

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

SİLAH RUHSATI ALMAK İÇİN HASTANEYE BAŞVURANLARDA
DÜRTÜSELLİK, AGRESYON, ALEKSİTİMİ VE KİŞİLİK
ÖZELLİKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

UZMANLIK TEZİ
Dr. Sabriye Yeşim BABÜR

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Osman MERMİ

ELAZIĞ
2022

DEKANLIK ONAYI

Prof. Dr. Metin Kaya GÜRGÖZE

DEKAN

Bu tez Uzmanlık Tezi standartlarına uygun bulunmuştur.

Prof. Dr. Murad ATMACA

Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Başkanı

Tez tarafımızdan okunmuş, kapsam ve kalite yönünden Uzmanlık Tezi olarak kabul edilmiştir.

Prof. Dr. Osman MERMİ

Danışman

Uzmanlık Sınavı Jüri Üyeleri

.....

.....

.....

.....

.....

TEŞEKKÜR

Tez çalışmam sırasında kıymetli bilgi, birikim ve tecrübeleri ile bana yol gösterici ve destek olan değerli danışman hocam Sayın Prof. Dr. Osman MERMİ'ye, ilgisi ve önerileriyle yol gösteren Psikiyatri Anabilim Dalı Başkanı Sayın Prof. Dr. Murad ATMACA'ya sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım. Tıpta uzmanlık eğitimim boyunca yardım, bilgi ve tecrübeleri ile bana sürekli destek olan diğer değerli hocalarım, Doç. Dr. Sevda KORKMAZ, Doç. Dr. Mehmet Gürkan GÜROK ve Doç. Dr. Sema BAYKARA hocalarıma teşekkür ederim.

Çalışmalarım boyunca yardımlarını hiç esirgemeyen Psikiyatri Anabilim Dalı araştırma görevlisi doktor arkadaşlarım başta olmak üzere diğer tüm klinik çalışanlarına teşekkürü bir borç bilirim.

Doğduğum andan itibaren her zaman yanımda olan ve bugünlere gelmemde emeği büyük olan annem Müzeyen, babam Mehmet Kaya ve abilerim Fatih Ahmet ve Mustafa'ya, her zaman beni destekleyen ve tez sürecinde de beni yalnız bırakmayan eşim Veysel'e sonsuz şükranlarımı sunarım.

ÖZET

Günümüzde bireysel silahlanma artışı hem toplumumuz hem de dünya genelinde büyük bir sorun teşkil etmektedir. Silahlanmadaki artış ve evde silah bulundurma intiharları, kazaları ve aile içi şiddet oranlarını arttırmaktadır. Türkiye’de toplumun genel olarak ateşli silahlara karşı eğilimi olduğu bilinmektedir. Türkiye’de silah bulundurma ya da taşıma talebi olan her bireyin silah ruhsatı alması gerekir.

Kişilik, bireyin bilişsel ve duygusal değerlendirmelerine dayanarak iç ve dış dünyaya uyum için geliştirmiş olduğu duygu, düşünüş ve davranış örüntülerinden meydana gelir. Kişilik bozukluğu kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süreklilik gösteren, bilişsel, duygulanım ve davranış örüntüsü olarak tanımlanmaktadır. Kişilik bozuklukları ilk olarak DSM-III’te ayrı bir eksen de yer almıştır.

Sunduğumuz tez çalışmasında 132 vaka ve 69 sağlıklı kontrol karşılaştırıldı. Vaka grubumuz silah ruhsatı almak, silahlı özel güvenlik ve koruculuk yapmak için başvuranlardan oluşmaktadır. Tüm katılımcılar sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından değerlendirildi. Her iki grup karşılaştırıldığında Barratt toplam puanı, bilişsel düzensizlik, sabırsızlık, oto-kontrol, dikkatsel dürtüsellik ve plansız dürtüsellik alt ölçek puanları bakımından anlamlı farklılıklar bulundu. Buss Perry ölçek puanları karşılaştırıldığında kontrol grubunun öfke puanı vaka grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulundu. MMPI profilleri değerlendirildiğinde erkeklik-kadınlık indeksi kontrol grubunda vaka grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti. Aleksitimi ölçeği puanlarında iki grup arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Katılımcı sayısının az olması, vaka ve kontrol grubunun sayısının eşit olmaması, erkek kadın oranlarının eşit olmaması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır. Katılımcı sayısının daha fazla olduğu çalışmalarla sunduğumuz verilerin daha iyi ortaya konacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Silah ruhsatı, Kişilik Bozuklukları, Şiddet, Özel güvenlik

ABSTRACT

Evaluation of Impulsivity, Aggression, Alexithymia, and Personality Traits in Persons Applying to Hospitals to Obtain Weapon License

Nowadays, the increase in individual armament poses a great problem both in our society and in the world. The increase in armament and the possession of a gun at home increase the rates of suicides, accidents and domestic violence. It is known that the society in Turkey generally has a tendency towards firearms. Every individual who wishes to possess or carry a gun in Turkey must obtain a gun license.

Personality consists of the patterns of affect, thinking and behavior that the individual has developed to adapt to the inner and outer world based on the person cognitive and emotional evaluations. Personality disorder is defined as a continuous cognitive, affective and behavioral pattern that deviates significantly from the expectations of the culture in which the person lives. Personality disorders were first included in a separate axis in DSM-III.

In our thesis study, 132 cases and 69 healthy controls were compared. Our case group consists of applicants for obtaining a gun license, armed private security guards and village guards. All participants were evaluated in terms of sociodemographic and clinical characteristics. When both groups were compared, significant differences were found in terms of Barratt total score, cognitive dysregulation, impatience, auto-control, attentional impulsivity and unplanned impulsivity subscale scores. When Buss Perry scale scores were compared, the anger score of the control group was found to be significantly higher than the case group. When the MMPI profiles were evaluated, the male-female index was statistically significantly higher in the control group than in the case group. There was no significant difference between the two groups in alexithymia scale scores.

The limited number of participants, the unequal number of case and control groups, the unequal male-female ratios are the limitations of our study. We believe that the data we presented will be presented better with studies in which the number of participants is higher.

Keywords: Gun license, Personality Disorders, Violence, Private security

İÇİNDEKİLER

BAŞLIK SAYFASI	i
DEKANLIK ONAYI	ii
TEŞEKKÜR	iii
ÖZET	iv
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLO LİSTESİ	x
KISALTMALAR LİSTESİ	xi
1. GİRİŞ	1
1.1. Ateşli Silahlar	1
1.1.1. Silah Tanım ve Tarihçesi	1
1.1.2. Dünya Geneline ve Ülkemizde Silahlanma Sıklığı	1
1.1.3. Silah Ruhsatı İçin Başvuru Şartları	2
1.1.4. Silahlanma Artışı İle Şiddet İlişkisi ve İntihar	7
1.2. Kişilik Tanım ve Gelişimi	9
1.3. Genel Kişilik Bozuklukları Ve Alt Tipleri	12
1.3.1. A Kümesi Kişilik Bozuklukları	20
1.3.1.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu	20
1.3.1.1.1. Tanım ve Tarihçe	20
1.3.1.1.2. Epidemiyoloji	21
1.3.1.1.3. Etiyoloji	21
1.3.1.1.4. Sınıflandırma	22
1.3.1.1.5. Boylamsal Seyir ve Komorbidite	23
1.3.1.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu	24
1.3.1.2.1. Tanım ve Tarihçe	24
1.3.1.2.2. Epidemiyoloji	24
1.3.1.2.3. Etiyoloji	24
1.3.1.2.4. Sınıflandırma	25
1.3.1.2.5. Ayırıcı Tanı Ve Komorbidite	25
1.3.1.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu	26
1.3.1.3.1. Tanım ve Tarihçe	26

1.3.1.3.2. Epidemiyoloji	27
1.3.1.3.3. Etiyoloji	27
1.3.1.3.4. Sınıflandırma	28
1.3.1.3.5. Ayırıcı Tanı ve Komorbiditeler	30
1.3.2. B Kümesi Kişilik Bozuklukları	30
1.3.2.1. Borderline Kişilik Bozukluğu	30
1.3.2.1.1. Tanım ve Tarihçe	30
1.3.2.1.2. Epidemiyoloji	32
1.3.2.1.3. Etiyoloji	32
1.3.2.1.4. Sınıflandırma	33
1.3.2.1.5. Ayırıcı Tanı ve Komorbidite	34
1.3.2.2. Antisosyal Kişilik Bozukluğu	35
1.3.2.2.1. Tanım Ve Tarihçe	35
1.3.2.2.2. Epidemiyoloji	36
1.3.2.2.3. Etiyoloji	37
1.3.2.2.4. Sınıflandırma	37
1.3.2.2.5. Ayırıcı Tanı ve Komorbidite	38
1.3.2.3. Histrionik Kişilik Bozukluğu	39
1.3.2.3.1. Tanım ve Tarihçe	39
1.3.2.3.2. Epidemiyoloji	40
1.3.2.3.3. Etiyoloji	40
1.3.2.3.4. Sınıflandırma	41
1.3.2.3.5. Ayırıcı Tanı Ve Komorbidite	41
1.3.2.4. Narsisistik Kişilik Bozukluğu	42
1.3.2.4.1. Tanım ve Tarihçe	42
1.3.2.4.2. Epidemiyoloji	43
1.3.2.4.3. Etiyoloji	43
1.3.2.4.4. Sınıflandırma	43
1.3.2.4.5. Ayırıcı Tanı ve Komorbidite	44
1.3.3. C Kümesi Kişilik Bozuklukları	45
1.3.3.1. Bağımlı Kişilik Bozukluğu	45
1.3.3.1.1. Tanım Ve Tarihçe	45
1.3.3.1.2. Epidemiyoloji	46
1.3.3.1.3. Etiyoloji	46

1.3.3.1.4. Sınıflandırma	47
1.3.3.2. Çekingen Kişilik Bozukluğu	48
1.3.3.2.1. Tanım ve Tarihçe	48
1.3.3.2.2. Epidemiyoloji	48
1.3.3.2.3. Etiyoloji	49
1.3.3.2.4. Sınıflandırma	49
1.3.3.2.5. Ayırıcı Tanı ve Komorbidite	50
1.3.3.3. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu	51
1.3.3.3.1. Tanım ve Tarihçe	51
1.3.3.3.2. Epidemiyoloji	51
1.3.3.3.3. Etiyoloji	52
1.3.3.3.4. Sınıflandırma	53
1.4. Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler	54
1.5. Aleksitimi	55
1.6. Dürtüsellik	56
1.7. Agresyon (Saldırganlık)	57
2. GEREÇ ve YÖNTEM	59
2.1. Vaka Grubu	59
2.2. Kontrol Grubu	59
2.3. Vaka Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	59
2.4. Vaka Grubunun Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	60
2.5. Kontrol Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri	60
2.6. Kontrol Grubunun Araştırmadan Dışlanma Kriterleri	60
2.7. Kullanılan Ölçek ve Formlar	61
2.7.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu	61
2.7.2. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI; Minnesota Multiphasic Personality Inventory)	61
2.7.3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF)	63
2.7.4. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği	63
2.7.5. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20)	63
2.8. Uygulama	64
2.9. İstatistiksel Analiz	65
3. BULGULAR	66
3.1. Vaka ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri	66

3.2. Vaka ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması	68
3.2.1. Toronto Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	68
3.2.2. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	68
3.2.3. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	69
3.2.4. MMPI Puanlarının Karşılaştırılması	70
4. TARTIŞMA	72
KAYNAKLAR	78
6. EKLER	102
Ek-1. Sosyodemografik Veri Formu	102
EK-2. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri	103
EK-3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF)	119
EK-4. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği	120
EK-5. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20)	121
7. ÖZGEÇMİŞ	122

TABLO LİSTESİ

Tablo 1.	Vaka ve kontrol grubunun sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması	67
Tablo 2.	Toronto Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	68
Tablo 3.	Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	69
Tablo 4.	Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması	70
Tablo 5.	MMPI profillerinin karşılaştırılması	71



KISALTMALAR LİSTESİ

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
BIS-11-KF	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu
DEHB	: Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu
DNA	: Deoksiribo Nükleik Asit
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabında)
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
fMRI	: Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme
ICD	: International Classification of Disease (Uluslararası Hastalık Sınıflandırması)
MAOA	: Monoamin Oksidaz A
mPFC	: Medial Prefrontal Korteks
OKB	: Obsesif Kompulsif Bozukluk
PFC	: Prefrontal Korteks
SCID	: Structured Clinical Interview for DSM-III-R Personality Disorders (DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Versiyonu, Kişilik Bozuklukları formu)
TAS-20	: Toronto Aleksitimi Skalası-20

1. GİRİŞ

1.1. Ateşli Silahlar

1.1.1. Silah Tanım ve Tarihçesi

Mekanik bir kuvvet uygulayarak içinde bulunan “mermi çekirdeği” veya “saçma” adı verilen özel şekil ve nitelikteki maddeleri, barut gazının basıncıyla belirli mesafelere ulaştıran ve orada bu sert cisme bir iş gördüren alete ateşli silah denilmektedir (1,2). Hukuk mevzuatına göre silah ‘yakından veya uzaktan canlıları öldürebilen, yaralayabilen, etkisiz hale getirebilen, yok edip parçalayabilen araç ve aletlerin tümü’ olarak tanımlanmaktadır (3).

Ateşli silahların tarihine bakıldığında barutun keşfi ile başlar. Barutun icadı ve ateşli silahların hızla etkinleştirilmesi insanlık tarihindeki önemli gelişmelerdendir (4). Barutu kimin ve ne zaman keşfettiği tam olarak bilinmemektedir. Milattan sonra Çinlilerin güherçile esaslı barut kullandıklarını bildirilmekte ise de 12. yüzyılda İspanya’da Müslüman Endülüslerin kolayca tutuşabilen tozlarla uğraştığı göz önüne alındığında bu tozların Çin’e Kuzey Afrika üzerinden Müslüman tüccarlar tarafından götürüldükleri görüşü daha ağır basmaktadır. Çin’de barut hakkında bilgi içeren ilk yazılı belgeye bu tarihten sonra rastlanmıştır (5).

1.1.2. Dünya Geneline ve Ülkemizde Silahlanma Sıklığı

Amerika Birleşik Devletleri (ABD)’nde bir Adalet İstatistikleri Bürosu raporunda en yüksek silah sahipliği oranının erkekler, 50-64 yaş arası, beyaz, güneyli, lise eğitimi ve kırsal kesimdeki kişilerde olduğunu göstermiştir (6). Yapılan araştırmalarda silaha sahip olan hanelerin %20 ila %40’ının silah almadaki amacının korunma yani güvenlik olduğu belirtilmiştir (7). Silah sahipliği üzerine yapılan en eski çalışmalardan birinde dini inanış, bölge ve gelirin silah sahipliği ile istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkisi olduğu bulundu. Korku, medeni durum, geçmişte mağduriyet, ırk, yerleşim yerinin büyüklüğü ve siyasi mensubiyet ile silah sahipliği arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (8). Bir başka çalışmada

koruma amaçlı silah sahibi olmak ile hobi amaçlı silah sahibi olmak arasında alt kültürel bir örtüşme olduğunu göstermiştir. Korunma amaçlı silah sahibi olanların çoğu zaman aynı nedenle silah sahibi arkadaşları da olur, bu da koruyucu bir alt kültürde sosyalleşme süreci yaratır (9).

Türk toplumu genellikle ateşli silahlara karşı fazla ilgilidir ve ‘at, avrat, silah’ deyimiyile anlatılan silah, ahlaksal değerler altında mahrem alanda yer almaktadır (3,10). Bunun yanısıra silah güç göstergesi ve sembolü olarak da toplumda dikkat çeker (11). Türkiye’de ateşli silahlara bağlı ölümler Avrupa’daki diğer ülkelere oranla daha fazladır. Türkiye’de cinayetlerin yarısında suç aleti olarak ateşli silahlar kullanılmaktadır (12). Türkiye’de silah taşımak veya bulundurmak isteyen her birey silah ruhsatı almak zorundadır (13).

Emniyet Genel Müdürlüğü verilerine 2005 yılında 668.889, 2006 yılında ise 612.891 adet silah ruhsatı verilmiştir (14). Türkiye’de 2010 yılı verilerine göre ortalama her 65 kişiden biri silah taşımakta ya da bulunduğu belirtilmekteyken, 2017’de her 4 kişiden birinin silah sahibi olduğu tahmin edilmektedir. Ülkemizde ruhsatlı ve ruhsatsız silah sayısı 10 yılda yaklaşık 10 kat artmıştır. İçişleri Bakanlığı 2017 yılının ilk üç ayında sivil vatandaş tarafından kullanılan silah sayısını, yüzde 10’luk bir artışla 338.052 olduğu belirtmiştir. Emniyet genel müdürlüğü verileri ise Türkiye’deki ruhsatlı silah sayısının 688.843 olduğunu ortaya koymuştur. Dünya çapında silaha sahip olma oranları göz önüne alındığında Türkiye 27. Sırada yer almaktadır. Ulaşılan istatistiksel veriler doğrultusunda bireysel silahlanmada ilk sırada mesleği gereği risk alan kişiler, ikinci sırada bireysel korunma, üçüncü sırada ise geçerli bir gerekçe göstermeden ‘evde bulunsun’ isteğiyle silah edinenler oluşturmaktadır. Dördüncü sırada ise merak, hobi, anı gerekçesiyle silah edinenler bulunmaktadır (15).

1.1.3. Silah Ruhsatı İçin Başvuru Şartları

Silah taşıma ve kullanmanın şartları yasalarda belirlenmiş olup, güvenlik görevlisinin veya sivil bir kişinin yasalarda belirlenen ölçü ve sınırlar dahilinde silah taşınması ve kullanması söz konusudur (16). Ülkemizde ateşli ve ateşsiz silahlarla ilgili düzenlemeler 6136 sayılı ateşli silahlar ve bıçaklar ile diğer aletler hakkındaki

kanunda ve 2521 sayılı avda ve sporda kullanılan tüfekler, nişan tabancaları ve av bıçaklarının yapımı, alımı, satımı ve bulundurulmasına dair kanunda yer almaktadır. 6136 sayılı kanun 15.08.1953 yılında, 2521 sayılı kanun ise 1991 yılında y r rl ge girmiştir. Her iki kanunda da zamanla sayısız değişiklik yapılmıştır (15). Yasal olarak, silahların ancak bazı koşullar sağlandığında bulundurulması veya taşınmasına izin verilmektedir. 21 yaşını dolduran her yurttaş, silah bulundurma ruhsatı alabilmektedir. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğünün 15.05.1997 tarih ve 1159-109 sayılı genelgesi ile silah ruhsatı alacak her bireyin sağlık kurulu muayenesinden geçmesi gerekmektedir (17). Ciddi ruhsal sorunları veya kişilik bozukluğu olan bireylerin silah bulundurma veya taşıma ruhsatı almaları sakıncalı olup, yaralama, öldürme, silahla intihar etme gibi istenmeyen sonuçlara yol açabilmektedir (18–20).

Türkiye Psikiyatri Derneğince hazırlanan ‘Ateşli silah ruhsatı için başvuran kişilerin psikiyatrik muayene kılavuzu’ psikiyatrik değerlendirmeler için önemli bir kaynak niteliğindedir. Silah ruhsatındaki muayene süreci, başvuran kişilerin sağlık kuruluşuna başvurması ile gerçekleşir, kurumda muayenesi ve incelemeleri sonucunda kişinin silah almasına engel bir durum saptandığında kişinin başka bir kuruma başvurarak yeniden muayene sürecine girmesine olanak tanır. Bundan dolayı, silah ruhsatı muayeneleri emniyet müdürlüğünün resmi yazısıyla başlatılıp çıkan sonuç başvurana sözlü olarak bildirilmeyip yazılı olarak posta kanalıyla isteyen kuruma bildirilmelidir (15).

İlgili yönetmeliğe göre, ateşli silah bulundurmak isteyenlerin “Akıl hastası veya psikolojik ve nörolojik rahatsızlıkları” olmadığının tespiti gerekmektedir. Ateşli silah bulundurma veya taşıma için izin belgesi almak veya var olan belgenin süresini uzatmak isteyen bireyler psikiyatrik muayenesi, silahların özenle korunması ve zorunlu haller dışında kullanılmaması ilkesi gereğince özel bir öneme sahiptir. Bundan dolayı silah ruhsatı almak için başvuran kişilerde, psikotik ve duygudurum bozuklukları, zekâ geriliği ve demans, ağır kişilik ve dürtü kontrol bozuklukları, alkol ve madde kullanım bozuklukları ile bireyin zihinsel yargılamasını, davranışlarını ve dürtü kontrolünü etkileyen diğer psikiyatrik problemlerinin olup olmadığı tespit edilmelidir (15).

Silah ruhsatı için yapılan muayenede değerlendirilen faktörler;

- Adli Sicil Kayıtlarının İncelemesi: Silah ruhsatı için başvuran bireylerde ilk olarak adli sicil kayıtları gönderilmelidir. Muayeneyi isteyen emniyet müdürlüğü, kişinin silah almasına engel sabıkası varsa ruhsat vermemektedir. Ancak yasal engel oluşturmayan durumların muayene edecek psikiyatrist tarafından öğrenilmesi kişinin ruhsal ve kişilik yapısıyla ilgili önemli ipuçları verebileceği için gereklidir.

- Değerlendirme Süresi: Muayene en az 20 dakika olmalıdır. Herhangi bir psikolojik test ve tetkik yapılmadan karar verilecek durumlarda, başvuran bireyle sonraki bir gün rapor düzenlenmeden önce tekrar bir görüşme daha yapılır.

- Rutin Psikiyatrik Muayene: Muayene esnasında aşağıdaki belirtiler ve bulguların taraması yapılır;

1. Konuşma ve artikülasyon kusuru.
2. Yönelim, dikkat ve bellek kusuru
3. Genel görünüm ve kendine bakımda farklılıklar
4. Benlik algısı (kendini tanımlamasında dikkat çekici yönler)
5. Dürtü kontrol zayıflığı
6. Organik hastalık şüphesi (Şaşılık, kranial operasyon sekeli, patlayıcı tarzda konuşma, pareziler, cilt ve sklerada renk değişikliği ve diğerleri)
7. Bireyin özgeçmişinde dikkat çeken özelliklerin olması (Aile ilişkileri, okul ve diğer eğitim sorunları, askerlik, geçirdiği hastalıklar, açıklanamayan maddi sorunlar, alışkanlıklar. Evlilik, boşanma, göç, işi yarım bırakma ve iş değişikliğinin çok sayıda olması)
8. Düşünceyi yürütmede bozukluk, çağırışım ve yargılama kusurlarının olması
9. Algı ve düşünce bozukluğu
10. Silah edinme isteği altında sanrı, varsanı, hostilite. (Gerçekçi bir gerekçenin olmadığı durumlarda evdeki başka biri için edinme olasılığı düşünülmelidir.)
11. Çökkün duygulanım, sinirlilik, öfori, labilite, sızgılık, anksiyete ve uygunsuz düşünce içeriği bulunması
12. Madde ve alkol kullanım öyküsü veya şüphesi
13. Vücutta açık veya iyileşmiş yanık, kesik, enjeksiyon izi
14. Diğer önemli belirti veya bulgu (15).

- ✓ Yardımcı Yöntemler; Başvuran herkese muayene edilen kurum veya yerleşim merkezinde psikolog varsa mutlaka bir psikolojik test (MMPI, Rorschach, TAT vb.) yapılır. Güvenirlik ölçeği nedeniyle MMPI ilk tercih edilendir. Sınırdaki bilişsel işlevlerin olması veya dikkat çeken organik bulguların saptanırsa nöropsikolojik testler istenmelidir. Ek olarak muayene sırasında zihinsel kapasitesinin sınırlı olduğu düşünülen ve ilköğretim mezunu ve altı eğitime sahip olan kişilere zekâ testi uygulanır. Kurumda psikolog yoksa yukarıda belirtilen konuların ikinci bir muayene ile açıklığa kavuşturulamayacağı kanısı oluşursa başka bir merkezden psikolojik test istenir. Alkol kullanım bozukluğu şüphesi varlığında kanda etil alkol ve/veya karaciğer fonksiyon testleri, madde kullanım bozukluğu şüphesinde idrarda madde taraması yapılır. Agresyon, dürtü kontrol bozukluğu, psikozlar ve duygudurum bozukluğu gibi durumların varlığı şüphesinde mümkün ise diğer kaynaklardan bilgi almak için sosyal hizmet uzmanı incelemesi istenir (15).
- ✓ Sevk; Muayeneler ve incelemeler neticesinde kesin bir kanıya varılamaz ve psikiyatri uzmanı tereddüte düşerse, ikinci bir psikiyatri uzmanına danışır, bulunduğu yerde ikinci bir psikiyatri uzmanı yoksa veya yukarıdaki incelemelere gereksinim duyduğu halde bulunduğu yerde yapılamıyorsa sevk gerekçesi yazılarak başka bir kuruma sevk edilir (15).
- ✓ Sonuç; Rapora “sağlam”, “psikopatoloji yok”, “akıl hastalığı ve zayıflığına rastlanmadı” gibi ifadeler yerine “kişinin muayene edildiği tarihler arasında silah ruhsatı almasına engel psikiyatrik bozukluk saptanmadı” şeklinde yazılmalıdır. Silah bulundurma veya taşımasında sakınca saptanan kişilerin raporuna ise raporda tanıya gerekçe gösterilerek “...sebebi ile silah bulundurma ve taşıması sakıncalıdır” yazılır. Psikiyatrist, gerekli kişilerde ve durumlarda; ruhsat için onay vererek veya onayı erteleyerek 6 ay veya 1 yıl sonra muayene tekrarını ister. Raporda fiziksel ve nörolojik muayene sonucu da yer alır ve sorumluluğun kurumsal olarak paylaşılması için sağlık kurulu raporu olarak düzenlenir (15).

Ayrıca rutin psikiyatrik muayene ve değerlendirme istenen diğer durumlarda da silah ruhsatı almaya engel psikiyatrik bir bozukluk saptandığında (özellikle psikiyatrik aciller için önerilen yatışlar sırasında) yetkili mercilere haber vermek

gerekir. Ancak bu aşamada hekim olarak zarar görmemek adına emniyet müdürlüğüne başvurunun bir üst yazı ile hastane yönetimi tarafından kurumsal biçimde yapılmasının sağlanması ve bireysel bildirimlerden kaçınılması gereklidir (15).

Özel Güvenlik Elemanları; Kişilerin bireysel silahlanmanın dışında mesleki olarak silah bulunduran gruplar da bulunmaktadır. Bunlardan biri özel güvenlik görevlileridir. Özel güvenlik görevlisi kanun kapsamında özel koruma ve güvenlik hizmetini yerine getirmek amacıyla istihdam edilen kişilere verilen isimdir. Bazı özel güvenlik görevlilerinin silah bulundurmazken bazıları ise silahlı olarak görev yapmaktadır. Silahlı görev yapacak veya yapmakta olan kişilerin ruhsal yönden sağlıklı olması ve sağlıklı kalması birincil önemdedir. Bu önem ikili bir özellik taşıır: hem o kişilerin sağlıklı yaşama hakkı ve silah taşımaları nedeniyle kendilerine dönük riskler yönünden bireysel düzlemde; hem de görevlerinin özellikleri ve niteliği itibariyle toplumun öbür bireylerinin huzur ve hatta yaşama hakkı yönünden toplumsal düzlemde geçerlidir. Ruh sağlığı ile ilgili yapılacak sağlık muayenelerinin, silahlı görev yapacak kişinin ve toplumun öbür bireylerinin korunması yönünden olası olumsuz sonuçları en aza indirecek nitelikte olması gerekmektedir (21).

