bu grubun gelişim sürecinde daha fazla psikiyatrik hastalık eş tanısının olduğu bilgisi ile tutarlılık göstermektedir.

Askerlik süreçleri açısından değerlendirildiğinde muafiyet, hava değişimi alma maddelerinde; hükümlü grubundan on birey, askerlik ile ilgili sorun yaşadıklarını belirtmiştir. Kontrol grubunda bu sayı iki idi. Bu bilgi, başlı başına ASKB tanılı bireyin kuralların, hiyerarşinin ve düzenin hakim olduğu bir ortamda sorun yaşadığına ilişkin bir veri olarak değerlendirilebilir. Diğer taraftan bağımlılık, duygudurum rahatsızlıkları gibi psikiyatrik eş tanıların bu sürece devam etme / tamamlama konusunda yaşanılan zorlanmayı arttırmış olabileceği düşünülmüştür.

Yüksek psikopati skorları almış bireylerden oluşan grubun suç niteliği ve sayılarına baktığımızda 21 bireyin birden fazla suça karıştığı görülmektedir. Bu bilgi de hem ASKB tanısı almış olmaları hem de yüksek psikopati puanı almış olmaları ile ilişkilendirildi. Veriler, suç işleme ve psikopati arasında pozitif bir ilişki olduğu literatür bilgisi ile uyumludur. Ek olarak suç şekilleri incelendiğinde 20 cinayet hükümlüsünün suçlarını gerçekleştirirken *'çok ağır şiddet'* kullanmış olması da artmış psikopati skorları ile ilişkilendirildi.

**Ölçek Değerlendirmeleri ve Kumar Testi Sonuçları**

Cinayet hükümlülerinde, Toronto Aleksitimi Ölçek puanı, kontrol grubuna göre yüksek bulunmuştur. Yunanca'da 'duygular için söz yokluğu' anlamına gelip, duyguların farkedilmesi, tanımlanması ve ifade edilmesindeki zorluk olarak tanımlanan aleksitimi skorlarının, hem antisosyal kişlik bozukluğu hem de psikopatide bozulma gösterdiği bilinmektedir [216].

Agresyon ve duygu tanıma bozukluğu son yıllarda bir çok çalışma ile desteklenmiştir. Şiddeti önlemek amacıyla bireysel eğitimlerde dürtüsel tepkilerden kaçınma becerisi kazandırmanın ve etkili duygu tanıma stratejilerinin geliştirilmeye çalışılmasının olumlu sonuçlar verdiği gösterilmiştir [217,218]. Ergenler ile yapılan çalışmalarda da aleksitiminin güvensiz bağlanma ve impulsif agresivite ile ilişkili olduğu belirtilmektedir. Travma sonrası stres bozukluğu tanılı bir grup yetişkinde, duygu tanıma ve işlemleme, ifade edilmesindeki zorlanma, duygusal kaçınmanın öfke ile ilişkisi hasta geri bildirimlerinde saptanmıştır [219,220].

Antiosyal kişlik bozukluğu ve psikopatik şeklinde iki gruba ayrılıp incelenen bireylerde TAÖ skorları sınır (*borderline)* aleksitimi aralığında bulunmuş, bu yükseklik psikopatik bireylerde biraz daha yüksek olmasına karşın anlamlı bir fark yaratmamıştır. Zayıf duygusal farkındalığın duygu tanımanın yapılabilmesinde bozukluklara yol açtığı, duygu tanımadaki bozukluğun da pro-agresif süreçlere katkıda bulunduğu düşünülmektedir. [221]

Clekley psikopatik bireyleri "duygularının bilişsel ve deneyimsel parçalarında ayrışma yaşayan, duygusal eksikliği olan kimseler" şeklinde nitelemektedir. Literatüre baktığımızda psikopati ve aleksitimi ilişkisinin tartışmalı olduğu görülmektedir. Pozitif korelasyon taşıdıklarını belirten çalışmaların yanında [222, 223], *Faktör- 2* ile korele olup *Faktör- 1* ile negatif korelasyon gösteren, hem *Faktör- 1* hem *Faktör-2* ile negatif korelasyon gösterip, total aleksitimi skorlarının kontrol gruplarında fazla olabildiğine işaret eden iki ölçek arasında ilişki saptanamadığı çalışmalar mevcuttur [224, 225, 156].

Çalışmamızda, aleksitimi skorlarının ASKB tanılı bireylerde yüksek olduğu belirtilmiştir. Korelasyon analizlerinde Hare Psikopati Kontrol Listesi *Faktör-1* ile aleksitimi puanları arasında negatif yönde bir ilişki olması beklentimiz ile ters bir durum oluşturmaktaydı. *Faktör-1* in emosyonlara odaklı veriler vermesi bize aleksitimi skorları ile *Faktör- 1* arasında pozitif bir ilişki olabileceğini düşündürse de bu durum, Cleckley tarafından gündeme getirilen genel duygusal yoksunluk tartışmasının tekrar ele alınması gerektiğini düşündürten önemli bir veri olabilir. Mevcut klinik veriler belki de psikopatik birey için *kolaylaştırıcı* hatta *koruyucu* bir durumu yaratıyor olabilir. Duygularını tanıyor ve iyi ifade ediyor oluşları, onların küstah, manipulatif, çıkarcı, karşısındakini kullanmasını kolaylaştırıcı bir *''sosyal yırtıcı''* haline getiriyor olabilir. [227] Bu nedenle faktörler arasında daha ayrıntılı bir ilişkiye bakmanın uygun olacağı kanısındayız.

Kişilik bozukluklarında savunma biçimleri uzun zamandır üzerinde çalışılan bir konudur. SBT, özellikle dinamik psikoterapi alanına ve tedavi sonuçlarına ilişkin literatüre önemli veriler kazandırmıştır. Borderline örgütlenme alanında çok sayıda çalışma mevcuttur. Bu grupta ilkel savunmaların varlığının altı çizilmektedir. Bölme (splitting), yansıtmalı özdeşim (projektif identifikasyon) borderline kişilik bozukluğunda daha belirgin bir özellik iken, ASKB de tümgüçlülük (omnipotans), ilkel yüceltme (primitif idealizasyon), değersizleştirme (devaluasyon) mekanizmaları belirgin olarak gözlenmektedir. Bazı çalışmalarda ise ASKB de dışa vurma (acting-out), inkar (denial), pasif-agresyon, bölünme (disosiasyon) mekanizmalarının kullanıldığı belirtilmektedir. [228, 229, 228, 230].

Büyüklenmeci kendilik, azalmış kendilik saygısına bir çeşit kompansasyon olarak oluşturulmuş bir çeşit kalkan görevi görmektedir. Projeksiyon mekanizmasının kullanımı, ASKB tanılı bireyin karşısındaki kişi ile ilişki kurma biçimi olup bölme mekanizması ile birlikte çalışmaktadır. Kötü ve zarar verici *öteki*nin, kişiye tehlike oluşturmadan değersizleştirilmesi gerekmektedir. Ussallaştırma mekanizması, sürekli olarak parasal yükümlülüklerini yerine getirmeme , sorumsuzluk, başkasının incitilmesi, kötü davranılması gibi durumlarda aldırmazlık gösterme, yaptıklarına kendince bir kılıf uydurma durumlarında ASKB tanılı bireyce sık kullanılan içsel bir süreçtir. Pişmanlık ve sorumluluk duymamanın iskeletini oluşturan bir savunma mekanizmasıdır. Presniak ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ülküleştirme (idealizasyon) mekanizması ile negatif korelasyon bulunmuştur. Bu durum, bütünlüklü olmayan, çok sayıda lakünden oluşan, süperego mekanizmasının ASKB lerde kuralların, kanunların ve toplumsal değerlerin neden hiçe sayıldığını açıklamak için bir argüman sunmaktadır.

Kişilik bozukluklarında çok sayıda çalışma yapılmış ve önemli verilere sahip olmamıza rağmen adli psikiyatri - cezaevi populasyonu ile yapılan araştırma sayısı bu alanda küçük bir yer kaplamaktadır [231–234]. Bu veriler, mevcut çalışmamızın önemini vurgulayan bir durum olmakla birlikte bu alanda yapılacak çalışmaların desteklenmesinin gerekliliğinin altını bir kez daha çizmektedir.

Kişilik bozukluğu tanısı almış mahkumlarda yapılan çalışmalarda ASKB tanılı mahkumların alt düzey savunmalar kullandığı görülmektedir [235,236]. Çalışmamızdaki SBT yanıtlarına bakıldığında çarpıcı veriler göze çarpmaktadır. Mahkumların İlkel, Nevrotik ve Üst Düzey savunmalarına ait puanların, kontrol grubu puanlarından yüksek olduğu görülmektedir.

Burada bölme, değersizleştirme, yansıtma, yalıtma, inkar, pasif-agresyon, dışa vurma , otistik fantazi, ussallaştırma, bedenselleştirme, bölünme, yer değiştirme gibi *İlkel* savunmaların kullanılması literatür ile uyumluluk göstermektedir.

Psödo-altruizm, yapma-bozma, yüceltme, karşıt tepki geliştirme gibi *Nevrotik*, yüceltme, mizah, beklenti, bastırma gibi *Olgun* savunmaların daha anlamlı çıkması hastaların ASKB özellikleri ile değil daha çok psikopatik özellikleri ile ilişkilendirildi. Bunu iki şekilde tartışmayı uygun bulduk. Birincisi, kişilik bozukluğu yelpazesinde ASKB tanısına ek olarak zaman zaman üst düzey Sınır Kişilik Örgütlenmesi özellikleri de gösterebilen ASKB tanılı mahkumların olabileceği, ikinci özellik ve tarafımızca tabloya daha uygun olduğunu düşündüğümüz seçenek ise, psikopatik mahkumların manipulatif davranıp, görüşmeci hekim karşısında farklı bir kişilik profili çizmeye çalışması şeklinde yorumlandı.

Çocukluk çağı travmaları ASKB ve Psikopati gelişimi için önemli bir risk faktörüdür. Fiziksel, cinsel taciz ve kötüye kullanım, aile içi şiddete maruz kalıp - buna şahit olmanın erişkin yaşamda hem fiziksel hem de ruhsal izlerini görmek mümkündür. [28,237,238]. fiziksel engelliliğin yanında, ilerleyen dönemde bağımlılık, anksiyete bozukluğu, psikoz gibi psikiyatrik tanı / eş tanıların mevcudiyetinde önemli bir etkisi olduğu bilinmektedir [30,239,240].

Ergenler ile yapılan çalışmalarda erken fiziksel ihmalin ergen şiddeti ile ilişkili olabildiği düşünülmektedir. Swanson ve ekibinin çalışmasında seksüel ve fiziksel travmanın yaygın gelişimsel bozukluk tanılı kişilerin kontrol grubuna kıyasla çevrelerine daha fazla şiddet uyguladıkları gösterilmiştir. Askeri hastanelerin psikiyatri polikliniklerinde ASKB tanılı erkek hastalarda yapılan incelemede geçmişte fiziksel / cinsel travmanın üç kat daha sık olduğu saptanmıştır [40].

Çocukluk çağı travmaları, topluma uyum sağlamakta zorlanma, agresivite, şiddet davranışları, azalmış empati yeteneği gibi davranım bozukluğuna , ilerleyen yıllarda ise ASKB gelişimine zemin hazırlamaktadır [241–243].

Bir cinayet hükümlüsüne, üç ya da daha fazla kişiyi en az üç birbirinden bağımsız olayda öldürdüğü ve arada ‘bekleme süresi’ olduğu takdirde ’seri katil’ denmektedir. Seri katiller ve çocukluk çağı travmaları üzerine yapılmış olan bir çalışmada, travmatik yaşantıların belirgin şekilde toplum geneline göre fazla olduğu saptanmıştır. hükümlü grubunda fiziksel kötüye

kullanımın %36, cinsel kötüye kullanımın % 26, ihmalin %18 düzeyinde olduğu saptanmıştır. Bir çok bireyin öz geçmişinde birden fazla travmatik başlık bulunmaktadır [244].

ASKB + psikopatik bireylerin, sadece ASKB tanılı ve suç kaydı olmayan populasyon ile karşılaştırıldığında reaktif agresyonun fiziksel kötüye kullanım ile ilişkisi gösterilmiştir. Fiziksel kötüye kullanımın, şiddet içeriği yüksek tekrarlayıcı suç işleyen mahkumlarda, reaktif agresyon gösteren yüksek psikopati skoru alan bireylerde ve donuk-duygusuz özellikler gösteren çocuklardaki proaktif agresif davranışlar üzerindeki etkenlerden biri olduğu tartışılmaktadır [160].

Bu kişilerin hissettikleri duyguları en kolay ifade edebilmelerinin yolu karşılarındaki kişide de benzer duyguların ortaya çıkmasını sağlamaktır. Şiddetin ortaya çıkışında Bölünme gibi bir savunma mekanizması kullanılmakla birlikte, eyleme-vurma mekanizmasında 'zayıf' duygular yaşadığını kabullenmeme / reddetme mevcuttur. Bu duygudan ivedilikle kurtulmak için şiddet içerikli eyleme başvururlar.

Başka bir çalışmada ise fiziksel kötüye kullanımın, suç işleyen populasyonda psikopati puanlarından bağımsız olarak sağlıklı kontrollere göre daha sık gözlendiği belirtilmektedir [115]. Çalışmamızda, yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı cinayet hükümlülerinde yaşam öykülerinde fiziksel kötüye kullanım sağlıklığı kontrollere göre anlamlı ölçüde farklılaşmaktadır. Artmış fiziksel kötüye kullanım, hem ASKB hem de Psikopati gelişimi için risk oluşturmaktadır.

ÇÇTÖ *Duygusal Kötüye Kullanım* ile Toronto Aleksitimi Ölçeği, ÇÇTÖ *Fiziksel Kötüye Kullanım* ile Toronto Aleksitimi Ölçeği, ÇÇTÖ *duygusal kötüye kullanım* ile İlkel Savunma biçimleri, ÇÇTÖ *Fiziksel İstismar* ile İlkel Savunma biçimleri, ÇÇTÖ *toplam* ile İlkel Savunma biçimleri arasında pozitif korelasyon saptanmıştır. Bu durum literatür ile uyumlu olarak çocukluk çağı travmatik deneyimlerinin duygu tanıma, işleme süreçlerinde aksamaya yol açtığı bilgisini desteklemektedir. Ayrıca ilkel savunma biçimlerinin temel olarak kullanıldığı ASKB ve psikopati gelişimi için de zemin hazırladığı düşünülecek olursa, travmanın gelişim basamaklarını doğrudan etkilediği söylenebilir.

ÇÇTÖ alt bileşenleri arasında arasında korelasyon bulunması, travmatik bir ortamda büyüyen çocuğun travmaya sebep olan kişi/kişiler/ortamın etkisiyle yeni-süreğen travmalara maruz

kalabildiği, bu durum ya da durumların yarattığı etkinin daha büyük ve yıkıcı olabildiği bilgisini destekler niteliktedir [229,244]. ÇÇTÖ *fiziksel kötüye kullanım* ile SBT *Nevrotik* arasında pozitif korelasyon oluşu beklenmedik bir veri olarak göze çarpmaktadır. Tesadüfi bir sonuç olarak değerlendirilmiştir.

Adli Psikiyatri poliklinik hastalarında premorbid IQ değerinin sağlıklı kontrollere göre düşük olduğu ve bunun, şiddet ve suç riskini arttırdığı belirtilmektedir. Aynı popülasyonda yapılan başka bir çalışmada ise, zeka seviyesi ve psikopati ilişkisine bakıldığında Şiddet ve IQ değerleri arasında ters bir korelasyon olduğu görülmektedir. *Faktör- 1* in yani kişilerarası iletişimin IQ düzeyi ile korelasyonun olmadığı, *Faktör- 2* nin yani antisosyal eylemlilik düzeyinin negatif korelasyon gösterdiği belirtilmektedir. IQ düzeyinin antisosyal davranışlar üzerine etkisinin tartışıldığı birçok yayına ek olarak suç davranışlarının zeka düzeyi ile ters orantılı olabildiğini gösteren çalışmalar mevcuttur [245, 246].

Zeka düzeyinin yüksek olduğu psikopatik bireylerde suça karışma, antisosyal davranışlar kadar dürtüsellik ile ilgili olabildiği tartışılmaktadır. *Faktör- 1* ile yani kişilerarası iletişimin korele olduğu IQ değerlerinin, *Faktör- 2* yani antisosyal davranışlar ile ters korelasyon gösterdiği belirtilmiştir. Bu durum bir taraftan suç işlemenin düşük IQ ile olan ilişkisini gösterirken, yüksek IQ lu psikopatik bireylerin kendi çıkarı için insanları kullanmayı, manipulatif olmayı ve çıkarlarına göre hareket etmesini açıklıyor olabilir [247–249]. Çalışmamızda yaş ve eğitim düzeyleri eşlenmiş bireyler karşılaştırıldığı için IQ değerleri ASKB+psikopatik bireyler ve kontroller arasında belirgin bir farklılık göstermemektedir.

Duygu tanıma işlevlerini ölçen testlerden Gözlerden Zihin Okuma Testi, ASKB tanılı, psikopatik bireylerde benzer ve literatür için önemli sonuçlar ortaya koymuştur. Blair ve arkadaşlarının çalışmasında psikopatik ve psikopatik olmayan bireyler arasında fark bulunmamıştır. Bu tartışma alanı Richell ve ekibinin verileri ile örtüşmektedir [250,251, 252]. Diğer taraftan Nentjes ve ekibinin yaptığı çalışma sonuçlarında gördüğümüz gibi, psikopatik bireylerin yüz tanıma, ve reaksiyon zamanı, otonomik işleme performanslarının suç işlememiş kontrollere göre daha iyi olduğu veriler de mevcuttur [253].