Ülkemizde Özel güvenlik hizmetleri 10.06.2004 tarihinde yürürlüğe giren 5188 sayılı kanun ile düzenlenmektedir. Kanunun 10. maddesinde özel güvenlik görevlilerinde aranacak şartlar başlığı altında görevin yapılmasına engel olabilecek vücut ve akıl hastalığı ile özürlü bulunmamak ifadesi yer almaktadır. Bu kanunun uygulanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemek amacıyla ‘Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik’ hazırlanmıştır. Bu yönetmeliğin 18. maddesi gereği başvuran kişilerden ‘özel güvenlik görevlisi olur’ ibareli sağlık kurulu raporu istenmektedir. Aynı madde gereğince özel güvenlik görevlisi çalışma izni verilebilmesi için, Kanunun 10. maddesinde sayılan şartların yanı sıra psikiyatri alanına özgü ‘psikiyatrik bir hastalık veya kişilik bozukluğu(psikopati); alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı olmamak’ şartı aranmaktadır. Bu yönergeye göre silahlı görev yapacak olanlar 6136 sayılı kanun ve bu kanunun uygulanmasına ilişkin yönetmelik ve Sağlık Bakanlığı 24.05.2004 tarih ve 8470 sayılı genelge gereğince yani silah ruhsatı alacak kişilerde aranan şartlar

doğrultusunda muayene edilirken, silahsız görev yapacaklar ise yukarıda tanımlanan yönetmelik hükmünce muayene edilmeye başlanılmıştır (21).

Özel güvenlik elemanlarına verilecek raporlarda aranacak ruhsal belirtiler yeterince tanımlanmamıştır. Onay verilecek veya verilmeyecek psikiyatrik durumların tanımlanması yeterli düzeyde değildir bundan dolayı silah ruhsatı alacak kişilerde yapılması gereken psikiyatrik değerlendirmelerin özel güvenlik görevlilerinin değerlendirilmesinde de kullanılması uygun olacaktır. Başvuranlarda adli sicil kayıt incelemesi, rutin psikiyatrik muayene ve yardımcı yöntemlerden(test, madde tarama gibi) kullanılması gerekmektedir. Hastaneler arası bilgi sistemlerinin ortaklaştırılması önemli bir durumdur çünkü bir şehirden başvurup özel güvenlik görevlisi sertifikası alamayan özellikle de ataklarla seyreden (panik bozukluğu, bipolar bozukluk gib) rahatsızlığı olan kişilerin remisyon döneminde sistemin açıklarını kullanarak farklı illerden bu belgeleri aldıklarını ve bu durumun olumsuz sonuçlarıyla pratikte karşılaşmaktadır. Aynı zamanda psikiyatrik olarak sağlam dediğimiz kişilerin ilerleyen dönemde hastalanma riskleri bulunduğu ve yeniden değerlendirilmeye ihtiyaçları olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır (15).

1.1.4. Silahlanma Artışı İle Şiddet İlişkisi ve İntihar

Türk Dil Kurumu'nun Genel Türkçe Sözlüğüne göre şiddet; “Karşıt görüşte olanlara, kendilerini kabul ettirme, inandırma veya uzlaştırma yerine kaba kuvvet kullanma.” olarak tanımlanmıştır (22). Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 49. Dünya Sağlık Kongresi'nde şiddetin değerlendirildiği toplantıda, şiddetin halk sağlığı önceliklerinden biri olduğu kabul edilmiştir (23). DSÖ' ü ise şiddeti, “Fiziksel güç veya iktidarın kasıtlı bir tehdit veya gerçeklik biçiminde bir başkasına uygulanması sonucunda maruz kalan kişide yaralanma, ölüm ve psikolojik zarara yol açması ya da açma olasılığının bulunması” şeklinde tanımlamıştır (24). ‘Güç’ ve ‘saldırganlık’ kavramları şiddetle doğrudan ilişkili olup, gücün birey, gruplar ya da daha genel anlamı ile toplumsal temelde zarar verici bir şekilde saldırgan bir eğilim içinde kullanılmasına şiddet denilmektedir (25).

Silah kontrolünün mantığı şu varsayımı içerir: silahların mevcudiyeti, şiddet oranları üzerinde belirgin bir pozitif etkiye sahiptir (7). Silah mevcudiyetinin şiddet

oranları üzerinde sahip olabileceği bir dizi olası etkisi vardır. Bir silah varsa, özellikle daha zayıf saldırganlar tarafından daha güçlü kurbanlar üzerine yapılan saldırıları teşvik edebilir ve bazı kişilerin silahsız tamamlayamayacakları soygunlara girişmelerine neden olabilir (26). Silahın daha ölümcül olması nedeniyle bir kez yaralanma meydana geldiğinde ölümle sonuçlanma olasılığı daha yüksektir, silahların ölümcül olmasının yanı sıra yaralamada ki niyet de ciddidir (7,26).

Toplumda silahların kullanımı arttıkça silahlı suçlarda artış olduğu bilinmektedir ayrıca ateşli silaha bağlı ölümler de artmaktadır (27). Kişilerin evlerinde silah bulundurması suisid ve homisid oranlarını artırmaktadır (28). Silah ruhsatı ile ilgili yasal kısıtlamaların artmasının ateşli silahların neden olduğu ölüm oranlarını azalttığı bildirilmiştir (29). Evde silah bulunması, aile içi şiddet olaylarında ciddi yaralanma ve ölümlere ayrıca intiharları kolaylaştırma ve çocukların kaza ile ölüm ve yaralanmalarına neden olmaktadır. Aile içi şiddet ve eş öldürmeyle sonuçlanan olayların yüzde 35-40'ında silah kullanılmaktadır. Bir evde ateşli silah bulunması ölüm riskini 12 kat arttırmaktadır (15).

ABD'de, yaklaşık 31.600 kişi her yıl silahlarla ölüyor. Bu ölümlerin %55'i intiharlar, geri kalanında %37'si cinayet , %5'i ölümcül silah kazaları , %1.5'u polis memurlarının yasal müdahalelerinin sonucu ve %1.5'da kasıtlı olmayan durumlar sonucu oluşmaktadır. Tüm intiharların %59'unda ve tüm cinayetlerin %60'ında silah kullanılmaktadır (30).

Türkiye genelinde Eylül 2017 itibariyle ateşli silahlarla işlenen 2525 olayda 1575 kişi öldü, 2670 kişi yaralandı. Son iki yılda, bireysel silahlarla işlenen suçların yüzde 74'ünde ateşli silahlar kullanılırken, bu oran 2017'de neredeyse yüzde 80'e çıkmıştır (12). Adli Tıp Enstitüsü'nün 12 yıllık bir araştırmasında tüm eş öldürme olaylarında ateşli silahların kullanılma oranının %35 olduğu tespit edilmiştir. Ayrıca 2000 yılında Bakırköy Psikiyatri ve Tedavi Araştırma Merkezi tarafından yapılan bir çalışmada İstanbul'da bulunan bir cezaevinde kadın mahkumların %40'ı adam öldürme suçundan dolayı ceza evinde bulunmaktadır ve burada öldürülen şahısların neredeyse %80'i eşleri olduğu tespit edilmiştir (31,32).

İntiharla ilgili olarak, bazı yazarlar silahların başarılı dış müdahale şansını azaltan benzersiz hızlı, kolay ve kesin kendi kendini yok etme araçları olduğunu

ifade etmişlerdir (26). Araştırmacılar bir çalışmada silah yaygınlık oranları toplam intihar oranlarını artırabilir ancak cinayet, soygun, ağırlaştırılmış saldırı, tecavüz veya ölümcül silah kazaları oranlarını etkilemez şeklinde bulmuştur (33). İntihar girişimlerinde ateşli silahların sık kullanıldığı ayrıca bu girişimlerin ölümle sonuçlanma olasılığının daha fazla olduğu görülmektedir. Evde ateşli bir silahın bulunması intihar vakalarında artışa yol açmaktadır. Dünyada her yıl bir milyon kişi intihar nedeniyle ölmektedir. Ateşli silah ile intihar, zehirlenme yöntemiyle yapılan intiharlardan sonra en fazla kullanılan intihar yöntemidir (34).

1.2. Kişilik Tanım ve Gelişimi

Kişilik kavramı, bireyin kendine özgü olan ve başkalarından ayırt ettiren uyum özelliklerini içerir. Bu özellikler bireyin bilişsel ve duygusal değerlendirmelerine dayanarak iç ve dış dünyaya uyum için geliştirmiş olduğu duyuş, düşünüş ve davranış örüntülerinden oluşur. Bu örüntüler, belli durumlarda belli duygusal tepki gösterebilme yetileri, engellenme ve çatışmalar karşısında yerleşmiş baş etme biçimleri ve savunma düzenekleridir. Psikanalitik yayınlarda sıklıkla kişilik ve karakter deyimleri eş anlamda kullanılmaktadır. Günümüzde kişilik, karakter ve huy(mizaç) olarak iki bileşene ayrılmaktadır. Karakter kişinin dünyayı görüş algılama ve yaşamla başa çıkma biçimi olarak tanımlanmaktadır. Öğrenmenin ve toplumsal çevrenin karakter gelişiminde önemli rolü vardır. Huy(mizaç) ise doğuştan gelen daha biyolojik temeli olan yatkınlıklara bağlı davranış eğilimleridir (35).

Kişilik ve kimlik kavramları sıklıkla birbirine karıştırılmaktadır. Kişilik, bireye özgü, kalıcı özellikleri tanımlar, bireyin ‘nasıl bir kişi’ olduğunu betimler; kimlik ise bireyin kişisel, mesleksi, toplumsal konumunu, yani bireyin ‘kim’ olduğunu belirler. Kimlik duygusu bireyin öz benliğinde (kendilik) aynılık, süreklilik taşıyan, ‘ben kimim’ sorusuna karşı bütün yanıtları içeren bir kişisel-duygusal algılayıştır. Kişiliğin oluşumu; doğum öncesi, doğum sonrası ve çocukluk çağındaki fiziksel, ruhsal koşullar ayrıca olgunlaşma, öğrenme ve toplumsallaşma etkenleriyle biçimlenir (35).

İnsan kişiliğini anlamaya ve tanımlamak için kullanılan ifadeler ve tanımlar insanlık tarihi boyunca yapılmıştır. Bu tanımlamaların bilinen en eski örneklerinden birisi Sümerlere ait olan Gılgamış Destanındaki kibirli, cesaretli ve asi yürekli biçimindedir (36). Kişiliğin bir bozukluk şeklinde anlaşılabileceği ilk olarak 19. yy'da öngörölmüş karakter mizaç ve kendiliğın önemli bir şey olduğı ve duygulardaki sapmanın önemi ifade edilmiştir (37). İnsanda kişiliğın gelişmesi evrimsel(filogenetik) gelişmeye bağılı olan olgunlaşma(maturasyon) ve öğrenmeye bağılı olan bireyleşme-toplumsallaşma süreçlerinin birbirini etkilemesi ile olur. Olgunlaşma organizma içerisinde doğuştan var olan gelişmemiş yetilerin öğrenme olmaksızın kendiliğinden varabilecekleri düzeylere ulaşmalarına denir. Bireyleşme-toplumsallaşma çevrenin sağladığı eğitim ve yaşam deneyimleri ile bireysel davranışların öğrenme ile biçimlenmesi, toplumsal davranış örüntülerinin oluşmasıdır (38).

Kuşkusuz kişilik gelişiminin nörobiyolojik, bilişsel, duygusal yönlerini, nesne ilişkileri özelliklerini, yaşam sorunlarını, engellenmeler ve çatışmalarla baş etmek için geliştirdiğı uyum ve savunma düzeneklerini biyopsikososyal bir bütün olarak değerlendirmek gerekir. Kişilik gelişimi açısından normal gelişime ve psikopatolojiye öncelikle dinamik psikiyatriye en önemli katkı psikanalizin kurucusu Freud'dan ve onun izleyicilerinden gelmiştir. Kişiliğın gelişim aşamalarını tanımlamak için birçok kuram ortaya atılmıştır. Gelişim kuramlarından her biri, insan gelişiminin özellikle bir alanını temel çıkış noktası olarak varsayarak bahsi geçen bu gelişimi genel anlamda diğeri alanlarla da bütünleşecek şekilde ortaya koymuşlardır (38). Freud, psikanalitik kuramın kurucusu olmakla birlikte kişilik gelişimi konusunda da psikoseksüel kuramı ortaya atmıştır. Freud'a göre çocukluğun özellikle de ilk beş yaş erişkin kişilik fonksiyonlarında önemlidir ve hayatın erken evresindeki cinsel dürtülerin çevresinde vuku bulan psikososyal çatışma; gelişimi şekillendiren başlıca etkidir. Freud, cinsel dürtülerin gelişiminde birden fazla etmenin rol oynadığını belirtmiştir. Bu etmenlerin bazıları biyolojik, çevresel, sosyal ve gelişimsel şeklindedir. Freud bu etmenlerin önemine de dikkati çekmiş ve psikoseksüel gelişim dönemlerini ortaya atmıştır (39).

20. yy da psikanalitik kişilik gelişimi kuramına en özgün katkı Erik H. Erikson'un psikososyal gelişim dönemleri kuramıdır. Erikson insan gelişiminin yaşam boyu sürdüğünü belirtmiş. Erikson, kişilik gelişimini somatik bakımdan, ego ve toplumsal bakımdan çalışmıştır. Ayrıca, kişinin öz geçmişinin ve yaşantılarının, sosyolojik, antropolojik ve biyolojik bilgilerinin kişiliğin gelişiminde etkili olduğunu savunmuştur. Erikson kişinin psikolojik gelişiminde rolü olan sekiz evreyi tanımlamış ve zon, mod ve modalite ifadelerini kullanmıştır (40).

Jung'ın analitik kuram konusunda Freud'dan ayrılan görüşleri bulunmaktadır. Kişilik kuramında analitik bakıştan farklı bir şekilde tipolojinin tesirini vurgulamıştır. Jung, kişilik ile bağlantılı olarak içe dönük ve dışa dönük bireyler şeklinde tanımlamalar getirerek tipolojiden boyutsal özelliklere geçiş yapmıştır. Bu tipolojik özellikler, birçok kişilik teorisyeni tarafından farklılaştırılarak kullanılmıştır başta da Eysenck tarafından kullanılmıştır. Bu kullanımlar kişilik ile alakalı değerlendirmelerin tipolojiden boyutsal durumlara geçişinde çok önemlidir (41).

Kişilik gelişimi üzerinde hem genetik hem de çevresel faktörler etkilidir. Çeşitli kişilik özellikleri için bu iki etken de farklı oranlarda tesirleri bulunabilmektedir. Sözgelimi bazı kişilik özellikleri konusunda çok güçlü bir genetik düzenleme hakimken bazılarında ise çevresel faktörler daha etkilidir (42). Genetik faktörler arasında çocuğun anne baba ile ilgili durumlar; zekâ seviyeleri, kişilik özellikleri ve yetenekleri bulunmaktadır. Çevresel faktörler arasında ise beslenme ve duyu ile kazanılan tecrübeler ayrıca ailesel etkenler ve özellikle de ilk yıllarda anne-baba gelmektedir. Çocuğun büyümeye başlaması ile birlikte de çevresel etkenler genişlemekte ve değişmekte, ailenin etkisi azalırken; okul, öğretmen, arkadaş çevresi, kültür ve sosyal yapı gibi öteki sosyal değişkenlerin etkisi artmaktadır. Bu durum da çevresel ve yapısal etkenler arasındaki etkileşimin neticesi olarak farklı aşamalardan geçerek çocuğun fonksiyonlarının değişmesi ve artmasıdır. Kişilik gelişimi adölesan dönemin sonlarına kadar sürmektedir. Kişiliğin oluşumu ve oluşan kişiliğin sağlıklı kalabilmesi için duygu, düşünce davranış boyutlarında bireyin kendi içinde tutarlı ve bütünlük sağlayan bir yapıya sahip olması gerekmektedir. Çatışmaların daha az ve dengeli olması şart olan bu yapı, zaman içerisinde

farklılıklara maruz kalsa da temel özelliklerini devam ettirme eğilimi göstermektedir (43).

1.3. Genel Kişilik Bozuklukları Ve Alt Tipleri

Kişilik bozukluğu kişinin içinde yaşadığı kültürün beklentilerinden belirgin olarak sapan, süreklilik gösteren bilişsel, duygulanım ve davranış örüntüsü olarak tanımlanmaktadır. Bu örüntü sosyal, mesleki ve daha birçok işlevsellik alanlarında bozulmaya yol açmaktadır (44). Bu bozukluklar ego ile uyumludur ve zaman içinde görece sabit bir şekilde sürüp giden işlevsel bozulma ve sıkıntıya sebep olur (45). ABD’de yapılan bir ulusal eş tanı çalışmasında tüm kişilik bozukluklarının yaygınlığının %9,1 olduğu, C kümesi kişilik bozukluklarının ise %6 oranında görüldüğü ve bu sıklığın 3 küme içinde en sık görüleni olduğu bildirilmiştir (46). Kişiler arası kişilik özelliği yapısını ve kişi içi dinamik kişilik süreçlerini entegre etmek, kişilik bozukluklarını kavramsallaştırmak ve teşhis etmek için yalnızca yapıya veya sürece dayalı modelleri kullanmaktan çok kanıta dayalı modeller daha yararlıdır (47,48).

Milattan önce 5. yüzyılda, Hipokrat ilk olarak farklı mizaçları tanımlamak için mizahçılık teorisini öne sürdü (49). Örneğin Hipokrat ve Galen kanlı, sarı safralı, kara safralı ve balgamlı kişilikler tanımlamış ve birçok hastalığın bu salgıların aşırılığından olduğunu ileri sürmüşlerdi. Bu kişilik ve hastalık sınıflandırması yüzlerce yıl kullanılmıştır (50). Bu ilk teorinin türevleri, Emil Kraepelin tarafından manik-depresif hastalarını tanımlamak için kullanılan melankolik, iyimser ve öfkeli gibi tanımlayıcı terimlerde görüldüğü gibi, 20. yüzyıla kadar anılmıştır (51). Sonunda, 1952’de yedi kişilik bozukluğunu listeleyen DSM I’in hazırlanması yoluyla kişilik tiplerini listelemeye yönelik resmi girişimler gerçekleşmiştir. Bu liste, DSM’lerin sonraki üç baskısında dönüşümlü olarak uzatıldı ve yoğunlaştırıldı, sonuçta DSM’nin en son baskısında (DSM-5) görülen on kişilik bozukluğu oluşmuş oldu (52,53). En son fikir birliğine göre, kişilik bozuklukları, esnek olmayan, yaygın ve sosyal işlev bozukluğu ve sıkıntıya yol açan kronik uyumsuz davranış kalıpları olarak açıklanmaktadır. Bu bozukluklar A, B ve C olmak üzere üç grup veya kümeye ayrılır. A Kümesi paranoid, şizoid ve şizotipal kişilik bozukluklarını içerir. B kümesi

borderline, narsisistik, histrionik ve antisosyal kişilik bozukluklarından oluşur. Ve son olarak, C kümesi, çekingen, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluklarını kapsar (54).

Kişilik bozuklukları ilk olarak DSM-III'te ayrı bir ekseninde yer aldı, bu ayrım birçok soruyu da birlikte getirmiştir ve bu soruların çoğu yanıtlanamadan kalmıştır. Kişilik bozuklukları nitelik olarak ayrı bozukluklar mıdır yoksa normal kişilik özelliklerinin bir uzantısı mıdır? Eksen I ve Eksen II ayrımı geçerli bir ayrım mıdır? Sağaltım da bu sebeple ayrı bir sorun oluşturmaktadır (55). Kişilik bozuklukları tanısında önemli sorunlardan biri kişilik yapısı ile kişilik bozukluğunun karıştırılmasıdır. Örneğin, içe kapanık, az konuşan, az arkadaşı olan bir kişi için şizoid kişilik özellikleri gösterdiği söylenebilir. Fakat bu özellikler şizoid kişilik bozukluğu tanısı için yeterli olmayabilir. Burada özelliklerin ağırlık derecesinin önemli olduğu açıktır. Kişilik bozukluğu tanısını koyabilmek için her şeyden önce bireyin toplumsal uyumunda, düzenli iş tutabilmesinde, ilişkilerinde süreklilik sağlayabilmesinde önemli bozuklukların görece değişmeden uzun süre bulunması gerekir (35).

Kişilik bozukluklarını açıklama konusundaki çalışmalar başlangıçta psikolojik ve sosyal kurumlarla sınırlı iken, son dönemlerde kalıtsal özellikleride kapsayacak şekilde biyolojik çalışmalara da yer verilmektedir. Çalışmalarda özellikle kategorik sınıflandırma ile normal kişilik yapısı ile kişilik bozuklukları arasında keskin bir sınırın koyulmamış olması dikkati çeker. Bu soruna yönelik olarak gelişen bir başka çalışma alanında boyutsal yaklaşım olmuştur. Bunun sonucu olarak kişilik bozukluklarının kategorik olarak yanında DSM-5'te boyutsal yönden de ele alınması önerilmiştir (56). Bu açıdan değerlendirildiğinde kategorik DSM çekingen, obsesif-kompulsif ve bağımlı kişilik bozukluğunun negatif affektivite boyutu ile en iyi şekilde öngörülebildiği ve iki yöntemin birlikte iyi bir tanımlama sağladığı bildirilmiştir (57).

Günümüze kadar kişilik bozuklukları için farklı boyutsal özellikler tanımlanmıştır. Boyutsal yaklaşım psikiyatrik tanıların eleştirel açıdan değerlendirilmesinde önemli bir yere sahip olmakla birlikte ayrı bir başlıkta ele alınmayı gerektirecek ölçüde kapsamlıdır. Son dönemde kişilik bozukluklarında

DSM-5'te de eklenmesi önerilen boyutsal özellikler günümüze kadar kişilik 3, 5, 7, 9 gibi farklı sayıda boyutla karşımıza çıkmaktadır. Örneğin Livesley, anksiyöz-bağımlı/asteni/emosyonel disregülasyon, psikopati/antisosyal/disosyal, sosyal geriçekilme/asosyal/inhibe olma ve anakastik/kompulsivite şeklinde boyutlar önermiştir. Bu boyutlar normal kişilik yapısı özelliklerinin devamı niteliğindedir (58). Cloninger ve Svrakic, zarardan kaçınma yenilik arama, ödül bağımlılığı ve ısrarcılık gibi huy özelliklerine daha çok uyan 4 farklı boyut önermişlerdir. Biyolojik olarak da bağlantıları bulunmuş bu 4 alt tipin genetik yönden de ipuçları elde edildiğinde endofenotip olarak kabul edilmesi mümkün olacaktır. Gen-çevre etkileşiminde öğrenme, bellek ve davranışın biyolojik kökenlerini ve epigenetik davranışın belirleyicisi olarak transkripsiyon faktörü ve DNA etkileşimini öne süren çalışmacılar, genlerin davranışı belirlemediğini, ancak çevreden gelen etkilerle etkileşen hücresel mekanizmaları belirlediğini ileri sürmüşlerdir. Bu çalışmalar bu gerekçe ile kişi ve çevresi arasında süregiden bu ilişkinin kişilik bozukluğu değil 'uyum bozukluğu' olarak adlandırılması gerektiğini ileri sürmüşlerdir. Böyle bir tanımlama ile süren gen-çevre etkileşimine biyolojik vurgu yapılması yanında, kişilerin damgalanmaktan korunacağı ileri sürülmüştür. Buna göre gen-çevre etkileşiminin olağan işleyişinde bir bozulmanın olmasını 'yanlış yönde adaptasyon' olarak tanımlamışlardır. Diğer yandan kişilik bozukluğu kategorisinin tamamen kaldırılarak yerine uyum bozukluğu kategorisinin geçmesi gerektiğini belirterek 4 tip uyum bozukluğu tanı kategorisi önermişlerdir; anksiyöz, impulsif, inhibe, anankastik. Ek olarak her bir alt tip için şiddet göstergesi olarak 'hafif, orta, ağır' şeklinde üç dereceye ayrılması önerilmiştir (56).

Kişilik bozukluklarında sık görülen ortak özellikler:

- Benliğe yerleşmiş olan davranış örüntülerinin uyum amacıyla esneklik göstermeden devam ettirilmesi (yapılan yanlışların yinelenmesi, olaylardan ders alamama)
- Biliş, duygulanım, dürtü denetimi ya da insan ilişkilerinde belli bir toplum için geçerli ölçülerden sapması, topluma aykırı davranışlar göstermesi
- Çocukluktan ya da ilk ergenlik çağından beri süregelmesi
- Toplum içinde, iş yaşamında belirgin bozulmaya ya da şiddetli sıkıntıya yol açması

- Davranış örüntülerinin ve tutumların genellikle benliğe uyumlu yani benimsenmiş olması ve değiştirilmek istenmemesi; bazen de benlikçe benimsenmemiş, benliğe-yabancı olsa bile değiştirilememesi
- Genel olarak çevre ile çatışma ve sürtüşmeye yol açması; kendisini çevreye değil, çevresini kendisine uydurmaya çalışması
- Kişinin bilişsel yetilerinde, temel duygulanım ve düşünme yapısında belirgin bozukluk olmaması (35).

Patolojik kişilikler hakkındaki mevcut bilgiler, temel olarak, tümü kişilik patolojisini karakterize eden şeyin derinlemesine bir şablonunu oluşturmak için gerekli olan dört perspektiften yapılan çalışmalara dayanmaktadır; İlk perspektif klinik tablodur, yani ifade edilen veya tanık olunan klinik semptomların bütünleşmiş sunumudur. Bu bakış açısı, sınıflandırma sistemlerine göre klinik yapılandırılmış tanının temelini oluşturan şeydir. İkinci bakış açısı, altta yatan işlevsiz kişilik özelliklerinin yanı sıra beynin bilişsel, duygusal ve dürtü kontrol sistemlerinde kapasite ve işlevsellik üzerindeki işlevsiz sınırlamaların belirlenmesini gerektirir. Üçüncü bakış açısı, beynin biyolojik sistemleri ve işlevleriyle ilgilidir; bu üçüncü bakış açısı, beyin görüntüleme tekniklerinin hızlı gelişiminden oldukça yararlanmış (59). Dördüncü bakış açısı, yukarıda bahsedilen fenomenlere altta yatan genetik katkıyı ifade eder (60). Günümüze kadar olan tüm genom ilişkilendirme çalışmalarında ele alınmaktadır (61).

Kişilik bozukluklarındaki işlev bozukluğu alanlarının belirli nöral devrelerle bağlantılı olduğu hipotezine dayanarak, son on yılda kişilik bozukluğu olan bireylerde bu devrelerin nöral bütünlüğünü incelemek için nörogörüntüleme teknikleri kullanılmıştır. Çoğu da borderline kişilik bozukluğunu araştırmak için yapılmıştır (62). Genel olarak, çalışmalar şimdiye kadar spesifik kişilik bozukluğu tipini karakterize eden semptomatolojide aktif olduğu bulunan alanlarda nöronal devrelerde sapmalar göstermiştir. Bu tür çalışmaların sonuçları, altta yatan fizyolojik süreçlerin anlaşılmasına katkıda bulunsa bile, henüz klinik uygulamada kullanılmaya hazır değildir. Birkaç çalışma, çocukluk çağı olumsuzluklarına maruz kalmanın etkilerini ve kişilik bozukluğu geliştirme riskini incelemiştir. Sadece böyle bir çalışmadan bahsetmek gerekirse, son zamanlarda kümülatif çocukluk çağı sıkıntılarının maruz kalmanın, genç erişkinlikte kişilik bozukluğu tanısı ile aşamalı

olarak ilişkili olduğunu gösterdi (63). Monoamin oksidaz A'da (MAOA) düşük aktivite ile sonuçlanan bir gen polimorfizmi olan bireylerin, çocuklukta maruz kaldıkları istismar göz önüne alındığında, MAOA geninde yüksek aktiviteye sahip olanlara göre antisosyal bir kişilik modeli geliştirmeye daha açık oldukları gösterilmiştir. Bu gen-çevre etkileşimi daha sonra doğrulanmıştır (64).

Kişilik bozuklukları genel popülasyonda yaygındır. ABD ve Avrupa'da yürütülen 13 çalışmaya dayanan yakın tarihli bir genel bakış, %3,9 ila %15,5 arasında değişen yaygınlık rakamları bildirdi (65). 13 ülkede gerçekleştirilen DSÖ Dünya Ruh Sağlığı Araştırmasında, yaygınlık oranı %6,1'dir (66). Prevalanstaki büyük çeşitlilik, örnekleme, tanı yöntemleri ve çalışma ortamlarındaki farklılıklardan kaynaklanabilir. Ayrıca, önemli kişilik patolojisi açısından kültürel farklılıklar olabilir. Sağlık sistemi ile temas halinde olan kişiler, temas halinde olmayanlara kıyasla daha yüksek kişilik bozukluğu prevalansı sergilemektedir (67). Aslında, birinci basamaktaki hastaların dörtte biri ve psikiyatri polikliniklerindeki hastaların yaklaşık yarısı, kişilik bozukluğu kriterlerini karşılamaktadır (68).

Kişilik bozuklukları genel popülasyonda erkeklerde eşit veya daha sıktır (65). Bununla birlikte, klinik ortamlarda, kişilik bozuklukları muhtemelen daha yüksek yardım arama davranışı oranları nedeniyle kadınlarda daha sık görülmektedir (69,70). Yaşam boyunca bazı kişilik özelliklerinde artış, bazılarında ise düşüş gözlemlenmiştir (71,72). Ayrıca, yakın zamanda, serotonin alımını etkileyen ilaçların kişilik özelliklerini değiştirebildiği gösterilmiştir (73,74). Modern araştırmalar, uyumsuz bir kişiliğin yaşamın erken dönemlerinde tanınabilmesine rağmen, yaşam boyunca sürekli olarak geliştiğini ve önceden inanıldığından daha esnek olduğunu göstermiştir (71). Ayrıca ruhsal bozuklukların bir arada bulunması durumunda, bu bozuklukların durumuna göre klinik tabloya katkıları zaman içinde değişecektir. Başka bir deyişle, kişilik özellikleri zaman içinde büyük ölçüde sabit olsa bile, kişilik bozukluğu olan kişilerde semptomların zaman içinde olmayanlara göre daha fazla değişme eğilimi vardır. Bu değişiklik genellikle iyileştirme yönündedir (75,76).

Kişilik bozukluklarında genetik etkenlerin rol oynadığını gösteren en iyi kanıtlar, ABD’de 15000’den fazla ikiz üzerinde yapılan çalışmalardan elde edilmiştir. Kişilik bozukluğu eş hastalanma oranı monozigot ikizlerde, dizigotik ikizlere göre birkaç kat fazla bulunmuştur. Bir çalışmada monozigot ikizlerin birbirinden ayrı ortamlarda büyüdülerinde, beraber büyümüş gibi benzer kişilik özellikleri gösterdikleri belirlenmiştir. Bu benzerlikler, kişilik ve mizacın birçok ölçütünü, mesleki ve boş zamanlarda ilgi alanlarını, sosyal tutumlarını içermektedir (77).

A kümesi kişilik bozuklukları kontrol grupları ile karşılaştırıldığında, şizofreni hastalarının yakın akrabalarında daha yaygındır. Şizofreni hastalarının aile öykülerinde şizotipal kişilik bozukluğu olan akraba sayısı kontrol grubundan daha fazladır. Şizofreni ile paranoid ve şizoid kişilik bozuklukları arasında daha zayıf bir ilişki vardır. B kümesi kişilik bozukluklarının görünürde bir genetik temeli vardır. Antisosyal kişilik bozukluğu alkol kullanım bozukluğu ile ilişkilidir. Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların aile öyküsünde depresyon yaygındır. Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarında sıklıkla duygudurum bozukluğu da bulunur ve kontrol grubuna göre daha fazla sayıda duygudurum bozukluğu olan akrabaları vardır. Histrionik kişilik bozukluğu ile somatizasyon bozukluğu arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur ve her iki hastalığın belirtileri birbirleriyle örtüşmektedir. C kümesi kişilik bozukluklarının da bir genetik temeli olabilir. Çekingen kişilik bozukluğu olan hastaların genelde yüksek düzeyde kaygısı vardır. Obsesif-kompulsif kişilik özellikleri monozigot ikizlerde dizigot ikizlerden daha fazla ortaktır. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu olan hastalar kısalmış hızlı göz hareketleri latansı ve anormal deksametazon supresyon testi gibi depresif hastalarda görülen bazı bulguları da gösterirler (77).

Düşünce, duygu ve davranıştaki sapma türlerindeki farklılıklar, farklı kişilik bozuklukları sınıflandırılmasının temeli olmuştur. Galenus ve daha sonra örneğin Pinel ve Schneider tarafından açıklanan özellikler, çağdaş sınıflandırma sistemlerine çok benzer. Bugün kişilik bozukluğu olarak anılanlar daha önce 'patolojik kişilikler' olarak adlandırılıyordu ve ICD (International Classification of Disease)'nin önceki sürümlerinde (ICD-8'e kadar) bu başlık altında bulundu. Bu teşhisler, damgalayıcı çağrışımları nedeniyle nadiren kullanıldı. Şimdiye kadar, kişilik bozukluklarının

sınıflandırılması, her kişilik bozukluğu için belirli sayıda tanımlanmış ve 'spesifik' kriterin yerine getirilmesine dayanıyordu ve bu da kategorik bir tanımla sonuçlandı; bu kriterlerin tanımlanmış bir sayısı karşılanırsa ancak bir bozukluk kabul edildi, aksi takdirde kişilik bozukluğu olarak kabul edilmedi (78).

Bir klinisyenin bir kişilik bozukluğunu erken teşhis etmesi önemlidir. Farklı hastalık durumları, örtüşen özellikleri kişilik bozukluklarıyla paylaşabilir. Teşhisi doğrulamak için hastayı uzun bir süre boyunca değerlendirmek gerekebilir. Son olarak, klinisyenin kişilik bozukluğu özellikleri olarak ortaya çıkabilecek kültürel farklılıklara karşı dikkatli olmalıdır (79).

DSM sistemi, bazı genel ortak özelliklere dayalı olarak farklı bozuklukları üç kümede gruplayarak sınıflandırmada bir adım daha ileri gitmiştir. Örnekleme gerekirse, A kümesi tuhaf ve eksantrik kişilikleri içerir, B kümesi dramatik, dürtüsel, duygusal kişilikleri ve C kümesi korkulu ve endişeli kişilikleri içerir. Farklı sınıflandırma sistemleri için ortak olan temel bir özellik, sapmanın günlük yaşamda işlevsel bir bozulmaya neden olacak kadar şiddetli olması gerektiğidir. Bu, tüm kişilik bozuklukları için 'genel kriterdir' ve diğer bakış açılarını geçersiz kılar. Başka bir deyişle, günlük yaşamda bozulmaya veya sıkıntıya yol açtığı tespit edilmedikçe, çok tuhaf davranış veya duyguların gözlemlenmesi bile bir kişilik bozukluğunun klinik teşhisi için yeterli değildir (35).

DSÖ tarafından Haziran 2018'de piyasaya sürülen yeni ICD-11 sınıflandırma sistemi, kişilik bozukluklarının sınıflandırmasında radikal bir değişiklik anlamına gelir ve kişilik bozukluklarının görülme şeklini etkilemenin yanı sıra sağlık hizmetlerinin tüm yönlerini etkilemektedir (80). ICD-11'de kişilik bozuklukları yukarıda bahsedilen bakış açılarına göre, yani acı çekmenin şiddetine göre sınıflandırılmıştır ve 'hafif, orta veya şiddetli' olmak üzere üç gruba ayrılmıştır. Şiddetin derecesi, kişilerarası ilişkilerdeki problemlerin kapsamı veya beklenen sosyal ve mesleki rolleri yerine getirme yeteneği ve istekliliği veya her ikisi ile belirlenir (81).

Bir kişilik bozukluğu için resmi bir teşhis koyarken, psikiyatri uzmanı hastanın iş, eğitim ve ilişkilerdeki genel ve kalıcı sorunlarını gözlemler. Kişiler arası ilişkilerdeki zorluklar genellikle ilk hasta karşılaşmasında görülür. Hastanın klinik

geçmişı hakkında veri toplanırken mevcut problemin ve hastanın mevcut yaşam durumunun hesapları doğal bir başlangıç noktasıdır. İntihar ve şiddet risklerine özel dikkat gösterilmelidir (82).

Teşhis süreci sırasında, hastanın hem kişilik bozukluğu spektrumunun içinde hem de dışında çeşitli bozukluklar için kriterler taşıyabilir. Bu tür komorbiditeler yaygındır (46,83). Kişilik bozuklukları ve diğer ruhsal bozuklukların tüm yelpazesinde görülür ve genel olarak daha şiddetli bir durumun yanı sıra daha geniş bir semptom paternini temsil eder (65). Kişilik bozuklukları ve diğer ruhsal bozukluklar arasındaki komorbidite, işlevsel bozulmaya önemli ölçüde katkıda bulunur (46). Ve aynı zamanda erken ölüm riskini artırır (69,70). Bu özelliğinden dolayı kişilik bozukluğu tanı ölçütlerini karşılayan kişinin başka bir ruhsal bozukluk için sağlık hizmetine başvurması, tanı sürecinde yanıltıcı olabilecek bir olgudur. Çok seyrek olmamakla birlikte, eşlik eden bir kişilik bozukluğu ile ilgili birlikte var olan sorunların belirgin olduğu bakım epizodunu motive eden hızlı başlangıçlı depresif veya anksiyete durumları vardır. Daha acil bir konu, daha kalıcı bir karakterin komorbiditesidir. Örneğin, birlikte var olan bir dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), sınırda kişilik bozukluğunun klinik semptomlarını gizleyebilir. Tersine, şiddetli ve uzun süreli bir yeme bozukluğu, altta yatan bir kişilik patolojisine hakim olabilir (82). Tanısal doğruluğu optimize etmek için öz değerlendirme araçları, yarı yapılandırılmış görüşmeler ve kişilik envanterleri kullanılabilir. SCID-II, DSM-IV ve DSM-5'e göre kişilik teşhisi için böyle bir görüşme desteğidir (83).

Kişilik bozuklukları kişilik geliştikçe gelişen, derinden kökleşmiş düşünce ve davranış biçimleri olduğundan, tedavi edilmesi zor kabul edilir. Genel olarak, kişilik bozukluklarının tedavisinde birçok zorluk vardır. Aynı zamanda, kişilik bozukluklarının temel sorunları kişiler arası ilişkilerle ilgili olduğundan, hasta ve klinisyen arasında yapılandırılmış ve istikrarlı bir ilişki, herhangi bir başarılı yaklaşımın temelidir. Bu 'terapötik ittifak', herhangi bir tedavi girişiminin başarılı sonucunun en güçlü tahmincisi olarak görünmektedir. Bu ittifakın gücü, yalnızca karşılaşılan sorunların gerçek geçmişı hakkında anamnestik bilgi elde etmek için değil, aynı zamanda tedaviye uyumu motive etmek ve sürdürmek için de çok önemlidir (84).

Kişilik bozukluklarında psikoterapinin etkisi üzerine randomize kontrollü çalışmaların çok az olmasına rağmen, yayınlanan birkaç çalışma, bunun temel tedavi olması gerektiğini, bireysel faydayı sağlayıp, bakım maliyetlerinde azalmaya yol açacağını öne sürmüştür (85-87).

Kişilik bozukluklarında kullanılmak üzere kayıtlı hiçbir ilaç yoktur. Bu nedenle farmakolojik bir yaklaşım uygulamaya yönelik herhangi bir girişim, psikiyatri uzmanı için bir sorundur. Burada diğer psikiyatrik bozukluklardaki gibi spesifik semptomları azaltmak veya ortadan kaldırmak amaçlanmalıdır. Kullanılan tüm ilaçlarda klinik etki yakından izlenmelidir. Kişilik bozukluklarının tedavisinde psikotropik farmasötikler denenirken altta yatan hipotez, klinik ifadeyle ilişkili özelliklerin ve niteliklerin biyokimyasal anormalliklerle bağlantılı olduğu ve dolayısıyla psikotrop ilaçlar tarafından düzenlenebileceği varsayımıdır (82).

A kümesi kişilik bozuklukları olarak bilinen paranoid, şizotipal ve şizoid kişilik bozuklukları, B kümesi kişilik bozuklukları olarak bilinen antisosyal, borderline, narsistik ve histionik kişilik bozuklukları ve son olarak da C kümesi kişilik bozuklukları çekingen, bağımlı ve obsesif-kompulsif kişilik bozuklukları aşağıda ayrıntılı olarak anlatıldı.

1.3.1. A Kümesi Kişilik Bozuklukları

1.3.1.1. Paranoid Kişilik Bozukluğu

1.3.1.1.1. Tanım ve Tarihçe

Paranoid kişilik bozukluğunun ilk sistematik tanımı, paranoid kişilik bozukluğunun azalmış bir demans prekoks formu olduğunu öne süren Kraepelin'den gelmektedir. Ona göre paranoid kişilik, güvensizlik, gizli güdülere ilgi, asabiyet ve hoşnutsuzluk, hata bulma, haksızlığa uğrama ve ezilme duyguları ile karakterize edilir (88). Mevcut kanıtlar, şizofreninin hastalık öncesi sendromu olarak paranoid kişilik bozukluğu kavramını desteklemese de, Kraepelin'in bozukluğu tanımlaması, esasen paranoid kişilik bozukluğunun mevcut tanımlamalarıyla aynıdır. Paranoid kişilik bozukluğu ve sanrılı bozukluk arasında şu anda desteklenen bağlantının

öngörüsü olan bir fikir paranoid kişilik organize sanrılarla ilişkili olmadığına işaret eden Bleuler'den de önemli katkılar bildirilmiştir (89). 1923'te Schneider, paranoid kişilik bozukluğunu psikopatik davranışlarla ilişkilendirmiş olup psikopatiyi kavgacı ve tuhaf olmak üzere iki alt tipe ayırmıştır (90). Paranoid kişilik bozukluğu 1952'den beri DSM'de mevcut bulunmaktadır (91).

1.3.1.1.2. Epidemiyoloji

Paranoid kişilik bozukluğu prevalansına ilişkin tahminler %1,21 ile %4,4 arasında değişmektedir. Avustralya nüfusunun epidemiyolojik bir araştırmasında, 10.641 katılımcı telefon görüşmesi ile değerlendirilmiş. Yetişkin popülasyonun %6.5'üne bir kişilik bozukluğu teşhisi konmuştur ve paranoid kişilik bozukluğu popülasyonun %1.2'sini oluşturmaktadır (92). Norveç'te yapılan bir çalışma %2.4'lük bir yaygınlık bulmuştur (93). Amerika Birleşik Devletleri'ndeki 43.093 yetişkinden oluşan bir örnekleme, Amerikalıların %14,8'inin veya 30,8 milyon kişinin kişilik bozukluğuna sahip olduğu bulunmuştur. Paranoid kişilik bozukluğu, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğundan sonra en yaygın ikinci kişilik bozukluğu (%4,4) olarak bulunmuştur (94). Psikiyatri kliniklerinde prevalans, yatarak tedavi gören psikiyatri hastanelerinde %2-10 ve %10-30 arasında değişmektedir (95).

Cinsiyet farklılıklarıyla ilgili olarak, epidemiyolojik araştırmalar kadınlarda daha yüksek oranlar bulurken klinik örnekler erkeklerde daha yüksek oranlar bulur. Ek risk faktörleri arasında, paranoid kişilik bozukluğunun dul, boşanmış veya ayrılmış (OR = 1.94) veya hiç evlenmemiş (OR = 2.03) olma durumlarıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (94,95).

1.3.1.1.3. Etiyoloji

Çocukluk çağı travması en az 4 kesitsel çalışmada ve bir boylamsal çalışmada tutarlı bir şekilde paranoid kişilik bozukluğu için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Boylamsal çalışma, çocuklukta duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve denetim ihmalinin, ergenlik ve erken erişkinlikteki paranoid kişilik bozukluğu semptom düzeylerini etkilediği bulunmuştur (96). Bir çalışmada ergenlikte paranoid kişilik bozukluğu, çocukluk ve ergenlikte artan fiziksel istismar ile kesitsel olarak

ilişkilendirilmiştir, ancak cinsel istismarla ilişkilendirilmemiştir. Bu çalışmada, paranoid kişilik bozukluğu hastalarında ek olarak travma sonrası stres bozukluğuna sahip olma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (97). Ayaktan psikiyatrik erişkin hastalar üzerinde yapılan bir çalışmada, paranoid kişilik bozukluğunun hem cinsel hem de fiziksel istismarla ilişkili olduğu bulunmuştur (98). Bu ilişkiler diğer kişilik bozukluklarında da bulunmuş olup paranoid kişilik bozukluğuna özgü değildi. Bu çalışmalar bakıcılardan kaynaklanan kronik travmaya odaklanmış olsa da, çocuklukta yanık yaralanması şeklindeki akut fiziksel travmanın da yetişkin paranoid kişilik bozukluğu özellikleri için bir risk faktörü olduğu bulunmuştur (99).

Beyin travmasının paranoya için bir risk faktörü olduğu varsayılmıştır (100). Ampirik, kesitsel araştırma, beyin hasarı hastalarının %8.3 ila %26'sının paranoid kişilik bozukluğu kriterlerini karşıladığını bulmuştur (101,102). Beyin hasarı ve paranoid kişilik bozukluğuyla ilişkilendirme ile ilgili bir diğer önemli soru, ilişkinin nöral devre disfonksiyonundan mı kaynaklandığı veya yaralanma sonucu fonksiyondaki bir değişikliğin sosyal etkileşimleri değiştirip değiştirmediğidir. Buna bir örnek olarak, işitme güçlüğü çeken kişilerin, muhtemelen başkalarıyla iletişimde artan zorluk ve stres nedeniyle paranoya geliştirme olasılığı daha yüksektir (103).

1.3.1.1.4. Sınıflandırma

Psikiyatrik sınıflandırmada, DSM-IV ve 5, paranoid kişilik bozukluğunu şüpheli, bağışlayıcı olmayan ve kıskanç özelliklerden oluşan bir bozukluk olarak tanımlar (78,104). Şüpheliğe ek olarak, ICD-10 paranoid kişilik bozukluğunu aşırı derecede kendini beğenmişlik ve düşmanlık özelliklerini içerdiğini ayrıca açık sözlü, tutucu, sorgulayıcı ve alıngan paranoyak kişiliğin alt tipleri olduğunu öne sürmektedir (105). Tüm sınıflandırmalarda, paranoid kişilik bozukluğunun, şizofreni, şizoaffektif ve bipolar bozukluğun psikotik durumları gibi klasik psikiyatrik sendromlarda yaygın olarak karşılaşılan paranoid sanrılar ve halüsinasyonlar dahil olmak üzere psikotik semptomları dışlar (106).

A. Aşağıdakilerden en az 4 maddenin belirli olduğu, erken erişkinlik döneminde başlayıp, başkalarının davranışlarını kötü niyetli olarak yorumlayıp, başkalarına karşı duyulan güvensizlik ve kuşku duyma halidir.

1. Yeteri kadar temeli olmaksızın, başka kişilerin kendisini sömürdüğünden, aldattığından ya da kötülük yaptıklarından kuşulanırlar.
2. Arkadaşlarının veya çalışma ortamındaki kişilerin kendisine olan bağlılıkları ya da güvenilirliği üzerine gereksiz şüpheleri bulunmaktadır.
3. Söyledikleri şeylerin kendisine karşı kullanılacağı korkusu duydukları için başka insanlara sır vermeyi istemezler.
4. Sıradan sözlerden ve olaylardan, aşağılama ve kendisine gözdağı verildiği gibi anlamlar çıkartırlar.
5. Sürekli kin tutarlar, görmezden gelinmeyi, onur kırıcı davranışları ve haksızlıkları kabul etmezler.
6. Başkalarına göre sebebi olamayan durumlara karşı karakterine ya da saygınlığına bir saldırı olarak kendisince algılayıp ve bunlara aniden öfke ya da karşı saldırı ile tepki verirler.
7. Sürekli haksız yere eşinin ya da cinsel birliktelik yaşadığı bireyin, kendisine bağlılığı ya da sadakatsizliğiyle ilgili yersiz şüpheleri bulunur.

B. Sadece şizofreninin psikotik özellikler gösteren bir duygudurum bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve genel bir tıbbi durumun doğrudan fizyolojik etkilerine bağlı değildir (78).

1.3.1.1.5. Boylamsal Seyir ve Komorbidite

Paranoid kişilik bozukluğu boylamsal seyri hakkında çok az şey bilinmektedir. Paranoid kişilik bozukluğu özelliklerinin ergenlikten erken yetişkinliğe kadar %46 oranında azaldığını bilinmektedir (96). Bu, kişilik bozukluklarında görülen genel kalıba uygundur (107). Klinik bir örneği izleyen küçük bir çalışma, paranoid kişilik bozukluğunun şizoid kişilik bozukluğuna göre kısa vadeli istikrar gösterdiğini bulmuştur. Paranoid kişilik bozukluğu ile şizoid kişilik bozukluğu karşılaştırma grubu kıyaslandığında, paranoid kişilik bozukluğunun şizoid kişilik bozukluğuna kıyasla klinik kötüleşme göstermediği bulunmuştur (108).

Paranoid kişilik bozukluğu vakalarının tahminen %75'inde eşlik eden bir kişilik bozukluğu vardır (109,110). En sık eşlik edenler , %48 çekingen ve %48 borderline,

% 35.9 narsistik kişilik bozukluğudur (111). Adli ortamlarda ise, paranoid ve antisosyal kişilik bozukluğu kombinasyonu, antisosyal ve narsistik kişilik bozukluğundan sonra ikinci en yaygın kombinasyondur (112). Madde kötüye kullanımı sorunları ve panik bozukluğu da sık görülen komorbiditelerdir (113).

1.3.1.2. Şizoid Kişilik Bozukluğu

1.3.1.2.1. Tanım ve Tarihçe

Şizoid sıfatı başlangıçta şizofrenide gözlenen prodromal tecrit ve izolasyonu tanımlamak için kullanılmıştır. Şizoid kişilik tipi, 1980'de DSM III' te, anlamlı sosyal ilişkiler kurmada önemli ölçüde yetersizlik yaşayan kişileri tanımlamak için resmi hale getirilmiştir (114). İzolasyon, şizoid bir hastanın tarihinde göze çarpan bir özelliktir. Nadiren yakın ilişkiler kurarlar ve çoğu zaman doğası gereği yalnız olan mesleklere katılmayı tercih ederler. Nadiren güçlü duygular yaşarlar, bir partnerle cinsel aktivite arzusunu çok az ifade ederler veya hiç göstermezler. Eleştiri veya övgüye karşı kararsız olma eğilimindedirler. Şizoid kişilik bozukluğu olan bir kişinin, ailesi tarafından veya depresyon gibi bozukluktan kaynaklanan bazı psikiyatrik sekeller tarafından teşvik edilmedikçe, kendi iradesiyle klinik ortamda ortaya çıkması olası değildir. Çoğu kişilik bozukluğunda olduğu gibi, davranış ego ile eş zamanlıdır ve bu nedenle hasta davranışını uyarılma ihtiyacı hissetmez. Kişilik bozukluklarından mustarip bireyler, problemlerini dışsallaştırma ve başkalarını çatışmanın etiyolojisi olarak görme eğilimindedir (115).

1.3.1.2.2. Epidemiyoloji

Araştırmalar, bu bozukluğun %1'den daha az bir prevalansa sahip olduğunu göstermektedir (114). Erkekler ve kadınlar arasında görülme sıklığı açısından fark yoktur (94).

1.3.1.2.3. Etiyoloji

Şizoid kişilik bozukluğunun etiyolojisine ilişkin kesin veriler az olsa da, kalıtımın bu hastalığa önemli ölçüde katkıda bulunduğu varsayılmaktadır. Öz

bildirim anketlerini kullanan ikiz çalışmalarında, şizoid kişilik bozukluğu için kalıtım oranlarının yaklaşık %30 olduğunu tahmin edilmiştir (115). Şizoid kişilik bozukluğu, çocukluktan kaynaklanan, yaşam boyu süren kronik bir davranış örüntüsüdür. Yukarıda belirtildiği gibi, bozukluğun kalıtsal olduğu öne sürülmüştür, ancak spesifik genetik nedenler tanımlanmamıştır. Spesifik anatomik anormallikler (lokalize beyin lobu lezyonları) ve biyokimyasal veya nörotransmitter ile ilişkili hastalıkların bu bozukluğun gelişiminde rolü olduğu literatürde ileri sürülmektedir; ancak bunlar net değildir (79).

1.3.1.2.4. Sınıflandırma

DSM 5'de Belirtildiği Gibi Şizoid Kişilik Bozukluğu için Tanı Kriterleri;

- A. Kişilerarası ortamlardayken sınırlı bir duygu ifadesi yelpazesi ile sosyal ilişkilerden kopma. Bunlar, erken yetişkinlik döneminde başlar ve aşağıdakilerden dördü ile gösterilebilen çeşitli bağlamlarda ortaya çıkar:
1. Yakın ilişkileri ne arzular ne de bundan hoşlanır
 2. Yalnız aktiviteleri seçer
 3. Cinsel deneyimler yaşamaya hiç ilgi duymama veya çok az ilgi gösterme
 4. Birkaç aktiviteden zevk alır
 5. Yakın arkadaşları veya sırdaşları yok
 6. Övgü veya eleştiriye kayıtsız görünür
 7. Duygusal soğukluk, tarafsızlık veya düzleştirilmiş duygulanım gösterir.
- B. Başka bir tıbbi duruma bağlanamaz; şizofreni, manik depresyon, otizm spektrum bozukluğu veya psikotik özelliklere sahip başka bir bozuklukta ortaya çıkmaz (78).

1.3.1.2.5. Ayırıcı Tanı Ve Komorbidite

Çoğu kişilik bozukluğunda olduğu gibi, şizoid kişilik bozukluğunun tanınal özellikleri diğer kişilik bozukluklarıyla örtüşür. Bunlar şunları içerir: şizotipal, paranoid, çekingen ve obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu (79).

En önemlisi, şizotipal kişilik bozukluğu, şizoid kişilik bozukluğu ile çok sayıda göze çarpan ortak özellik gösterir. Aslında, bu iki bozukluğun şizofreni spektrum bozuklukları ile bir birliktelik içinde olduğu düşünülmektedir. Bu birliktelikte, şizoid kişilik bozukluğu ve şizofreni zıt kutuplarını oluşturur ve şizotipal bu ikisi arasında bir yere düşer. Şizotipal, daha belirgin “büyülü” ve eksantrik düşünce süreçleriyle ayırt edilebilir. Bununla birlikte, şizoid de gözlemlenen mesafelilikten farklı olarak, paranoid kişilik bozukluğu olan hastalar genellikle aşırı kırgındır ve patlayıcı öfke gösterebilir. Ve çekingen kişilik bozukluğu olan hastalar sosyal izolasyon özelliğini paylaşırlar da, bu izolasyon reddedilme korkusundan kaynaklanır, oysa şizoid kişilik bozukluğu olanlar sadece insan temasına karşı kararsızlık gösterir. Son olarak, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu olanlar, kontrolü sürdürmek gerekliliği tarafından yönlendirilirler ve şizoid kişilik bozukluğu olanlara benzer şekilde kararsız görünen istenmeyen duyguların kefareti için entelektüelleştirme ve izolasyonun ego savunmasını kullanırlar (116,117).

1.3.1.3. Şizotipal Kişilik Bozukluğu

1.3.1.3.1. Tanım ve Tarihçe

Schneider tarafından 1934’te oluşturulan anormal kişilikler sınıflandırmasında şizotipal kişilik bozukluğu tanımlanmamış ancak Rado tarafından ilk olarak bu tanım ortaya atılmıştır. Sonrasında Meehl tarafından kullanılmıştır ve sonrasında şizofreniyle yapılan aile çalışmalarının sonucunda bu tanı DSM-III’ e girmiştir (118).

Şizotipi, bilişsel-algısal, dezorganize ve kişilerarası semptomlar dahil olmak üzere birçok boyutta veya şizofreninin semptomolojisine, pozitif, negatif ve dezorganize faktörlere göre ifade edilen heterojen bir sendromdur (119–121).

Raine iki tür şizotipi tanımladı: nispeten istikrarlı özelliklere ve şizofreniye yatkınlık oluşturan önemli beyin ve nöro-bilişsel bozukluklara sahip nörogelişimsel şizotipi ve psödoşizotipi (sahte şizotipi), şizofreni ile ilgisi olmayan daha fazla semptom dalgalanması olan belirgin bir psikososyal varlıktır (119). Şizotipi, hem

linik hem de klinik olmayan özelliklerin daha geniş bir koleksiyonu olarak, Wisconsin Şizotipi Ölçekleri gibi psikometrik envanterlerle değerlendirilir (122). Şizotipal özellikler için yapılan değerlendirmeler esas olarak yüksek riskli bir grubu ve psikoza yatkınlığını tanımlamak için kullanılır. Mason, klinik kavramlara veya tanımlara dayanan 16 farklı şizotipi ölçeği ve şizotipinin psikometrik/kişilik ölçümleri için altı ölçek tanımlamıştır (123).