Gözlerden zihin okuma test sonuçlarında psikopatik bireylerde normal kontrollere göre fark olmaması, kompleks yüz tanıma işlemlerinin daha fazla bağlantısallık gösterdiğini düşündürtmektedir. Zira, psikopatik bireyin bu testte normal sınırlarda yanıt vermesine karşın,

tüm yüz ifadelerinde korku ve üzüntülü yüz ifadelerini tanımada zorlanması bu durumu destekler bir bulgu niteliğindedir. Genel kanı, Psikopatik bireylerin GZOT testinden herhangi bir bozulma göstermediği, pskopati ölçek puanları ile de ilişkili olmadığı yönündedir.
Ali ve Chamorro-Premuzic in yaptığı çalışmada kişiler arası ve afektif özellikler bağlamında GZOT skorları ile bir ilişki bulunurken anlamlı ölçülerde bir korelasyon saptanmamıştır [254]. Bu durum Cleckley (1941/1976) 'nin psikopatik bireyler için önerdiği ''duygudan yoksun olma'' kavramını tam karşılamadığına bir örnek oluşturabilir. Yine de John ve Quay'in 1962'de belirttiği *''psikopatik insan sözleri bilen ama müzik hakkında fikri olmayan kişidir. Sözler, anlatım bozulmamış olsa da uyandırdığı hisler ve motivasyonel bileşenden yoksundur''* önermesi genel olarak gözlenen emosyonel defisit ile örtüşmektedir. [255,256]

Bilateral amigdala hasarında duygu tanımanın bozulduğu belirtilmiştir. Psikopatik bireylerde amigdala disfonksiyonunun gösterilmiş olması bu yol ile korku ve üzüntü ifadelerinin tanınmasındaki zorlanmayı açıklamaktadır. Buna karşılık, yüz tanıma işlemlemesi sırasında birçok merkezin iş birliği içerisinde çalıştığı bilinmektedir. Tartışmacılar bu durumda hem kompansatuar süreçlerin devreye gidiğini hem de bu işlemin birçok merkezin denetiminde yapıldığını düşünmektedirler [178,257–260].

Çalışmamızda GZOT skorlarında, yüksek psikopati skorları almış ASKB tanılı bireyler ile sağlıklı kontroller arasında fark olmadığı, verilerin literatür bilgisi ile uyumlu olduğunu göstermektedir. Damasio, prefrontal korteks bölgeleri için *düşüncelerimizi oluşturan imgelerin kaynaklandığı bütün duygusal bölgelerden, vücut hallerinin sürekli olarak temsil edildiği, somatik-duysal korteksler dahil çeşitli girdiler aldığını''* belirterek, bu kortikal alanların biyo-düzenleyici işlevini bilmenin emosyon regulasyon mekanizmalarını tam açıklamadığını tartışmaktadır. Karar alma bozukluğunda *'Gelecek Miyopisi'* şeklinde mevcut durumu değerlendirme, yorumlama ve çıkarsamalar yapmada zorluklar yaşanmaktadır. Bu durum kişinin gelecek projeksiyonlarında olumsuz sonuçlar ile karşılaşmasına yol açmaktadır.

Iowa Kumar Testi, karar verme davranışını ve süreçlerini ölçebilmek amacıyla geliştirilmiştir. Bu test, görsel, sözel bellek, dil işlevleri, yürütücü işlevler, somatik duyusal/motor alanları intakt olan bireylerde orbitofrontal ve ventromedial korteks hasarının ölçüsünü saptamamızı sağlar. [261] Çalışmamızda Iowa Kumar Testi sonuçlarına baktığımızda ASKB+psikopatik

bireylerin kontrol grubuna göre borç miktarının yüksek, skorlarının düşük olduğu göze çarpmaktadır. Bu durum risk alma davranışlarının daha fazla olduğunu ama karar verme süreçlerinde daha fazla sorun yaşadıklarını göstermektedir.

Literatüre bakıldığında, alkol bağımlısı ASKB tanısı olan ve olmayan bireylerin sağlıklı kontrollerle yapılan mukayesesinde IKT puanlarının sağlıklı kontrollerde daha yüksek olduğu, ASKB tanısı olmayan bağımlıların yavaş ve iyileşme gösteren bir grafik ile tercihlerini yaptıkları görülürken, ASKB tanılı bağımlıların başlangıçta avantajlı kartlara yönelseler de son blokta bu durumu koruyamadıkları, dezavantajlı kartlara yöneldikleri görülmüştür. Bu durumun dürtüsel özellikler taşıyan bireylerin IKT skorları üzerinde avantajlı karar verme ve bu performansı sürdürmekte zorluk çektikleri vurgulanmıştır. [198]

IKT skorları ve psikopati *Faktör-2* arasında negatif korelasyon olduğu bildirilmiştir. Bu da ASKB özellikleri arttığında karar verme süreçlerinde bozulma olması verisini destekler nitelikte bir sonuçtur. Çalışmamızda toplam puanlar arasında belirgin fark varken, *Faktör- 2* ile IKT arasında beklenen negatif korelasyon görülmemiştir. Bu durumun örneklem sayısı ile ilişkili olduğu düşünülmüştür. Örneklem grubu sayısı arttırldığı takdirde anlamlılık sınırına yaklaşılacağı düşünülmüştür. [94,262,263]

İşlenilen suçların cinayet, cinsel suç gibi ayrı şekilde değerlendirildiği, hükümlülerin karar verme süreçlerine bakılan başka bir çalışmada, tüm suç grupları dezavantajlı seçimlere yöneldiği görülürken cinayet ve saldırı suçlularına ait verilerin orbitofrontal korteks hasarlı bireylerin sonuçları ile benzer olduğu görülmüştür. Prefrontal korteks hipometabolizmasına atıfta bulunulmuştur. [264]

Başka bir çalışmada ise, ASKB+psikopatik mahkumların; psikopati tanısı almamış ASKB tanılı mahkumlar ve sağlıklı kontroller karşılaştırılmış, bilateral rostral prefrontal korteks ve anterior temporal pollerde hacim azalması gösterdikleri saptanmıştır. Kriminal popülasyonda yapılan başka bir çalışmada ise karar verme süreçlerine ilişkin bozukluğun, suçun tekrar işlenmesini ya da cezaevine tekrar girmeyi yordayabileceği düşünülmektedir. [196,265]

IKT sonuçlarına ve öğrenme grafiğine baktığımızda literatür ile uyumlu olarak mahkumlarda karar verme süreçlerinin daha bozuk ve risk alma davranışlarının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu verilere ek olarak kart seçimlerindeki *1. ve 2. Blok* farklarına baktığımızda, sağlıklı kontrollerin bir süre sonra riskli kartları fark ederek güvenli kartlara yöneldikleri

görülmüştür ve durumu değerlendirerek, gelecek seçimleri ona göre planladıkları çıkarsaması yapılabilir. Diğer yandan ASKB+psikopati grubu puanları ve grafiğine baktığımızda, bu öğrenmenin gerçekleşmediği, seçimlerini yaparken mevcut durumu dikkate almadıkları saptanmıştır. Bu da bu süreçlerdeki bozulmayı destekleyen bir bulgu olarak sunulmaktadır.

## IX- SONUÇLAR VE ÖNERİLER

Çalışmamızın ana sonucu ASKB tanısı alan ve yüksek psikopati skorları olan cinayet hükümlülerinde karar verme süreçlerinde bozulma olduğu, kendi duygularını tanımakta ve ifade etmekte zorlandıkları, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının olduğu, heterojen bir grup olup farklı savunma mekanizmalarını kullandıklarıdır. Bu veriler bir arada düşünüldüğünde ASKB ve psikopatinin gelişimsel bir psikopatoloji olduğunu ve sosyopatolojik durumların mevcut sorunlara ait sonuçlar olduğu söylenebilir.

Bu çalışmanın güçlü yönleri çalışmaya alınan hastaların tümünün ASKB tanılı, yüksek psikopatik özellikler gösteren homojen bir gruba ait oluşlarıdır. Bir çok ölçek ve değerlendirme yapılmış olup, örneklem ve özelliklerine ait çok sayıda veri toplanmış ve geniş bir perspektiften bakılmaya çalışılmıştır. Bu özellikleri ile ülkemizde yapılmış olan ilk kapsamlı çalışmadır ve uluslararası literatüre de önemli katkılar sağlayacaktır.

Bu çalışmada yaptığımız analizleri daha fazla sayıda hasta ile tekrarlamak bulguların genellenebilirliğini artıracaktır. Bu sayede bu grupları daha iyi tanımak, mediko-sosyo-legal açıdan önlemler alınmasını kolaylaştırmak ve ihtiyaç duyulduğunda tedavi için yeni alternatifler sunmak mümkün olabilecektir.

Kısıtlılık olarak: Birlikte çalışılması güç bir grup ile çalışılıyor oluşu, hem işbirliğini uzun süre götürmekte zorlanılması, hem de manipülasyona açık konular olması dolayısıyla bazı bilgilerin doğruluğunu mükerrer sorgulama gerekliliğidir. Örneklem sayısının düşük ve daha geniş gruplarda çalışılmasına ihtiyaç duyuluyor olması da geleceğe yönelik çalışma planlarında göz önünde bulundurulması gereken alan özellikleridir.

## X- KAYNAKLAR


1. Bergman TJ, Beehner JC, Cheney DL, Seyfarth RM. Hierarchical classification by rank and kinship in baboons. *Science*. 2003;302(5648):1234-1236. doi:10.1126/science.1087513.
2. Spreng RN, Mar RA, Kim ASN. The Common Neural Basis of Autobiographical Memory, Prospection, Navigation, Theory of Mind, and the Default Mode: A Quantitative Meta-analysis. *J Cogn Neurosci*. 2009;21(3):489-510. doi:10.1162/jocn.2008.21029.
3. Rabin JS, Gilboa A, Stuss DT, Mar RA, Rosenbaum RS. Common and unique neural correlates of autobiographical memory and theory of mind. *J Cogn Neurosci*. 2010;22(6):1095-1111. doi:10.1162/jocn.2009.21344.
4. Montague PR, Dolan RJ, Friston KJ, Dayan P. Computational psychiatry. *Trends Cogn Sci*. 2012;16(1):72-80. doi:10.1016/j.tics.2011.11.018.
5. Schmidt B, Redish AD. Neuroscience: Navigation with a cognitive map. *Nature*. 2013;497(7447):42-43. doi:10.1038/nature12095.
6. JM H. Recovery From the Passage of an Iron Bar Through the Head. *Publ MAssachusetts Med Soc*. 1868;2:327-347.
7. Zald David RS. The Orbitofrontal Cortex. *Oxford Scholarsh Online*. 2010;February.
8. Cleckley H. *Mask of Sanity*. St. Louis; 1941.
9. Damasio A. *Descartes' Error: Emotion, Reason and the Human Brain*. New York, NY:Avon; 1994.
10. Blair RJR. The amygdala and ventromedial prefrontal cortex in morality and psychopathy. *Trends Cogn Sci*. 2007;11(9):387-392. doi:10.1016/j.tics.2007.07.003.
11. R Blair RJ. Psychopathy: cognitive and neural dysfunction. *Dialogues Clin Neurosci*. 2013;15(2):181-190.
12. J. Glicksohn. *The Neurobiology of Criminal Behavior*. Kluwer Academic Publishers; 2002.
13. Gabbard G. *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice 5th Edition*. Arlington: American Psychiatric Publishing; 2014.
14. Mc Williams N. *Psikanalitik Tanı, Klinik Süreç İçinde Kişilik Yapısını Anlamak*. Bilgi Üniversitesi Yayınları; 2010.
15. Eve Caligor, Otto F. Kernberg JFC. *Handbook of Dynamic Psychotherapy for Higher Level Personality Pathology*. Published by American Psychiatric Publishing; 2013.
16. Saydam B. Narsisistik Kişilik Bozukluğu, Antisosyal Kişilik Bozukluğu, Borderline Kişilik Bozukluğu. *Ege Üniversitesi Sürekli Yayınları*. 1996; (3):413-431.
17. Meloy JR. *The Psychopathic Mind: Origins, Dynamics and Treatment.* Northvale, NJ: Jason Aronson; 1988.
18. Ahmet Emre Sargın, Kadir Özdel HT. Cognitive-Behavioral Theory and Treatment of Antisocial Personality Disorder . Psychopathy - New Updates on an Old Phenomenon. 2017.
19. Reeves M TJ. *Specific Relationships between Core Beliefs and Personality Disorder Symptoms in a Non-Clinical Sample. Clinical Psychology and Psychotherapy*.; 2007.
20. Ogloff JRP. Psychopathy/antisocial personality disorder conundrum. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40(6-7):519-528. doi:10.1080/j.1440-1614.2006.01834.x.
21. *American Psychiatric Association. Diagnostic and Sta¬tistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (5th Ed) (DSM-V)*. Washington, DC.: APA Publishing; 2013.
22. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision*.; 2016.

23. Glenn AL, Johnson AK, Raine A. Antisocial personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep*. 2013;15(12):427. doi:10.1007/s11920-013-0427-7.
24. Fazel S, Danesh J. Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys. *Lancet (London, England)*. 2002;359(9306):545-550. doi:10.1016/S0140-6736(02)07740-1.
25. Ullrich S, Farrington DP, Coid JW. Dimensions of DSM-IV personality disorders and life-success. *J Pers Disord*. 2007;21(6):657-663. doi:10.1521/pedi.2007.21.6.657.
26. Chen H, Cohen P, Crawford TN, Kasen S, Johnson JG, Berenson K. Relative impact of young adult personality disorders on subsequent quality of life: findings of a community-based longitudinal study. *J Pers Disord*. 2006;20(5):510-523. doi:10.1521/pedi.2006.20.5.510.
27. Coid J, Yang M, Tyrer P, Roberts A, Ullrich S. Prevalence and correlates of personality disorder in Great Britain. *Br J Psychiatry*. 2006;188:423-431. doi:10.1192/bjp.188.5.423.
28. Asgeirsdottir BB, Sigfusdottir ID, Gudjonsson GH, Sigurdsson JF. Associations between sexual abuse and family conflict/violence, self-injurious behavior, and substance use: the mediating role of depressed mood and anger. *Child Abuse Negl*. 2011;35(3):210-219. doi:10.1016/j.chiabu.2010.12.003.
29. Goodwin RD, Stein MB. Association between childhood trauma and physical disorders among adults in the United States. *Psychol Med*. 2004;34(3):509-520.
30. Maas C, Herrenkohl TI, Sousa C. Review of research on child maltreatment and violence in youth. *Trauma Violence Abuse*. 2008;9(1):56-67. doi:10.1177/1524838007311105.
31. Bebbington P, Jonas S, Kuipers E, et al. Childhood sexual abuse and psychosis: data from a cross-sectional national psychiatric survey in England. *Br J Psychiatry*. 2011;199(1):29-37. doi:10.1192/bjp.bp.110.083642.
32. Cicchetti D, Toth SL. Child maltreatment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2005;1:409-438. doi:10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144029.
33. Nestor PG. Mental disorder and violence: personality dimensions and clinical features. *Am J Psychiatry*. 2002;159(12):1973-1978. doi:10.1176/appi.ajp.159.12.1973.
34. Fantuzzo J, Fusco R. Children's direct sensory exposure to substantiated domestic violence crimes. *Violence Vict*. 2007;22(2):158-171.
35. Herrenkohl TI, Sousa C, Tajima EA, Herrenkohl RC, Moylan CA. Intersection of child abuse and children's exposure to domestic violence. *Trauma Violence Abuse*. 2008;9(2):84-99. doi:10.1177/1524838008314797.
36. Levendosky AA, Bogat GA, Martinez-Torteya C. PTSD symptoms in young children exposed to intimate partner violence. *Violence Against Women*. 2013;19(2):187-201. doi:10.1177/1077801213476458.
37. Cloninger, C. SDM. Personality Disorders. In: Wolters Kluwer / Lippincott Williams & Wilkins.; 2009:S2197-241.
38. Kolbe, L.C. rodie HK. Modern Clinical Psychiatry. In: Philadelphia: Saunders Company; 1982:605-612.
39. Damasio A. A neural basis for sociopathy. *Arch Gen Psychiatry*. 2000;57:128–129.
40. Hodgins S, Cree A, Alderton J, Mak T. From conduct disorder to severe mental illness: associations with aggressive behaviour, crime and victimization. *Psychol Med*. 2008;38(7):975-987. doi:10.1017/S0033291707002164.
41. Semiz UB, Basoglu C, Ebrinc S, Cetin M. Childhood trauma history and dissociative experiences among Turkish men diagnosed with antisocial personality disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2007;42(11):865-873. doi:10.1007/s00127-007-0248-2.