Şizotipi terimi, hem şizotipal kişilik bozukluğu olan kişileri hem de genel popülasyonda belirli kişilik özellikleri olan ve psikoz için gizli bir yatkınlığa sahip sağlıklı bireyleri ifade eder. Sonuç olarak, hem klinik hastalarda hem de sağlıklı şizotipal bireylerde araştırma yapılmıştır. Birkaç yazar, boyutsal bir yaklaşım ve şizotipal özellikler ile şizofreni spektrum bozukluğu arasında bir bölünmemişlik olduğunu savunuyor; şizotipi ve şizofrenideki genetik ilişki profilleri arasında önemli bir örtüşme olduğunu gösteren genetik ve bağlantı çalışmaları bulunmaktadır (119).

1.3.1.3.2. Epidemiyoloji

Şizotipal kişilik bozukluğu prevalansının bir Norveç örneğinde %0.6'dan bir Amerikan örneğinde %4.6'ya kadar değiştiği tanımlanmıştır. Erkekler (%4,2) kadınlardan (%3,7) daha sık etkilenir (124).

1.3.1.3.3. Etiyoloji

Şizotipi, şizofreni veya A kümesi kişilik bozuklukları hastalarının akrabalarında daha sık görülür. İkiz çalışmaları, şizotipal sendromda artan risk için oldukça kararlı genetik faktörlerin ve daha ziyade geçici çevresel faktörlerin olduğunu ek olarak şizofreni için genetik risk varyantlarının da şizotipal kişilik bozukluğu ile bağlantılı olabileceğini göstermiştir (125–128).

Şizotipal kişilik bozukluğundan şizofreni spektrum bozukluklarına dönüşüm oranları, takip aralığına bağlı olarak %20 ile >%40 arasında değişmektedir (119,129). Görüntüleme çalışmaları, sağlıklı katılımcılar, şizofreni hastaları ve diğer kişilik bozuklukları ile karşılaştırıldığında şizotipal kişilik bozukluğu veya şizotipi olan bireylerde belirli beyin bölgelerinin boyutunda grup düzeyinde çok sayıda farklılık tespit edilmiştir (130). Şizotipal kişilik bozukluğunda en tutarlı bulgulardan biri,

muhtemelen sol hemisfere özgü, temporal lob hacmindeki azalmalardır. Genel olarak, bu kişilerdeki temporal lob hacmi azalmaları, şizofreni çalışmalarında gözlemlenenlere benzer, ancak daha kısıtlı bir şekilde ortaya çıkmıştır. Bu çalışmalar, şizotipal kişilik bozukluğunda temporal lob hacmi azalmalarının sadece şizofrenide olduğundan daha anatomik olarak sınırlı bir şekilde meydana geldiğini değil, aynı zamanda şizofrenide temporal lob hacmindeki azalmaların zaman içinde ilerleyici gibi görüldüğünü, oysa şizotipal kişilik bozukluğunda nispeten stabil olduğunu göstermiştir (131–133).

İkiz çalışmaları, şizotipal kişilik bozukluğunun hem ailesel-genetik hem de çevresel faktörler tarafından belirlendiğine dair kanıtlar ortaya koymuştur (134,135). Şizotipal kişilik bozukluğunun, farklı etyopatogenetik yollarla ilişkili 3 farklı fenotipik sınıfta ortaya çıkabileceği de gözlenmiştir. Belirgin bir genetik katkı, son derece yüksek düzeyde tuhaf görünüm/davranış, sınırlı duygulanım/uzaklık ve yakın arkadaş eksikliği sergileyen fenotipik bir şizotipal kişilik bozukluk sınıfı ile ilişkilendirildi. Yüksek düzeyde sihir düşüncesi ve algısal rahatsızlıklarla işaretlenmiş ikinci bir şizotipal kişilik bozukluk sınıfı da ailesel-genetik ve çevresel etkiler tarafından belirlendi. Bununla birlikte, orta derecede yüksek düzeyde referans fikirleri, sosyal kaygı ve şüphecilik, ancak düşük seviyelerde garip davranış, garip konuşma ve kısıtlı duygulanımdan oluşan üçüncü bir şizotipal kişilik bozukluk sınıfı ise kalıtsallık göstermedi, aksine tamamen çevresel faktörler tarafından belirlenmiş bulundu (130).

Şizofrenideki bulgulara benzer şekilde, gebeliğin 6. ayında (özellikle 23. hafta) influenzaya maruz kalma, yetişkin bir erkek popülasyonunda daha yüksek şizotipal özellik puanları ile ilişkilendirilmiştir (136).

1.3.1.3.4. Sınıflandırma

1980 yılında DSM-III' te şizotipal kişilik bozukluğu tanısının tanıtılmasından bu yana, kanıta dayalı algoritmaların olmaması nedeniyle bu bozuklukta tanı ve tedavi zordur. Orijinal şizotipal kişilik bozukluğundaki tanı maddeleri, şizofreni olanların akrabalarında görülen sınırdaki şizofreni kriterlerinden meydana gelmiştir. Şizotipal özellikler ile şizotipal kişilik bozukluğu ayrımının yapılması klinik olarak

önemlidir ayrıca mesleki ve kişilerarası işlevsellikte meydana gelen bozulmanın derecesini ve semptomların sunulmasının ciddiyetini gösterir (137).

Yıllar boyunca, Dünya Sağlık Örgütü'nün Uluslararası Hastalık Sınıflandırması ve diğer sınıflandırma araçları, örneğin Amerikan Psikiyatri Birliği'nin DSM' sinde, şizotipal kişilik bozukluğu (ICD sınıflandırmalarında farklılık gösterir; şizotipal bozukluk olarak adlandırılır): ICD-9 ve -10'da şizofreni spektrum bozuklukları altında listelenirken, DSM-III ila -5'de bir kişilik bozukluğu olarak sınıflandırılır. ICD-11'de şizofreni spektrum bozuklukları bloğunda kalacaktır (138).

Şizotipal kişilik bozukluğu tanı ölçütleri DSM-5'te aşağıdaki gibi semptom kategorileri ile verilmiştir.

A. Aşağıdakiler maddelerden en az 5'i ile belirlenen, erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, yakın ilişkilerden rahatsızlık duyma ve yakın ilişkiye girmede yetersizlik ile kendini gösteren toplumsal ve kişilerarası eksikliklere ek olarak bilişsel ve algısal çarpıklıklar ve sıra dışı davranışlarla giden yaygın bir örüntüdür.

1. Kendisiyle ilgili olmayan olaylara karşı kendisiyle ilgili anlamlar çıkarırlar.
2. Kültürel değerlerle uyumlu olmayan ayrıca davranışları etkileyen, alışlagelmişin çok dışında inançlar, bilişsel çarpıtmalar ya da büyüsel düşünceleri (geleceği görebilme gücü olduğuna inanma, altıncı hislerinin iyi olduğu düşüncesi; çocuk ve genç bireylerde, gerçekliği olmayan düşlem ya da düşünsel eylemler) bulunur.
3. Sıradışı algısal yaşantılar ve yaşantılar içinde bedensel yanılsamalar bulunur.
4. Tuhaf, aykırı düşünce biçimi ve konuşma (örn. belirsiz, çevresel, metaforik, basmakalıp) gösterirler.
5. Şüphecilik ve paranoid düşünceleri vardır.
6. Uygunsuz veya kısıtlı duygulanımları vardır.
7. Tuhaf, alışlagelmişin dışında ya da sıradışı davranış ya da görünümüne sahiptirler.
8. Çok yakın akrabaları dışında yakın arkadaşları ya da sırdaşları bulunmamaktadır.

9. Yakınlaşmayla azalmayan çok yüksek düzeyde toplumsal endişeye, kendisi hakkında olumsuz değerlendirmelerden çok şüpheli korkular eşlik eder.

B. Sadece şizofreni, bipolar bozukluk, psikotik özellik gösteren depresyon, psikozla giden başka bir bozukluk ya da otizm spektrum bozukluğunun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır (78).

Bununla birlikte, ICD-10, ve ICD-11'de büyük olasılıkla, şizotipal bozukluk (F21) eksantrik davranış ve şizofrenidekine benzer düşünce ve duygulanım değişiklikleri ile karakterizedir; hastalığın evrimi ve seyri, diğer kişilik bozukluğundakilerle benzerdir (105).

1.3.1.3.5. Ayırıcı Tanı ve Komorbiditeler

Yaygın ayırıcı tanımlar, borderline kişilik bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (dikkatsizlik tipi), sosyal anksiyete bozukluğu, otizm spektrum bozukluğu ve distimi gibi diğer psikiyatrik hastalıklardır (129). Komorbiditeler, hastalığın seyrini ve tedavi yanıtlarını karmaşıklştırabilir ve birçok çalışma, komorbid obsesif-kompulsif bozukluğu (OKB) olan hastalara ve borderline kişilik bozukluğuna yönelik müdahalelere odaklanmaktadır (139).

1.3.2. B Kümesi Kişilik Bozuklukları

1.3.2.1. Borderline Kişilik Bozukluğu

1.3.2.1.1. Tanım ve Tarihçe

Borderline, antisosyal, narsistik ve histrionik kişilik bozuklukları B kümesi bozukluğundandır. Borderline kişilik bozukluğu, reddedilmeye karşı aşırı duyarlılık ve bunun sonucunda kişilerarası ilişkiler, benlik imajı, duygulanım ve davranışta istikrarsızlık ile karakterizedir (140).

Borderline kişilik bozukluğunun gelişimi hakkında birçok teori vardır. Peter Fonagy ve Anthony Bateman'ın zihinselleştirme modelinde, borderline kişilik bozukluğu, psikolojik stres faktörlerine karşı dayanıklılık eksikliğinin bir sonucudur.

Bu çerçevede, Fonagy ve Bateman, dayanıklılığı, olumsuz olaylar veya stres faktörlerinin yeniden değerlendirmesiyle uygun yanıtı üretme yeteneği olarak tanımlar; yeniden değerlendirmenin bozuk olmasından dolayı hastalar olumsuz deneyimleri biriktirir ve iyi deneyimlerden ders alamazlar (141).

Dr. Marsha Linehan tarafından popüler hale getirilen biyososyal modelde, genetik kırılganlık, borderline kişilik bozukluğu semptomlarının takımıyıldızını üretmek için "kronik olarak geçersiz kılan bir ortam" ile etkileşime girer. Başka bir teoride borderline kişilik bozukluğu, strese tepki olarak ortaya çıkan etkiyi düzenleyememekten ve uygun başa çıkma mekanizmalarının oluşturulamamasından kaynaklanmaktadır (142).

Otto Kernberg, erken dönem anneyle olan ilişkideki bütünleşme eksikliğinin borderline kişilik bozukluğuna yol açtığını teorileştirdi. Kernberg, bebeğin anne figürünü ikili bir çerçevede, çocukluğu doyuran sevgi dolu ve besleyici anne ve çocuğu mahrum bırakan cezalandırıcı, nefret dolu anne olarak deneyimlediğini varsaydı. Bu çelişki yoğun kaygıya neden olur ve daha ılımlı bir bütünsel kavramla bütünleştirilmediği takdirde, nihayetinde bölünmenin gelişmesine yol açar. "Bölünme" terimi, hastanın başka bir kişi hakkında gerçekçi bir görüş oluşturamadığı savunma mekanizmasını ifade eder. Herhangi bir zamanda, bir kişi tamamen iyi veya tamamen kötü olarak görülür. Başkalarını hem olumlu hem de olumsuz niteliklere sahip olarak görememenin yetersiz oluşu kişisel ilişkileri bozar (143).

Son zamanlarda, Hughes ve meslektaşları borderline kişilik bozukluğu semptomlarının gelişiminde sosyal yakınlık eksikliğinin veya ilgili bakıcıların yanıt vermemesinin oynadığı rolü vurgulayarak, borderline kişilik bozukluğunun etyopatogenetik modeline bir entegrasyon önerdiler ve bu da bireyin duygu düzenlemesini bozdu (144). Duygulanım düzenleme güçlükleri de çocukluk çağı travması ile borderline kişilik bozukluğu arasındaki ilişkide anahtar araçlar olarak öne sürülmüştür (145).

1980 (DSM-III) senesinde ise 'sınır kişilik' kavramı ilk kez 'sınır kişilik bozukluğu' ismi ile tanımlanarak DSM tanı sistemine eklenmiştir. En son yayınlanan DSM-5 (2013)' te de bu isimle kullanılmaktadır (146).

1.3.2.1.2. Epidemiyoloji

2007 ve 2008'de yayınlanan, geniş epidemiyolojik araştırmalar, genel popölasyonda borderline kişilik bozukluğunun nokta prevalansını %1.6 ve yaşam boyu prevalansı %5.9 olarak tahmin etmiştir. Genel popölasyonda kadınlar ve erkekler arasında borderline kişilik bozukluğu oranlarında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Bununla birlikte, klinik ortamda kadın erkek oranı 3:1 olarak rapor edilmiştir. Bu alışmalar, borderline kişilik bozukluğunun kadınlarda daha yaygın olduğuna dair önceki raporlara meydan okumuştur. Ayakta tedavi gören psikiyatrik popölasyonda borderline kişilik bozukluğu prevalansının %11 ve psikiyatrik yatan hasta popölasyonunda %20 kadar yüksek olduğu tahmin edilmektedir (147,148).

1.3.2.1.3. Etiyoloji

Borderline kişilik bozukluğu etiyolojide çok faktörlüdür. Genetik bir yatkınlık var. İkiz alışmaları %50'nin üzerinde kalıtsallık gösterir (majör depresyon için olandan daha fazla). Borderline kişilik bozukluğunun gelişimine katkıda bulunduğu tespit edilen çevresel faktörler arasında öncelikle çocukluk ağı kötü muamelesi (fiziksel, cinsel veya ihmal), borderline kişilik bozukluğu olan kişilerin %70'inde bulunur, ayrıca anneden ayrılma, anneye zayıf bağlanma, uygunsuz aile sınırları, ebeveyn madde kötüye kullanımı ve ciddi ebeveyn psikopatolojisi de borderline kişilik bozukluğu gelişiminde risk faktörleridir (149). Borderline kişilik bozukluğu olan hastaların birinci derece yakınlarında bu bozukluğun görülme olasılığı genel topluma kıyasla yaklaşık olarak 5 kat artmıştır (150).

Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda amigdala, hipokampus ve medial temporal loblardaki farklılıkları tanımlamıştır. Bu tür çalışmalar ayrıca, borderline kişilik bozukluğu olan hastaların, bu gruplara eşdeğer mutlu ve üzgün yüz algılarına sahip olmalarına rağmen, olumsuz duyguları (korku, öfke, iğrenme) nötr yüzlere, kontrollere veya diğer hastalara göre daha fazla yanlış anlam yüklediklerini göstermektedir. Nörobiyolojik alışmalar, sınırda kişilik bozukluğu olan hastalarda özellikle serotoninin olmak üzere nöropeptid fonksiyonunun bozulmuş olabileceğini göstermiştir. Nöropsikolojik testler üzerine 2005'te yayınlanan bir meta-analiz, borderline kişilik bozukluğu olan hastaların nörobilişsel testlerde şu alanlarda daha

düşük performans gösterdiğini göstermiştir: dikkat, bilişsel esneklik, öğrenme ve hafıza, planlama, hızlı işleme ve görsel-uzamsal yetenekler (151).

1.3.2.1.4. Sınıflandırma

DSM-5 tanı kriterlerine göre Borderline kişilik bozukluğu; aşağıda sıralanan bulgulardan beşi (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik dönemlerde ortaya çıkan, kişilerarası münasebetlerde, benlik algısında ve duygulanımda tutarsızlık ve belirgin dürtüsellik ile giden yaygın bir örüntü:

1. Gerçek ya da hayali terk edilmeyi önlemek için çılgınca çaba gösterme (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın.)
2. Gözünde aşırı büyütme (göklere çıkarma) ve yerin dibine sokma uçları arasında gelip giden, tutarsız ve gergin kişilerarası ilişkiler örüntüsü.
3. Kimlik karmaşası: Belirgin ve sürekli olarak kararsız kendilik imajı veya benlik duygusu.
4. Kendine kötülüğü dokunabilecek en az iki alanda dürtüsellik (örn. para harcama, cinsellik, madde kötüye kullanımı, güvensiz araba kullanma, aşırı yemek yeme). (Not: Beşinci tanı ölçütü kapsamına giren intihar ya da kendine kıyım davranışını burada kapsamayın.)
5. Yineleyici intihar davranışları, girişimleri ya da göz korkutmaları ya da kendine kıyım davranışları.
6. Duygudurumun belirgin bir tepkiselliğinin neden olduğu afektif dengesizlik, örneğin yoğun epizodik disfori, anksiyete veya sinirlilik, genellikle birkaç saat sürer ve nadiren birkaç günden fazla sürer.
7. Kronik boşluk hissi.
8. Uygun olmayan yoğun öfke ya da öfkesini denetleme güçlüğü çekerler (örn. sık sık kızgınlık ve ya kavgaya karışma, sürekli sinirli olma).
9. Zorlanmayla ilişkili, gelip geçen şüpheli düşünceler ya da ağır çözülme belirtileri (146).

1.3.2.1.5. Ayırıcı Tanı ve Komorbidite

Borderline kişilik bozukluğu ile diğer kişilik bozukluklarının benzer özellikleri olabilir fakat tanı kriterleri tam olarak göz önüne alındığında farklı özellikler ile birbirlerinden ayırt edilirler. Örneğin; histrionik kişilik bozukluğunda da, ilgi çekme, manipülatif davranış ve hızlı değişen duygularla belirli olabilirse de, borderline kişilik bozukluğu, otomutilasyon, ilişkilerinden öfkeli ayrılıklar ve uzun süreli boşluk hissi ve yalnızlık duygusunun varlığıyla ayırt edilir. Borderline kişilik bozukluğunda olduğu gibi şizotipal kişilik bozukluğunda da, paranoid düşünceler ve illüzyonlar bulunabilir fakat borderline kişilik bozukluğunda bu durumlar daha fazla gelip geçicidir ve çevresel etkenlerden çok fazla etkilenir. Paranoid kişilik bozukluğu ve narsistik kişilik bozukluğu da öfkeyle tepkisini uygunsuz zamanlarda gösterebilir. Fakat bu kişilik bozukluğu olan kişilerde benlik algısının daha stabil olması, otomutilasyon, dürtüsellik ve terk edilme kaygılarının görece az olması ile borderline kişilik bozukluğundan ayrılır. Hem antisosyal kişilik bozukluğunda hem borderline kişilik bozukluğunda, manipülatif davranışlar bulunsu bile amaçları farklılık gösterir. Antisosyal kişilik bozukluğu olanlar, güç elde etmek, çıkar veya maddi doyum amacıyla manipülatif olurken, borderline kişilik bozukluğunda hedef daha çok dikkat çekmektir. Terk edilme korkusu hem bağımlı kişilik bozukluğu hem de borderline kişilik bozukluğu için önemlidir. Borderline kişilik bozukluğu terk edilmeye, boşluk hissi, öfke ve karşıt isteklerde bulunma ile tepki gösterirken, bağımlı kişilik bozukluğu terk edilmeye karşı suskunluk ve boyun eğme gibi daha pasif tepkiler verir. Borderline kişilik bozukluğu kişilerarası ilişkilerinin tutarsızlık ve gerginliği bağımlı kişilik bozukluğu olanlardan daha fazla olması ile ayırt edilir (150).

Şizofreni ile borderline kişilik bozukluğu ayırıcı tanısında uzun psikotik epizodların oluşu, düşünce bozukluğu ve şizofreninin klasik belirtilerinin olması öncelikle düşünülmelidir (152). Borderline kişilik bozukluğunun bipolar bozukluk ve siklotimik bozukluk ile ayırıcı tanısı zor ve tartışmaya açık bir konudur. Bazı araştırmacılar borderline kişilik bozukluğu bipolar spektrum bozukluğu olduğunu savunmuşlardır (153). Borderline kişilik bozukluğunun bipolar bozukluktan ayırıcı tanısında terk edilmeyi önleme çabaları, kişiler arası ilişki problemlerinin ve semptomların sürekliliği, kimlik karmaşası, dürtüsellik, kronik boşluk duygusu ve

yoğun öfke gibi semptomların daha sık görülmesi oldukça önemli bir yer tutmaktadır (152,153).

Borderline kişilik bozukluğu olan hastalarda yüksek oranda komorbid bozukluk olduğu gösterilmiştir: duygudurum bozuklukları %80 ila %96, anksiyete bozuklukları %88, madde kötüye kullanımı bozuklukları %64, yeme bozuklukları %53, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) %10-30, bipolar bozukluk %15, somatoform bozukluklar %10 (149).

1.3.2.2. Antisosyal Kişilik Bozukluğu

1.3.2.2.1. Tanım Ve Tarihçe

Antisosyal kişilik bozukluğu, pişmanlık duymadan sömürücü, suçlu ve suçlu davranışlarla sosyal sorumsuzluğa odaklanan, kökleşmiş ve katı, işlevsiz bir düşünce sürecidir. Başkalarının haklarını hiçe sayma ve ihlal etme, bu kişilik bozukluğunun yaygın belirtileridir ve yasalara uymama, tutarlı bir işi sürdürememe, aldatma, kişisel kazanç için manipülasyon ve istikrarlı ilişkiler kuramama gibi belirtiler gösterir (154).

Schneider'in 1934 yılında oluşturduğu anormal kişilikler sınıflandırmasında antisosyal kişilik bozukluğu duygusuz psikopatik hastalar olarak ifade edilmiştir. Bu tanıma göre bu kişiler acımadan yoksun, katı, duygusuz ve merhametsiz kişiler olarak tanımlanır. 20. yüzyılda ABD'de 1938 yılına kadar psikopatik kişilik ifadesi, açık olmamakla beraber yine de kullanılmaktaydı. Bu kullanım 1941 yılında Hervey Cleckley'in psikopatolojik kişiliği, psikiyatrik tanıyı sosyal sapmalardan ayırdığı döneme kadar devam etmiştir. Cleckley, bu bozukluğun sosyal sınıf ile alakalı olmadığı üzerinde durmuş, psikiyatrideki diğer hastalıklardan farklı olarak, psikopatolojik kişiliğin, açık anksiyete ve depresyonun olmaması ile ortaya çıktığını söylemiştir (118).

DSM-I'de 1952 yılında, sosyopatik kişilik bozukluğunu "ilaç bağımlılığı, alkolizm, cinsel sapma, antisosyal (psikopatik reaksiyon) ve dissosiyasyon reaksiyonu"nu bir başlık altında gruplanan bir terim olarak incelemişlerdir. Daha

sonra Amerikan Psikiyatri Birliği 1968 yılında DSM-II’de antisosyal kişilik terimini kullanmıştır. Daha sonra bu terim 1980’de DSM-III’de antisosyal kişilik bozukluğuna dönüştürülmüştür. İleriye dönük (prospektif) takip çalışmaları bu tanımları tekrar gözden geçirmiş ve antisosyal kişilik bozukluğunun çoğunlukla sekiz yaşından önce başladığını ve yaşam boyu devam ettiğini kanıtlamıştır (118).

Antisosyal kişilik bozukluğunun tarihçesi ile ilgili bilinenlerin birçoğu Robins’ in 1966’ da çocuklarla yaptığı boylamsal bir çalışmadan elde edilmiştir. Bu çalışmadan yola çıkılarak, sosyopatik kişilik bozukluğunun ltleri bulunmuştur. Ayrıca 30 yılda %12’sinin remisyonda olduğunu, %27’sinin antisosyal davranışların şiddetinin azaldığını ancak %60’ında hala az bir gelişme gösterdiği kararına varmıştır. Yetişkinlikte antisosyal davranışlar sergilemek için çocukluk döneminden itibaren bulunan antisosyal davranışlar bulunmalıdır. Yetişkinlikteki antisosyal davranış, yetiştirilme tarzı veya aile geçmişinden ziyade çocuklukta yapılan davranışlardan kaynaklanmaktadır (155).

DSM-IV de, kişilik bozukluklarının başlangıç yaşının erken yetişkinlikte ortaya çıktığı bu durumun sosyal ve mesleki işlevsellikte bozulmaya yol açtığı belirtilmektedir (104). Antisosyal kişilik bozukluğu, çocuklukta (18 yaşından önce) teşhis edilemeyen tek kişilik bozukluğudur. Antisosyal kişilik bozukluğunda tanı kriterlerini doğrulamak için hastaya 15 yaşında davranım bozukluğu teşhisi konulmuş olmalıdır (154).

Antisosyal kişilik bozukluğu olan hastalar, hepatit C ve insan immün yetmezlik virüsü de dahil olmakzere yüksek riskli davranışlarla ilişkili belirli viral enfeksiyonlara ve cinsel yolla bulaşan hastalıklara yakalanma riskinin yanı sıra kazalar, cinayetler, travmatik yaralanmalar, intiharlar nedeniyle artan ölüm oranlarına sahiptir (156,157).

1.3.2.2.2. Epidemiyoloji

Genel poplasyonda antisosyal kişilik bozukluğunun tahmini yaşam boyu yaygınlığı %1 ila %4 arasındadır (46). Cinsiyet dağılımı, genel poplasyonda %6 erkek ve %2 kadın olmakzere, kadınlara göre 3 ila 5 kat daha fazla erkeklerde

görülmektedir (158). Madde kötüye kullanımı antisosyal kişilik bozukluğu tanısı ile anlamlı bir korelasyon gösterir (159). IQ'ları ve okuma seviyeleri düşük olanlar arasında antisosyal kişilik bozukluğu prevalansı daha yüksektir (160). Araştırmalar, artan yaşla birlikte suç popülasyonlarında azalma olduğunu göstermiştir (158).

1.3.2.2.3. Etiyoloji

Antisosyal kişilik bozukluğunun gelişiminde hem genetik hem de çevresel faktörlerin rol oynadığı bulunmuştur. Geçmişteki çeşitli araştırmalar, %38 ile %69 arasında değişen farklı kalıtsallık tahminleri göstermiştir. Antisosyal kişilik bozukluğunun gelişimiyle ilişkili çevresel faktörler, çocukluk psikopatolojisi (davranım bozukluğu ve dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu) ile birlikte olumsuz çocukluk deneyimlerini (hem fiziksel hem de cinsel istismar ve ya ihmal) içerir (161). Eksen II bozukluklarından antisosyal kişilik bozukluğu en fazla biyolojik temel ile desteklenendir. İkiz çalışmaları genetik faktörlerin etkili olduğunu göstermektedir. Nöropsikolojik testler de organik nedenlere bağlı bilişsel zayıflığın olduğunu göstermiştir (162). Antisosyal kişilik bozukluğu, bu bozukluğa sahip olan kişilerin birinci derece akrabalarında daha fazla bulunmaktadır. Bu bozukluk açısından değerlendirildiğinde, özellikle antisosyal kişilik bozukluğu olan kadınların biyolojik akrabaları, bu bozukluğa sahip olan erkeklerin biyolojik akrabalarından daha yüksek risk altındadır (163).

1.3.2.2.4. Sınıflandırma

Davranım bozukluğu olan çocuklardan kızların %25'i ve erkeklerin %40'ı antisosyal kişilik bozukluğu tanı kriterlerini karşılayacaktır. Erkekler, genellikle bu semptomları yalnızca ergenlik döneminde ortaya çıkaran kızlardan daha erken belirtiler gösterirler. Davranım bozukluğu gelişmeyen ve antisosyal davranışları olmadan 15 yaşına kadar ilerleyen çocuklarda antisosyal kişilik bozukluğu gelişmeyecektir. Çocukluk çağı davranış bozukluğu, yetişkinlik antisosyal kişilik bozukluğunun güvenilir bir prognostikatörüdür. Antisosyal kişilik bozukluğu, yaşam boyu süren kronik bir durum olmasına rağmen, ilerleyen yaşlarla birlikte ılımlılık göstermiştir ve ortalama remisyon yaşı 35'tir. Daha az temel semptomatolojiye sahip

olanlar daha iyi remisyon oranları gösterdi (154). Ölçütleri hiçbir zaman karşılamayan veya davranış bozukluğu için hiç değerlendirme almamış antisosyal kişilik bozukluğu olan yetişkinlerin küçük bir yüzdesi, daha hafif semptomlara sahip olma eğilimindedir (164).

Antisosyal Kişilik Bozukluğu için DSM-5 tanı kriterleri;

- A. Aşağıdakilerden üçünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli, 15 yaşından beri başkalarının haklarını hiçe sayma ve ihlal etme örüntüsü:
1. Tutuklanmaya neden olan eylemlerde bulunmak gibi yasal davranışlarla ilgili sosyal normlara uymamak.
 2. Aldatma, tekrar tekrar yalan söyleme, takma adların kullanılması veya başkalarını zevk veya kişisel çıkar için aldatma.
 3. Dürtüsellik veya plan yapamama.
 4. Genellikle fiziksel kavgalar veya saldırılarla birlikte sinirlilik ve saldırganlık.
 5. Kendinin veya başkalarının güvenliğini pervasızca umursamama.
 6. Tutarlı sorumsuzluk, tutarlı çalışma davranışını sürdürememe veya parasal yükümlülükleri yerine getirmeme.
 7. Pişmanlık eksikliği, incinmiş, kötü muamele görmüş veya başka bir kişiden çalınmış olmasına kayıtsız kalma veya rasyonelleştirme.
- B. Kişi en az 18 yaşındadır.
- C. Tipik olarak 15 yaşından önce başlayan davranış bozukluğu kanıtı.
- D. Antisosyal davranışların ortaya çıkması yalnızca şizofreni veya bipolar bozukluk sırasında değildir (146).

1.3.2.2.5. Ayırıcı Tanı ve Komorbidite

Ayırıcı tanıda yer alan bozukluklar; narsistik kişilik bozukluğu (örtüşen B kümesi kişilik bozukluğu; sömürücü ve merhametsiz, ancak saldırgan veya aldatıcı olmayan), borderline kişilik bozukluğu (örtüşen B kümesi kişilik bozukluğu; manipülatif, ancak güvence ve besleme için), madde kullanım bozukluğu (antisosyal kişilik bozukluğu tanısı verilmeden önce madde etkisine bağlı dürtüsellik ve

sorumsuzluk ekarte edilmelidir. Madde kullanımı birlikte oluyorsa antisosyal kişilik bozukluğu tanısı konulabilir (163).

1.3.2.3. Histrionik Kişilik Bozukluğu

1.3.2.3.1. Tanım ve Tarihçe

Histrionik kişilik bozukluğu abartılı duygusallık ve dikkat çekme davranışlarıyla ayırt edilen bir psikiyatrik bozukluktur (165). Spesifik olarak, histrionik kişilik bozukluğu olan insanlar tipik olarak flörtöz, baştan çıkarıcı, çekici, manipülatif, dürtüsel ve canlı kişilerdir (166). Histrionik kişilik bozukluğu olan kişiler, ilgi odağı olmadıklarında, takdir edilmediklerini veya önemsenmediklerini hissedebilirler (167). Karşılaştıkları çoğu insanla, cinsel olarak çekici olmasalar bile, büyüleyici, aşırı baştan çıkarıcı veya uygunsuz seviyede cinsel yaklaşımları olabilir. Histrionik kişilik bozukluğu ile başvuran kişiler, başkalarının samimiysiz olarak algılayabileceği, hızla değişen ve yüzeysel duygular sergileyebilir. Fiziksel görünüm, parlak renkli giysiler giyerek veya açık giysiler giyerek dikkati üzerine çekmek için kullanılabilir (168). Histrionik kişilik bozukluğu olanlar, ayrıntıdan yoksun belirsiz bir üslupla konuşabilirler (165).

Histrionik kişilik bozukluğu 2.400 yıl önce, Hipprokates tarafından tanımlanan histeri sözcüğünden türemiştir. 19. yüzyılın sonunda, Charcot ve Janet, histeri terimini konversiyon semptomlarıyla ilişkilendirmiştir. 1958’ de literatürde histeri beş farklı şekilde kullanılmıştır. Bunlar; Altta yatan psikopatolojik örüntünün belirli bir tipi, fobi ve anksiyete ile tanımlanan bir psikonevrotik bozukluk, kişilik veya karakter tipi, konversiyon reaksiyonu, “Opprobrium” un bir kavramıdır (118). Schneider tarafından oluşturulan anormal kişilikler sınıflandırmasında histrionik kişilik bozukluğu ve narsistik kişilik bozukluğu “ilgi arayan psikopatik hastalar” tanımlamasının içinde yer almıştır. Buna göre, bu kişiler teşhirciliği ve büyülenmeyi severler, patolojik yalan söylemeye eğilimi vardır. Fakat tanısız karmaşıklıktan dolayı bu ifade DSM-II’den çıkartılmış, 1967’ de ise DSM-III’de ilk kategori altında tekrar gündeme alınmıştır. DSM-III-R, DSM-III’deki histrionik kişilik bozukluğu kriterlerinin pek çoğunu içermektedir. Yalnızca birkaç değişiklik

yapılmıştır. Örneğin, suisidal tehditler ile manipülasyon eğilimi, kriterlerden çıkartılmıştır; böylece borderline kişilik bozukluğu ile çakışma olasılığı azaltılmıştır. Uygunsuz cinsel flörtöz davranışlar tekrar gözden geçirilmiş, detaydan yoksun konuşma ve etkilemeye yönelik konuşma eklenmiştir (118).

1.3.2.3.2. Epidemiyoloji

Genel popülasyonun yaklaşık %9'u en az bir kişilik bozukluğuna sahipken, genel popülasyonda histrionik kişilik bozukluğunun yaygınlığı yaklaşık %2 ila %3 arasındadır. İnsanlarda birden fazla kişilik bozukluğu olması mümkündür. Kadınlara histrionik kişilik bozukluğu teşhisi konma olasılığı erkeklere göre dört kat daha fazladır. Erkeklerin semptomlarını bildirme olasılığı daha düşük olabilir ve bu nedenle yetersiz teşhis edilebilir (169). Histrionik kişilik bozukluğu egosintonik olma eğilimindedir, yani bu bozukluğu olan insanlar tipik olarak davranışlarını normal olarak görürler (170).

1.3.2.3.3. Etiyoloji

Histrionik kişilik bozukluğuna açıkça neyin neden olduğu bilinmemekle birlikte, kökeninde çok faktörlü bir bozukluk olması muhtemeldir. Histrionik kişilik bozukluğu muhtemelen hem öğrenilmiş hem de kalıtsal faktörlerin bir araya gelmesiyle meydana gelir (168). Bir hipotez, histrionik kişilik bozukluğunun çocuklukta yaşanan travma sonucu gelişebileceğidir. Çocuklar, çevreleriyle eninde sonunda kişilik bozukluğuna yol açabilecek şekillerde başa çıkarak travmalarına dayanabilirler (43). Çocukluktaki kişilik bozuklukları, travmatik bir durumla ya da travmatik çevreyle başa çıkmak için bir adaptasyon olarak ortaya çıkabilir (171).

Ebeveynlik tarzları, histrionik kişilik bozukluğu geliştirme olasılığını da etkileyebilir. Sınırları olmayan ebeveynlik, aşırı hoşgörölü veya tutarsız, çocukları histrionik kişilik bozukluğu geliştirmeye yatkın hale getirebilir (172). Ayrıca, dramatik, değişken veya uygunsuz cinsel davranışlarda rol model olan ebeveynler, çocuklarını bu kişilik bozukluğunu geliştirme açısından yüksek risk altına sokar (173). Bu bozukluğa genetik bir yatkınlık olduğuna dair bazı görüşler vardır (172). Birçok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, ailede kişilik bozukluğu, psikiyatrik

hastalık veya madde kullanım bozukluğu öyküsü olması, histrionik kişilik bozukluğu için bir risk faktörüdür (168).

1.3.2.3.4. Sınıflandırma

Kişilik, yaşam boyunca gelişmeye devam eder; bu nedenle, histrionik kişilik bozuklukları tipik olarak 18 yaşının sonuna kadar tanı verilmez (169). DSM-5 kriterlerine göre, bir histrionik kişilik bozukluğu tanısı, belirli belirtilerle özetlendiği gibi, yaygın ve her yerde bulunan tutarlı bir dikkat arama davranışları ve duygusal düzensizlik örüntüsü gerektirir. Aşağıdakilerden en az 5'i ile belirli, erken erişkinlik döneminde başlayan ve değişik bağlamlarda meydana gelen, aşırı duygusallık ve ilgi çekme arayışı ile giden yaygın bir örüntü:

1. İlgi odağı olmadığında rahatsızlık duyar.
2. Başka kişilerle etkileşimleri, cinsel yönden, ayartıcı, kışkırtıcı ya da baştan çıkartıcı, uygunsuz davranışlarla belirlidir.
3. Aniden değişen, yüzeysel duygular gösterir.
4. İlgi çekmek amacıyla sürekli dış görünümlerini kullanırlar.
5. Gereğinden fazla etkilemeye dayalı ve ayrıntıdan yoksun bir konuşma tarzı vardır.
6. Yapmacık davranır, gösteriş yapar ve duygularını abartılı gösterir.
7. Kolay etki altında kalır.
8. İlişkilerin, olduğundan daha samimi olması gerektiğini düşünür (146).

1.3.2.3.5. Ayırıcı Tanı Ve Komorbidite

Histrionik kişilik bozukluğunun ayırıcı tanısı; narsisistik kişilik bozukluğu, borderline kişilik bozukluğu, bağımlı kişilik bozukluğu, somatizasyon bozukluğu ve hastalık kaygısı bozukluğunu içerir (169). Histrionik kişilik bozukluğu gibi, narsistik kişilik bozukluğu olan hastalar da ilgi odağı olmayı tercih ederler (170). Bununla birlikte, narsisistik kişilik bozukluğu olan hastalar, hayranlık veya saygıdan kaynaklanan ilgi isterken, histrionik kişilik bozukluğu olan kişiler ne tür bir ilgi topladıklarına dair özel değildir. Histrionik kişilik bozukluğu olan hastalar, borderline kişiliğe sahip olanlara benzer, çünkü her iki hasta türü de yoğun duygular

yaşar; ancak borderline kişilik bozukluğu olan hastalar genellikle kendilerini sevmeyenler (166). Histrionik kişilik bozukluğunun ayırıcı tanısında bağımlı kişilik bozukluğu düşünülmelidir, her iki kişilik bozukluğunda olduğu gibi hasta başkalarının yanında olmayı tercih edecektir (168). Bununla birlikte, bağımlı kişilik bozukluğu olan hastalar daha itaatkar olma eğilimindedir ve reddedilme korkularıyla meşgul olduklarından davranışları daha fazla engellenir (166). Somatizasyon bozukluğu ve hastalık anksiyetesi bozukluğu da histrionik kişilik bozukluğu ayırıcısına dahil edilir, çünkü histrionik kişilik bozukluğu olan hastalar, başkalarının dikkatini çekmek için fiziksel semptom ve şikayetleri kullanabilir (172).

Histrionik kişilik bozukluğu olan kişiler, genel popülasyondan daha yüksek depresyon geliştirme riski altındadır (168). Ek olarak, histrionik kişilik bozukluğu olan kişiler, esrar kullanım bozukluğu ve alkol kullanım bozukluğu gibi madde kullanım bozuklukları geliştirme riski altındadır (173). Ayrıca somatizasyon bozukluğu, panik atak ve konversiyon bozukluklarına eğilimlidirler (174).

1.3.2.4. Narsisistik Kişilik Bozukluğu

1.3.2.4.1. Tanım ve Tarihçe

Narsisistik kişilik bozukluğu, DSM –5'e göre bir büyüklük, hayranlık ve empati eksikliği örüntüsüdür. Bu bozukluk, "Kişilik Bozuklukları"nın boyutsal modelinde sınıflandırılır. Narsisistik kişilik bozukluğu ruh sağlığındaki diğer bozukluklarla yüksek oranda komorbiddir. Narsistik kişilik bozukluğu olan kişiler genellikle iş ve ilişkileri sürdürmede bozulma ile ortaya çıkar (175). Narsisistik kişilik bozukluğu toplumda oldukça yaygındır; bununla birlikte, bu konuda sınırlı araştırma yapılmıştır. Küme B kişilik bozuklukları çatısı altındadır ve B Kümesi kişilik bozuklukları olanlar genel olarak aşırı duygusal ve öngörülemeyen davranışlar sergiler (176).

Narsisizmle ilgili özellikler kendini beğenmişlik, benmerkezcilik, başkalarının yaşadıklarına ve onlara yaşattıklarına karşı umursamazlık, belirsizlik beden imgesi, yeteri kadar oluşmamış self ve nesne sınırları, nesnelerle ilişki sürekliliğinin olmaması ve psikolojik dokudan yoksunluk. Psikiyatrik uygulamalarda

normal ile patolojik olan narsisizm arasında ayrımı tam olarak yapabilmek çoğu zaman kolay olmaz. İnsanın kendisine değer vermesi ve seviyor olması normal, hatta gerekli bir duygudur. Fakat duyguların hangi seviyede abartılıp kişilik bozukluğunu meydana getirdiğini belirleyen kriterleri tanımlamak pek mümkün değildir (177).

1.3.2.4.2. Epidemiyoloji

Narsisistik kişilik bozukluğunu teşhis etmenin zorlukları göz önüne alındığında, ABD’de çeşitli yaygınlık raporları vardır. Topluluk örneklerinden elde edilen bu bozukluğun yaygınlık oranları, ABD nüfusunun %0.5 ila %5’i arasında olmuştur (178). Bununla birlikte, klinik ortamlarda narsisistik kişilik bozukluğu daha yaygın görünmektedir. Prevalans oranları ABD nüfusunun %1 ila %15’i arasında olabilir. Narsisistik kişilik bozukluğu, tanısını zorlaştıran diğer zihinsel bozukluklarla birlikte bulunabilir. Madde kullanım bozuklukları en sık eşlik eden durumlar arasındadır (179). Alkol ve İlişkili Durumlara İlişkin 2. Dalga Ulusal Epidemiyolojik Araştırmaya katılan 34.653 yetişkinle yapılan görüşmeler, erkeklerde %7,7 ve kadınlarda %4,8 olmak üzere yaşam boyu Narsisistik kişilik bozukluğu prevalansının %6,2 olduğunu ortaya koymuştur (175).

1.3.2.4.3. Etiyoloji

Narsisistik kişilik bozukluğunun etiyolojisi çok yönlüdür. Bazı çalışmalar, bozukluğa karşı genetik bir yatkınlık olduğunu öne sürmüştür (180). Narsistik kişilik bozukluğu olan kişilerde saldırganlık, sıkıntıya karşı dayanıklılığın azalması ve işlevsiz duygu düzenlemesi gibi özellikler belirgindir (181). Gelişimsel deneyimler, doğası gereği olumsuz, çocuk olarak reddedilme ve erken çocukluk döneminde kırılgan bir ego, yetişkinlikte narsistik kişilik bozukluğu ortaya çıkmasına katkıda bulunmuş olabilir (182).

1.3.2.4.4. Sınıflandırma

DSM-5 kriterlerine göre, aşağıdakilerden en az 5’i ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, büyülenme (düşlemlerde

ya da davranışlarda), beğenilme gereksinimi ve eşduyum yapamama ile giden yaygın bir örüntü:

1. Büyüklenir (örn. başarı ve yetenekleri abartırlar; gösterdiği başarılarla oransız bir şekilde, üstün bir kişi gibi görülme beklentisindedirler).
2. Sınırsız başarı, güç, zekâ, güzellik ya da yüce bir sevgi düşlemleriyle uğraşır durur.
3. “Özel” ve eşi, benzeri bulunmaz biri olduğuna ve ancak özel veya üstün diğer kişi ya da kurum tarafından anlaşılabilceğine ve ancak onlarla ilişki kurması gerektiğine inanır.
4. Çok beğenilmek ister.
5. Hak ettiği duygusu içindedir (özellikle kayırılacak bir tedavi göreceğine veya her ne istiyorsa yapılacağına ilişkin anlamsız beklentiler içinde olma).
6. Kendi çıkarı doğrultusunda başka kişileri kullanır (kendi amacına ulaşmak için başkalarından faydalanır).
7. Eşduyum yapamaz: Başka kişilerin duygu ve gereksinimlerini anlamak istemez.
8. Çoğunlukla başkalarını kıskanır veya onların kendisini kıskandığına inanır.
9. Başka kişilere saygısızca davranır, kendini beğenmiş davranış veya tutum sergiler (146).

1.3.2.4.5. Ayırıcı Tanı ve Komorbidite

Narsisistik kişilik bozukluğu ile en yakın olanlar, antisosyal kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu ve borderline kişilik bozukluğu dahil olmak üzere diğer B kümesi kişilik bozukluklarıdır. Narsisistik kişilik bozukluğu olan kişiler, borderline kişilik bozukluğu gibi açık dürtüsellik ve kendine zarar verme belirtileri göstermezler. Benzer şekilde, belirgin duygusal tepkiler, histrionik kişilik bozukluğu ile ilişkilidir. Narsisistik kişilik bozukluğu, empati ve yüzeysel çekicilik eksikliği ile en çok antisosyal kişilik bozukluğuna benzer. Bununla birlikte, antisosyal kişilik bozukluğu olan kişiler, narsisistik kişilik bozukluğu olan kişilere kıyasla ahlak eksikliği gösterecek ve geçmişte davranış bozukluğu tanısı almış olacaktır. Ayırıcı tanı da antisosyal, borderline ve histrionik kişilik bozukluğu, majör

depresif bozukluk, obsesif kompulsif bozukluk, madde kaynaklı duygudurum bozukluğu yer alır. Antisosyal kişilik bozukluğu, sınırda kişilik bozukluğu, histrionik kişilik bozukluğu ve şizotipal kişilik bozukluğu gibi diğer kişilik bozuklukları da narsisistik kişilik bozukluğu olanlarda yaygındır (183). Komorbid olarak antisosyal kişilik bozukluğunun eşlik etmesinin en olumsuz etkiye sahip olduğu söylenir (184).

1.3.3. C Kümesi Kişilik Bozuklukları

1.3.3.1. Bağımlı Kişilik Bozukluğu

1.3.3.1.1. Tanım Ve Tarihçe

Bu bozukluğun psikiyatri literatüründe tartışılmaya başlanması, Abraham ve Freud tarafından ifade edilen oral karakterin psikoanalitik açıdan tanımlanmasıyla başlamıştır. DSM II’de bu tanı bulunmaz. Schneider tarafından 1934’te oluşturulan anormal kişilikler sınıflandırmasında ise bu bozukluk, “güvensiz psikopatik hastalar” şeklinde tanımlanmıştır. Enlemesine kesit çalışmalardan bir kısmı, kişiliğin oral-bağımlı boyutunun olduğunu; bağımlılık, karamsarlık, cinsellikten çekinme, kendinden şüphelenme, benmerkezcilik, pasiflik, kolayca etkilenme ve sebat edememe treytlерinin, değişik bir boyutta meydana gelmesini desteklemiştir. Bu treytlер, çoğu psikiyatrik vakada yaygın bulunmaktadır ve kişilik bozukluğu olanların bir kısmında da vardır, bu yüzden bağımlılık bir tanı olarak incelendiğinde bu ayrımın yapması zor olmaktadır. Narsizm gibi, bağımlılık ifadesi tüm kişilik bozuklukları içerisinde, bir boyut veya var olma derecesi olarak ele alındığında psikiyatrideki hastalıkların anlaşılmasını sağlamaktadır. DSM-III-R, DSM-III’dekinden farklı olan bazı kriterler sunmuştur. Bağımsız şekilde davranış gösterememe ve karar vermeme özellikleri korunmuştur. Kendine güvenmeme özelliği çıkartılmıştır. Eski çalışmalardaki en önemli treyt olan “boyun eğme” 9 ölçütten yalnızca 6 tanesini içermektedir. Bu ölçütler, onaylanmama, reddedilme, yalnızlık korkusu, terk edilme korkusu, seilmeme korkusudur. Bu tanım, çoğunlukla terk edilme korkusunu yansıtır. Yapılan bu değişikliğin, bağımlı kişilik bozukluğu ile reddedilme ve terk edilme korkusunu içinde barındıran diğer bozukluklar

(borderline, çekingen) arasında karmaşıklığa sebep olabileceği daha yeni yeni dikkati çekmektedir (118).

1.3.3.1.2. Epidemiyoloji

Kadın ve erkeklerde eşit oranda yaygındır. Genel popülasyondaki görülme oranının %2 ila %3 arasında olduğu düşünülmektedir (163).

1.3.3.1.3. Etiyoloji

Bağımlı kişilik bozukluğu olan bireyler çoğunlukla çocuğuna aşırı düşkün anne-babaya sahip olma ile karakterizedir. Çocuklarına verdikleri mesaj, özerkliğin tehlikeli olduğudur. Bağlılık ve aile bireylerine olan bağımlılık pekiştirilir. Oral döneme saptanmayı içeren klasik psikoanalitik görüş, bağımlı kişilik bozukluğunun belirleyici özelliği için çok uzun süre uygun bir açıklama olmamıştır. Çünkü bu hipoteze ait basamağın özgüllüğü net değildir. Aşırı bağımlı kişiler, çocuklukları boyunca ebeveynlerinden ayrılmalılarının nasıl tehlikeli olabileceği hakkında mesajlar alırlar. Bu yüzden bu örüntü, gelişimin belirli herhangi bir basamağına ait değildir (163). Bağımlı kişilik bozukluğu bulunan kişiler için psikodinamik açıklama ise, bağımlılığın düşmanlık ve saldırganlığı maskeleyebileceği üzerinedir. Psikoanalitik teoride bağımlılık treyti, psikoseksüel gelişimin oral basamağı ile yakın ilişkilidir. 1924 yılında Abraham oral karakterlerin, memeyi emmeye, aşırı düşkün olup olmamalarını ve bebeğin bundan duyduğu memnuniyetle bağlantılı bir treyt olarak bağımlılık geliştirip geliştirmediğini sorgulamıştır. Çocuk gelişimine ilişkin ileriye yönelik (prospektif) çalışma, bu hipotezi bir kenara atmıştır. Yetişkin “oral-bağımlı” kişilikle bağlantılı treytler yani pasiflik, oral doyum arayışının çok olması, karamsar olma, çocukluğunda bundan yoksun olan kişilerde daha çok oluşmaktadır. Yetişkinlerde yapılan empirik çalışmalar, ağız ve anal alışkanlıklar arasında yani oral ve anal kişilikler arasındaki ilişkinin az olduğu bulunmuştur (159). Bağımlı kişilik bozukluğunun sebepleri hakkındaki teoriler çoğunlukla psiko-sosyaldir. Kültürel yapılar genelde bunu etnik kültür, cinsiyet veya rol beklentisine dayandırır. Ebeveynler, bağımsızca davranış gösteren çocukların girişimlerine ceza verir, böylece özerk davranış örüntüsü oluşamaz. Çünkü ebeveynler veya toplum, çocuğu,

özerkliğin bağlanma veya onaylanmamayla ilişkili olduğuna inanması için duyarlılaştırır (118).

Perry ve Vaillant (1989) çocukken görüşülen genç yetişkinlerin takip çalışmalarını dile getirilmiştir. Buradaki çalışmanın neticesinde, 6 ve 10 yaşlarında görülen pasif ve bağımlı davranışlar arasında kuvvetli bir ilişki olduğu; kadınlarda bu bağımlılık davranışı geniş bir alanda görülürken; erkeklerde bağımlılık, mesleki alanda daha yoğun olduğu bulunmuş, olgunlaşmadaki cinsiyet farklılığı sosyo-kültürel etkenlere bağlanmıştır. Genetiğin buna katkısına ilişkin olan kanıtlar, 1963 yılındaki" monozigotik ikiz ve dizigotik ikizlerin kişilik profillerinin çalışıldığı araştırmada gösterilmiştir. Monozigotik ikizler, dizigotik ikizlere nazaran boyun eğme ve özgür davranmayı ölçen boyutlarda daha yüksek değerler almışlardır (118). Ayrıca bir başka görüş de kronik fiziksel hastalıkların veya ayrılma anksiyetesi bozukluğunun, bağımlı kişilik bozukluğu için bir yatkınlık oluşturduğudur (163).

1.3.3.1.4. Sınıflandırma

Aşağıdakilerden en az 5'i ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, boyun eğici ve yapışkan davranışlara ve ayrılma korkularına yol açan, ilgilenilme gereksinmesi ile giden yaygın bir örüntüdür.

1. Başka kişilerden nasihat ve güvence almadığı sürece gündelik kararlarını verirken zorluk çekerler.
2. Yaşamlarının birçok önemli alanında, kendisi yerine başka kişilerin sorumluluk almasına gereksinim duyarlar.
3. Desteklerini çekecekleri veya kabul görmeyeceği korkusuyla, başkalarıyla aynı görüşte olmadığını söylemekte zorluk çeker. (Not: Cezalandırılmaktan gerçekçi bir biçimde korkmak bu kapsamda değerlendirilmez.)
4. Kendi başına bir işe girişmekte ya da bir iş yapmakta zorluk çeker (isteğinin ya da yapacak gücünün olmadığından çok kendi yargılarına güvenmediğinden ya da yapabileceğine inanmadığından).
5. Başkalarından bakım ve destek sağlayabilmek için, hoş olmayan işleri yapmaya gönüllü olmaya dek giden ölçüde aşırı uçlara gider.

6. Kendisine bakamayacağına dair aşırı korkuları yüzünden, tek başına kaldıklarında kendisini rahatsız ya da çaresiz hissederek.
7. Yakın bir ilişkisi sonlandığında, bir bakım ve destek kaynağı olarak, ivedilikle başka bir ilişki arayışına girer.
8. Kendi kendine bakmak durumunda bırakılma korkularıyla, gerçekçi olmayan bir biçimde uğraşır durur (146).

1.3.3.2. Çekingen Kişilik Bozukluğu

1.3.3.2.1. Tanım ve Tarihçe

Çekingen kişilik bozukluğu, ilk olarak 1980'de DSM III'te psikiyatrik sınıflandırma içinde tanıtıldı. Başkalarıyla ilişki kurmaya yönelik genel bir özlemle birlikte aşırı hassas hiper-uyanık bir mizaçla ilişkilidir (185). Bundan önce, bu tarz kişiler, Alfred Adler'in "aşağılık kompleksi" yapısı ile anılmaktaydı. DSM-II'de bu bozukluğu olan kişiler, şizoid, bağımlı veya yetersiz kişilikler olarak sınıflandırılırdı. Bazıları ise bu kişilerden fobik karaktere sahip olan kişiler olarak bahsederdi. Schneider ise yaptığı 11 anormal kişilik tanımının içine çekingen kişilik bozukluğunu eklememiştir. DSM-III'te bu bozukluğun eklenmesi, belirli hastaların şizoid veya bağımlı kişiliklerden farklı tanımlara uymasından kaynaklanmıştır. Bu kişiler sosyal ortamlara karşı ilgili ama geri çekilmiş kişilerdir. DSM-III-R, DSM-III'deki aynı yapıyı korumuştur fakat sosyal ortamlardaki suskunluğu yansıtan ölçütlerin sayısı artırılmıştır; başkalarının olduğu ortamlardan kaçınma ve rutin olmayan aktivitelere katılma konusunda fiziksel zorlukları abartma da eklenmiştir (118).

1.3.3.2.2. Epidemiyoloji

DSM-IV, bu bozukluğun genel popülasyonda %0,5 ile % 1 arasında, psikiyatri kliniğinde ayaktan tedavi edilenler arasında %10 olduğunu bildirmektedir. Bu bozukluğun yaygınlığını araştıran çalışmalar, kadınların çekingen kişilik bozukluğu gelişimine biraz daha yatkın olduğunu ortaya koymaktadır (145).

1.3.3.2.3. Etiyoloji

Genetik yatkınlık, çocuksu mizaç, erken çocukluk ortamı ve bağlanma stiline hepsinin Çekingen kişilik bozukluğunun gelişiminde rol oynadığı öne sürülmüştür. Çekingen kişilik bozukluğu için kalıtım katsayısı 0.64 olarak tahmin edilmiştir (186). Çekingen kişilik bozukluğu infantil mizaç özellikleri, katılık, aşırı duyarlılık, düşük yenilik arayışı, yüksek zarardan kaçınma ve aşırı aktif davranışsal engellemeyi içerir (187).