42. Johnson JG, Bromley E, McGeoch PG. Role of childhood experiences in the development of maladaptive and adaptive personality traits. In: *Textbook of Personality Disorders*. Washington, DC.: APP; 2005:209-221. https://books.google.com/books?hl=en&lr=lang_en&id=gxpXTm9T1MsC&oi=fnd&pg=PA209&dq=child+*+adversity+%22personality+disorders%22&ots=lq8zNoHelR&sig=PwFLAjsX5aG-k1c0TkDeW5XpiTg%5Cnhttps://books.google.com/books?hl=en&lr=lang_en&id=gxpXTm9T1MsC&oi=fnd&pg=PA.
43. Cloninger C. Genetics, in Textbook of Personality Disorders. In: J.M. Oldham AES and DSB, ed. Washington, DC.: APP; 2005.
44. Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC. DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biol Psychiatry*. 2007;62(6):553-564. doi:10.1016/j.biopsych.2006.09.019.
45. Lee HB, Bienvenu OJ, Cho S-J, et al. Personality disorders and traits as predictors of incident cardiovascular disease: findings from the 23-year follow-up of the Baltimore ECA study. *Psychosomatics*. 2010;51(4):289-296. doi:10.1176/appi.psy.51.4.289.
46. Hare, R. D., Strachan, C. & FAE. Psychopathy and crime: An overview. In: C. R. Hollin & K. Howells (Eds.), ed. *Clinical Approaches to the Mentally Disordered Offender*. Chichester: England: Wiley & Sons.; 1993:165-178.
47. Hart, S. D., Hare, R. D., & Forth AE. Psychopathy as a risk marker for violence: Development and validation of a screening version of the Revised Psychopathy Checklist. In: (Eds.) JM& HS, *Violence and Mental Disorder: Developments in Risk Assessment*. Chicago: University of Chicago Press.; 1993:81-98.
48. T. RRK& S. *Whoever Fights Monsters: My Twenty Years of Hınting Serial Killers Fort He FBI*. New York, St. Martin's.; 1992.
49. Capote T. *In Cold Blood*. New York: Random House; 1965.
50. Jarkko Jalava, Stephanie Griffiths MM. *The Myth of The Born Criminal: Psychopathy, Neurobiology, and The Creation of The Modern Degenerate*. University of Toronto Press; 2015.
51. Hare RD. *Hare Psychopathy Checklist-Revised (PCL-R), 2nd Edn.* Toronto: Multi-Health Systems Inc.; 2003.
52. Diana Moreira, Fernando Almeida, Marta Pinto MF. Psychopathy: A comprehensive review of its assessment and intervention. Aggression and Violent Behavior. *Aggress Violent Behav*. 2014;19:191–195.
53. Thompson DF, Ramos CL, Willett JK. Psychopathy: clinical features, developmental basis and therapeutic challenges. *J Clin Pharm Ther*. 2014;39(5):485-495. doi:10.1111/jcpt.12182.
54. Leistico A-MR, Salekin RT, DeCoster J, Rogers R. A large-scale meta-analysis relating the hare measures of psychopathy to antisocial conduct. *Law Hum Behav*. 2008;32(1):28-45. doi:10.1007/s10979-007-9096-6.
55. Coid J, Yang M, Ullrich S, Roberts A, Hare RD. Prevalence and correlates of psychopathic traits in the household population of Great Britain. *Int J Law Psychiatry*. 2009;32(2):65-73. doi:10.1016/j.ijlp.2009.01.002.
56. Salekin RT, Worley C, Grimes RD. Treatment of psychopathy: a review and brief introduction to the mental model approach for psychopathy. *Behav Sci Law*. 2010;28(2):235-266. doi:10.1002/bsl.928.
57. Whitlock FA. *Note on Moral Insanity and Psychopathic Disorders*. University of Queensland, Australia, 1967
58. Blackburn R. Psychopathy and personality disorder: Implications of interpersonal theory. In: Cooke DJ, ed. *Psychopathy: Theory, Research and Implications for Society*.

Research and Implications for Society; 1998:269-301.
59. Bollone P. *Cesare Lombroso Ovvero Il Principio Dell'irresponsabilità*. Torino: Società Editrice Internazionale; 1992.
60. Schneider K. *Las Personalidades Psicopáticas*. Madrid: Ediciones Morata; 1943.
61. Nunes L. *Crime — Psicopatia, Sociopatia E Personalidade Anti-Social*. Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais do Porto; 2009.
62. Jilek WG. Emil Kraepelin and comparative sociocultural psychiatry. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1995;245(4-5):231-238.
63. Kahn E. *Psychopathic Personalities*. New Heaven: Yale Uniiversity Press; 1931.
64. Koch JLA. *Die Psychopathischen Minderwertigkeiten*. Whitefish MT, United States: Kessinger Publishing, 1891
65. M. S. *The Sociopath next Door: The Ruthless vs. the Rest of Us*. New York: Random House Inc.,; 2005.
66. Crego C, Widiger TA. Psychopathy and the DSM. *J Pers*. 2015;83(6):665-677. doi:10.1111/jopy.12115.
67. Harpur TJ, Hare RD. Assessment of psychopathy as a function of age. *J Abnorm Psychol*. 1994;103(4):604-609.
68. Hare RD, Neumann CS. Psychopathy as a clinical and empirical construct. *Annu Rev Clin Psychol*. 2008;4:217-246. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091452.
69. Blair RJR. The emergence of psychopathy: implications for the neuropsychological approach to developmental disorders. *Cognition*. 2006;101(2):414-442. doi:10.1016/j.cognition.2006.04.005.
70. Barlak MS. Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerde Psikopati Düzeyinin Disfonksiyonel Şemalar VE Zihin Kurami Yetenekleriyle İlişkisinin Belirlenmesi Gülhane Askeri Tıp Akademisi Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Servis Şefliği Uzm. 2012.
71. Viding E, McCrory E, Seara-Cardoso A. Psychopathy. *Curr Biol*. 2014;24(18):R871-R874. doi:10.1016/j.cub.2014.06.055.
72. Koenigs M. The role of prefrontal cortex in psychopathy. *Rev Neurosci*. 2012;23(3):253-262. doi:10.1515/revneuro-2012-0036.
73. Trull TJ, Jahng S, Tomko RL, Wood PK, Sher KJ. Revised NESARC personality disorder diagnoses: gender, prevalence, and comorbidity with substance dependence disorders. *J Pers Disord*. 2010;24(4):412-426. doi:10.1521/pedi.2010.24.4.412.
74. Moran P, Hodgins S. The correlates of comorbid antisocial personality disorder in schizophrenia. *Schizophr Bull*. 2004;30(4):791-802.
75. Sprague J, Javdani S, Sadeh N, Newman JP, Verona E. Borderline personality disorder as a female phenotypic expression of psychopathy? *Personal Disord*. 2012;3(2):127-139. doi:10.1037/a0024134.
76. Hall JR, Drislane LE, Patrick CJ, Morano M, Lilienfeld SO, Poythress NG. Development and validation of Triarchic construct scales from the psychopathic personality inventory. *Psychol Assess*. 2014;26(2):447-461. doi:10.1037/a0035665.
77. Viding E. Annotation: understanding the development of psychopathy. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45(8):1329-1337. doi:10.1111/j.1469-7610.2004.00840.x.
78. Gao Y, Raine A. Successful and unsuccessful psychopaths: a neurobiological model. *Behav Sci Law*. 2010;28(2):194-210. doi:10.1002/bsl.924.
79. Kirkman CA. Non-incarcerated psychopaths: why we need to know more about the psychopaths who live amongst us. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9(2):155-160.
80. Brinkley CA, Diamond PM, Magaletta PR, Heigel CP. Cross-validation of Levenson's Psychopathy Scale in a sample of federal female inmates. *Assessment*. 2008;15(4):464-482. doi:10.1177/1073191108319043.

81. Poythress NG, Lilienfeld SO, Skeem JL, et al. Using the PCL-R to help estimate the validity of two self-report measures of psychopathy with offenders. *Assessment*. 2010;17(2):206-219. doi:10.1177/1073191109351715.
82. Karpman B. Psychopathy in the scheme of human typology. *J Nerv Ment Dis*. 1946;103:276-288.
83. Yildirim BO, Derksen JJL. Systematic review, structural analysis, and new theoretical perspectives on the role of serotonin and associated genes in the etiology of psychopathy and sociopathy. *Neurosci Biobehav Rev*. 2013;37(7):1254-1296. doi:10.1016/j.neubiorev.2013.04.009.
84. Skeem J, Johansson P, Andershed H, Kerr M, Louden JE. Two subtypes of psychopathic violent offenders that parallel primary and secondary variants. *J Abnorm Psychol*. 2007;116(2):395-409. doi:10.1037/0021-843X.116.2.395.
85. Hare RD. *Without Conscience: The Disturbing World of the Psychopaths Among Us*. New York: Guilford Publications Inc; 1993.
86. Wong S HR. *Guidelines for a Psychopathy Treatment Program*. Toronto, Canada: MHS; 2005.
87. Blackburn R, Coid JW. Empirical clusters of DSM-III personality disorders in violent offenders. *J Pers Disord*. 1999;13(1):18-34.
88. Glenn AL. The other allele: exploring the long allele of the serotonin transporter gene as a potential risk factor for psychopathy: a review of the parallels in findings. *Neurosci Biobehav Rev*. 2011;35(3):612-620. doi:10.1016/j.neubiorev.2010.07.005.
89. Sadeh N, Javdani S, Jackson JJ, et al. Serotonin transporter gene associations with psychopathic traits in youth vary as a function of socioeconomic resources. *J Abnorm Psychol*. 2010;119(3):604-609. doi:10.1037/a0019709.
90. Moul C, Dobson-Stone C, Brennan J, Hawes D, Dadds M. An exploration of the serotonin system in antisocial boys with high levels of callous-unemotional traits. *PLoS One*. 2013;8(2):e56619. doi:10.1371/journal.pone.0056619.
91. Bird A. Perceptions of epigenetics. *Nature*. 2007;447(7143):396-398. doi:10.1038/nature05913.
92. Blair RJR. The amygdala and ventromedial prefrontal cortex: functional contributions and dysfunction in psychopathy. *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2008;363(1503):2557-2565. doi:10.1098/rstb.2008.0027.
93. Yang Y, Raine A, Narr KL, Colletti P, Toga AW. Localization of deformations within the amygdala in individuals with psychopathy. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(9):986-994. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.110.
94. Gregory S, ffytche D, Simmons A, et al. The antisocial brain: psychopathy matters. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(9):962-972. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2012.222.
95. Raine A, Lencz T, Taylor K, et al. Corpus callosum abnormalities in psychopathic antisocial individuals. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(11):1134-1142. doi:10.1001/archpsyc.60.11.1134.
96. Blair RJ, Colledge E, Murray L, Mitchell DG. A selective impairment in the processing of sad and fearful expressions in children with psychopathic tendencies. *J Abnorm Child Psychol*. 2001;29(6):491-498.
97. Stevens D, Charman T, Blair RJ. Recognition of emotion in facial expressions and vocal tones in children with psychopathic tendencies. *J Genet Psychol*. 2001;162(2):201-211. doi:10.1080/00221320109597961.
98. Glass SJ, Newman JP. Recognition of facial affect in psychopathic offenders. *J Abnorm Psychol*. 2006;115(4):815-820. doi:10.1037/0021-843X.115.4.815.
99. Hansen AL, Johnsen BH, Hart S, Waage L, Thayer JF. Brief communication: psychopathy and recognition of facial expressions of emotion. *J Pers Disord*.

2008;22(6):639-644. doi:10.1521/pedi.2008.22.6.639.
100. Hastings ME, Tangney JP, Stuewig J. Psychopathy and Identification of Facial Expressions of Emotion. *Pers Individ Dif*. 2008;44(7):1474-1483. doi:10.1016/j.paid.2008.01.004.
101. Elfenbein HA, Ambady N. On the universality and cultural specificity of emotion recognition: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2002;128(2):203-235.
102. Jones AP, Laurens KR, Herba CM, Barker GJ, Viding E. Amygdala hypoactivity to fearful faces in boys with conduct problems and callous-unemotional traits. *Am J Psychiatry*. 2009;166(1):95-102. doi:10.1176/appi.ajp.2008.07071050.
103. Passamonti L, Fairchild G, Goodyer IM, et al. Neural abnormalities in early-onset and adolescence-onset conduct disorder. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(7):729-738. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2010.75.
104. Viding E, Sebastian CL, Dadds MR, et al. Amygdala response to preattentive masked fear in children with conduct problems: the role of callous-unemotional traits. *Am J Psychiatry*. 2012;169(10):1109-1116. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12020191.
105. Pujol J, Batalla I, Contreras-Rodriguez O, et al. Breakdown in the brain network subserving moral judgment in criminal psychopathy. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2012;7(8):917-923. doi:10.1093/scan/nsr075.
106. Juarez M, Kiehl KA, Calhoun VD. Intrinsic limbic and paralimbic networks are associated with criminal psychopathy. *Hum Brain Mapp*. 2013;34(8):1921-1930. doi:10.1002/hbm.22037.
107. Bertsch K, Grothe M, Prehn K, et al. Brain volumes differ between diagnostic groups of violent criminal offenders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2013;263(7):593-606. doi:10.1007/s00406-013-0391-6.
108. Domes G, Hollerbach P, Vohs K, Mokros A, Habermeyer E. Emotional empathy and psychopathy in offenders: an experimental study. *J Pers Disord*. 2013;27(1):67-84. doi:10.1521/pedi.2013.27.1.67.
109. Adolphs R, Gosselin F, Buchanan TW, Tranel D, Schyns P, Damasio AR. A mechanism for impaired fear recognition after amygdala damage. *Nature*. 2005;433(7021):68-72. doi:10.1038/nature03086.
110. Blair RJR. A cognitive neuroscience perspective on child and adolescent psychopathy. In: Lynam RTS& DR, ed. *Handbook of Child and Adolescent Psychopathy*. New York: Guilford Press.; 2010:156-178.
111. Marsh AA, Finger EC, Mitchell DG V, et al. Reduced amygdala response to fearful expressions in children and adolescents with callous-unemotional traits and disruptive behavior disorders. *Am J Psychiatry*. 2008;165(6):712-720. doi:10.1176/appi.ajp.2007.07071145.
112. White SF, Marsh AA, Fowler KA, et al. Reduced amygdala response in youths with disruptive behavior disorders and psychopathic traits: decreased emotional response versus increased top-down attention to nonemotional features. *Am J Psychiatry*. 2012;169(7):750-758. doi:10.1176/appi.ajp.2012.11081270.
113. Sebastian CL, McCrory EJP, Cecil CAM, et al. Neural responses to affective and cognitive theory of mind in children with conduct problems and varying levels of callous-unemotional traits. *Arch Gen Psychiatry*. 2012;69(8):814-822. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.2070.
114. Finger EC, Marsh AA, Blair KS, et al. Disrupted reinforcement signaling in the orbitofrontal cortex and caudate in youths with conduct disorder or oppositional defiant disorder and a high level of psychopathic traits. *Am J Psychiatry*. 2011;168(2):152-162. doi:10.1176/appi.ajp.2010.10010129.
115. Cima M, Smeets T, Jelicic M. Self-reported trauma, cortisol levels, and aggression in

psychopathic and non-psychopathic prison inmates. *Biol Psychol*. 2008;78(1):75-86. doi:10.1016/j.biopsycho.2007.12.011.
116. Holi M, Auvinen-Lintunen L, Lindberg N, Tani P, Virkkunen M. Inverse correlation between severity of psychopathic traits and serum cortisol levels in young adult violent male offenders. *Psychopathology*. 2006;39(2):102-104. doi:10.1159/000091021.
117. Poustka L, Maras A, Hohm E, et al. Negative association between plasma cortisol levels and aggression in a high-risk community sample of adolescents. *J Neural Transm*. 2010;117(5):621-627. doi:10.1007/s00702-010-0386-7.
118. Loney BR, Butler MA, Lima EN, Counts CA, Eckel LA. The relation between salivary cortisol, callous-unemotional traits, and conduct problems in an adolescent non-referred sample. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(1):30-36. doi:10.1111/j.1469-7610.2005.01444.x.
119. O'Leary MM, Loney BR, Eckel LA. Gender differences in the association between psychopathic personality traits and cortisol response to induced stress. *Psychoneuroendocrinology*. 2007;32(2):183-191. doi:10.1016/j.psyneuen.2006.12.004.
120. Glenn AL, Raine A, Schug RA, Gao Y, Granger DA. Increased testosterone-to-cortisol ratio in psychopathy. *J Abnorm Psychol*. 2011;120(2):389-399. doi:10.1037/a0021407.
121. Buckholtz JW, Treadway MT, Cowan RL, et al. Mesolimbic dopamine reward system hypersensitivity in individuals with psychopathic traits. *Nat Neurosci*. 2010;13(4):419-421. doi:10.1038/nn.2510.
122. Soderstrom H, Blennow K, Sjodin A-K, Forsman A. New evidence for an association between the CSF HVA:5-HIAA ratio and psychopathic traits. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003;74(7):918-921.
123. Feldman R. Oxytocin and social affiliation in humans. *Horm Behav*. 2012;61(3):380-391. doi:10.1016/j.yhbeh.2012.01.008.
124. Hurlemann R, Patin A, Onur OA, et al. Oxytocin enhances amygdala-dependent, socially reinforced learning and emotional empathy in humans. *J Neurosci*. 2010;30(14):4999-5007. doi:10.1523/JNEUROSCI.5538-09.2010.
125. Zak P. *The Moral Molecule.* New York: Dutton; 2012.
126. Mitchell I, Smid W, Troelestra J, Wever E, Ziegler T BA. Psychopathic characteristics are related to high basal urinary oxytocin levels in male forensic. *J Forens Psychiatry Psychol*. 2013;24:1–10.
127. Shamay-Tsoory SG, Fischer M, Dvash J, Harari H, Perach-Bloom N, Levkovitz Y. Intranasal administration of oxytocin increases envy and schadenfreude (gloating). *Biol Psychiatry*. 2009;66(9):864-870. doi:10.1016/j.biopsych.2009.06.009.
128. De Dreu CKW, Greer LL, Van Kleef GA, Shalvi S, Handgraaf MJJ. Oxytocin promotes human ethnocentrism. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2011;108(4):1262-1266. doi:10.1073/pnas.1015316108.
129. Lippert WW SR. Electrodermal responses in the sociopath. *Psychon Sci*. 1966;4:25-26.
130. HJ W. Antisocial and psychopathic personality disorders: causes, course, and remission — A review article. *Int J Offender Ther*. 2000;44:406-430.
131. Kimonis ER, Frick PJ, Skeem JL, et al. Assessing callous-unemotional traits in adolescent offenders: validation of the Inventory of Callous-Unemotional Traits. *Int J Law Psychiatry*. 2008;31(3):241-252. doi:10.1016/j.ijlp.2008.04.002.
132. Munoz LC, Frick PJ, Kimonis ER, Aucoin KJ. Types of aggression, responsiveness to provocation, and callous-unemotional traits in detained adolescents. *J Abnorm Child Psychol*. 2008;36(1):15-28. doi:10.1007/s10802-007-9137-0.
133. Munoz LC, Frick PJ, Kimonis ER, Aucoin KJ. Verbal ability and delinquency: testing the moderating role of psychopathic traits. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49(4):414-421. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01847.x.

134. Fung MT, Raine A, Loeber R, et al. Reduced electrodermal activity in psychopathy-prone adolescents. *J Abnorm Psychol*. 2005;114(2):187-196. doi:10.1037/0021-843X.114.2.187.
135. Cooke DJ, Michie C, Hart SD, Clark D. Assessing psychopathy in the UK: concerns about cross-cultural generalisability. *Br J Psychiatry*. 2005;186:335-341. doi:10.1192/bjp.186.4.335.
136. Kosson DS, Lorenz AR, Newman JP. Effects of comorbid psychopathy on criminal offending and emotion processing in male offenders with antisocial personality disorder. *J Abnorm Psychol*. 2006;115(4):798-806. doi:10.1037/0021-843X.115.4.798.
137. Miller JD, Dir A, Gentile B, Wilson L, Pryor LR, Campbell WK. Searching for a vulnerable dark triad: comparing Factor 2 psychopathy, vulnerable narcissism, and borderline personality disorder. *J Pers*. 2010;78(5):1529-1564. doi:10.1111/j.1467-6494.2010.00660.x.
138. Coid J, Ullrich S. Antisocial personality disorder is on a continuum with psychopathy. *Compr Psychiatry*. 2010;51(4):426-433. doi:10.1016/j.comppsych.2009.09.006.
139. Benning SD, Patrick CJ, Hicks BM, Blonigen DM, Krueger RF. Factor structure of the psychopathic personality inventory: validity and implications for clinical assessment. *Psychol Assess*. 2003;15(3):340-350. doi:10.1037/1040-3590.15.3.340.
140. Velasco C, Fernandez I, Paez D, Campos M. Perceived emotional intelligence, alexithymia, coping and emotional regulation. *Psicothema*. 2006;18 Suppl:89-94.
141. Goleman D. *Duygusal Zeka*. Varlık Yayınları; 2006.
142. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV disorder: comparative evaluation of somatoform disorder, panic disorder, obsessive-compulsive disorder, and depression. *Psychosomatics*. 2001;42(3):235-240. doi:10.1176/appi.psy.42.3.235.
143. Yurt E. 'Şizofreni Hastalarında Aleksitimi; Negatif Belirtiler, İlaç Yan Etkileri, Depresyon ve İç Görü ile İlişkisi.
144. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA, Dickens SE. The development of the Toronto Structured Interview for Alexithymia: item selection, factor structure, reliability and concurrent validity. *Psychother Psychosom*. 2006;75(1):25-39. doi:10.1159/000089224.
145. Vanheule S, Desmet M, Meganck R, Bogaerts S. Alexithymia and interpersonal problems. *J Clin Psychol*. 2007;63(1):109-117. doi:10.1002/jclp.20324.
146. Gori A, Craparo G, Sareri GI, Caretti V, Giannini M, Meringolo P. Antisocial and psychopathic personalities in a sample of addicted subjects: differences in psychological resources, symptoms, alexithymia and impulsivity. *Compr Psychiatry*. 2014;55(7):1580-1586. doi:10.1016/j.comppsych.2014.05.023.
147. G. J. Taylor RMB and JDAP. *Disorders of Affect Regulation: Alexithymia in Medical and Psychiatric Illness*. Cambridge University Press. ISBN 0- 521-77850.
148. Dimaggio G, Carcione A, Nicolo G, et al. Differences between axes depend on where you set the bar: associations among symptoms, interpersonal relationship and alexithymia with number of personality disorder criteria. *J Pers Disord*. 2013;27(3):371-382. doi:10.1521/pedi_2012_26_043.
149. Velotti P, Garofalo C, Petrocchi C, Cavallo F, Popolo R, Dimaggio G. Alexithymia, emotion dysregulation, impulsivity and aggression: A multiple mediation model. *Psychiatry Res*. 2016;237:296-303. doi:10.1016/j.psychres.2016.01.025.
150. Loas G, Baelde O, Verrier A. Relationship between alexithymia and dependent personality disorder: a dimensional analysis. *Psychiatry Res*. 2015;225(3):484-488. doi:10.1016/j.psychres.2014.11.062.
151. Grynberg D, Chang B, Corneille O, et al. Alexithymia and the processing of emotional facial expressions (EFEs): systematic review, unanswered questions and further

perspectives. *PLoS One*. 2012;7(8):e42429. doi:10.1371/journal.pone.0042429.
152. Jolliffe D, Farrington DP. Development and validation of the Basic Empathy Scale. *J Adolesc*. 2006;29(4):589-611. doi:10.1016/j.adolescence.2005.08.010.
153. Teten AL, Miller LA, Bailey SD, Dunn NJ, Kent TA. Empathic deficits and alexithymia in trauma-related impulsive aggression. *Behav Sci Law*. 2008;26(6):823-832. doi:10.1002/bsl.843.
154. Ates, M. A., Algul, A., Gulsun, M., Gecici, O., Ozdemir, B., Basoglu C. The relationship between alexithymia, aggression and psychopathy in young adult males with antisocial personality disorder. *Arch Neuropsychiatry*. 46:135-139.
155. Pham TH, Philippot P. Decoding of facial expression of emotion in criminal psychopaths. *J Pers Disord*. 2010;24(4):445-459. doi:10.1521/pedi.2010.24.4.445.
156. Thierry H. Pham CD& OL. Psychopathy, Alexithymia and Emotional. Intelligence in a Forensic Hospital International. *J Forensic Ment Heal*.
157. Nemeroff CB, Binder E. The preeminent role of childhood abuse and neglect in vulnerability to major psychiatric disorders: toward elucidating the underlying neurobiological mechanisms. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2014;53(4):395-397. doi:10.1016/j.jaac.2014.02.004.
158. Clare S. Allely, Helen Minnis, Lucy Thompsona, PhilipWilson CG. Neurodevelopmental and psychosocial risk factors in serial killers and mass murderers. *Aggress Violent Behav*. 2014;19:288-301.
159. Akutagawa TAW; D. Riddles in Serial Murder: A Synthesis. *Aggress Violent Behav*. 2004;9(6):693-703.
160. Kolla NJ, Malcolm C, Attard S, Arenovich T, Blackwood N, Hodgins S. Childhood maltreatment and aggressive behaviour in violent offenders with psychopathy. *Can J Psychiatry*. 2013;58(8):487-494. doi:10.1177/070674371305800808.
161. Schlesinger LB. Sadism, fantasy and a compulsion to kill. In: Schlesinger LB, ed. *Serial Offenders: Current Thought, Recent Findings*. New York: New York: CRC Press.; 2000:3-22.
162. Stein A. Fantasy, fusion, and sexual homicide. *Contemp Psychoanal*. 2004;40:495-517.
163. Silva JA, Leong GB, Ferrari MM. A neuropsychiatric developmental model of serial homicidal behavior. *Behav Sci Law*. 2004;22(6):787-799. doi:10.1002/bsl.620.
164. Kanwisher N. Functional specificity in the human brain: a window into the functional architecture of the mind. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2010;107(25):11163-11170. doi:10.1073/pnas.1005062107.
165. Kanwisher N, McDermott J, Chun MM. The fusiform face area: a module in human extrastriate cortex specialized for face perception. *J Neurosci*. 1997;17(11):4302-4311.
166. Frith, CD.; Frith U. The Physiological Basis of Theory of Mind. In: Baron-Cohen, S.; Tager-Flusberg, H.; Cohen D, ed. *Understanding Other Minds: Perspective From Developmental Soc Neuroscience*. Oxford: Oxford University Press; 2000:335-356.
167. Ang GK, Pridmore S. Theory of mind and psychiatry: an introduction. *Australas Psychiatry*. 2009;17(2):117-122. doi:10.1080/10398560802375982.
168. Frith CD. The social brain? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci*. 2007;362(1480):671-678. doi:10.1098/rstb.2006.2003.
169. Perner J. WH. "John thinks that Mary thinks that . . ." Attribution of second- order beliefs by 5- to 10 year old children. *J Exp Child Psychol*. 1985:437–71.
170. Stone VE, Baron-Cohen S, Knight RT. Frontal lobe contributions to theory of mind. *J Cogn Neurosci*. 1998;10(5):640-656.
171. Adachi T, Koeda T, Hirabayashi S, et al. The metaphor and sarcasm scenario test: a new instrument to help differentiate high functioning pervasive developmental disorder from attention deficit/hyperactivity disorder. *Brain Dev*. 2004;26(5):301-306.

doi:10.1016/S0387-7604(03)00170-0.
172. Baron-Cohen S, O'Riordan M, Stone V, Jones R, Plaisted K. Recognition of faux pas by normally developing children and children with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Autism Dev Disord*. 1999;29(5):407-418.
173. Alfimova M V, Abramova LI, Barhatova AI, Yumatova PE, Lyachenko GL, Golimbet VE. Facial affect recognition deficit as a marker of genetic vulnerability to schizophrenia. *Span J Psychol*. 2009;12(1):46-55.
174. Uljarevic M, Hamilton A. Recognition of emotions in autism: a formal meta-analysis. *J Autism Dev Disord*. 2013;43(7):1517-1526. doi:10.1007/s10803-012-1695-5.
175. Blair RJ, Jones L, Clark F, Smith M. The psychopathic individual: a lack of responsiveness to distress cues? *Psychophysiology*. 1997;34(2):192-198.
176. Derntl B, Finkelmeyer A, Voss B, et al. Neural correlates of the core facets of empathy in schizophrenia. *Schizophr Res*. 2012;136(1-3):70-81. doi:10.1016/j.schres.2011.12.018.
177. Meffert H, Gazzola V, den Boer JA, Bartels AAJ, Keysers C. Reduced spontaneous but relatively normal deliberate vicarious representations in psychopathy. *Brain*. 2013;136(Pt 8):2550-2562. doi:10.1093/brain/awt190.
178. Contreras-Rodriguez O, Pujol J, Batalla I, et al. Disrupted neural processing of emotional faces in psychopathy. *Soc Cogn Affect Neurosci*. 2014;9(4):505-512. doi:10.1093/scan/nst014.
179. Poletti M, Enrici I, Adenzato M. Cognitive and affective Theory of Mind in neurodegenerative diseases: neuropsychological, neuroanatomical and neurochemical levels. *Neurosci Biobehav Rev*. 2012;36(9):2147-2164. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.07.004.
180. Descartes R. *İlk Felsefe Hakkında Meditasyonlar*. Ankara: BilgeSu Yayıncılık; 2016.
181. Bruce, Michael ve Barbone S. *Batı Felsefesindeki 100 Temel Mesele*. İstanbul: İletişim Yayınları; 2015.
182. Derinöz B. Felsefenin Etkileşim Sorunu Ve Kartezyen Paradigma Zemininde Töz Düalizminin Bir Eleştirisi, Yüksek Lisans Tezi. 2016.
183. Bechara A, Damasio AR, Damasio H, Anderson SW. Insensitivity to future consequences following damage to human prefrontal cortex. *Cognition*. 1994;50(1-3):7-15.
184. Bechara A, Damasio H, Damasio AR. Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cereb Cortex*. 2000;10(3):295-307.
185. Bechara A. The role of emotion in decision-making: evidence from neurological patients with orbitofrontal damage. *Brain Cogn*. 2004;55(1):30-40. doi:10.1016/j.bandc.2003.04.001.
186. Ernst M, Paulus MP. Neurobiology of decision making: a selective review from a neurocognitive and clinical perspective. *Biol Psychiatry*. 2005;58(8):597-604. doi:10.1016/j.biopsych.2005.06.004.
187. Knutson B, Fong GW, Bennett SM, Adams CM, Hommer D. A region of mesial prefrontal cortex tracks monetarily rewarding outcomes: characterization with rapid event-related fMRI. *Neuroimage*. 2003;18(2):263-272.
188. Bonatti E, Kuchukhidze G, Zamarian L, et al. Decision making in ambiguous and risky situations after unilateral temporal lobe epilepsy surgery. *Epilepsy Behav*. 2009;14(4):665-673. doi:10.1016/j.yebeh.2009.02.015.
189. Ouerchefani R, Ouerchefani N, Allain P, Ben Rejeb MR, Le Gall D. Contribution of different regions of the prefrontal cortex and lesion laterality to deficit of decision-making on the Iowa Gambling Task. *Brain Cogn*. 2017;111:73-85. doi:10.1016/j.bandc.2016.06.010.

190. Delazer M, Zamarian L, Bonatti E, et al. Decision making under ambiguity and under risk in mesial temporal lobe epilepsy. *Neuropsychologia*. 2010;48(1):194-200. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2009.08.025.
191. Bechara A, Damasio H, Damasio AR, Lee GP. Different contributions of the human amygdala and ventromedial prefrontal cortex to decision-making. *J Neurosci*. 1999;19(13):5473-5481.
192. Schoenbaum G, Chiba AA, Gallagher M. Changes in functional connectivity in orbitofrontal cortex and basolateral amygdala during learning and reversal training. *J Neurosci*. 2000;20(13):5179-5189.
193. Heims HC, Critchley HD, Dolan R, Mathias CJ, Cipolotti L. Social and motivational functioning is not critically dependent on feedback of autonomic responses: neuropsychological evidence from patients with pure autonomic failure. *Neuropsychologia*. 2004;42(14):1979-1988. doi:10.1016/j.neuropsychologia.2004.06.001.
194. Damasio AR, Tranel D, Damasio H. Individuals with sociopathic behavior caused by frontal damage fail to respond autonomically to social stimuli. *Behav Brain Res*. 1990;41(2):81-94.
195. Blair RJ, Cipolotti L. Impaired social response reversal. A case of "acquired sociopathy". *Brain*. 2000;123 ( Pt 6:1122-1141.
196. Beszterczey S, Nestor PG, Shirai A, Harding S. Neuropsychology of decision making and psychopathy in high-risk ex-offenders. *Neuropsychology*. 2013;27(4):491-497. doi:10.1037/a0033162.
197. Blair RJ, Colledge E, Mitchell DG. Somatic markers and response reversal: is there orbitofrontal cortex dysfunction in boys with psychopathic tendencies? *J Abnorm Child Psychol*. 2001;29(6):499-511.
198. Miranda RJ, MacKillop J, Meyerson LA, Justus A, Lovallo WR. Influence of antisocial and psychopathic traits on decision-making biases in alcoholics. *Alcohol Clin Exp Res*. 2009;33(5):817-825. doi:10.1111/j.1530-0277.2009.00901.x.
199. IF D. Aleksitimi öz-bildirim ölçeklerinin psikometrik özellikleri üzerine bir çalışma. Uzmanlık Tezi. 1990.
200. M B. *Defense Style Questionnaire. In G. E. Vaillant (Ed.) Empirical Studies of Ego Mechanisms of Defense*. Washington, DC.: Washington D. C: American Psychiatry Press.; 1986.
201. Andrews G, Pollock C SG. The determination of defense style by questionnaire. *Arch Gen Psychiatry*. 1989;46:455-460.
202. Nilgün Yılmaz, Tülin Gençöz MA. Savunma Biçimleri Testi 'nin Psikometrik Özellikleri: Güvenilirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatr Derg*. 2007;18(3):244-253.
203. Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry*. 1994;151(8):1132-1136. doi:10.1176/ajp.151.8.1132.
204. Şar, V., P.E. Öztürk, and E. İkikardeş. Validity and reliability of the Turkish version of Childhood Trauma Questionnaire. *Turkiye Klin J Med Sci*. 2012;32(4):1054.
205. Baron-Cohen S, Wheelwright S, Hill J, Raste Y, Plumb I. The "Reading the Mind in the Eyes" Test revised version: a study with normal adults, and adults with Asperger syndrome or high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry*. 2001;42(2):241-251.
206. Yildirim EA, Kasar M, Guduk M, Ates E, Kucukparlak I, Ozalmete EO. Investigation of the reliability of the "reading the mind in the eyes test" in a Turkish population. *Turk Psikiyatri Derg*. 2011;22(3):177-186.
207. Ogloff JR, Wong S GA. Treating criminal psychopaths in a therapeutic community