Çalışmalar, mizaç ve bağlanma arasındaki dinamik ilişkinin çekingen kişilik bozukluğunun gelişimini daha da kötüleştirebileceğini ortaya koymaktadır. Bu fenomen, halihazırda minimal düzeyde dışavurumcu olan bebeğin sıkıntısının, bakım verenin, uyumsuz davranış kalıplarını güçlendiren, küçümseyen tepkisiyle karşılanmasıyla kendini gösterir (188). Bakıcılarla olan bu erken etkileşimler, yakınlık ve güven korkusuyla sonuçlanır ve daha fazla aşırı uyanıklık durumuna yol açar. Nihayetinde, bu olumsuz şemalar, algılanan olası sıkıntıyı ortadan kaldırmak için kaçınmacı başa çıkma stratejilerini hızlandırır. Diğer ilgili faktörler arasında düşük orandaki ebeveyn teşviki, bakıcı suçluluk duygusu, ihmal ve istismar sayılabilir (189).

1.3.3.2.4. Sınıflandırma

DSM-5'e göre aşağıdakilerden 4'ünün (ya da daha fazlasının) olması ile belirli erken yetişkinlik döneminden başlayarak, yetersizlik duyguları, yaygın bir sosyal çekinme örüntüsü ve olumsuz değerlendirmeye karşı aşırı duyarlılık, çeşitli bağlamlarda mevcuttur:

1. Onaylanmama, eleştirilme veya reddedilme gibi korkular nedeniyle önemli kişiler arası teması içeren bir meslekle ilgili faaliyetlerden kaçınma.
2. Sevileceklerinden emin olmadıkça insanlarla ilişkiye girmek istemezler.
3. Alay edilme veya utanma korkusu nedeniyle yakın ilişkilerde kısıtlama gösterir.
4. Normal sosyal durumlarda reddedilmek veya eleştirmek ile meşguldür.

5. Yetersizlik duygusu nedeniyle yeni kişilerarası durumlarda çekingenlik gösterir.
6. Kendini sosyal olarak beceriksiz, kişisel olarak çekici olmayan ve diğer insanlardan aşağı görür.
7. Utanç verici olabileceği için kişisel riskler almak veya yeni faaliyetlerde bulunmak konusunda alışılmadık derecede isteksizdir (146).

1.3.3.2.5. Ayırıcı Tanı ve Komorbidite

Daha önce bahsedildiği gibi, çekingen kişilik bozukluğunun başlangıçta patolojik anksiyete spektrumu içinde bir sınıflandırmayı temsil ettiğine inanılıyordu. Uzmanlar, çekingen kişilik bozukluğu fenomenolojisinin ancak sosyal anksiyete bozukluğu ile paralel olarak var olabileceğini öne sürdüler; ancak, çekingen kişilik bozukluğu olan bireylerin kabaca üçte ikisi sosyal anksiyete bozukluğu için standart kriterleri karşılamadığından bu varsayım o zamandan beri ortadan kaldırılmıştır (190). Paylaşılan savunmasızlık faktörleri ve ortak tanı kriterleri, bağımlı kişilik bozukluğu gibi diğer C kümesi bozuklukları ile benzer klinik tablolara neden olur (191). Şüphesiz benzer olmakla birlikte, bağımlı kişilik bozukluğundaki temel kaygı ve fiziksel yakınlık arzusu, terk edilme korkusundan kaynaklanırken, olası reddedilme ruminasyonları çekingen kişilik bozukluğu olanları tüketir (185).

Hem çekingen kişilik bozukluğunda hem de şizoid kişilik bozukluğunda tanık olunan yaygın izolasyon, çekingen kişilik bozukluğunun aktif ayrılmasını pasif ayrılmanın şizoid özelliğiyle karşılaştırarak tanısız olarak ayırt edilebilir. İlki, reddedilmeyi atlatmak için itici güçle sosyal katılımdan "aktif olarak" kaçınma durumunu oluştururken, ikincisi kararsız "pasif" izolasyon, tam bir ilgi eksikliğinden kaynaklanır. Ayrıca, şizoid kişilik bozukluğuna sahip olanlar, sosyal reddedilmeye karşı duyarsız ve kişiler arası etkileşime kayıtsızdır (185). Kaçınan kişilik davranış kalıpları genellikle daha fazla psikiyatrik komorbiditeye ve yaşamdan genel bir memnuniyetsizlik eksikliğine yol açar. Çekingen kişilik bozukluğunda birinin depresyon, madde kötüye kullanımı ve yeme bozukluklarından muzdarip olması sıktır. Bu hoşnutsuzluk, çekingen kişilik bozukluğu olan kişilerde intihar düşüncesi

ve intihar girişimi insidansı daha yüksek olduğu için istatistiksel olarak temsil edilir (190).

1.3.3.3. Obsesif-Kompulsif Kişilik Bozukluğu

1.3.3.3.1. Tanım ve Tarihçe

Psikanalizin ilk yıllarından beri, bu tanımın kişilik treytleri üzerinde çalışılmıştır. 1894 yılında Freud, obsesyonların beslendiği izolasyon ve yer değiştirme savunma mekanizmalarından bahsetmiştir. 1908 yılında, anal erotizmin kompulsif bozukluğun tanımlanmasında önemli rol oynadığını söylemiştir. Diğer psikanalistler de bu mekanizmadan ilerlemiştir. Avrupa’ da bu tanı, anankastik kişilik şeklinde adlandırılmıştır, 1959 yılında Schneider mevcut terimi duyarlı ya da kompulsif kişilikle eş anlamlı olarak kullanmıştır. Schneider’ a göre bu kişiler hayatlarını oldukça katı bir titizlik ile şekillendirir; son derece doğru ve dürüst kişilerdir; anksiyöz ve obsesiftirler. DSM-II’de bu tanı “kompulsif kişilik bozukluğu” şeklinde kullanılmıştır. Bu terim, DSM III ve DSM-III-R’de obsesif-kompulsif bozukluk şeklinde değiştirilmiştir. Bu değişen terminoloji ilginç olarak, obsesif-kompulsif kişilerdeki ambivalans duygularla ilişkili olan yapma–bozma savunmasının bir örneği olabilir. DSM-III-R’de, DSM-III kriterleri değiştirilmemiştir. Yalnızca iki yeni kriter daha eklenmiştir. lki; aşınmış, yıpranmış ya da eskimiş değersiz şeyleri elden çıkaramama; ikincisi ise, aşırı vicdanlı olma ve etik değerler ya da ahlaki konularda esnek olmama (118).

1.3.3.3.2. Epidemiyoloji

DSM-IV, bu bozukluğun genel popölasyonda %1, psikiyatri kliniğinde ayaktan tedavi görenler arasında %3 ila %10 arasında olduğunu bildirmektedir. DSM-IV’e göre bu bozukluğun erkeklerde görölme sıklığı, kadınların iki katı kadardır (163).

1.3.3.3. Etiyoloji

Ulaşılan genetik çalışmalar, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun başlangıcında kalıtımın rolünün olduğunu söylemiştir. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun nasıl oluştuğu hakkında erken yıllarda psikodinamik hipotezin söylediği şey, Freud'un psikoseksüel gelişim teorisinin söylediğine benzemektedir. Bu durum, psikoseksüel gelişimin anal fazında (2 ile 4 yaş arasında) çocuğun libidal dürtülerinin (tuvalet eğitimi öğrenirken) ebeveynleriyle çatışma içine girmesi ile görülür. Fakat kültürlerarası çalışmalarda, kişilik formülasyonunda tuvalet eğitiminin önemini desteklememektedir (118). Obsesif-kompulsif karakter, ödipal dönemde kastrasyon anksiyetesine tepki olarak anal saplanmaya geri dönmekle açıklanabilir. Bu karakter örüntüsüyle ilişkili anal özellikler, cimrilik, aşırı düzenlilik ve inatçılıktır. Psikodinamik teori, nesne ilişkileri yönünde değitkçe, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu daha az anal karakterle açıklamaya başlamış daha çok benlik saygısı, öfke, bilişsel düşüncelere ve yakınlık kurmada oluşan problemlere odaklanılmıştır (162). Kendi kendine şüphelenme, obsesif-kompulsif hastaların en genel özelliğidir. Tedavide bu kişilerin ebeveynleri tarafından sevilmediği ya da bu kişilere değer verilmediği görülmektedir. Yoğun öfkeleri genelde ebeveynlerine karşıdır. Obsesif-kompulsif kişilik bozukluğu olan kişiler, öfke ve bağımlılık gibi kabul görmeyen duygularını aşmak için mükemmeliyetçiliği ön plana çıkarırlar. Yeterli seviyede bir şeyleri yapıp yapmadıklarını sürekli düşünür ve böylece ebeveyn onayını alırlar, bu çocukluktan itibaren özlem duyduğu bir şeydir. Yakın ilişkide olma, bu kişiler için bir risk oluşturur, çünkü burada bağımlılık istekleri ve öfke duymaları tetiklenebilir ve sonrasında kontrolünü kaybedebilirler. Bu kişilerin eşleri ve çevresindeki kişiler bu hastaların oldukça kontrollü olmalarından şikayetçidir (162). Erikson'un anal periyodu yeniden kavramsallaştırması Freud'un teorisine göre önemli bir şekilde ses getirmiştir. Güdüler ve duyguların ifade edildiği, şüphesiz ebeveynlerin belirli tepkileriyle şekillenmektedir. Çocuğun doğrudan öfkesini ve memnuniyetsizliğini dile getirmesi korkuyla, eleştirilmeyle veya sosyal geri çekilmelerle sonuçlanabilir. Çocuklarda, dikkatin detaylara verilmesi ve sorumluluktan kaçınma, ebeveynlerin eleştirilerinden uzaklaşma ve dikkat çekmede iyi bir yoldur. Burada çocuk, duygusalıktan kaçınmayı öğrenir ve obsesif savunmalar geliştirebilir. Bu yüzden çocuk nötr olan bir nesneye yönelik hissettiği

öfkelerini yer değiştirme mekanizmasını kullanarak, dolaylı olarak ifade eder ve öfkeye karşı ahlaki tutumdan kazanılan sosyal ödüller (reaksiyon formasyon) edinirler. Öfkenin şiddetini anlamak kişinin katılığına bağlı olduğundan, obsesif-kompulsif kişilik bozukluğunun şiddetine odaklanılmalıdır. Genel olarak yapılan gözlem, titiz şekilde düzeltildeği görölen evin odasında, herhangi bir dolap paradoksal olarak dağınıktır. Antisosyal kişiliğin çok az tutarlı bir ebeveyn disiplinine maruz kaldığını, buna karşılık obsesif-kompulsif kişiliğin ise fazla disiplinli ortamda yaşadığı araştırmalarda gösterilmiştir (118).

1.3.3.3.4. Sınıflandırma

DSM-5'e göre aşağıdakilerden dördü (ya da daha çoğu) ile belirli, erken erişkinlikte başlayan ve değişik bağlamlarda ortaya çıkan, esnekliği azaltan, açık yürekli olmaktan uzaklaştıran ve verimliliği düşüren, düzenlilik, eksiksizlik, düşüncelerini ve kişilerarası ilişkilerini denetim altında tutma uğraşları ile giden yaygın bir örüntü:

1. Yapılan etkinliğin başlıca amacını gözden kaçıracak boyutta ayrıntı, kural, sıralama, düzen, örgütleme ya da tasarlamayla uğraşıp durur.
2. İçin bitirilmesini güçleştirecek boyutta eksiksiz yapma uğraşındadır (örn. kendisine özgü aşırı katı ölçüler karşılanmadığı durumda bir tasarımı tamamlayamaz).
3. Boş zaman etkinliklerini (eğlenme veya dinlenme uğraşlarını) ve arkadaşlıklarını dışlayacak denli kendine işe ve üretken olmaya verir (bu durum parasal gereksinim ile açıklanamaz).
4. Aşırı doğrucu, vicdanlı ve erdemlidir, ahlak ya da değerler konusunda hiç esneklik göstermez (kültürel veya dinsel özdeşim ile açıklanamaz).
5. Özel değeri olmasa dahi eski, yıpranmış veya değersiz nesneleri elden çıkaramaz.
6. Başkalarının tam kendisinin yapacağı gibi yapacaklarına inanmadığı sürece, görev dağılımı ya da işbirliği yapma konusunda isteksizlik gösterir.

7. Hem kendisi, hem de başkaları için çok eli sıkıdır (pintidir); parayı, başa gelebilecek korkunç durumlar için biriktirilmesi gereken bir nesne olarak görür.
8. Hiç esnemez (katıdır) ve inatçıdır (146).

1.4. Kişilik Özelliklerinin Değerlendirilmesinde Kullanılan Ölçekler

Kişiliğin ve kişilik bozukluklarının (kategorik ve boyutsal) nesnel olarak değerlendirilmesine yönelik gelişmiş birçok yapılandırılmış ölçüm ve değerlendirme aracı bulunmaktadır. Burada yalnızca Türkçe çevirisi ve geçerlilik, güvenilirlik çalışmaları yapılmış bulunan değerlendirme araçlarına yer verilmiştir (192).

- DSM-III-R Yapılandırılmış Klinik Görüşmesi Türkçe Çevirisi-Kişilik Bozuklukları Formu: DSM-III-R sınıflandırılmasına göre geliştirilmiş, ikinci ekseninde yer alan kişilik bozuklukları tanımlarını koyma amacıyla uygulanan yapılandırılmış bir klinik görüşme yöntemidir (193). Türkçe çeviri ve uyarlamaları Sorias ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (194).
- Mizaç Ve Karakter Envanteri: Cloninger'in psikobiyolojik kişilik kuramına dayalı olarak, kişiliğin yedi boyutunu ölçmeye yönelik olarak Cloninger ve arkadaşları tarafından geliştirilmiş bir çizelgedir (195). Kişinin evet/hayır olarak, kendi doldurmasını gereken 250 sorudan oluşur. Türkçe geçerlik ve güvenilirlik çalışmaları iki bağımsız grup tarafından yapılmıştır (196,197).
- Eysenck Kişilik Envanteri: Türkçe geçerlik güvenilirlik çalışması yapılmış olan iki biçimi bulunmaktadır: Eysenck kişilik Envanteri (90 maddelik) ve Gözden Geçirilmiş Eysenck Kişilik Anketidir (100 maddelik) (198,199).
- Belirti Tarama Listesi(SCL-90R): Psikiyatrik belirtileri içeren 90 maddeden oluşmaktadır. Değerlendirmede 5 dereceli bir derecelendirilmiş ölçek kullanılmaktadır. Dokuz belirti grubunu içermektedir. Bunlar somatizasyon, obsesif-kompulsif özellikler, kişiler arası ilişkilerde huzursuzluk, depresyon, anksiyete, öfke-düşmanlık, fobik anksiyete, paranoid düşünce, psikotizmdir (200).
- Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri(MMPI): MMPI dünyada kişilik ve psikopatolojilerin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılan objektif bir

araçtır. Kişinin evet ve hayır şeklinde kendi başına dolduracağı 566 ifadenin yer aldığı envanterdir. İlk kez Hathaway ve McKinley tarafından geliştirilmiştir (201).

Yıllar içinde dünya literatüründe oluşan MMPI ile ilgili bilgi birikimi göz ardı edilemeyecek düzeye gelmiştir. Ancak bir yandan da zaman içinde gelişen kültürel özelliklere bağlı olarak çağın gerekliliklerine göre envanteri yenileme gereği ortaya çıkmıştır. Toplumlar, alışkanlıklar, günlük yaşam koşulları, inançlar ve hatta kullanılan dil zaman içerisinde gelişmektedir. Bu nedenle test maddeleri yeniden gözden geçirilip, yeni normlar belirlenerek MMPI-2 geliştirilmiştir (202). MMPI'dan farklı olarak MMPI-2'de geçerlilik alt testlerinin sayısı arttırılmış ve içerik içerik alt testleri eklenmiştir. MMPI-2'nin Türk standarizasyonu Savaşır ve Çulha tarafından yapılmıştır (203).

1.5. Aleksitimi

Alexithymia, Yunanca'dan “his için kelime yok” anlamına gelir. 1940'ların sonunda, Ruesch tarafından bu kavrama atıfta bulunuldu ve 1972'de Peter Sifneos, psikosomatik bozukluğu olan hastalarda kişinin duygularını tanımlamak için uygun kelimeleri bulamamasını tanımlamak için bu terimi kullandı (204,205). Sifneos'un aleksitimi kavramını tanıtmayı ve onu klasik psikosomatik hastalıklarla ve dinamik psikoterapiye yanıt vermedeki başarısızlıkla ilişkilendirmesinden bu yana otuz yıl geçmiştir (205).

Aleksitimi yapısı, öznel duyguları tarif etme ve tanımlama zorluğu, yoksullaştırılmış bir hayal dünyası ve içsel zihinsel süreçlerden ziyade dış olaylarla meşgul olmayı içeren bir dizi özellik anlamına gelir (205,206). Günümüzde, benzersiz bir kişilik özelliği olarak aleksitimi, bilişsel-duygusal işleme ve duygulanım düzenlemesindeki eksiklikleri yansıttığı düşünülmektedir (207). Aleksitimi teriminin doğru anlamı agnozi yerine bir tür anomiyi akla getirirken, Sifneos ve Nemiah'tan esinlenen çoğu klinisyen ve araştırmacı için, duygusal anlamlarından yoksun sözcüklerden ziyade, duygusal hisler için sözcük bulma güçlüğünden fazlasını kapsayan çok yönlü bir yapının adıdır (208). Aleksitimi aynı zamanda dayanılmaz duygulara karşı büyük bir savunma ve aynı zamanda

duyguların zihinsel temsilde bir eksiklik olarak görülür (207). Aleksitimi, ne DSM ne de ICD tanı kategorisinde değildir. Genel popülasyonda aleksitimi prevalansı %10 civarındadır (209).

Aleksitimi dört bileşenden oluşan bir yapıdır; duyguları tanımlamada güçlük, başkalarına duyguları tarif etmede güçlük, dışa dönük düşünme ve sınırlı hayal gücü kapasitesi veya sınırlı hayal kurma (210). Başlangıçta psikosomatik hastalık bağlamında tanımlanmış olsada, çok çeşitli psikiyatrik bozukluğu olan hastalarda aleksitimik özellikler gözlenebilir. Bununla birlikte, aleksitimi aynı zamanda nörolojik hastalığın ortak bir özelliği gibi görünmektedir ve çoğu kanıt travmatik beyin hasarı, felç ve epilepsisi olan ve sıklıkla depresyon ve anksiyete gibi duygudurum bozuklukları ile ilişkili hastalar için mevcuttur (211,212).

Nemiah, aleksitimi ve Panik bozukluk arasındaki bağlantıyı vurgulayan ilk yazardır (213). 1993 yılında, bu teorik varsayımı doğrulamak için ilk deneysel çalışmalar yayınlanmıştır (214). Daha sonra 26 maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-26) kullanılarak Bach ve arkadaşları aleksitimi ve kişilik bozuklukları arasında anlamlı bir ilişki bulamadılar (215). 1995 yılından bu yana, 20 maddelik Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20) ağırlıklı olarak araştırmalar için kullanılmaktadır. Çoğu araştırmacı, panik bozuklukta veya sosyal fobideki aleksitimi prevalansını, affektif bozukluklar, obsesif kompulsif bozukluk, intihar eğilimi, kişilik özellikleri, yeme bozuklukları, madde kullanım bozuklukları ve çocukluk çağı travmasındaki prevalansı ile karşılaştırmıştır (216). Ayrıca, aleksitimik kişilerin tedaviye yanıtlarının zayıf olduğu düşünülmektedir (217,218).

1.6. Dürtüsellik

Dürtüsellik genellikle aşağıdan yukarıya kontrol mekanizmalarının, uygun olmayabilecek taleplere karşı azalan bilişsel kontrol ile otomatik veya ödül odaklı tepkiler tarafından bastırılmasıyla ortaya çıkan durumdur (disinhibisyon) (219,220). Dürtüsellik dört yapıya ayrılabilir: düşünceye dalmada eksiklik, azim eksikliği, heyecan arayışı ve aciliyettir (221,222). Özellikle, heyecan arayışı son zamanlarda ayrı bir dürtüsellik yapısı olarak kabul edilmiştir (223). Dürtüsellik ölçümleri, terimin tanımlarındaki değişkenliği yansıtır ve öz-bildirim değerlendirmelerinden

davranışsal ölçümlere ve elektrofizyolojik analizlere kadar çeşitli formları içerir (224,225). Öz bildirim, bireyin kendi davranışını doğru bir şekilde hatırlamasına dayanırken, davranışsal ölçümler daha nesneldir (226). Öz bildirim ve dürtüselliğin davranışsal ölçümleri arasında genellikle çok az örtüşme vardır (227).

Dürtüselliğin yaygın bir tanımı, dürtü üzerinde hareket etme eğilimine yol açan davranışsal engellemenin olmamasıdır (224). DSM-5, dürtüselliği davranışsal engelleme eksikliği olarak tanımlar (146). Ek olarak, dürtüsellik, yukarıdan aşağıya bilişsel kontrolün işlev bozukluğuna yol açan frontostriatal devredeki etkileri içerdiğinden, “engelleme sürecinin başarısızlığı” olarak kabul edilmiştir. Motor (davranışsal) dürtüsellik, yanıt inhibisyonuna eşdeğer olan ve sıklıkla klinik öncesi modellerde incelenen dorsolateral prefrontal lob aktivitesi ile ilişkili motor inhibisyonun (dürtüsel eylem) başarısızlığı ile ilgilidir (228,229). DSM-5 ayrıca dürtüselliği, duygusal olarak yüklü durumlarda bir aciliyet ve zararlı davranış boyutunu birleştirirken işlevsiz karar verme olarak tanımlar (146). Bazı yaygın öz bildirim değerlendirmeleri arasında Barratt dürtüsellik ölçeği (BIS-11), Eysenck dürtüsellik anketi (I 7) ve çok boyutlu kişilik anketi (MPQ) bulunur (230).

1.7. Agresyon (Saldırganlık)

Saldırganlık, sosyal hiyerarşileri kontrol eden ve eşler, yiyecek ve bölge gibi değerli kaynakları koruyan, evrimsel olarak korunan bir davranıştır. Çoğu durumda saldırganlık, sosyal davranışın normal ve gerekli bir bileşenidir. Bununla birlikte, insanlarda bazı agresyon biçimleri, yaşamı tehdit eden, mağdurlarda ve tanıklarda gelecekte psikiyatrik hastalık olasılığını artıran ve toplum üzerinde muazzam ekonomik yükler oluşturan patolojik davranışlar olarak kabul edilir (231). Ayrıca, anormal saldırgan davranış, çok çeşitli psikiyatrik ve nörolojik hastalıklarda paylaşılan bir semptom olsa da, özellikle onu engellemeyi amaçlayan onaylanmış tedaviler varsa bile çok azdır (232). Şiddetin toplum üzerindeki devasa maliyetlerine, psikiyatri hastaları arasında saldırganlığın yaygınlığına ve şu anki tedavi eksikliğimize rağmen, saldırganlık tarihsel olarak psikiyatri hastalarındaki diğer duygusal davranışlarla karşılaştırıldığında yeterince incelenmemiştir (233). Anormal saldırganlık sergileyen bazı psikiyatri hastaları bunu şiddeti ödüllendirici

buldukları için yapsalar da (proaktif saldırganlık olarak adlandırılır), diğerleri bunu algılanan sosyal tehditlere karşı uygun olmayan duygusal tepkisellik ve zayıf dürtü kontrolü (reaktif saldırganlık olarak adlandırılır) nedeniyle yapabilir (234). Çok sayıda kanıt, bu iki tür saldırgan davranışı kontrol eden devrelerin önemli ölçüde farklılık gösterdiğini öne sürüyor (235). Klinik nörogörüntüleme çalışmaları genel olarak reaktif saldırganlığın medial prefrontal korteksin (mPFC) eşzamanlı hipofonksiyonu ve amigdala hiperfonksiyonu içerdiğini ileri sürmektedir (234). Saldırganlık, bir kortikolimbik ağda düzensizlik ile ilişkilidir (236). Spesifik olarak, prefrontal korteks (PFC) alanları yoluyla amigdalanın yetersiz düzenlenmesi, saldırgan davranış için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (237). PFC-amigdala sistemi, duygusal kontrolü destekler ve saldırgan dürtüleri düzenler (238,239). Bu kortikolimbik saldırganlık modelinin kanıtı, hem yapısal hem de işlevsel beyin görüntüleme çalışmalarından gelmektedir. Ayrıca, PFC'de ve amigdala da dahil olmak üzere alt temporal lobda azaltılmış gri madde, antisosyal özelliklerle ilişkilendirilmiştir (240). Benzer bir şekilde, azalmış PFC-amigdala bağlantısı, şizofreni hastalarında sürekli saldırganlık için bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır (241). Özetle, PFC-amigdala düzenleme sisteminin işleyişi, başarılı duygu düzenlemesinin merkezinde yer alıyor gibi görünmektedir, bu nedenle dürtüsel saldırganlığı önlemektedir (242).

2. GEREÇ ve YÖNTEM

Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine sağlık kurulu raporu için başvuran 2020 yılı içerisinde silah ruhsatı almak, silahlı özel güvenlik görevlisi veya güvenlik korucusu olmak için başvuranlar arasından çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler çalışma grubu olarak alındı. Çalışma ölçütlerini karşılayan, hasta gruplarıyla sosyodemografik açısından benzer, Fırat Üniversitesi Hastanesi Ruh sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine ayaktan başvurarak herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan yurttan kalma veya işe başlama amacıyla sağlık kurulu raporu almak için başvuran çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireylerden kontrol grubu oluşturuldu. Katılımcılara araştırma ile ilgili bilgiler verilerek yazılı onamları alındı. Aydınlatılmış onamı alınan tüm katılımcılara sosyodemografik veri formu, Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri uygulandı.

2.1. Vaka Grubu

Çalışmaya Fırat Üniversitesi Hastanesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine sağlık kurulu raporu için 2020 yılı içerisinde silah ruhsatı almak, korucu ve silahlı özel güvenlik görevlisi olmak için başvuranlar arasından çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan toplam 132 kişi alındı.

2.2. Kontrol Grubu

Çalışma ölçütlerini karşılayan, vaka gruplarıyla sosyodemografik açıdan benzer, herhangi bir psikiyatrik hastalığı olmayan sağlık kuruluna göreve veya yurttan kalmak amacıyla başvurup Fırat Üniversitesi Hastanesi Ruh sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde ayaktan değerlendirilen 69 sağlıklı birey alındı.

2.3. Vaka Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Vaka grubunun araştırmaya dahil edilme kriterleri şunlardır;

- Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamış olması
- Okuryazar olması
- Ölçekleri anlayıp cevaplayabilecek zeka düzeyinde olması
- 18 ile 65 yaşlar arası olması
- DSM-5'e göre bir psikiyatrik hastalık öyküsünün olmaması
- Nörolojik hastalığının bulunmaması

2.4. Vaka Grubunun Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Vaka grubunun araştırmadan dışlanma kriterleri şunlardır;

- 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olması
- Ölçekleri anlayıp cevap verecek entelektüel düzeyde olmaması
- Yazılı bilgilendirilmiş onam formunu imzalamamış olması
- Okuryazar olmaması
- DSM-5'e göre psikiyatrik hastalık geçmişinin olması
- Nörolojik hastalığının bulunması

2.5. Kontrol Grubunun Araştırmaya Dahil Edilme Kriterleri

Kontrol grubuna alınacak katılımcıların araştırmaya dahil edilme kriterleri şunlardır;

- Yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunu imzalamış olması
- Okuryazar olması
- Ölçekleri anlayıp cevaplayabilecek zeka düzeyinde olması
- 18 ile 65 yaşlar arası olması
- Herhangi bir DSM-5'e göre tanısının olmaması
- Nörolojik hastalığının bulunmaması

2.6. Kontrol Grubunun Araştırmadan Dışlanma Kriterleri

Kontrol grubuna alınacak katılımcıların araştırmadan dışlanma kriterleri şunlardır;

- 18 yaş altı ve 65 yaş üstü olması
- Ölçekleri anlayıp cevap verecek entelektüel düzeyde olmaması
- Yazılı bilgilendirilmiş onam formunu imzalamamış olması
- Okuryazar olmaması
- DSM-5'e göre psikiyatrik hastalık geçmişinin olması
- Nörolojik hastalığının bulunması

2.7. Kullanılan Ölçek ve Formlar

Katılımcılara literatür taraması sonucu oluşturulmuş bir sosyodemografik ve klinik veri formu uygulandı. Ayrıca yine literatür taraması yapılarak daha önce geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmış, Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Toronto Aleksitimi Ölçeği ve Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri uygulandı.