program. *Behav Sci Law*. 1990;8:181-190.
208. Seto MC BH. Psychopathy, treatment behavior, and sex offenders recidivism. *J Interpers Violence*. 1999;14:1235–1248.
209. Tutuncu R, Kilic S, Basoglu C, Ates MA, Algul A, Balibey H CM. The reliability and validity of the Turkish version of Psychopathy Checklist-Revised (Turkish PCL-R). *Klin Psikofarmakol B*. 2015;25:118-124.
210. Hare RD. Hare PCL-R: 2. Basım, Derecelendirme Kitapçığı (çeviri: Ger MC, Öncü F), 2016 İstanbul (Yayımlanmamış). 2016.
211. Christodoulou T, Lewis M, Ploubidis GB, Frangou S. The relationship of impulsivity to response inhibition and decision-making in remitted patients with bipolar disorder. *Eur Psychiatry*. 2006;21(4):270-273. doi:10.1016/j.eurpsy.2006.04.006.
212. Adida M, Maurel M, Kaladjian A, et al. [Decision-making and schizophrenia]. *Encephale*. 2011;37 Suppl 2:S110-6. doi:10.1016/S0013-7006(11)70036-7.
213. Clark L, Manes F. Social and emotional decision-making following frontal lobe injury. *Neurocase*. 2004;10(5):398-403. doi:10.1080/13554790490882799.
214. Bechara A, Tranel D, Damasio H. Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain*. 2000;123 ( Pt 1:2189-2202.
215. Bechara A, Damasio H, Tranel D, Damasio AR. The Iowa Gambling Task and the somatic marker hypothesis: some questions and answers. *Trends Cogn Sci*. 2005;9(4):154-159. doi:10.1016/j.tics.2005.02.002.
216. Şaşıoğlu, M., Gülol, Ç., Tosun A. Aleksitimi Kavramı. In: *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. ; 2013:507-527.
217. Garofalo C, Holden CJ, Zeigler-Hill V, Velotti P. Understanding the connection between self-esteem and aggression: The mediating role of emotion dysregulation. *Aggress Behav*. 2016;42(1):3-15. doi:10.1002/ab.21601.
218. Wahlstrom LC, Scott JP, Tuliao AP, DiLillo D, McChargue DE. Posttraumatic stress disorder symptoms, emotion dysregulation, and aggressive behavior among incarcerated methamphetamine users. *J Dual Diagn*. 2015;11(2):118-127. doi:10.1080/15504263.2015.1025026.
219. Tull MT, Jakupcak M, Paulson A, Gratz KL. The role of emotional inexpressivity and experiential avoidance in the relationship between posttraumatic stress disorder symptom severity and aggressive behavior among men exposed to interpersonal violence. *Anxiety Stress Coping*. 2007;20(4):337-351. doi:10.1080/10615800701379249.
220. Fossati A, Acquarini E, Feeney JA, et al. Alexithymia and attachment insecurities in impulsive aggression. *Attach Hum Dev*. 2009;11(2):165-182. doi:10.1080/14616730802625235.
221. Jenkins AL, McCloskey MS, Kulper D, Berman ME, Coccaro EF. Self-harm behavior among individuals with intermittent explosive disorder and personality disorders. *J Psychiatr Res*. 2015;60:125-131. doi:10.1016/j.jpsychires.2014.08.013.
222. Pham HT. Psychopathie et alexythimie chez les sujets incarc'er'es. Journal de Therapie Comportementale et Cognitive. 1995;5:109-116.
223. Langevin R& HRD. ). Psychopathie et alexythymie chez un groupe de jeunes contrevenants (Psychopathy and alexithymia in group of young offenders). *Rev Psycho-Education*. 2001;30:227-236.
224. Louth, S.M., Hare RDLW. Psychopathy and Alexithymia in female offenders. *Can J Behav Sci*. 1998;30:91-98.
225. Kroner, D.G., Forth E. The Toronto Alexithymia Sclae with incarcerated offenders. *Pers Individ Dif*. 1995;19:625-634.
226. Sayar K, Ebrinc S, Ak I. Alexithymia in patients with antisocial personality disorder in

a military hospital setting. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2001;38(2):81-87.
227. Book, A.S, Quinsey, V.L & Langford D. Psychopathy and the perception of affect and vulnerability. *Crim Justice Behav*. 2007;32:532-544.
228. Perry JC, Presniak MD, Olson TR. Defense mechanisms in schizotypal, borderline, antisocial, and narcissistic personality disorders. *Psychiatry*. 2013;76(1):32-52. doi:10.1521/psyc.2013.76.1.32.
229. Leichsenring F, Kunst H, Hoyer J. Borderline personality organization in violent offenders: correlations of identity diffusion and primitive defense mechanisms with antisocial features, neuroticism, and interpersonal problems. *Bull Menninger Clin*. 2003;67(4):314-327.
230. Presniak MD, Olson TR, Macgregor MW. The role of defense mechanisms in borderline and antisocial personalities. *J Pers Assess*. 2010;92(2):137-145. doi:10.1080/00223890903510373.
231. Zanarini MC, Weingeroff JL, Frankenburg FR. Defense mechanisms associated with borderline personality disorder. *J Pers Disord*. 2009;23(2):113-121. doi:10.1521/pedi.2009.23.2.113.
232. Bond M. Empirical studies of defense style: relation- ships with psychopathology and change. *Harv Rev Psychiatry*. 2004;12:263-278.
233. Sinha BK, Watson DC. Predicting personality disorder traits with the Defense Style Questionnaire in a normal sample. *J Pers Disord*. 1999;13(3):281-286.
234. Perry JC, Bond M. Change in defense mechanisms during long-term dynamic psychotherapy and five-year outcome. *Am J Psychiatry*. 2012;169(9):916-925. doi:10.1176/appi.ajp.2012.11091403.
235. Vidhata Dixit, D. K. Kenswar JP and ARS. Coping Strategies and Psychological Defenses Used by Mentally ill Criminals. *SIS J Proj Psy Ment Heal*. 2011;18:186-192.
236. Huband N, Duggan C, McCarthy L, Mason L, Rathbone G. Defence styles in a sample of forensic patients with personality disorder. *Personal Ment Health*. 2014;8(3):238-249. doi:10.1002/pmh.1266.
237. Brown DW, Anda RF, Tiemeier H, et al. Adverse childhood experiences and the risk of premature mortality. *Am J Prev Med*. 2009;37(5):389-396. doi:10.1016/j.amepre.2009.06.021.
238. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet (London, England)*. 2009;373(9657):68-81. doi:10.1016/S0140-6736(08)61706-7.
239. Turner HA, Finkelhor D, Ormrod R. The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Soc Sci Med*. 2006;62(1):13-27. doi:10.1016/j.socscimed.2005.05.030.
240. Nelson BS, Wampler KS. Systemic effects of trauma in clinic couples: an exploratory study of secondary trauma resulting from childhood abuse. *J Marital Fam Ther*. 2000;26(2):171-184.
241. Gibson LE, Holt JC, Fondacaro KM, Tang TS, Powell TA, Turbitt EL. An examination of antecedent traumas and psychiatric comorbidity among male inmates with PTSD. *J Trauma Stress*. 1999;12(3):473-484. doi:10.1023/A:1024767020280.
242. Horwitz A V, Widom CS, McLaughlin J, White HR. The impact of childhood abuse and neglect on adult mental health: a prospective study. *J Health Soc Behav*. 2001;42(2):184-201.
243. Luntz BK, Widom CS. Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry*. 1994;151(5):670-674. doi:10.1176/ajp.151.5.670.
244. Aamodt HM and MG. The Incidence of Child Abuse in Serial Killers. *J Police Crim Psychol*. 2005;20(1).

245. Rushton, P. J., & Templer DI. National differences in intelligence, crime, income and skin color. *Intelligence*. 2009;37:341-346.
246. Walsh Z, Swogger MT, Kosson DS. Psychopathy, IQ, and violence in European American and African American county jail inmates. *J Consult Clin Psychol*. 2004;72(6):1165-1169. doi:10.1037/0022-006X.72.6.1165.
247. Neumann CS, Hare RD, Newman JP. The super-ordinate nature of the psychopathy checklist-revised. *J Pers Disord*. 2007;21(2):102-117. doi:10.1521/pedi.2007.21.2.102.
248. Salekin RT, Neumann CS, Leistico A-MR, Zalot AA. Psychopathy in youth and intelligence: an investigation of Cleckley's hypothesis. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2004;33(4):731-742. doi:10.1207/s15374424jccp3304_8.
249. Vitacco MJ, Neumann CS, Jackson RL. Testing a four-factor model of psychopathy and its association with ethnicity, gender, intelligence, and violence. *J Consult Clin Psychol*. 2005;73(3):466-476. doi:10.1037/0022-006X.73.3.466.
250. Blair RJ, Sellars C, Strickland I, Clark F, Williams A SM. Theory of mind in the psychopath. *J Forensic Psychiatry*. 1996;7:15-25.
251. Richell RA, Mitchell DG V, Newman C, Leonard A, Baron-Cohen S, Blair RJR. Theory of mind and psychopathy. *Neuropsychologia*. 2003;41(5):523-526. doi:10.1016/S0028-3932(02)00175-6 T4 - Can psychopathic individuals read the "language of the eyes"? M4 - Citavi.
252. CS W. An empirical classification of female offenders. *Crim Justice Behav*. 1978;5:35-52.
253. Nentjes L, Bernstein D, Arntz A, van Breukelen G, Slaats M. Examining the influence of psychopathy, hostility biases, and automatic processing on criminal offenders' Theory of Mind. *Int J Law Psychiatry*. 2015;38:92-99. doi:10.1016/j.ijlp.2015.01.012.
254. Farah Ali TC-P. Investigating Theory of Mind deficits in nonclinical psychopathy and Machiavellianism. *Pers Individ Dif*. 2010;49:169–174.
255. Adolphs R, Baron-Cohen S, Tranel D. Impaired recognition of social emotions following amygdala damage. *J Cogn Neurosci*. 2002;14(8):1264-1274. doi:10.1162/089892902760807258.
256. Morris JS, deBonis M, Dolan RJ. Human amygdala responses to fearful eyes. *Neuroimage*. 2002;17(1):214-222.
257. Kawashima R, Sugiura M, Kato T, et al. The human amygdala plays an important role in gaze monitoring. A PET study. *Brain*. 1999;122 ( Pt 4:779-783.
258. Birbaumer N, Grodd W, Diedrich O, et al. fMRI reveals amygdala activation to human faces in social phobics. *Neuroreport*. 1998;9(6):1223-1226.
259. Dawel A, O'Kearney R, McKone E, Palermo R. Not just fear and sadness: meta-analytic evidence of pervasive emotion recognition deficits for facial and vocal expressions in psychopathy. *Neurosci Biobehav Rev*. 2012;36(10):2288-2304. doi:10.1016/j.neubiorev.2012.08.006.
260. Blair RJR. Neuroimaging of psychopathy and antisocial behavior: a targeted review. *Curr Psychiatry Rep*. 2010;12(1):76-82. doi:10.1007/s11920-009-0086-x.
261. İçellioğlu S. Prefrontal yürütücü işlevlere duyarlı Iowa Kumar Testi'nin sağlıklı Türk deneklerde normatif verilerinin toplanması. Yüksek Lisans Tezi. 2008.
262. Barry D, Petry NM. Predictors of decision-making on the Iowa Gambling Task: independent effects of lifetime history of substance use disorders and performance on the Trail Making Test. *Brain Cogn*. 2008;66(3):243-252. doi:10.1016/j.bandc.2007.09.001.
263. Nishinaka H, Nakane J, Nagata T, et al. Neuropsychological Impairment and Its Association with Violence Risk in Japanese Forensic Psychiatric Patients: A Case-Control Study. *PLoS One*. 2016;11(1):e0148354. doi:10.1371/journal.pone.0148354.

264. Yechiam E, Kanz JE, Bechara A, et al. Neurocognitive deficits related to poor decision making in people behind bars. *Psychon Bull Rev*. 2008;15(1):44-51.
265. Dean AC, Altstein LL, Berman ME, Constans JI, Sugar CA, McCloskey MS. Secondary Psychopathy, but not Primary Psychopathy, is Associated with Risky Decision-Making in Noninstitutionalized Young Adults. *Pers Individ Dif*. 2013;54(2):272-277. doi:10.1016/j.paid.2012.09.009.

# XI- EKLER

**T.C**
**İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ**
**İSTANBUL TIP FAKÜLTESİ**
**PSİKİYATRİ ANABİLİM DALI**

**PSİKİYATRİK İNCELEMELER İÇİN BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU**

**Proje Adı**

**ANTİSOSYAL KİŞİLİK BOZUKLUĞU TANISI ALMIŞ MAHKUMLARIN SOSYAL KOGNİSYON VE PSİKOPATİ AÇISINDAN DEĞERLENDİRİLMESİ VE NÖROGÖRÜNTÜLEME**

**Tarih:**

**I. Araştırmayla İlgili Bilgiler**

Bu proje, İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı' nda gerçekleştirilecek bir çalışma olup, antisosyal kişilik bozukluğu, psikopati ve ilişkili beyin alanlarının araştırılmasını hedeflemektedir. Projede antisosyal kişilik bozukluğu olan bireylerde suçun niteliği-çeşidi ve ölçekler dahilinde saptanan psikopatinin değerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Beyin görüntülemesi sonucunda ilişkili alanların saptanması ve gelişimsel bozukluklar olan bu rahatsızlıkların kişilerin karar verme, etik/ahlaki değerlendirme, empati yapabilme yeteneklerine olan etkisini görmeyi amaçlamaktayız.

Bu çalışmaya izin vermeden önce sizleri çalışmanın riskleri ve yararları konusunda bilgilendirmek istiyoruz.

Size ait bilgiler kesinlikle gizli kalacaktır. İnceleme sonunda elde edilecek sonuçlar istediğiniz takdirde size bildirilecektir. Ancak bu bilgiyi öğrenmeyi reddetmek her zaman hakkınızdır. Bu bilgiyi sizin dışınızda birisi ile paylaşmamız sadece sizin izninize bağlı olacaktır.

Bu incelemelerin esas amacı saptadığımız bozuklukları daha detaylı araştırmak, aralarındaki ilişkiyi yorumlamak ve sizin üzerinizde ve çevrenizde yarattığı sonuçları daha iyi anlayabilmektir. Bu sayede bozuklukların ortaya çıkışı ve sonuçlarına ilişkin daha somut sonuçlar elde edilebilecektir.

Bu çalışma tek merkezli olup 100 olgu ile gerçekleştirilecek ve 6 ay sürecektir (Ekim 2016 - Nisan 2017).

Bu projeye katılmak için sizle birkaç görüşme yapacağız. Yüz yüze yaptığımız bu görüşmelerden sonra yanıtlarınız değerlendirilecek ve yapılan değerlendirme sonrasında belirlenen 20 kişinin manyetik rezonans (MR) beyin görüntülemesi yapılacaktır

**Olası riskler ve faydalar:**

Yüz yüze yapılan görüşmelerde sizin açınızdan herhangi bir risk söz konusu değildir. Rahatsız olduğunuz sorulara cevap vermeme hakkına sahipsiniz.

Olası yararlar: Kişilik özellikleriniz ve suç işleme durumu arasındaki ilişki incelenecektir. Toplumda büyük sıkıntılara yol açan benzer durumlar için de bilim dünyasına katkıda bulunulması söz konusudur.

## II. Gönüllünün Haklarıyla İlgili Bilgiler:

Bu çalışmaya katılmaktan herhangi bir aşamada vazgeçebilirsiniz. Bu durumda cezaevi yatışınız devam eder, herhangi bir cezaya ya da yaptırıma maruz kalmayacaksınız, hiçbir hakkınızı kaybetmeyeceksiniz. Olumsuz bir geri bildirimde bulunulmayacaktır. Katılımınız sonucunda ceza sürenizde bir uzama ya da kısalma söz konusu olmayacaktır.

Çalışmaya katılan akademik personelin, Etik Kurul, Kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin, gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimlerinin bulunabileceğini, ancak bu bilgilerin gizli tutulacağını, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya yasal temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş olacağını bildirmek isteriz.

Gönüllünün kimliğini ortaya çıkaracak kayıtlar gizli tutulacaktır. Kamuoyuna açıklanmayacak, araştırma sonuçları bilimsel dergilerde yayımlansa dahi gönüllünün kimliğinin gizli kalacağını bildirmek isteriz.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir.

## III. Katılımcının/Hastanın Beyanı

Dr..... tarafından,
..... (Kurum Adı) ..... (Anabilim Dalı, Ünite Adı)'da

tıbbi bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" olarak davet edildim. Eğer bu araştırmaya katılırsam hekim ile aramda kalması gereken bana ait bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin ihtimamla korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim (, ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemim uygun olacağının bilincindeyim). Ayrıca tıbbi durumuma herhangi bir zarar verilmemesi koşuluyla araştırmacı tarafından araştırma dışı da tutulabilirim.

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir maddi sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi; bu tıbbi müdahalelerle ilgili olarak da parasal bir yük altına girmeyeceğim.

Araştırma sırasında bir sağlık sorunu ile karşılaştığımda; herhangi bir saatte,
Dr.....(Doktor ismi)'u,
.....(telefon ve adres) 'ten arayabileceğimi biliyorum. (Doktor ismi, telefon ve adres bilgileri mutlaka belirtilmelidir).

Bu araştırmaya katılmak zorunda değilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranışla karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve hekim ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum.

Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçen bu araştırma projesinde "katılımcı" olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti gönüllü olarak kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Kontak kurulabilecek kişiler:

Prof. Dr. Bilgin SAYDAM (İTF Psikiyatri AD)-Sorumlu Araştırmacı

Dr Uğur ÇIKRIKÇILI ((İTF Psikiyatri AD)-Yardımcı Araştırmacı

Ulaşılabilecek Tel. No.'ları: Santral: (0 212) 414 20 00 – 31885 (İTF- Psikiyatri A.D.)

Ulaşım Adresi: İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi
Psikiyatri Anabilim Dalı
Millet Cad. 34390 Çapa – İSTANBUL

Elektronik Posta Adresi: ugur@cikrikcili.com

Adı Soyadı Doğum tarihi Tel No .İmza

Gönüllü ----------

Gönüllünün Yasal temsilcisi ----------

Hasta Gönüllü ----------

Hasta Gönüllünün Yasal temsilcisi ----------

**SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ FORMU:**

1) Adı Soyadı:

2) Cinsiyet: 1) Erkek 2) Kadın

3)Yaş:

4) Cezaevinde bulunduğu süre:

5)Medeni Durum:
1)Evli 2)Bekar (hiç evlenmemiş) 3) Boşanmış 4) Dul (eşi ölmüş) 5) Resmi nikahsız (imam nikahlı) bir birlikteliği var 6)Diğer……..

6) Doğum Yeri ve/veya 15 Yaşına kadar Büyüdüğü Yer
0) Köy 1)İlçe 2) İl 3) Büyükşehir

7) Eğitim Durumu
0) yok 1) ilkokul 2) ortaokul 3) lise 4) yükseköğrenim

8) Anne Eğitimi
0) yok 1) ilkokul 2) ortaokul 3) lise 4) yükseköğrenim

9) Baba Eğitimi
0) yok 1) ilkokul 2) ortaokul 3) lise 4) yükseköğrenim

10) Medeni Durumu
0) bekar 1) evli 2) imam nikahlı 3) birlikte yaşıyor 4) boşanmış/ayrı yaşıyor 5) dul 6) eşcinsel birliktelik

11) Öz çocuk sayısı.... (Kız..... / Erkek.....)

12) Üvey Çocuk Sayısı / Evlatlık Sayısı... (Kız..... / Erkek.....)

13) Fiziksel İstismar Öyküsü
0) Yok 1) Aile içi fiziksel istismar 2) Aile dışı fiziksel istismar 3) Aile içi ve dışı fiziksel istismar 4) diğer 5) Bilinmiyor

14) Cinsel İstismar Öyküsü
0) Yok 1) Aile içi fiziksel istismar 2) Aile dışı fiziksel istismar 3) Aile içi ve dışı fiziksel istismar 4) diğer 5) Bilinmiyor

15) Cezaevi öncesinde intihar girişimi var mı?
0)Hayır 1)İlaç 2) Ası 3)Ateşli silah 4) Kesi 5) Diğer 2) Bilinmiyor

16) Cezaevi öncesinde self mutilatif davranışları var mı?
0)Hayır 1)Evet 2) Bilinmiyor

17) Ailede sonlanmış intihar öyküsü var mı?
0)Hayır 1)Evet 2) Bilinmiyor

18) Ailede Psikiyatrik şikayeti olan birey var mı?
0) Hayır 1) Evet

19) Erkek olgular için askerlik durumu:
0) Askerlik yapmış, tam, sorunsuz 1) Askerlikten muaf (psikiyatrik nedenle) 2) Askerlik yapmış, ceza ya da hava değişimi almış 3) Muaf (başka nedenle) 4) Henüz yapmamış 5)Diğer

20)Cezaevine giriş öncesi çalışma durumu:
0) Mesleği yok
1) Nitelikli serbest meslek sahibi (Dr.,Ecz,Müh.Mimar,Avukat,Teknik eleman)
2) Tüccar
3) Kamu sektöründe yönetici
4) Özel sektörde yönetici
5) Kamu sektöründe memur
6) Özel sektörde memur
7) Kamu sektöründe İşçi
8) Özel sektörde işçi
9) Emekli
10) emekli + çalışıyor
11) Evhanımı
12) Öğrenci
13) öğrenci+çalışıyor

21) Cezaevine girmeden son 1 sene işsiz kaldığı süre (Ay).....

22) Cezaevine girmeden son 5 sene işsiz kaldığı süre (Ay).....

23) Gelir durumu (lira)
0) <1000 1) 1000-2000 2) 2000-5000 3)5000<

24) Cezaevi Öncesinde Alkol Kullanımı:

0) Yok 1) Seyrek/sosyal 2)Aralıklı tepkisel kullanım 3) Her akşam belli miktarda (2-3 bardak)
4) her akşam belli miktarda (bir büyük şişe) 5) Giderek artan miktarda sürekli

25) Cezaevi Öncesinde Madde Kullanımı

0) Yok
1) Kannabis kullanım bozukluğu
2) Halüsinojen kullanım bozukluğu
3) Uçucu madde kullanım bozukluğu
4) Opioid /Kokain kullanım bozukluğu
5) Sedatif, hipnotik ya da benzodiazepin kullanım bozukluğu
6) Stimulan madde kullanım bozukluğu
7) Nikotin kullanım bozukluğu

8) Kafein kullanım bozukluğu
9) Alkol kullanım bozukluğu
10) Karışık madde kullanım bozukluğu

26) Psikiyatri kliniğinde yatışı var mı?
0. Yok 1. Var

27) Psikiyatri kliniğine çoklu yatışı var mı?
0. Yok 1. Var

28) Dosyasındaki psikiyatrik tanı:
0. Yok 1. Var

29) Cezaevi öncesi Psikiyatrik tanısı:

1. Tanı yok
2. Şizofreni
3. Sanrısal Bozukluk
4. BTA Psikotik Bozukluk
5. Şizoaffektif Bozukluk
6. Bipolar Bozukluk i) BPI ii)BPII
7. BTA Affektif Bozukluk
8. Unipolar Depresyon
9. Anksiyete Bozukluğu Spektrumu (……)
10. Travma-Strese Bağlı Bozukluklar
11. Dissosiatif Bozukluklar
12. Nörokognitif Bozukluklar
13. Parafilik Bozukluklar
14. Madde kötüye kullanımı/bağımlılığı
15. Depresif/Anksyiteli Uyum Bozukluğu
16. Davranış Bozukluğu
17. Genel Tıbbi duruma (GTD) Bağlı Bozukluk ( GTD'u Belirtiniz……..)
18. Hekimi yanıltıcı davranış
19. Kişilik Bozuklukları (.....)

30)Cezaevine giriş öncesi psikiyatrik tedavi öyküsü var mı?
0)Hayır 1) Evet 2) Bilinmiyor

31) Cezaevi öncesinde almış olduğu psikiyatrik tedavi?
0) yok 1) antidepresan 2) antipsikotik 3) anksiyolitik 4) mood stablizatörü
5) bireysel psikoterapi 6)grup psikoterapisi

32) Cezaevinde bulunmasını gerektiren işlemiş olduğu suç:

1) Adam Öldürme
2) Öldürmeye teşebbüs
3) Yaralama
4) Yaralamaya teşebbüs
5)Cinsel suç
10) Asayiş (toplum düzeni) ile ilgili suç/Kamu Suçları
11) Adam kaçırma / hürriyetinden mahrum bırakma
12) Kamu görevlisinin görevini yapmasını engelleme
13)Tehdit/Hakaret
14) Uyuşturucu madde kullanma/bulundurma/satma

6) Hırsızlık 15) Konut Dokunulmazlığını İhlal
7) Yangın çıkarma/kundakçılık 16) Ruhsatsız silah
8) Eşya/Mala zarar verme 17) Gasp /Gasp Girişimi
9) Dolandırıcılık/evrakta sahtecilik vb. 19)Diğer……

33) Suçun Şiddeti:

0. TAMAMEN ŞİDDET DIŞI
1. HAFİF ŞİDDET
a – Sözlü saldırganlık
b- Kullanmadan silah taşıma
c- Kazaen olmak kaydıyla minimal zarar

2. ORTA DERECE ŞİDDET
a- Hafif bedensel zarara neden olan müessir fiil
b- Zor altında seksüel suç
c- Yaralanmaya neden olmadan suç sayılan alet kullanma
d- Mala amaçlı zarar verme

3. ORTA DERECEDE CİDDİ ŞİDDET
a- Ağır bedensel hasara neden olan müessir fiil
b- Mala geniş çaplı ve hayati tehlikeye neden olacak şekilde zarar verme

4. ÇOK AĞIR ŞİDDET
a-Kurban ya da kurbanların ölümü
b- Kurbanda gerçek hayati tehlike ve 24 saatten fazla hastanede kalma

34) Cezaevinde psikiyatrik tanı almış mı?

1. Tanı yok
2. Şizofreni
3. Sanrısal Bozukluk
4. BTA Psikotik Bozukluk
5. Şizoaffektif Bozukluk
6. Bipolar Bozukluk i) BPI ii)BPII
7. BTA Affektif Bozukluk
8. Unipolar Depresyon
9. Anksiyete Bozukluğu Spektrumu (……)
10. Travma-Strese Bağlı Bozukluklar
11. Dissosiatif Bozukluklar
12. Nörokognitif Bozukluklar
13. Parafilik Bozukluklar
14. Madde kötüye kullanımı/bağımlılığı
15. Depresif/Anksyiteli Uyum Bozukluğu
16. Davranış Bozukluğu
17. Genel Tıbbi duruma (GTD) Bağlı Bozukluk ( GTD'u Belirtiniz……..)
18. Hekimi yanıltıcı davranış
19. Kişilik Bozuklukları (……)

35) Cezaevinde intihar girişimi var mı?
0) Hayır 1) Evet



36) İntihar girişimi oldu ise nasıl olduğu?

0)Hayır 1)İlaç 2) Ası 3)Ateşli silah 4) Kesi 5) Diğer 2) Bilinmiyor

37) Cezaevinde psikiyatrik tedavi alıyor mu?
0) yok 1) antidepresan 2) antipsikotik 3) anksiyolitik 4) mood stablizatörü
5) bireysel psikoterapi 6)grup psikoterapisi

38) Toplam hüküm süresi:

## TAÖ-20

### *Toronto Aleksitimi Ölçeği*

Lütfen aşağıdaki maddelerin sizi ne ölçüde tanımladığını işaretleyiniz.
**Hiçbir zaman (1),....., Her zaman (5)** olacak şekilde bu maddelere puan veriniz.

| | **Hiçbir zaman** | **Nadiren** | **Bazen** | **Sık sık** | **Her zaman** |
|---|---|---|---|---|---|
| 1- Ne hissettiğimi çoğu kez tam olarak bilemem..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2- Duygularım için uygun kelimeleri bulmak beni için zordur.. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3- Bedenimde doktorların dahi anlamadığı hisler oluyor..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4- Duygularımı kolayca tarif edebilirim..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5- Sorunları yalnızca tarif etmektense onları çözümlemeyi yeğlerim..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6- Keyfim kaçtığında, üzgün mü, korkmuş mu yoksa kızgın mı olduğumu bilemem..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7- Bedenimdeki hisler kafamı karıştırır..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8- Neden öyle sonuçlandığını anlamaya çalışmaksızın, işleri oluruna bırakmayı yeğlerim | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9- Tam olarak tanımlayamadığım duygularım var..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10- İnsanların duygularını tanıması gerekir..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11- İnsanlar hakkında ne hissettiğimi tarif etmek bana zor geliyor. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12- İnsanlar duygularımı kolayca tarif etmemi isterler. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13- İçimde ne olup bittiğini bilmiyorum..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14- Çoğu zaman neden kızgın olduğumu bilmem..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15- İnsanlarla, duygularından çok günlük uğraşları hakkında konuşmayı yeğlerim..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16- Psikolojik dramalar yerine eğlendirici programlar izlemeyi yeğlerim..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17- İçimdeki duyguları yakın arkadaşlarıma bile açıklamak bana zor gelir..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18- Sessizlik anlarında dahi, kendimi birisine yakın hissedebilirim..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19- Kişisel sorunlarımı çözerken duygularımı incelemeyi yararlı bulurum..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20- Film veya oyunlarda gizli anlamlar aramak, onlardan alınacak hazzı azaltır..... | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

## *SBT*

Lütfen her ifadeyi dikkatle okuyup, bunların size uygunluğunu yan tarafında 1 den 9 a kadar derecelendirilmiş skala üzerinde seçtiğiniz dereceyi çarpı şeklinde (×) işaretlemek suretiyle gösteriniz.

Örnek:
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

1. Başkalarına yardım etmek hoşuma gider, yardım etmem engellenirse üzülürüm.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

2. Bir sorunum olduğunda, onunla uğraşacak vaktim olana kadar o sorunu düşünmemeyi becerebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

3. Endişemin üstesinden gelmek için yapıcı ve yaratıcı şeylerle uğraşırım(resim, el işi, ağaç oyma)
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

4. Arada bir bu gün yapmam gereken işleri yarına bırakırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

5. Kendime çok kolay gülerim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

6. İnsanlar bana kötü davranmaya eğilimliler.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

7. Birisi beni soyup paramı çalsa, onun cezalandırılmasını değil ona yardım edilmesini isterim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

8. Hoş olmayan gerçekleri, hiç yokmuşlar gibi görmezlikten gelirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

9. Süpermen'mişim gibi tehlikelere aldırmam.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

10. İnsanlara, sandıkları kadar önemli olmadıklarını gösterebilme yeteneğimle gurur duyarım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

11. Bir şey canımı sıktığında, çoğu kez düşüncesizce ve tepkisel davranırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

12. Hayatım yolunda gitmediğinde bedensel rahatsızlıklara yakalanırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun



13. Çok tutuk bir insanım.

Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

14. Her zaman doğruyu söylemem
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

15. Sorunsuz bir yaşam sürdürmemi sağlayacak özel yeteneklerim var.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

16. Seçimlerde bazen haklarında çok az şey bildiğim kişilere oy veririm.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

17. Bir çok şeyi gerçek yaşamımdan çok hayalimde çözerim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

18. Hiçbir şeyden korkmam
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

19. Bazen bir melek olduğumu, bazen de bir şeytan olduğumu düşünürüm.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

20. Kırıldığımda açıkça saldırgan olurum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

21. Her zaman, tanıdığım birinin koruyucu melek gibi olduğunu hissederim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

22. Bana göre, insanlar ya iyi ya da kötüdürler.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

23. Patronum beni kızdırırsa, ondan hıncımı çıkarmak için ya işimde hata yaparım ya da işi yavaşlatırım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

24. Her şeyi yapabilecek güçte, aynı zamanda son derece adil ve dürüst olan bir tanıdığım var.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

25. Serbest bıraktığımda, yaptığım işi etkileyebilecek olan duygularımı kontrol edebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

26. Genellikle, aslında acı verici olan bir durumun gülünç yanını görebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

27. Hoşlanmadığım bir işi yaptığımda başım ağrır.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

28. Sık sık, kendimi kesinlikle kızmam gereken insanlara iyi davranırken bulurum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

29. Hayatta, haksızlığa uğruyor olduğuma eminim
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

30. Sınav veya iş görüşmesi gibi zor bir durumla karşılaşacağımı bildiğimde, bunun nasıl olabileceğini hayal eder ve başa çıkmak için planlar yaparım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

31. Doktorlar benim derdimin ne olduğunu hiçbir zaman gerçekten anlamıyorlar.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

32. Haklarım için mücadele ettikten sonra, girişken davrandığımdan dolayı özür dilemeye eğilimliyimdir.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

33. Üzüntülü veya endişeli olduğumda yemek yemek beni rahatlatır.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

34. Sık sık duygularımı göstermediğim söylenir.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

35. Eğer üzüleceğimi önceden tahmin edebilirsem, onunla daha iyi baş edebilirim.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

36. Ne kadar yakınırsam yakınayım, hiçbir zaman tatmin edici bir yanıt alamıyorum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

37. Yoğun duyguların yaşanması gereken durumlarda, genellikle hiçbir şey hissetmediğimi fark ediyorum.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

38. Kendimi elimdeki işe vermek, beni üzüntülü veya endişeli olmaktan korur.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

39. Bir bunalım içinde olsaydım, aynı türden sorunu olan birini arardım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

40. Eğer saldırganca bir düşüncem olursa, bunu telafi etmek için bir şey yapma ihtiyacı duyarım.
Bana hiç uygun değil 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Bana çok uygun

## ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ *

| | Hiç bir zaman | Nadiren | Zaman zaman | Sıklıkla | Çok sık olarak |
|---|---|---|---|---|---|
| **Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...** | | | | | |
| 1. Yeterli yemek bulamazdım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Ailemdekiler bana "salak", "beceriksiz" yada "tips gibi sıfatlarla seslenirlerdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklı sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Sevildiğimi hissediyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemedikleri düşünüyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktor yada hastaneye gitmem gerekmişti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisi vurularak cezalandırılıyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir yoktu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Ailemdekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Ailemdekiler bana kırıcı yada saldırganca sözler söylerlerdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Ailemdekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Bana o kadar kötü vuruluyor yada dövülüyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Ailemde birisi benden nefret ederdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdir beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Çocukluğum mükemmeldi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cins şeylere bakmaya zorladı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğu inanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