2.7.1. Sosyodemografik ve Klinik Veri Formu

Klinik deneyim ve literatür taraması sonrasında elde edilen bilgilere uygun olarak ve çalışmanın amaçları göz önünde bulundurularak tarafımızca hazırlanmış bir sosyodemografik ve klinik veri formu kullanıldı. Yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek, yaşanılan yer, ekonomik durum, tıbbi hastalık geçmişi gibi sosyodemografik bilgileri içeren yarı yapılandırılmış bir formdur.

2.7.2. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI; Minnesota Multiphasic Personality Inventory)

Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri (MMPI), kişilik özelliklerini ve psikopatolojiyi değerlendirmek için tasarlanmış en yaygın psikometrik testtir (243). Testin geliştirilmesi aşamasında, çok sayıda madde içinden, ölçülmesi amaçlanan belli bir özelliğe sahip olan bireyleri normatif gruptan en iyi ayırt eden maddenin seçilmesiyle test oluşturulmuştur. Kişinin testin herhangi bir maddesine verdiği evet veya hayır cevabı tek başına dikkate alınmaz. Maddelere verilen doğru veya yanlış cevapların sayısı toplanarak ham puanlar elde edilir. Elde edilen 3 geçerlilik ve 10

klirik alt ölçek puanları bir grafik haline dönüştürölerek değerkendirilir. Geçerlik alt ölçekleri hem kişinin test almaya karşı tutumu ve testi ne derece içten cevapladığı bilgisini yansıtır, hem de psikopatoloji varlığı ile ilgili bilgi verir. Klinik alt ölçeklerde kişilik özellikleri ve psikopatoloji belirtileri ile ilişkilidir (192).

MMPI 1930'larda geliştirildi ve 1942'de Stuart Hathaway ve Charley McKinley tarafından Minnesota Üniversitesi aracılığıyla yayınlandı. Test, beraberinde bir cevap kağıdı içeren bir kitapçık kullanılarak 566 doğru veya yanlış madde üzerinden yapılır. Yanıtlar daha sonra elle puanlanır ve bir XY grafiğı üzerinde çizilir; erkek ve kadın katılımcılar için ayrı bir versiyon kullanılır (244).

X eksenini 14 ölçekten oluşur. İlk dört 'içerik ölçeğı', test girişiminin geçerliliğini değerkendirir ve şunları içerir: '?' hiçbir girişimde bulunmadan veya hem 'doğru' hem de 'yanlış' seçiliyken yanlış tamamlanan soruların sayısını temsil etmek için kullanılır. 'Yalan' için L, yanıtlayanın kendilerini daha olumlu bir şekilde yanlış tanıtmaya girişimini temsil eder. F veya 'sıklık', rasgele yanıtın yanı sıra yanıtlayanın semptomları abartmasını veya küçümsemesini ölçmek için ve K, 'savunma gücünü' veya stresli içerikten kaçınmayı ölçmek için kullanılır.

'Klinik ölçekler' olarak bilinen kalan 10 ölçek, aşağıdakiler dahil psikiyatrik sendromların varlığını ölçmek için tasarlanmıştır: hipokondriyazis için 1 veya 'Hs', depresyon için 2 veya 'D', histeri için 3 veya 'Hy', psikopatik sapma için 4 veya 'Pd', erkeklik-kadınlık sürekliliğı için 5 veya 'Mf', paranoya için 6 veya 'Pa', psikosteni veya obsesif-kompulsif eğilim için 7 veya 'Pt', şizofreni için 8 veya 'Sc', mani için 9 veya 'Ma', sosyal içe dönüklük için 0 veya 'Si' kullanılmaktadır.

Y eksenini, 0'dan 120'ye kadar bir T-puan aralığında her ölçekte alınan notu istatistiksel olarak standartlaştırır. Ortalama puan 50'dir ve yanıt verenlerin %82'si, 30 ile 70 arasında düşen normal nüfus olarak kabul edilir. A T-skoru 70'den büyük olması bu kategorideki psikopatolojiyi gösterir (244). Ölçeğinin alt testlerinde, uygulanan topluma göre patolojik kesim noktası farklılık göstermektedir. Ülkemizde, 60-65 puan kesim noktası olarak kabul edilmektedir (192).

2.7.3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF)

Barratt tarafından 1959 senesinde geliştirilmiş olan BIS, geçen 50 yıl içinde çok sayıda revizyondan geçmiştir. En son formu olan BIS-11 1995 senesinde geliştirilmiştir (245). Hem normal hem de klinik gruplarda yapılan çok farklı araştırmalarda geniş bir şekilde kullanılmıştır. BIS-11 puanları normal toplumda yapılan çalışmalarda davranış ve kişilik özellikleri ile alakalı bulunmuştur. Basit olması ve hızlı uygulanabilir olması sebebi ile bipolar bozukluk, depresyon, alkol ve madde kullanım bozuklukları, dürtü kontrol bozuklukları, yeme bozuklukları ve kişilik bozuklukları gibi hasta gruplarıyla yapılan çalışmalarda yaygın şekilde uygulanmıştır. Türkçe’de geçerlik ve güvenirlik çalışmasını Türkçe Uyarlama Çalışması Tamam ve arkadaşları tarafından 2008 senesinde yapılmıştır (246).

2.7.4. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği

Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği tüm dünyada en yaygın olarak kullanılan saldırganlık ölçekleri arasında bulunmaktadır (247). Bu ölçek 29 maddeden oluşan beşli Likert tipi bir ölçektir. Fiziksel saldırganlık, sözel saldırganlık, düşmanlık ve öfke olmak üzere saldırganlığın dört ayrı boyutunu ölçmeyi hedeflemektedir. Fiziksel saldırganlık alt ölçeği, başkalarına fiziksel olarak zarar verme ile alakalı 9 soru; sözel saldırganlık alt ölçeği, başkalarını sözel yolla incitmeyi barındıran 5 soru; öfke alt ölçeği, saldırganlığın duygusal boyutunu ölçmeyi amaçlayan 7 soru; düşmanlık alt ölçeği ise saldırganlığın bilişsel boyutunu ölçmeyi amaçlayan 8 soru barındırmaktadır (248).

2.7.5. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20)

20 maddelik TAS-20 skorudur (249,250). Her madde, “kesinlikle katılmıyorum” (1 puan) ile “kesinlikle katılıyorum” (5 puan) arasında değişen, 20 ile 100 arasında değişen beşli Likert tipi bir ölçekte derecelendirildi. Yüksek toplam puanlar daha fazla aleksitimi gösterdi. Ölçek çok sayıda dile çevrilmiştir ve üç faktörlü yapısı birçok ülke ve kültürde doğrulayıcı faktör analizi ile çapraz doğrulanmıştır (249,251). Bu bulgular, aleksitiminin kültüre özgü bir yapıdan ziyade

yaygın bir özellik olduğu görüşünü desteklemektedir (252). TAS-20, aynı zamanda, yüksek ve düşük aleksitimi olan kişileri ve ayrıca ampirik olarak türetilen kesme puanlarını belirlemek için aleksitimi özelliklerinin sürekli olarak değerlendirilmesini sağlar (249). Toplam puanı ≤ 50 olan bireyler aleksitimik değil, 51 ila 60 arasında puan alan kişiler muhtemelen aleksitimik olarak kabul edilir ve 61 ve üzeri puan alan kişiler aleksitimik olarak kabul edilir. Test sadece toplam puanları hesaplamak için değil, aynı zamanda aleksitimi yapısını tanımlayan üç boyuttan her biri ile bir puan ilişkilendirmek için tasarlanmıştır: duyguları tanımlamada zorluk (F1), duyguları başkalarına iletmede zorluk (F2), “ İşlemsel Düşünme” veya dışsal düşünme (F3) (253).

2.8. Uygulama

Fırat Üniversitesi Hastanesi Psikiyatri polikliniğine sağlık kurulu raporu için başvuran 2020 yılı içerisinde silah ruhsatı almak, silahlı özel güvenlik görevlisi veya güvenlik korucusu olmak için başvuranlar arasından çalışmaya dahil edilme kriterlerini karşılayan bireyler çalışma grubu olarak alındı. Ve çalışma ölçütlerini karşılayan, örneklem grubuyla benzer sosyodemografik özellikleri taşıyan işe başlama sağlık kurulu raporu almak için Fırat Üniversitesi Hastanesi Ruh sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğine ayaktan başvuran, dışlama kriterlerini karşılayan sağlıklı kişiler kontrol grubu olarak alındı. Kriterleri karşılayan kişilere çalışmanın amacı ve prosedürleri hakkında detaylı bilgi verilerek yazılı ve imzalı bir onam formu alındı. . Çalışmaya katılmaya gönüllü olan, bilgilendirilmiş onam formunu imzalayan katılımcılara ölçekler uygulandı. Çalışmaya alınan tüm bireylerle psikiyatrik görüşme yapıldı ve sosyodemografik veri formu tarafımızca dolduruldu. Çalışma ve kontrol grubuna Barratt Dürtüsellik Ölçeği, Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği, Toronto Aleksitimi ölçeği, Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri uygulandı.

2.9. İstatistiksel Analiz

Katılımcılardan ölçekler yoluyla elde edilen verilerin analizi Statistical Package for The Social Science software version 22 (SPSS, Inc., USA) kullanılarak yapıldı. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediği Shapiro-Wilk testi ile değerlendirildi. Kategorik değişkenler Ki-kare testi ile karşılaştırıldı. Normal dağılım gösteren sürekli sayısal veriler Student's *t*-testi ile değerlendirildi. Gruplar arası ortalamaların karşılaştırılmasında ANOVA testi kullanıldı.



3. BULGULAR

3.1. Vaka ve Kontrol Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Çalışmaya, işe başlamak veya yurttan kalabilmek için psikiyatrik muayeneden geçme şartı konulan ve silah ruhsatı olmayan 69 birey kontrol grubu olarak alındı. Özel güvenlik, korucu veya bireysel silah ruhsatı için başvuran 132 kişi vaka grubu olarak alındı. Kontrol grubunun yaş ortalaması $27,06 \pm 6,85$ iken vaka grubunun yaş ortalaması $31,61 \pm 9,92$ olarak bulundu. Vaka grubunun yaş ortalaması kontrol grubundan istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde daha yüksek bulundu ($p < 0,001$).

Vaka grubu 19 kadın (%14,4) 113 erkekten (%85,6) oluşurken, kontrol grubu 37 kadın (%53,6) 32 erkekten (%46,4) oluşturuldu. Cinsiyet açısından her iki grup arasında anlamlı farklılık saptandı ($p < 0,001$, $X^2 = 34,696$).

Vaka grubu; silahlı güvenlik olabilmek için başvuranlar 56 kişi (%42,6) , korucu olmak için başvuranlar 38 kişi (%28,7) ve silah ruhsatı almak için başvuranlar 38 kişi (%28,7) olmak üzere 3 alt gruptan oluşmaktadır. Vaka grubunda başvuru gerekçeleri incelendiğinde; 101 kişinin (%76,5) iş nedeniyle, 16 kişinin (%12,1) güvenlik nedeniyle, 4 kişinin (%3) yakınından silah devri olduğu için, 4 kişinin (%3) silah merakı olduğu için ve 7 kişinin (%5,3) ise diğer nedenlerle başvurdukları görüldü. Grupların sosyodemografik verileri Tablo 1’de özetlenmiştir.

Tablo 1. Vaka ve kontrol grubunun sosyodemografik verilerinin karşılaştırılması

		Kontrol (n=69)	Vaka (n=132)	P*	X ²
		n (%)	n (%)		
Cinsiyet	Kadın	37 (%53,6)	19 (%14,4)	<0,001	34,696
	Erkek	32 (%46,4)	113 (%85,6)		
Medeni durum	Bekar	51 (%73,9)	68 (%51,5)	0,002	9,412
	Evli	18 (%26,1)	64 (%48,5)		
Eğitim durumu	Ortaokul ve altı	18 (%26,1)	29 (%22,0)	0,632	0,230
	Lise ve üstü	51 (%73,9)	103 (%78,0)		
Yerleşim yeri	Köy	4 (%5,8)	35 (%26,5)	<0,001	17,973
	Kasaba	5 (%7,2)	17 (%12,9)		
	Şehir	60 (%87,0)	80 (%60,6)		
Ekonomik durum	Düşük	22 (%31,9)	49 (%37,1)	0,560	0,339
	Orta	47 (%68,1)	83 (%62,9)		
Çalışma durumu	Çalışıyor	22 (%31,9)	61 (%46,2)	0,050	3,837
	Çalışmıyor	47 (%68,1)	71 (%53,8)		
Sigara kullanımı	Var	20 (%29,0)	69 (%52,3)	0,002	9,960
	Yok	49 (%71,0)	63 (%47,7)		
Alkol kullanımı	Var	0	3 (%2,3)	0,553	
	Yok	69 (%100)	129 (%97,7)		
Madde kullanımı	Var	0	0		
	Yok	69 (%100)	132 (%100)		
Akrabada silah	Var	14 (%20,3)	64 (%48,5)	<0,001	15,169
	Yok	55 (%79,7)	68 (%51,5)		
Organik hastalık	Var	1 (%1,4)	3 (%2,3)	1,000	
	Yok	68 (%98,6)	129 (%97,7)		

*Ki-kare testi

3.2. Vaka ve Kontrol Grubunun Ölçek Puanlarının Karşılaştırılması

3.2.1. Toronto Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Aleksitimi ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmamıştır. Ölçek ve alt ölçek puanları Tablo 2’te özetlenmiştir.

Tablo 2. Toronto Aleksitimi Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n=69)	Vaka (n=132)	p*
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Duygularını tanımada güçlük	10,42 ± 3,44	9,70 ± 3,11	0,138
Duyguları söze dökmede güçlük	9,86 ± 3,37	9,26 ± 3,13	0,212
Dışa dönük düşünme	20,30 ± 3,27	20,26 ± 3,61	0,926
Toplam ölçek puanı	40,74 ± 7,78	39,30 ± 6,90	0,180

*Student t-testi

Ort ± SS: Ortalama ± standart sapma

Vaka grubu alt grupları ve kontrol grubunun aleksitimi ölçek puanları karşılaştırıldığında da istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görüldü.

3.2.2. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Her iki grup karşılaştırıldığında Barratt toplam puanı, bilişsel düzensizlik, sabırsızlık, oto-kontrol, dikkatsel dürtüsellik ve plansız dürtüsellik alt ölçek puanları bakımından anlamlı farklılıklar bulundu. Bulgular Tablo 3’te özetlendi.

Vaka grubunun alt grupları kendi arasında ve kontrol grubuyla kıyaslandığında ise silah ruhsatı için başvuran grupla kontrol grubu arasında bilişsel düzensizlik, oto-kontrol, dikkatsel dürtüsellik ve plansız dürtüsellik alt ölçek puanları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılıklar saptanmış olup puanlar kontrol grubunda daha yüksek olarak bulundu. Kontrol grubunun oto-kontrol puanı korucu

alt grubuna anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Diğer alt ölçekler açısından gruplar arasında anlamlı fark saptanmadı.

Tablo 3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n=69)	Vaka (n=132)	p*
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Dikkat	8,04 ± 2,05	7,51 ± 2,38	0,115
Bilişsel düzensizlik	4,75 ± 1,35	4,29 ± 1,27	0,017
Motor	10,51 ± 2,26	10,27 ± 2,45	0,510
Sabırsızlık	5,75 ± 1,73	5,31 ± 1,18	0,034
Otokontrol	10,26 ± 2,82	8,85 ± 2,34	<0,001
Bilişsel karmaşıklık	11,43 ± 2,37	11,39 ± 2,53	0,912
Dikkatsel dürtüsellik	12,77 ± 2,80	11,86 ± 2,79	0,029
Motor dürtüsellik	16,25 ± 3,34	15,66 ± 3,03	0,210
Plansız dürtüsellik	21,67 ± 4,27	20,09 ± 3,93	0,010
Barratt toplam puanı	50,68 ±	47,74 ±	0,020

*Student *t*-testi

Ort ± SS: Ortalama ± standart sapma

3.2.3. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

Buss Perry ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları karşılaştırıldığında kontrol grubunun öfke puanı vaka grubundan anlamlı düzeyde yüksek bulunurken diğer puanlar açısından istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptanmadı. Bulgular Tablo 4'te özetlendi.

Vaka grubunun alt grupları kendi arasında ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında kontrol grubunun öfke alt ölçek puanı silah ruhsatı ve korucu alt gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Düşmanlık alt ölçek puanı özel güvenlik grubunda silah ruhsatı grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Buss Perry ölçeği toplam puanı özel güvenlik grubunda silah ruhsatı grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olarak bulundu.

Tablo 4. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği Puanlarının Karşılaştırılması

	Kontrol (n=69)	Vaka (n=132)	p*
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Fiziksel saldırganlık	2,99 ± 3,60	3,12 ± 2,79	0,768
Öfke	4,58 ± 4,23	3,15 ± 3,39	0,010
Düşmanlık	6,46 ± 4,77	5,89 ± 4,81	0,420
Sözel saldırganlık	6,26 ± 2,84	6,64 ± 4,45	0,517
Ölçek toplam puanı	20,28 ± 11,75	18,80 ± 11,44	0,387

*Student *t*-testi

Ort ± SS: Ortalama ± standart sapma

3.2.4. MMPI Puanlarının Karşılaştırılması

MMPI profilleri değerlendirildiğinde erkeklik-kadınlik indeksi kontrol grubunda vaka grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksekti. Diğer indeksler açısından her iki grup benzerlik göstermektedir. Bulgular Tablo 5'te özetlendi. Vaka grubunun alt grupları kendi arasında ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında erkeklik-kadınlik indeksi puanı kontrol grubunda diğer üç gruba kıyasla anlamlı derecede daha yüksekti. Hipomani indeksi puanı özel güvenlik grubunda silah ruhsatı grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Savunma-inkar indeksi puanı silah ruhsatı grubunda özel güvenlik grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek saptandı. Diğer indeks puanları açısından gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı.

Tablo 5. MMPI profillerinin karşılaştırılması

	Kontrol (n=69)	Vaka (n=132)	p*
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Hipokondriya	45,43 ± 8,98	46,87 ± 6,82	0,206
Depresyon	46,48 ± 7,38	46,54 ± 6,05	0,951
Histeri	49,58 ± 7,65	49,98 ± 8,15	0,738
Psikopatik sapma	48,59 ± 8,27	47,75 ± 7,74	0,474
Erkeklik-kadınlık	47,28 ± 11,30	36,37 ± 10,74	<0,001
Paranoya	45,25 ± 8,72	43,63 ± 6,94	0,153
Psikasteni	44,38 ± 6,42	43,56 ± 5,16	0,330
Şizofreni	43,12 ± 6,95	43,01 ± 5,40	0,910
Hipomani	50,38 ± 8,08	49,89 ± 8,82	0,701
Sosyal içe dönme	47,97 ± 9,48	49,08 ± 7,07	0,396
Yalan	53,28 ± 9,49	51,11 ± 9,92	0,137
Uyum	44,57 ± 8,93	44,45 ± 6,46	0,915
Savunma-inkar	54,39 ± 11,38	52,93 ± 7,22	0,336

*Student *t*-testi

Ort ± SS: Ortalama ± standart sapma

4. TARTIŞMA

Ülkemizde silah ruhsatı ve silahlı görev yapmak için sağlık kuruluna başvuru oranlarının yüksek oluşu dikkat çekmektedir. Emniyet genel müdürlüğü verilerine bakıldığında 2005'te 668.889, 2006 da ise 612.891 adet silah ruhsatı sağlık kurulu onayı ile verilmiştir (254,255). Ülkemizde daha önce yapılan çalışmalarda genellikle sadece vaka grubu olarak silah ruhsatı için başvuran kişiler alınmıştır (254). Fakat bizim çalışmamızda hem vaka hem de kontrol grubu alınarak da karşılaştırma yapılmıştır. Ayrıca biz vaka grubu içindeki üç farklı grubu da kendi arasında karşılaştırdık. Çalışmamızdaki vaka grubundaki yaş oranı daha önce yapılan benzer çalışmalarda silah ruhsatı almak için başvuran gruplara göre daha düşük $31,61 \pm 9,92$ olarak bulundu (254). Bunun nedenini yaptığımız ölçekleri belli bir eğitim ve yaş düzeyindeki kişilerin daha iyi anlayabilmesi için yaş sınırını daha düşük 18-65 yaş aralığında tutmuş olmamızdan kaynaklanıyor olabilir.

Yaptığımız çalışmada silah ruhsatı için başvuranların %85,6'sı erkek, %14,4'ü kadındır. Bu farklılığın nedeni geleneksel ve kültürel yapımızda erkek egemen bir toplum olunması ve güvenlik arama davranışının erkeklerde daha fazla olması ile açıklanabilir. Ülkemizde yapılan çalışmalara bakıldığında silah ruhsatı almak için başvuranların büyük bir çoğunluğunun erkeklerden oluştuğu, kadınların oranının ise daha düşük olduğu bildirilmiştir (256,257). Bizim çalışmamızda da Torun ve ark.'ının (258) yaptığı çalışmadakine benzer olarak vaka grubundaki eğitim düzeyi kontrol grubuna göre daha düşük bulunmuş olup bunun nedeni kontrol grubuna işe girmek amacıyla sağlık kurulu raporu almak için başvuran genelde eğitim seviyesi yüksek bireylerin alınması ile açıklanabilir.

Medeni duruma bakıldığında vaka grubunda evli ve bekarların oranı dengeli bulunmuş olup, kontrol grubunda bekarların oranı evlilerden daha yüksek tespit edilmiştir. Ek olarak vaka grubunda, kontrol grubuna kıyasla daha büyük oranda evli kişi bulunmaktadır. Erkeklerin kadınlardan daha fazla suç işledikleri, evli olmakla ruhsatlı silah almak arasında paralellik bulunduğu, eğitim düzeyi arttıkça suç oranının azaldığı ve meslek edinmenin suça itilmeyi düşürdüğü, ruhsatlı silah başvurusu yapanların sosyoekonomik durumlarının orta-düşük seviyede olduğu bildirilmektedir (3). Ülkemizde literatüre bakıldığında önceden yapılan çalışmalarda

silah ruhsatı alanların çoğunun evli olduğu bulunmuş olup bunun nedenini kişinin ailesini güvende tutmak olduğu düşünülmektedir. Topçu ve ark.'ının (254) yaptığı çalışmada silah ruhsatı için başvuranların büyük çoğunluğu kırsal kesimde yaşadıkları bulunmuş olmasına rağmen bizim yaptığımız çalışmada hem vaka hem de kontrol grubumuzda şehirde yaşama oranı köy ve kasabalara göre daha yüksek bulunmuştur.

Yaptığımız çalışmadaki yaş ortalaması vaka ve kontrol gruplarımızda ekonomik durum çoğunlukla düşük ve orta düzeyde ayrıca çalışmayanların oranı her iki grupta da yüksek bulunmuş olup bunun nedeni her iki grubumuzunda çoğunlukla işe başvuru için başvuranlardan oluşuyor olmasından kaynaklanmaktadır. Her iki grupta da lise ve üstü eğitim alan kişilerin oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuş olup bunun nedeni işe alımlarda daha eğitilmiş daha kalifiye çalışanlar istendiği için bu farklılık ortaya çıkmış olabilir veya MMPI testinin uygulanabilmesi için belirli eğitim düzeyinin üstündeki kişileri çalışmaya aldığımızdan dolayı olabilir. Ülkemizde silah ruhsatı almak isteyen kişilerin sosyodemografik özellikleri ile ilgili yapılan diğer çalışmalarda da silah ruhsatı almak isteyenlerin çoğunun ilköğretim mezunu olduğu bildirilmiştir (256,258). Daha önceki bir çalışmada koruma amaçlı silah sahibi olanların çoğu zaman aynı nedenle silah sahibi arkadaşları da olur, bu da koruyucu bir alt kültürde sosyalleşme süreci yaratır (257). Çalışmamızda vaka grubunda akrabalarındaki silah varlığı kontrol grubundakine oranla daha yüksek bulunmuştur. Silah ruhsatı için başvurmayı akrabalarındaki silah varlığı çevresindeki kişilerin teşviki veya onlarla beraber aynı statüde olma isteğinin bir sonucu olarak algılanabilir.

Torun ve ark.'ının (258) yaptığı çalışmada silah ruhsatı almayı isteme gerekçelerine bakıldığında ise, %45,7'si güvenlik, %30,4'ü merak-gelenek, %23,9'u ise bir yakınından devir nedeniyle aldığını ifade etmiştir. ABD'de yapılan bir çalışmada da %74,4 oranında kendini korumak amacıyla silah ruhsatı almak için başvurdukları bulunmuştur (259). Ülkemizde daha önce yapılan bir çalışmada silah ruhsatı almadaki gerekçenin bizim yaptığımız çalışmada olduğu gibi silahlı özel güvenlik olarak bulunmuştur (257). Bizim çalışmamızda silah ruhsatı almak için başvuran grup tek başına değerlendirildiği zaman silah alma gerekçesinin güvenlik amacıyla olduğu bulunmuştur.

Ruhsatlı silah bulunduran veya taşıyan kişilerde öfke düzeyi ile ilgili yapılan bir çalışmada %39,6'sının sürekli öfke içinde olduğu, %45,6'sının öfkesini içe yansıttığı, %31,0'ının öfkesini dışa yansıttığı, %18,6'sının öfkesini kontrol edemediği; sonuçta silah sahibi her üç kişiden birisinin öfke boyutuna bağlı olarak her an cinayet, yaralama veya intihar etme potansiyelini taşıdığı bulunmuştur (260). Bizim çalışmamızda ise bu çalışmadan farklı olarak vaka grubunun alt grupları kendi arasında ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında kontrol grubunun öfke alt ölçek puanı silah ruhsatı ve korucu alt gruplarına göre anlamlı düzeyde yüksek bulundu. Düşmanlık alt ölçek puanı özel güvenlik grubunda silah ruhsatı grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu. Buss Perry ölçeği toplam puanı özel güvenlik grubunda silah ruhsatı grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek olarak bulundu. Bunun nedeninin silah ruhsatı alma amacı doğrultusunda kişilerin soruları yanıtladığı, iş başvurusu için başvuran kişilerin daha rahat şekilde kendini ifade ettiklerinden kaynaklanıyor olabilir.

Torun ve ark.'ının (258) yaptığı çalışmada TAS-20 puanlarına bakıldığında kontrol grubunun TAS-20 puanlarının, silah ruhsatı grubundan daha yüksek olduğu ve bu yüksekliğin istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur. Fakat bizim çalışmamızda aleksitimi ölçeği toplam puanı ve alt ölçek puanları açısından iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmadı. Aynı zamanda vaka grubu alt grupları ve kontrol grubunun aleksitimi alt ölçek puanları karşılaştırıldığında da istatistiksel açıdan gruplar arasında anlamlı farklılık olmadığı görüldü.

Dürtüsellik; tek başına bir hastalık göstergesi olmayıp, normal toplumda da dürtüsellik görülebilmektedir. BIS-11 ölçeği puanlarının yüksek olması dürtüsellik fazla olduğunu göstermektedir. Yani kişilerin motor hareketliliklerinde artış olduğu, dikkatsiz ve plansız hareket ettiklerini göstermektedir (246). Özsoy ve ark.'ının (261) yaptığı bir çalışmada silah ruhsatı almak veya silahlı özel güvenlik olmak için başvuranlarda dürtüsellik açısından karşılaştırılınca gruplar arasında fark bulunmamıştır. Bizim yaptığımız çalışmada da silah ruhsatı ve silahlı özel güvenlik arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Fakat kontrol grubunda vaka grubuna göre BIS-11 toplam puanı, bilişsel düzensizlik, sabırsızlık, oto-kontrol, dikkatsel dürtüsellik ve plansız dürtüsellik alt ölçek puanları bakımından anlamlı farklılıklar bulundu. Katılımcıların peş peşe doldurdukları anketlerin ve soru sayısının fazla

olması ile dikkatlerinin dağılmasının ve sabırsızlığın artmasının etkili olabileceği düşünülmüştür.