**test**

kıskanç

paniklemiş

kibirli

nefret dolu

1

neşeli

teselli eden

rahatsız

sıkılmış

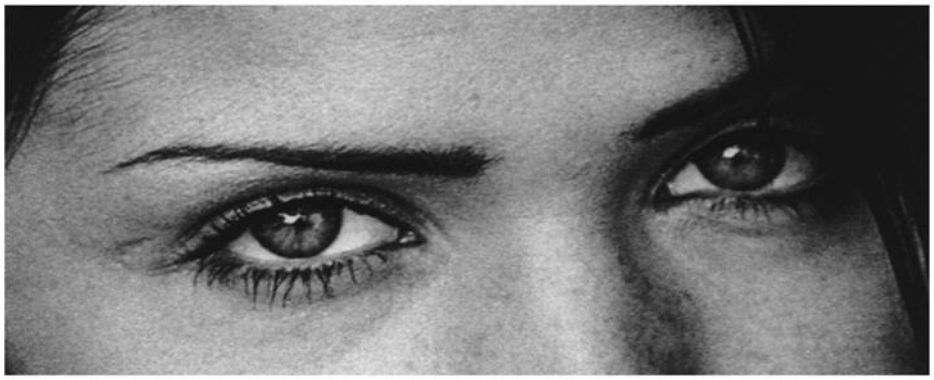
2

korkmuş üzüntülü

kibirli kızgın

3

şakacı telaşlı



arzulu ikna olmuş

4

şakacı ısrarcı

keyifli gevşemiş

5

rahatsız

iğneleyici

endişeli

arkadaş canlısı

6

donakalmış hayal kuran

sabırsız diken üstünde

7

özür dileyen arkadaş canlısı

tedirgin şevksiz

8

kötümser

rahatlamış

utangaç

heyecanlı

9

kızgın düşmanca

dehşete düşmüş zihni meşgul

10

temkinli ısrarcı

sıkılmış donakalmış

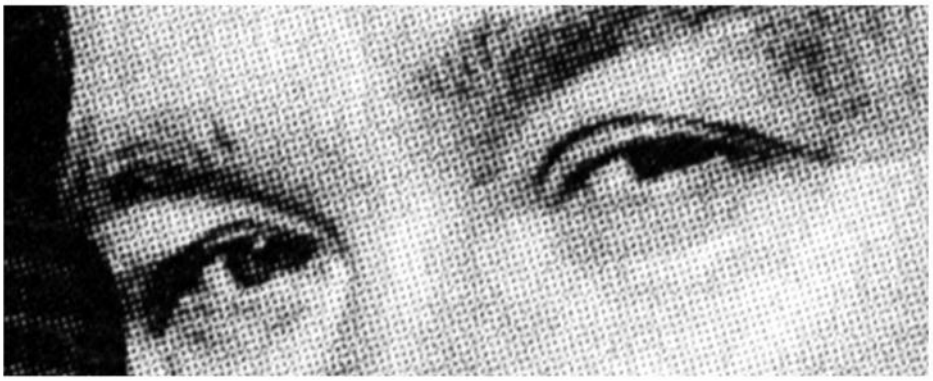
# 11

korkmuş keyifli

pişman işveli

12

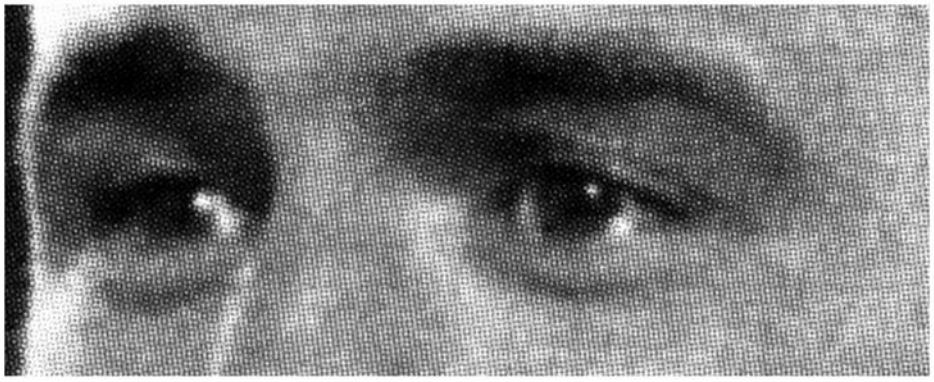
aldırmaz mahcup



şüpheci şevksiz

13

kararlı bekleyen

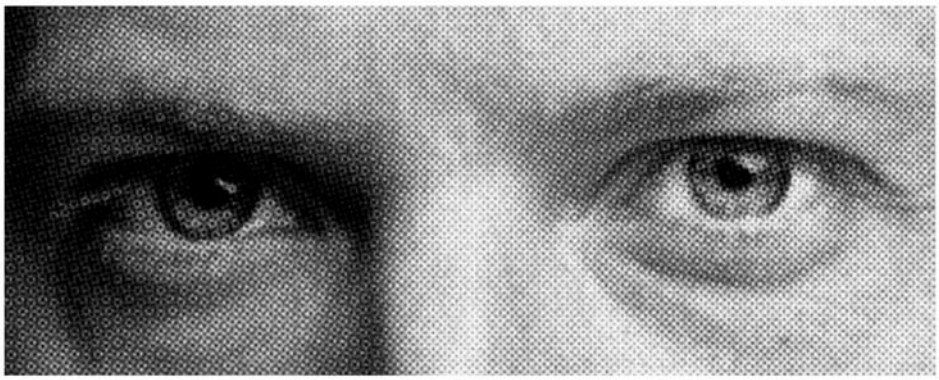


tehditkar utangaç

14

rahatsız

hayal kırıklığına uğramış



keyifsiz

suçlayıcı

15

mütefekkir telaşlı

cesaret veren keyifli

16

rahatsız

düşünceli

cesaret veren

cana yakın

17

şüphelenmiş

şefkatli

neşeli

donakalmış

**18**

kararlı keyifli

donakalmış sıkılmış

19

baskın

arkadaş canlısı

suçlu

dehşete düşmüş

20

zihni meşgul

minnettar

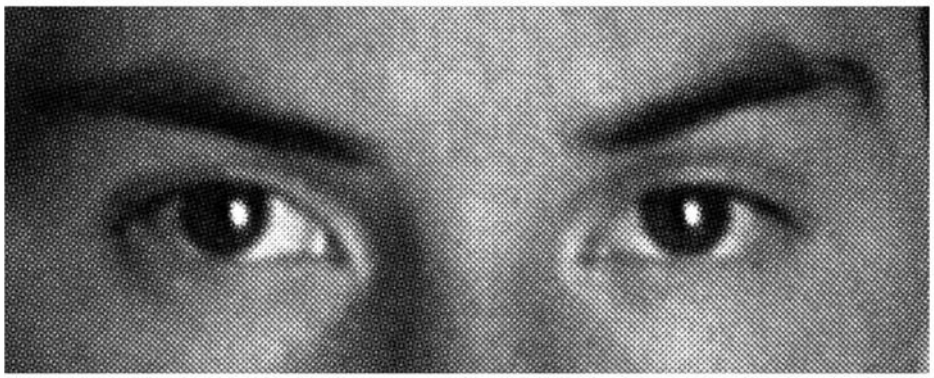
ısrarcı

yalvaran

# 21

memnun

özür dileyen



küstah

ilgili

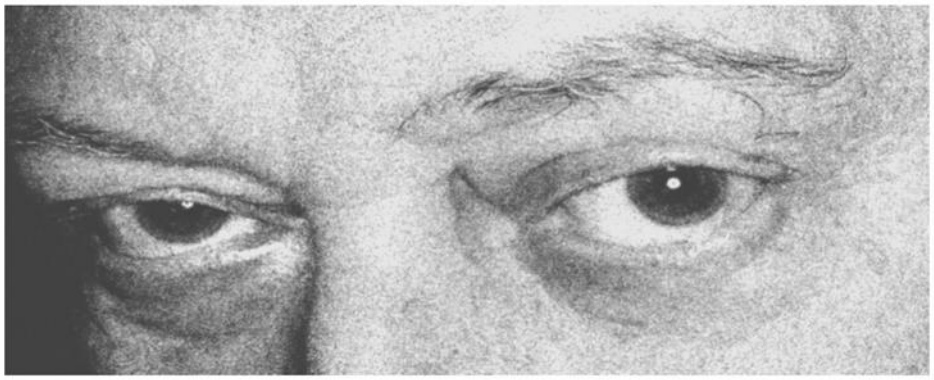
22

tereddütlü rahatsız

heyecanlı düşmanca

23

diken üstünde utangaç



düşmanca gergin

24

şakacı

temkinli

kibirli

güven verici

25

merak eden

şakacı

şefkatli

memnun

26

sabırsız donakalmış

rahatsız dalgın

27

minnettar işveli

düşmanca hayal kırıklığına uğramış

28

utanmış kendinden emin

şakacı şevksiz

29

ciddi utanmış

şaşırmış diken üstünde

30

mahcup suçlu

hayal kuran kaygılı

31

donakalmış hayrete düşmüş

güvenilmez korkmuş

32

utanmış sinirli

kuşkucu kararsız

# Hare PCL-R: 2. Basım

## Görüşme Kılavuzu

Robert D. Hare, Ph.D

**Danışan Kimliği: _____**
**Görüşmeci: _____**
**Tarih: _____/_____/_____**
**ay gün yıl**

**<u>Yönergeler</u>**
Görüşmenin PCL-R değerlendirmelerindeki rolü Teknik Kılavuzda ve Derecelendirme Kitapçığında açıklanmıştır. Görüşmeciler PCL-R derecelendirmelerinde gereken bilgiyi edinebilmek için kendilerinin yarı-yapılandırılmış görüşmelerini geliştirmeyi ve kullanmayı seçebilirler. Bu Görüşme Kılavuzunu kullanırken numaralı soruları kullanın; ancak birey ile uyumu kurmak ve sürdürmek için ya da onları yanıtların özel bağlamına adapte etmek için üslubu değiştirebilirsiniz. Köşeli ayraçlar[] içindeki sorular derinlemesine sorgulamalardır; onlar bireyi daha fazla bilgi sağlamaya yönlendirmek için sorulurlar. Bir e*vet-hayır* örüntüsündeki sorular ve yanıtlardan kaçının. Genellikle bir *evet* ya da bir *hayırla* cevaplanmış soruları yanıtın bir açıklaması için sorgulamalar izlemelidir. Bu listedeki maddeler ayrıntılı değildir, ve bireyin değerlendirilmesinde yardımcı olacağını düşündüğünüz her türlü ek bilgiyi edinebilmek için kendinizi özgür hissetmelisiniz.

**<u>Mevcut Durum</u>** (eğer kurumdaysa)
1. Ne zamandır buradasınız? Ne için?

2. Nasılsınız? Neler yapıyorsunuz? İş Başvuruları? İşe yerleştirmeler? Tedavi Programları? Diğer programlar? [Ayrıntılar?]
3. Burada sorunlar yaşıyor musunuz? Diğer birlikte kalan sakinlerle? Çalışanlarla? Herhangi kurumsal raporlar, suçlamalar ya da hükümler? [Ayrıntılar?]

**Okul Öyküsü**

Sizin okul öykünüzle başlayacağım. Bu sorular sizin çocuk olduğunuz zamanla ilgilidir, bu da 12 yaşınız ya da daha küçük olduğunuzda demektir.

4. Çocukken okulu sever miydiniz? [Onun hakkında neyi sevmediniz?]
5. Öğretmenleriniz sizi nasıl tanımlardı?
6. Çocukken okula katılımınız nasıldı? [Okuldan kaçtınız mı? Neden? Kaçtığınızda nereye giderdiniz? Kaçma istemenize ne yol açardı? Kaç yaşında kaçmaya başladınız? Kaçmaya başladığınızda kaç yaşındaydınız?]
7. Hiç sınıfta bir dersten kaldınız mı? [Neden kaldınız?]
8. Çocukken okulda sorun çıkaran biri miydiniz? [Ne tür şeyler yapardınız? Sınıfı rahatsız eder miydiniz?]
9. Hiç fiziksel kavgalara karıştınız mı? [Neden? Kaç yaşında? Kavga ettiğiniz insanlar sizden büyük mü yoksa küçük müydüler?]
10. Okulda kimse size zorba dedi mi? [Neden? Zorba mıydınız?]
11. Hiç çocukluğunuzda kimseyi kötü biçimde yaraladınız mı? [Bu ne zamandı? Ne oldu?]
12. Hiç çocukken okulda davranış sorunları nedeniyle bir doktor/danışman gördünüz mü? [Neden?]
13. Çocukken hiç okuldan uzaklaştırıldınız mı? [Kaç kez? Neden uzaklaştırıldınız?]
14. Çocukken hiç okuldan atıldınız mı? [Kaç kez? Neden atıldınız?]
15. Lise öğreniminizi bitirdiniz mi? [HAYIR İSE, SOR: Neden okulu bıraktınız? Bitirdiğinizde aldığınız en yüksek ders notunuz neydi? Sizin için liseden mezun olmak ne kadar önemlidir?]
16. Hiç eğitim düzeyiniz ile ilgili yükseltme yaptınız mı? [Nerede? Nasıl yaptınız?]
17. Hiç teknik ya da mesleki kurslar aldınız mı? [Nerede? Kursun (kursların) karşılığını kim ödedi?]

**İş Deneyimi**

**Size iş deneyiminiz hakkında sorular soracağım.**

18. Hiç bir gönüllü işi yaptınız mı? Ne yaptınız? [EĞER HAYIRSA, SOR: Gönüllü işler yapmaya ilgi duyabilir misiniz? Ne tür?]
19. Ne tür işler yaptınız?
20. Kaç farklı işiniz oldu? En uzun işiniz hangisiydi? En kısa işiniz hangisiydi? [Bu işler neden sonlandı?]
21. Patronunuz iş veriminizi nasıl tanımlayabilirdi? Siz patronunuzu nasıl tanımlayabilirdiniz?
22. Hiç bir işi bıraktınız mı? [Neden? İşi bıraktığınızı patronunuza söylediniz mi?]
23. İşe ne sıklıkla geç gelirdiniz? [Neden? Geldiğinizde ne olurdu?]
24. Hiç hasta olmadığınızda kasten işe gitmediğiniz oldu mu? Neden?
25. Hiç işte alkol ya da uyuşturucu maddeler kullandınız mı, ya da işe sarhoş veya uyuşturucu madde etkisinde gittiniz mi?
26. Hiç işte kural veya düzenlemelere uymadığınız için başınız derde girdi mi? Ne yaptınız? Neden? [Ayrıntılar?]
27. Bir işten kovulacağınızı bildiğinizden ayrıldığınız hiç oldu mu? [Hangilerinden?]
28. Hiç önceden başka bir işi düzenlemeden işinizden ayrıldığınız oldu mu? Neden?
29. Hiç işsiz kaldınız mı? [Neden? 18 yaşınızdan bu yana kaç ay, ya da kaç yıl işsiz kaldınız?]
30. Çalışmadığınızda kendinizi nasıl destekliyordunuz?
31. Hiç işsizlik sigortası aldınız mı? [Ne zaman? Ne kadar süre? Sizin öyle yapmanız uygun olmadığı

halde hiç işsizlik sigortası aldığınız oldu mu?]

32. Hiç sosyal destek aldınız mı? [Ne zaman? Ne kadar süre? Sizin öyle yapmanız uygun olmadığı halde hiç sosyal destek aldığınız oldu mu?]
33. Hiç gıda, para veya kalacak yer için bir başkasına bel bağladığınız oldu mu? [Neden? Ne zaman? Ne kadar süre?]
34. Hiç suç yoluyla kendinizi desteklediğiniz oldu mu? [Ayrıntılar? Ne kadar süre?]

**Kariyer Hedefleri**

35. Edinmek istediğiniz bir meslek ya da iş var mı? [Ne zamandan beri bunu yapmak istediniz? Bu meslek ya da iş için plan ve ya hazırlık yaptınız mı? Bu meslek ya da işi edinebilmek için hangi eğitime gereksiniminiz olabilirdi?]
36. İşi olmak sizin için önemli midir? [Neden?]
37. Uzun dönem planlarınız nelerdir? [Bugünden 5 ya da 10 yıl sonra ne yapıyor olmayı istersiniz?]
38. Hedeflerinizi başarmada hiç sorunlarınızın olacağını düşünüyor musunuz? [Suç geçmişinizin bu hedefleri gerçekleştirmeye ne etkisi olacaktır? Neden?]

**Mali Durum**

39. Hiç para sorunlarınız oldu mu? [Ödenmemiş borçlarınız var mı?]
40. Ebeveynleriniz, büyük anne ve babanız ya da arkadaşlarınız size maddi yönden ne sıklıkla yardımcı oldu? [Paraya neden gereksiniminiz vardı? Onlara geri ödediniz mi?]
41. Hiç banka kredisi aldınız mı? [Onu (onlara) geri ödediniz mi?]
42. Kaç kere insanlardan borç para aldınız ve onlara geri ödemediniz? [Ne oldu?]
43. Hiç kredi kartlarınız oldu mu? [Bunları geri ödemede hiç sıkıntı yaşadınız mı?]
44. Kira, telefon, elektrik veya gaz faturalarınızı ödemede geciktiğiniz oldu mu?

**Sağlık**

45. Çocukken hiç ruh sağlığı uzmanları gördünüz mü? [Ne için? Endişeleriyle ilgili hiç size geri bildirimde bulundular mı? Hiç size bir tedavi önerisinde bulundular mı? Onların önerdikleri tedaviye gereksinim duymuş olduğunuzu düşünüyor musunuz?]
46. Yetişkinken hiç bir akıl sağlığı uzmanınca görüldünüz mü? [Ne için? Endişeleriyle ilgili hiç size geri bildirimde bulundular mı? Hiç size bir tedavi önerisinde bulundular mı? Onların önerdikleri tedaviye gereksinim duymuş olduğunuzu düşünüyor musunuz?]
47. Hiç bir cezaevinde tedavi programlarına katıldınız mı? Başka bir yerde? [Bunlar nelerdi? Bu programları tamamladınız mı? Bunlar hakkında ne düşündünüz?]
48. Hiç intihar etmeyi denediniz mi?[Kaç kez? Neden? Girişimler ciddi miydi yoksa diğer bazı nedenler için miydi?]

**Aile öyküsü**

49. Öz ebeveynleriniz tarafından mı büyütüldünüz? Kimin yetiştirilmeniz için birinci derecede sorumluluğu vardı?
50. Kaç erkek kardeşiniz ve kız kardeşiniz var? [Onlarla hep birlikte mi yaşadınız? Hiç kardeşlerinizi fiziksel olarak tehdit ettiniz mi ya da dövdünüz mü?]
51. Ebeveyn(ler)inizle ilişkileriniz nasıldı? (ya da yerine geçen birincil bakım veren?)
52. Büyürken hayat sizin için nasıldı?[Onu nasıl tanımlarsınız?]
53. Çocukken (12 yaş veya daha küçükken) hiç:

a) Kurallara uymamaktan ötürü sorun yaşadınız mı?

b) Geceleyin evden kaçtınız mı? Daha uzun süreler için?
c) Ebeveynlerinize çok yalan söylediniz mi?
d) Ebeveynlerinizden ya da akrabalarınızdan çaldınız mı?
e) Ebeveynlerinize ya da bakıcılarınıza kötü davrandınız mı? Onlara kötü davranır mıydınız?
54. Kız ya da erkek kardeşlerinizle karşılaştırıldığında davranışlarınız nasıldı?
55. Ev ya da okuldaki sorunlar yüzünden evden uzaklaştırıldığınız oldu mu?[Kaç yaşındaydınız? Ayrıntılar?]
56. Fiziksel, cinsel ya da duygusal tacize uğradınız mı? [Kim tarafından? Ne oldu?]
57. Ebeveynlerinizle aranız şimdi ne durumda? [Onlarla ne sıklıkla görüşüyorsunuz? Daha fazla görüşmek ister miydiniz? Ebeveynleriniz şu an nasıllar?]
58. Kardeşlerinizle aranız şimdi ne durumda? Nerdeler? Ne yapıyorlar? Nasıllar?
59. Hiç ebeveynleriniz ya da kardeşleriniz zor zamanlardan geçerken onlar için destek sundunuz mu?

**Arkadaşlar/Özel ilişkiler**

60.Tam şimdi hiç yakın arkadaşlarınız var mı? [Kaç tane? Bir kişiyi ne yakın bir arkadaş yapar?]
61. Siz şimdi kime en yakınsınız? [O kişi sizin için neden önemli? O kişiyi bir daha hiç görmeyecek olsanız nasıl hissederdiniz?]
62.Flört etmeye başladığınızda kaç yaşındaydınız?
63. Sizi bir partnerde ne cezbeder?
64. Hiç bir kadın ya da bir erkekle evlilik ilişkisi içinde bulunma yaşantınız oldu mu? Kaç kez evlilik ilişkileri içinde bulunma yaşantılarınız oldu? [EĞER SAYISI ÇOKSA SOR: Neden bu kadar çok ilişkiler yaşadınız?]
65.En yakın tarihli ve en uzun 3 ilişki için sor:
[Onlara ne kadar yakındınız? Halen bir ilişki içinde misiniz? Bu ilişki ne kadar sürdü? İlişki neden sonlandı? Sizin bunun üstesinden gelmeniz ne kadar zaman aldı? Partnerinize aşık mıydınız yoksa sadece fiziksel bir ilişki miydi? Partnerinizin sevdiğiniz özellikleri nelerdi? Partnerinizin sevmediğiniz özellikleri nelerdi? Çok tartışır mıydınız? Hiç partnerinize fiziksel tacizde bulundunuz mu? Ayrıntılar?]
1.
2.
3.
4.
66.a.Hiç partnerlerinizi aldattığınız oldu mu? [Onlara söylediniz mi? Onların tepkileri neydi? EĞER HAYIRSA SOR: Birini aldatma hakkında nasıl hissediyorsunuz?]
b.Partnerleriniz sizi hiç aldattı mı? [Nasıl hissettiniz? Bunun üzerine ne yaptınız?]
67.Hiç bir kimseye derin bir aşk hissetiniz mi? [Aşkın ne olduğunu düşünüyorsunuz?]
68. İlk cinsel ilişkinizi yaşadığınızda kaç yaşınızdaydınız? [Kalıcı bir partner mi idi, ya da geçici bir tanıdık mıydı?]
69. Kaç farklı cinsel partneriniz oldu? [Kaç tanesi "tek gecelik ilişkiler"? Kaç tanesi "sıradan ilişkilerdi"?]
70.Hiç çocuğunuz ya da üvey çocuğunuz var mı? [Adları nelerdir? Doğum tarihleri? Nerdeler? Şimdi çocuklarınızla ilişkiniz var mı? Onlarla ne sıklıkla ilişkiniz var? Bir kurumda olmanız dışında onları görmediğiniz en uzun dönem ne idi? Ne yapıyordunuz? Onları özlediniz mi?]
71. Hiç çocuk nafakası ödemeniz gerekli oldu mu? Bunun hakkında ne düşünüyorsunuz? [Hiç bir ödemeyi kaçırdığınız oldu mu? Neden?]

**Madde Kötüye Kullanımı/Dürtüsel Davranışlar**

72.İçmeye başladığınızda kaç yaşınızdaydınız? [Ne sıklıkla ve ne kadar alkol içerdiniz/ içersiniz?]
73. Uyuşturucu madde kullanmaya kaç yaşınızda başladınız? [Kaç farklı uyuşturucu madde denediniz? Neden uyuşturucu maddeler kullanıyorsunuz?]
74. Herhangi bir uyuşturucu maddeye bağımlı olduğunuzu düşünüyor musunuz? [Onu her gün

kullanır mısınız? Onun nesini seviyorsunuz? Onun nesini sevmiyorsunuz? O hayatınızı herhangi bir biçimde etkiliyor mu? Onu kullanmayı bırakmak için herhangi bir planınız var mı?]
75.Hiç cezaevinde bulunduğunuz sürede alkol ya da uyuşturucu madde kullandınız mı?
76. Alkol ya da uyuşturucu madde etkisindeyken hiç tehlikeli bir şey yaptınız mı/yapıyor musunuz, ya da hiç bir belaya karıştınız mı?/ karışıyor musunuz? [Uyuşturucu madde etkisinde ya da bozukken hiç araç kullandınız mı? Hangi koşullarda? Kaç kere?]
77. Araba kullanırken hız yapmayı ya da risk almayı sever misiniz? [Polis tarafından hız yapma ya da dikkatsiz sürüş nedeniyle hiç durduruldunuz mu?]
78. Ne sıklıkla canınız sıkılır? [Sizin canınızı en çok ne sıkar? Canınız sıkıldığınızda ne yaparsınız?]
79.Risk almaktan hoşlanır mısınız? [Bana almış olduğunuz risklere birkaç örnek verin.]
80.Boş zamanlarınızı nasıl geçirir siniz?
81. Bir karar vermek zorunda olsanız, olumlu ve olumsuz yönleri üzerinde ne kadar süre düşünürsünüz? [Eğer bu önemli bir kararsa ne dersiniz?]

**Öfke Kontrolü/Duygular**

82. Kolaylıkla öfkelenir misiniz? [Öfkelendiğinizde genellikle ne yaparsınız? En son ne zaman gerçekten çok öfkelendiniz? Ne yaptınız? Sakinleşmek ne kadar sürenizi aldı?]
83. Size hiç kötü huylu olduğunuzu söyleyen birisi oldu mu? [Onlar neden böyle söylediler?]
84. 18 yaşından beri fiziksel kavgalara ne sıklıkla karıştınız? [Kavga etmede iyi misiniz? Bu kavgaları kim başlatır?]
85. "Kontrolünüzü kaybettiğiniz" hiç oldu mu? Birisinde sebep olduğunuz en kötü yara neydi? Sonrasında nasıl hissettiniz? Bu olay hakkında ne hatırlıyorsunuz?
86. Hiç diğer insanları sözel ya da fiziksel olarak tehditle kontrol etmeye çalıştınız mı?
87. Siz güçlü duyguları olan türde biri misiniz? [Hiç diğerleri size, onlarla ya da nasıl hissettikleriyle ilgilenmediğinizi söyledi mi?]
88. Bazen diğer insanlar sizin öyle olduğunuzu sandıklarından, üzgün ya da hüzünlü gibi davrandığınız olur mu? [Diğerlerine ne isterseniz yaptırdığınız için mi?]
89. Hiç kasten hayvanlara zarar verdiniz mi? Kazara? [Ne yaptınız? Neden? Nasıl hissediyorsunuz?]

**Antisosyal Davranışlar**

90. Kaç yaşında suç eylemlerine kalkışmaya başladınız? [Ne tür şeyler yaptınız?]
91. 12 yaşınızdan önce hiç polisle başınız belaya girdi mi?
92. Ergenlikte hiç tutuklandınız mı?
93. Eğer ergenlikteki suç kaydınıza baksaydım, onda kaç kez suçlamalar ya da hükümler almış olabilirdiniz? [Onlar ne içindiler?]
94. Erişkin olarak hiç polis tarafından tutuklandınız mı? [Eğer erişkinlik suç kaydınıza bakıyor olsaydım, kaç kere suçlamalar ya da hükümler almış olabilirdiniz? [Onlar ne içindiler?]
95. Erişkinlikte hiç suç işlediğiniz ve yakalanmadığınız oldu mu? Ne yaptınız?
96. Verilen hükümlerinizin adil, hoşgörülü ya da ağır mı olduğunu düşünüyorsunuz? [Avukatınız ne kadar iyi idi? Temyize başvurdunuz mu? Sonuçlar ne oldu?]
97. Suç kaydınızın hayatınıza herhangi bir etkisi olacağını düşünüyor musunuz?
98. Erişkin olarak yaptığınız en ciddi saldırgan suç neydi? [Ne oldu? Neden bunu yaptığınızı düşünüyorsunuz? Onu Bir daha yapar mısınız? Kurban hakkında ne hissettiniz? Birine zarar verdiğinizde/verdikten sonra nasıl hissediyorsunuz/hissettiniz?]
99. Eğer bir suçla suçlanmış ya da hüküm giymişse, sorun: En yakın zamandaki suçunuzda ne oldu? [Bunu neden yaptığınızı düşünüyorsunuz? Bunu bir kez daha tekrarlayabilir misiniz? Bu suçları işlemekten kaçınmış olmak için neler yapmış olmanız gerekirdi?]
100. Suç etkinlikleriniz için kim ya da ne önceki suç eylemlerinizde aldıkları rol nedir? [Alkol ya da uyuşturucu maddelerin suçlanmalıdır? Arkadaşlar?]

101. Gelecekte hangi etmenler sizin beladan korunmanıza yardımcı olabilir?
102. Toplum içinde suç işlemeden bulunduğunuz en uzun zaman dönemi nedir?
103. Suç davranışlarınız kurbanlar üzerinde ne etkiye sahiptirler? [Kurbanlar hakkında ne sıklıkta düşünüyorsunuz?]
104. İşlediğiniz suçlardan ötürü hiç pişmanlık hissetiniz mi? [Neden ya da neden değil? Neye benzer bir histi (histir)?]
105. Suçlarınız planlandı mı ya da o anda mı tetiklendi? Planlı suçlara örnekler? O anda tetiklenen suçlara örnekler?]
106. Hukuk sistemi hakkında neler hissediyorsunuz? Yasaya uymaya inanıyor musunuz? Yasalar adil mi?
107. Hiç kefaletle serbest kalma ya da şartlı tahliye ihlalinde bulundunuz mu, ya da erişkin olarak yasalara tümüyle aykırı gittiniz mi? Ne oldu?
108.Hiç takma ad kullandınız mı? [Ne sıklıkla? Neden?]

**Genel Sorular**

109. Görüşlerine değer verdiğiniz birisi var mı? [Kimin görüşleri sizin için önemlidir? Neden?]
110. Çok yalan söyler misiniz? [Başkaları size yalan konuştuğunuzu söylediler mi, ya da sizi doğru söylememekle suçladılar mı? Eğer evet ise, neden? Yalan söylemekte iyi olduğunuzu düşünüyor musunuz? Hiç birisini incitmek ya da acı çektirmek için yalan söylediniz mi?]
111. Hiç yaptığınızdan ötürü üzüntü hissettiğiniz bir şey oldu mu? [Neden pişmanlık hissettiniz, ya da neden hissetmediniz?]
112. Bazı insanlar istediklerini almak için diğerlerini kullanmada, ya da onlardan yararlanmada yeteneklidirler. Siz bunu yapabilir misiniz?
113. Hiç diğerleri sizi çıkarlarına göre hareket etmekle suçladılar mı? [Hiç diğerleri size kendi çözümünüzü yoktan tartışabildiğinizi söylediler mi? Hiç çifte yaşam sürdürdünüz mü? Diğerlerini nasıl kandırırsınız?]
114. Başkaları size kendinizle ilgili çok yüksek bir görüşünüzün olduğunu söylediler mi? [Bunu neden söylediler?]
115. Kendinizi diğerlerinin çoğunluğuyla karşılaştırdığınızda zekanız açısından ne söyleyebilirsiniz? [Kendinizi diğerlerinin çoğunluğuyla karşılaştırdığınızda diğer becerileriniz açısından ne söyleyebilirsiniz?]
116. Olduğu haliyle hayatınızdan memnun musunuz? [Neyi değiştirirdiniz?]
117. En çok mutlu olduğunuz an hangisidir? Ayrıntılar?
118. En bunalımlı olduğunuz an hangisidir? [Ne oluyordu? Onunla nasıl başa çıktınız? Üstesinden gelmeniz sizin ne kadar zamanınızı aldı?]
119.Gelecek hakkında hiç gerginlik ya da kaygı hissediyor musunuz? Neden?
120. Kendiniz hakkında ne düşünüyorsunuz? [Kendiniz hakkında duygularınızı 1'in gerçekten çok kötü, 10'un gerçekten çok iyi olduğu, 1 ile 10 arasında bir ölçekte puanlayın.] Diğerleri sizi nasıl puanlayabilirler?
121. Sizin en büyük başarılarınız nelerdir?
122. En büyük başarısızlığınız(sızlıklarınız) olarak neleri tanımlayabilir siniz?
123. Eğer geçmişe dönüp bir şeyleri değiştirebilseydiniz, siz nereden başlardınız?
124. Kurbanlarınızdan birine birşey söyleyebilecek olsanız ne demek isterdiniz?
125. Bugün hakkında konuşmadığımız fakat hakkınızda insanların bilmesinin önemli olduğunu düşündüğünüz başka şeyler var mı?

**Ek Notlar**

$0
$1000
$2000
$3000
$4000
$5000
$6000
CASH PILE
BORROWED
$0
$1000
$2000
$3000
$4000
$5000
$6000
WIN $120!
A'
B'
C'
D'

## XII- ÖZGEÇMİŞ VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

### EĞİTİM

| | |
|---|---|
| İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Eğitimi | 2013-2018 |
| Basel Üniversitesi Psikiyatri Kliniği Gözlemcilik | Nisan-Haziran 2017 |
| İstanbul Tıp Fakültesi Nöroloji Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Eğitimi | 2010-2013 |
| İstanbul Tıp Fakültesi Anatomi Anabilim Dalı Tıpta Uzmanlık Eğitimi | 2009-2010 |
| Iğdır Aralık Devlet Hatanesi Mecburi Hizmet Yükümlülüğü | 2008-2009 |
| İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi | 2002-2008 |
| Takirdağ Anadolu Lisesi | 1997-2002 |

### MENSUP OLDUĞU/GÖREV ALDIĞI DERNEKLER-ORGANİZASYONLAR

Türkiye Psikiyatri Derneği- Asistan Hekim Komitesi Yönetim Kurulu Üyesi

Türk Nöropsikiyatri Derneği

Türkiye Alzheimer Derneği

Avrupa Psikiyatri Asistanları Federasyonu –Psychiatry Across Borders Alt Grup Eş Yürütücülüğü

### YAYINLAR

- **Cikrikcili U**., Ulusoy C., Turan S., Bilgic B., Hanagası H., Baykan B., Tuzun E., Gurvit H. Non-convulsive status epilepticus associated with glutamic acid decarboxylase antibody J EEG & Neuroscience. 2012 July

- Alp Üçok , Hatice Kaya , Can Uğurpala, **Uğur Çıkrıkçılı**, Ceylan Ergül, Çağdaş Yokuşoğlu, Öznur Bülbül , Nese Direk. History of childhood physical trauma is related to cognitive decline in individuals with ultra-high risk for psychosis Schizophrenia Research

- Alp Üçok, **Uğur Çıkrıkçılı**, Sercan Karabulut, Ada Salaj, Meliha Öztürk, Öznur Tabak and Rümeysa Durak. Delayed initiation of clozapine may be related to poor response in treatment-resistant schizophrenia . International Clinical Psychopharmacology 2015, 30:290–295

- Üçok A, **Çıkrıkçılı U**, Ergül C, Tabak Ö, Salaj A, Karabulut S, Correll CU. Correlates of Clozapine Use after a First Episode of Schizophrenia: Results From a Long-term Prospective

Study. CNS Drugs. 2016 Jun 29. [Epub ahead of print]

- **Ugur Cikrikcili,** Gasim Gasimzada and Ilhan Yargic Venlafaxine Dependence: A Case Report. Journal of Pharmacy and Pharmacology 4 (2016) 378-380

- Sezgin Mine, **Cikrikcili Ugur**, Kulaksizoglu Isın Baral, Vanlı-Yavuz Ebru Nur, Tuzun Erdem, Baykan Betul. The Psychıatrıc Profiles of Patıents wıth Temporal Lobe Epılepsy Assocıated wıth Neuronal Auto-antıbodıes - Neuronal Autoantibodıes and Psychiatry. Journal of Neurological Sciences (Kabul edilmiş makale-baskıda)

## ULUSLARARASI SÖZEL / POSTER BİLDİRİLERİ

- Simultaneous Optn And Cln5 Mutations In a Consanguineous Turkish Family Lead to ALS. **Ugur Cikrikcili**, Hacer Durmus, A. Nazli Basak, Aslihan Ozoguz, Murat Gunel, Kaya Bilguvar, Hakan Gurvit, Zeliha Matur, Sukriye Akcakalem, Basar Bilgic, Hasmet Hanagasi, Piraye Serdaroglu-Oflazer, Feza Deymeer, Yesim Parman

- An Outstanding Case: Venlafaxine Addiction. **Ugur Cikrikcili,** Gasim Gasimzade, Ilhan Yargic

- Correlates of clozapine use after a first episode of schizophrenia compared to patients not prescribed clozapine: results from a long-term, prospective study of 105 first-episode patients. Alp Ucok, **Ugur Cikrikcili**,Sercan Karabulut, Oznur Tabak, Ada Salaj, Ceylan Ergul, Christoph Correll

- Personality Disorders in Alcohol Use Disorders: which strategies in clinical assessment and treatment. 2 nd Early Career Psychiatrists, 20-23 October 2016, Athens-Greece.

- A rare type primary central nervous system lymphoma with primarily psychiatric diagnosis- a case report **Ugur Cikrikcili**, B. Saydam, M. Aktan. EPA 2017- Florance, Italy

- The effect of art group psychotherapy with photograph in chronic psychiatric disorders: A pilot study. O. Celik Aypak, N. Eren, **Ugur Cıkrıkcılı**, D. Buyukgok, S. Ucar Isaret . EPA 2017- Florance, Italy

## KİTAP BÖLÜMÜ YAZARLIĞI

**U. Çıkrıkçılı**, B. Bilgiç, H. Hanağası Yaşlılarda Nörolojik Muayene. Geriatri El Kitabı, Editör: Y. Küçükarali, Istanbul: Nobel 2010, s:480-486.

**U. Çıkrıkçılı** I. I.B. Kulaksizoğlu Deliryumda AKılcı İlaç Kullanımı. Geriatri Özel Sayısı, Ediör: M. A. Karan, Istanbul: Ankara 2015, s:40-47.

**U. Çıkrıkçılı** ,I.B. Kulaksizoğlu Geçmişten Geleceğe Diyabetes Mellitus: Diyabet ve Alzheimer Hastalığı , Editör by Ş. İmamoglu, Ankara 2015 s: 463-469

**U. Çıkrıkçılı**. S. Çakır Frontotemporal Demans : Türkiye Klinikleri Demans Özel Sayısı, Ankara 2016

## İLETİŞİM

ugur@cikrkcili.com