Silah ruhsatı grubunun kişilik özelliklerinin incelendiği başka bir çalışmada ise %59,8'inin bir veya birden çok ikinci eksen tanısı aldığı bildirilmiş ve ikinci eksen tanısı alanlarda %31,4'lük bir oranla paranoid kişilik özelliklerinin başı çektiği vurgulanmıştır (262). Yaptığımız çalışmada MMPI profilleri değerlendirildiğinde ikinci eksen tanısı özellikleri bakımından vaka ve kontrol grubunda anlamlı farklılık bulunmadı. Bunun nedeni sadece silah ruhsatı almak için başvuranların sayısının toplam sayıya oranla daha az olmasından kaynaklanıyor olabilir.

Yalan ölçeği olarak da tanımlanan L alt ölçeğiyle, basit inkar mekanizmaları ile birlikte soruların dürüst cevaplanıp cevaplanmadığı tesbit edilir (263). Mf alt ölçeği zeka, eğitim düzeyi ve sosyoekonomik düzeyle doğrudan ilişkili olan cinsiyet rolünü belirleyen bir ölçektir. Erkeklerde Mf(erkeklik-kadınlık) puanındaki düşüş fiziksel güç ve cesaretin ön plana çıktığı, eylemi düşünceye tercih eden erkek cinsiyet rolünü tanımlamaktadır (263). Biz de çalışmamızda vaka grubundaki erkek oranı fazla olduğu için Mf indeksini kontrol grubunda vaka grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede daha yüksek bulduk. Psikastenî (Pt) alt ölçeği, anksiyöz, sinirli ve obsesif kişilik özelliklerini belirlemede ön plana çıkmaktadır (263). Kullanılan karmaşık savunma mekanizmalarının değerlendirildiği K alt ölçeğindeki yükselme ise, kişinin kendini olumlu gösterme çabasının, kontrollü ve savunucu bir tutumun sonucudur.

Çalışmamızda savunma-inkar indeksi puanı silah ruhsatı grubunda özel güvenlik grubuna kıyasla anlamlı derecede daha yüksek saptandı. Bu da silah ruhsatı almak isteyenlerin iş için başvuranlara göre kendini iyi göstermeye çalıştıklarını ortaya koymuştur. Pa (Paranoya) alt ölçeğiyle, aşırı alınganlık, kötülük görme düşüncesi ve şüphencilik gibi paranoid eğilimler belirlenmektedir. Farklı çalışmalarda, Pa puanlarının yükseldiği grup profillerinde, bu yükselmenin acting-out davranışı ve risk almaya isteklilik eğilimleriyle yakından ilişkili olduğu bulunmuştur (264). Çalışmamızda Pa indeksi vaka grubu ve kontrol grubunda ayrıca vaka grubunun içinde de anlamlı farklılık göstermemiştir. Sc (şizofreni) alt ölçeği, patolojik boyutta hezeyanlar ve halüsinasyonların olduğu şizofreni hastalarını belirlemektedir. Bu ölçekteki belirgin yükselmeler içe çekilmenin olduğu, ketum ve kaygılı kişilik

özelliklerini düşündürür. Si (sosyal içe dönme) alt ölçeği ise, insan ilişkilerinde problemlerin olabildiği, güvensiz, antisosyal ve karamsar özellikleri tanımlamaktadır (263). Daha önce yapılan bir çalışmada bu Sc ve Si alt test puanlarının eğitim düzeyi arttıkça azalma gösterdiği bulunmuştur. Bizim çalışmamızda da katılımcıların çoğunun lise ve üstü mezuniyetleri olduğu için bu ölçek puanları düşük bulunmuştur. Çünkü psikososyal gelişimde yüksek eğitim düzeyi özellikle ön plana çıkarmaktadır (255). Yaptığımız çalışmamızda kadınların da silâh ruhsatını bulundurmak, taşımak veya silahlı özel güvenlik olmak için başvurduğu görülmektedir. Fakat kadın sayısındaki yetersizlik cinsiyet ve diğer değişkenler açısından farklılıkların incelenmesini engellemiştir. Literatürde çalışma sonuçları da dikkate alındığında kadın sayısının yüksek olduğu ayrıntılı çalışmaların gerektiği düşünülmektedir.

Hipomani indeksi puanları yaş ve ırkla açıkça ilişkili görülmektedir. Gençlerde (ergenler ve üniversite öğrencileri) T puanı sıklıkla 55 ile 65 arasındadır, oysa yaşlılar arasında hipomani indeksi T puanının 50'nin altına düşmesi ender değildir (263). Bizde hipomani indeksi puanı özel güvenlik grubunda silah ruhsatı grubuna göre anlamlı derecede daha yüksek bulundu. Bunun nedeni silah ruhsatı alanların yaş ortalamasının, özel güvenlik yaş ortalamasından daha fazla olmasına bağlı olabilir.

Ülkemizde kamuda çalışan psikiyatri hekimlerinin iş yüklerinin fazla olması nedeni ile silah ruhsatı muayenesi yaparken ayrıntılı değerlendirme yapamadıkları görülmektedir. Ayrıca ülkemizde merkezi bir kayıt sistemi bulunmadığından başvuranlarda önceki psikiyatrik verilerine ulaşamayıp bir ilde sağlık kurulu onayı almayan birey başka bir ilde sağlık kuruluşuna başvurarak silah ruhsatı alabilmektedir. Bunun yanı sıra ayrıntılı değerlendirmeler yapılsa bile, bulunan herhangi bir psikopatolojinin raporlandırılması hekime yönelik bir tehdit veya tehdit algısını beraberinde getirmektedir. Bu noktada psikiyatri hekimini koruyucu herhangi bir mekanizma yoktur. Bu mekanizmalar oluşturulmadığında toplum açısından risk oluşturabilecek herhangi bir psikopatolojisi olan kişilerin silah ruhsatı almasının önüne geçilemeyecektir. Ruhsal muayenenin hangi şartlarda yapılacağı, hangi tetkiklerin ya da testlerin uygulanacağı gibi konularla ilgili bir standardizasyon henüz ülkemizde oluşmamıştır (265). MMPI gibi klinik testlerin ruhsat alımında ya da silahlı görev yapacak mesleklerde uygulanmasının gerekli olduğu hatta muayenenin

daha uzun sürede ayrıntılı olarak gerekirse ek testlere de başvurularak yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Ülkemizde silah ruhsatı için verilen raporların geçerlilik süresi beş yıldır. Bu beş yıllık süre içerisinde bireylere herhangi bir ek denetim uygulanmamaktadır. Ülkemizde silah ruhsatı alma yaşı 21'dir. Silah ruhsatı almak isteyenlere bir eğitim programı düzenlenmeli ve bireylere silahlar tanıtılmalı, silahla ilgili aile içi ve çevresel riskler ve bunlardan korunma yollarının öğretilmesi önerilmektedir (266). Katılımcı sayısının az olması, vaka ve kontrol grubunun sayısının eşit olmaması, erkek kadın oranlarının eşit olmaması çalışmamızın kısıtlılıklarıdır. Türkiye'de bireysel silahlanmadaki artış dikkat alınacak olursa daha iyi tanımlamalar yapılması için geniş örneklemlerle çalışmalar yapılmalıdır. Ayrıca bu konuda yapılacak çalışmalar hem alanımızdaki eksiklikleri görmek hem de sağlıklı bir demografik veri oluşturulması ve verilerin değerlendirilmesi açısından oldukça faydalı olacaktır.

KAYNAKLAR

1. Gök Ş. Adli Tıp. 4. baskı. İstanbul: Filiz Kitabevi, 1980: 25-30.
2. Gülsepet S. 2. Adli Bilimler Sempozyumu: Balistik. İzmir: Ege Basımevi, 1997: 5-19.
3. Balcıoğlu İ. Adli Psikiyatri ve Silah. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 10–17.
4. Yılmaz A. 2. Adli Bilimler Sempozyumu: Balistik. 1997; 20–27.
5. Üner B KS. Ateşli Silahlar ve Balistiğin Tarihçesi. 2. Adli Bilimler Sempozyumu: Balistik. İzmir: Basımevi, Ege Üniversitesi, 1997: 133-140.
6. Maguire K, Pastore AL. (1994). Sourcebook of criminal justice statistics. 1993; 40-50.
7. Wright JD, Rossi PH, Daly K. Under the Gun: Weapons. Crime, and Violence in 1983; 5-15.
8. DeFronzo J. Fear of crime and handgun ownership. Criminology 1979; 17: 331–340.
9. Lizotte AJ, Bordua DJ, White CS. Firearms ownership for sport and protection: Two not so divergent models. Am Sociol Rev 1981; 46: 499–503.
10. Alagözlü N. Dil ve cins: Türkçe atasözlerinde ve deyimlerde kadın üzerine eğretilmeler ve toplum bilişsel yapı. Int J Cent Asian Stud 2009;13: 37–48.
11. Özdemir A, Yavuz M, Candemir E, Göktepe F. Silah ve atış. Başkent Kلیşe Matbaacılık, Ankara 1999; 37–100.
12. Akgün N. Adli Psikiyatri. Taş Yayıncılık. Ankara, 1987: 80.
13. İlkiz F. Silah ve ruhsatlandırma. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006;7: 18–27.
14. Akcan A. Silahlanma... Diğer ülkelerde neler oluyor? Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 50-70.
15. Öncü F. Adli Psikiyatri Uygulama Kılavuzu. Türkiye Psikiyatri Derneği, Ankara 2007; 352–360.

16. Ardiç N. Silah ve Atış. 9th–11th ed. Ankara: Doğu Matbaacılık, 1997: 154-160.
17. T.C. Sağlık Bakanlığı THGM. Silah ruhsatı alacak kişilere verilecek raporlarla ilgili 2004/74 sayılı Genelge. 2004.
18. Cook PJ, Ludwig J. Litigation as regulation: The case of firearms. Regul through litigation Washington, DC Brookings Inst 2002; 85-98.
19. Duggan M. More guns, more crime. J Polit Econ 2001;109: 1086–1114.
20. Cook PJ. The effect of gun availability on robbery and robbery murder. Policy Stud Rev Annu 1979;3: 743–781.
21. İçişleri Bakanlığı EG müdürlüğü. Emniyet Teşkilatı Sağlık şartları Yönetmeliği Hakkında Türkiye Psikiyatri Derneği (TPD) raporu. 2005.
22. Türk Dil Kurumu. Güncel Türkçe Sözlük. [<https://sozluk.gov.tr/>]. Erişim Tarihi 12.12.2021.
23. Atman ÜC. Kadına yönelik şiddet; Cinsel taciz/İrza geçme. Sted Derg 2003;12: 333–335.
24. Arın C. Kadına yönelik şiddet. Cogito, YKY yayınları İstanbul 1996; 6: 305-312.
25. Ayan S. Aile içinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. Psikiyatri Dergisi 2007;8: 206–214.
26. Newton GD, Zimring FE. Firearms and violence in American life. National Commission on the Causes and Prevention of Violence Washington, DC, 1969: 150-170.
27. Killas M. International correlations between gun ownership and rates of homicide and suicide. Can Med Assoc J 1993;148: 1721–1722.
28. Dahlberg LL, Ikeda RM, Kresnow M. Guns in the home and risk of a violent death in the home: findings from a national study. Am J Epidemiol 2004;160: 929–936.
29. Caron J. Gun control and suicide: possible impact of Canadian legislation to ensure safe storage of firearms. Arch Suicide Res 2004;8: 361–374.

30. Kleck G. Point Blank: Guns and Violence in America. New York: A. NY Aldine 1991; 45-50.
31. Dedeman N. Kadın ve Silah Konulu Tebliğ. 43 Ulusal Psikiyatri Kongresi. İstanbul. 2007; 5.
32. Ayyıldız E, Günaydın B. Türkiye’de Bireysel Silahsızlanma ve Şiddet Haberleri. Yerel Medya Semin İstanbul Umut Vakfı 2010; 10.
33. Kleck G, Patterson EB. The impact of gun control and gun ownership levels on violence rates. J Quant Criminol 1993;9: 249–287.
34. Sayil I, Devrimci-Ozguven H. Suicide and suicide attempts in Ankara in 1998: Results of the WHO/EURO multicentre study of suicidal behaviour. Cris J Cris Interv Suicide Prev 2002;23: 11.
35. Öztürk O, Uluşahin A. Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, 11. b. Basım, Nobel Tıp Kitabevleri Ankara 2014;13: 421–440.
36. Thomas JC, Segal DL. Comprehensive handbook of personality and psychopathology, personality and everyday functioning. Vol. 1. John Wiley & Sons, 2006: 345-355.
37. Loranger AW, Janca A, Sartorius N. Assessment and diagnosis of personality disorders: The ICD-10 international personality disorder examination (IPDE). Cambridge University Press, 1997: 9-15.
38. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 2014; 81–93.
39. Simanowitz V, Pearce P. Personality development. McGraw-Hill Education (UK), 2003: 35-62.
40. Leary T. Interpersonal diagnosis of personality: A functional theory and methodology for personality evaluation. New York: Ronald Press, 1957: 16-26.
41. Farmer A, McGuffin P, Williams J. Measuring psychopathology. New York: OUP Oxford, 2002: 143-160.
42. Plomin R, DeFries JC, McClearn GE, Rutter M. Behavioral genetics New York. Freeman & Company, 2000: 225–243.

43. Sezer Ö. Ergenlerin Kendilik Algılarının Anne Baba Tutumları ve Bazı Faktörlerle İlişkisi. Yüzüncü Yıl Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2010;7: 1–19.
44. Millon T, Grossman S, Millon C, Meagher S, Ramnath R. Personality Disorders in Modern Life, John Wiley & Sons. Inc, New Jersey 2004; 35-80.
45. Konduz N. DSM-5’e göre kişilik bozukluğu tanısı alan hastaların kişilerarası işlevsellikte yetersizlik düzeyleri. Adnan Menderes Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2016: 12-20.
46. Esbec E, Echeburua E. New criteria for personality disorders in DSM-V. Actas Españolas Psiquiatr 2011; 39: 1–11.
47. Hopwood CJ, Zimmermann J, Pincus AL, Krueger RF. Connecting personality structure and dynamics: Towards a more evidence-based and clinically useful diagnostic scheme. J Pers Disord 2015; 29: 431–448.
48. Hopwood CJ, Pincus AL, Wright AGC. The interpersonal situation: Integrating personality assessment, case formulation, and intervention. Using basic Personal Res to Inf Personal Pathol 2019; 94–121.
49. Merenda PF. Toward a four-factor theory of temperament and/or personality. J Pers Assess 1987; 51: 367–374.
50. Viswanathan VK. Humor me. Vol. 1, Gut microbes. Taylor & Francis, 2010; 75–76.
51. Hoff P. The Kraepelinian tradition. Dialogues Clin Neurosci 2015; 17: 31.
52. Surís A, Holliday R, North CS. The evolution of the classification of psychiatric disorders. Behav Sci (Basel) 2016; 6: 5.
53. Fischer BA. A review of American psychiatry through its diagnoses: the history and development of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. J Nerv Ment Dis 2012; 200: 1022–1030.
54. Røysamb E, Kendler KS, Tambs K, Ørstavik RE, Neale MC, Aggen SH, et al. The joint structure of DSM-IV Axis I and Axis II disorders. J Abnorm Psychol 2011; 120: 198.

55. Fountoulakis KN, Kaprinis GS. Personality disorders: new data versus old concepts. *Curr Opin Psychiatry* 2006;19: 90–94.
56. Svrakic DM, Lecic-Tosevski D, Divac-Jovanovic M. DSM axis II: personality disorders or adaptation disorders? *Curr Opin Psychiatry* 2009; 22: 111–117.
57. Anderson J, Snider S, Sellbom M, Krueger R, Hopwood C. A comparison of the DSM-5 Section II and Section III personality disorder structures. *Psychiatry Res* 2014; 216: 363–372.
58. Livesley WJ. Research trends and directions in the study of personality disorder. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31: 545–559.
59. McCloskey MS, Phan KL, Coccaro EF. Neuroimaging and personality disorders. *Curr Psychiatry Rep* 2005; 7: 65–72.
60. Balestri M, Calati R, Serretti A, De Ronchi D. Genetic modulation of personality traits: a systematic review of the literature. *Int Clin Psychopharmacol* 2014; 29: 1–15.
61. Lo M-T, Hinds DA, Tung JY, Franz C, Fan C-C, Wang Y, et al. Genome-wide analyses for personality traits identify six genomic loci and show correlations with psychiatric disorders. *Nat Genet* 2017; 49: 152–156.
62. Krause-Utz A, Winter D, Niedtfeld I, Schmahl C. The latest neuroimaging findings in borderline personality disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2014; 16: 438.
63. Björkenstam E, Ekselius L, Burström B, Kosidou K, Björkenstam C. Association between childhood adversity and a diagnosis of personality disorder in young adulthood: a cohort study of 107,287 individuals in Stockholm County. *Eur J Epidemiol* 2017; 32: 721–731.
64. Byrd AL, Manuck SB. MAOA, childhood maltreatment, and antisocial behavior: meta-analysis of a gene-environment interaction. *Biol Psychiatry* 2014; 75: 9–17.
65. Torgersen S. Prevalence, sociodemographics, and functional impairment. *Textbook of personality disorders*. American P. Oldham JM, Skodol AE BD (editor). Arlington, VA, 2014: 109-130.

66. Huang Y, Kotov R, De Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, et al. DSM–IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry* 2009; 195: 46–53.
67. Moran P, Jenkins R, Tylee A, Blizard R, Mann A. The prevalence of personality disorder among UK primary care attenders. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102: 52–57.
68. Beckwith H, Moran PF, Reilly J. Personality disorder prevalence in psychiatric outpatients: a systematic literature review. *Personal Ment Health* 2014; 8: 91–101.
69. Björkenstam E, Björkenstam C, Holm H, Gerdin B, Ekselius L. Excess cause-specific mortality in in-patient-treated individuals with personality disorder: 25-year nationwide population-based study. *Br J Psychiatry* 2015; 207: 339–345.
70. Björkenstam C, Björkenstam E, Gerdin B, Ekselius L. Excess cause-specific mortality in out-patients with personality disorder. *BJPsych open* 2015; 1: 54–55.
71. Newton-Howes G, Clark LA CA. Personality disorder across the life course. *Lancet* 2015; 385: 727–734.
72. Roberts BW, Walton KE, Viechtbauer W. Patterns of mean-level change in personality traits across the life course: a meta-analysis of longitudinal studies. *Psychol Bull* 2006; 132: 1.
73. Ekselius L, Von Knorring L. Changes in personality traits during treatment with sertraline or citalopram. *Br J Psychiatry* 1999; 174: 444–448.
74. Tang TZ, DeRubeis RJ, Hollon SD, Amsterdam J, Shelton R, Schalet B. Personality change during depression treatment: a placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry* 2009; 66: 1322–1330.
75. Zanarini MC, Frankenburg FR, Hennen J, Silk KR. The longitudinal course of borderline psychopathology: 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 274–283.

76. Caspi A, McClay J, Moffitt TE, Mill J, Martin J, Craig IW, et al. Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science* 2002; 297: 851–854.
77. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry, 11th ed. Philadelphia, PA, US: Lippincott Williams & Wilkins Publishers, 2015: 742-755.
78. Cicchetti D, Rogosch FA, Thibodeau EL. The effects of child maltreatment on early signs of antisocial behavior: Genetic moderation by tryptophan hydroxylase, serotonin transporter, and monoamine oxidase A genes. *Dev Psychopathol* 2012; 24: 907–928.
79. Fariba K, Gupta V. Schizoid Personality Disorder. *StatPearls* [Internet] 2021; 2-8.
80. Association AP, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Arlington, VA 2013; 612-613.
81. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence, and effect of personality disorder. *Lancet* 2015; 385: 717–726.
82. Ekselius L. Personality disorder: a disease in disguise. *Ups J Med Sci* 2018; 123: 194–204.
83. Verheul R, Widiger TA. A meta-analysis of the prevalence and usage of the personality disorder not otherwise specified (PDNOS) diagnosis. *J Pers Disord* 2004; 18: 309–319.
84. Ekselius L. Reflections of the reconceptualization of ICD-11. Empirical and practical considerations. *Personal Ment Health* 2016; 10: 127–129.
85. Oltmanns JR. Personality traits in the international classification of diseases 11th revision (ICD-11). *Curr Opin Psychiatry* 2021; 34: 48–53.
86. Magnavita JJ. Evidence-based treatment of personality dysfunction: Principles, methods, and processes. American Psychological Association, 2010: 253-285.
87. Meuldijk D, McCarthy A, Bourke ME, Grenyer BFS. The value of psychological treatment for borderline personality disorder: Systematic review

- and cost offset analysis of economic evaluations. PLoS One 2017; 12: 1-19.
88. Kraepelin E. Manic depressive insanity and paranoia. J Nerv Ment Dis 1921; 53: 350.
 89. Bleuler E. Affectivitat, suggestibilitat, paranoia. Halle: Marhold 1906; 25-48.
 90. Schneider K. Psychopathic personalities. Cassell, 1958: 15.
 91. Association AP. Mental disorders: diagnostic and statistical manual. American Psychiatric Association, Mental Hospital Service, 1952: 59-90.
 92. Jackson HJ, Burgess PM. Personality disorders in the community: a report from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000; 35: 531–538.
 93. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry 2001; 58: 590–596.
 94. Grant BF, Hasin DS, Stinson FS, Dawson DA, Chou SP, Ruan WJ, et al. Prevalence, correlates, and disability of personality disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. J Clin Psychiatry 2004; 65: 15404.
 95. O'Donohue W, Fowler KA, Lilienfeld SO. Personality disorders: Toward the DSM-V. Sage Publications, 2007: 21-40.
 96. Johnson JG, Cohen P, Smailes E, Kasen S, Oldham JM, Skodol AE, et al. Adolescent personality disorders associated with violence and criminal behavior during adolescence and early adulthood. Am J Psychiatry 2000; 157: 1406–1412.
 97. Golier JA, Yehuda R, Bierer LM, Mitropoulou V, New AS, Schmeidler J, et al. The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. Am J Psychiatry 2003; 160: 2018–2024.
 98. Bierer LM, Yehuda R, Schmeidler J, Mitropoulou V, New AS, Silverman JM, et al. Abuse and neglect in childhood: relationship to personality disorder diagnoses. CNS Spectr 2003; 8: 737–754.

99. Thomas CR, Russell W, Robert RS, Holzer CE, Blakeney P, Meyer WJ. Personality disorders in young adult survivors of pediatric burn injury. *J Pers Disord* 2012; 26: 255–266.
100. Munro A. Delusional (paranoid) disorders: etiologic and taxonomic considerations. I. The possible significance of organic brain factors in etiology of delusional disorders. *Can J Psychiatry* 1988; 33: 171–174.
101. Hibbard MR, Uysal S, Kepler K, Bogdany J, Silver J. Axis I psychopathology in individuals with traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 1998; 13: 24-39.
102. Koponen S, Taiminen T, Portin R, Himanen L, Isoniemi H, Heinonen H, et al. Axis I and II psychiatric disorders after traumatic brain injury: a 30-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 2002; 159: 1315–1321.
103. Zimbardo PG, Andersen SM, Kabat LG. Induced hearing deficit generates experimental paranoia. *Science* 1981; 212: 1529–1531.
104. DSM-IV-TR. APA. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association Washington, DC, 2000: 68-89.
105. Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization, 1992: 60-75.
106. Lee RJ. Mistrustful and misunderstood: a review of paranoid personality disorder. *Curr Behav Neurosci reports* 2017; 4: 151–165.
107. Skodol AE. Longitudinal course and outcome of personality disorders. *Psychiatr Clin North Am* 2008; 31: 495–503.
108. Fulton M, Winokur G. A comparative study of paranoid and schizoid personality disorders. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1363–1367.
109. Widiger TA, Trull TJ. Performance characteristics of the DSM-III-R personality disorder criteria sets. *DSM-IV Sourceb* 1998; 4: 357–373.
110. Gore WL, Widiger TA. The DSM-5 dimensional trait model and five-factor models of general personality. *J Abnorm Psychol* 2013; 122: 816.

111. Morey LC. Personality disorders in DSM-III and DSM-III-R: convergence, coverage, and internal consistency. *Am J Psychiatry* 1988; 145: 573–577.
112. Blackburn R, Coid JW. Empirical clusters of DSM-III personality disorders in violent offenders. *J Pers Disord* 1999; 13: 18–34.
113. Ramklint M, Ramklint M, Ramklint M. Child and adolescent psychiatric disorders predicting adult personality disorder: a follow-up study. *Nord J Psychiatry* 2003; 57: 23–28.
114. Esterberg ML, Goulding SM, Walker EF. Cluster A personality disorders: schizotypal, schizoid and paranoid personality disorders in childhood and adolescence. *J Psychopathol Behav Assess* 2010; 32: 515–528.
115. Reichborn-Kjennerud T. The genetic epidemiology of personality disorders. *Dialogues Clin Neurosci* 2010; 12: 103.
116. Widiger TA, Clark LA. Toward DSM—V and the classification of psychopathology. *Psychol Bull* 2000; 126: 946.
117. Watson DC, Sinha BK. Comorbidity of DSM- IV personality disorders in a nonclinical sample. *J Clin Psychol* 1998; 54: 773–780.
118. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry, Vols. 1-2. Williams & Wilkins Co, 1989: 200-225.
119. Raine A. Schizotypal personality: neurodevelopmental and psychosocial trajectories. *Annu Rev Clin Psychol* 2006; 2: 291–326.
120. Fonseca-Pedrero E, Debbané M, Ortuño-Sierra J, Chan RCK, Cicero DC, Zhang LC, et al. The structure of schizotypal personality traits: a cross-national study. *Psychol Med* 2018; 48: 451–462.
121. Kwapil TR, Gross GM, Silvia PJ, Raulin ML, Barrantes-Vidal N. Development and psychometric properties of the Multidimensional Schizotypy Scale: A new measure for assessing positive, negative, and disorganized schizotypy. *Schizophr Res* 2018; 193: 209–217.

122. Kwapil TR, Barrantes-Vidal N, Silvia PJ. The dimensional structure of the Wisconsin schizotypy scales: Factor identification and construct validity. *Schizophr Bull* 2008; 34: 444–457.
123. Mason OJ. The assessment of schizotypy and its clinical relevance. *Schizophr Bull* 2015; 41: 374–385.
124. Pulay AJ, Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV schizotypal personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry* 2009; 11: 53–67.
125. Kendler KS, Aggen SH, Neale MC, Knudsen GP, Krueger RF, Tambs K, et al. A longitudinal twin study of cluster A personality disorders. *Psychol Med* 2015; 45: 1531–1538.
126. Bilder RM, Volavka J, ál Czobor P, Malhotra AK, Kennedy JL, Ni X, et al. Neurocognitive correlates of the COMT Val158Met polymorphism in chronic schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2002 ;52: 701–707.
127. Nyegaard M, Demontis D, Foldager L, Hedemand A, Flint TJ, Sørensen KM, et al. CACNA1C (rs1006737) is associated with schizophrenia. *Mol Psychiatry* 2010; 15: 119–121.
128. Hodgkinson CA, Goldman D, Jaeger J, Persaud S, Kane JM, Lipsky RH, et al. Disrupted in schizophrenia 1 (DISC1): association with schizophrenia, schizoaffective disorder, and bipolar disorder. *Am J Hum Genet* 2004; 75: 862–872.
129. Debbané M, Eliez S, Badoud D, Conus P, Flückiger R, Schultze-Lutter F. Developing psychosis and its risk states through the lens of schizotypy. *Schizophr Bull* 2015; 41: 396–407.
130. Rosell DR, Futterman SE, McMaster A, Siever LJ. Schizotypal personality disorder: a current review. *Curr Psychiatry Rep* 2014; 16: 1–12.

131. Hazlett EA, Buchsbaum MS, Haznedar MM, Newmark R, Goldstein KE, Zelmanova Y, et al. Cortical gray and white matter volume in unmedicated schizotypal and schizophrenia patients. *Schizophr Res* 2008; 101: 111–123.
132. Takahashi T, Suzuki M, Zhou S-Y, Tanino R, Nakamura K, Kawasaki Y, et al. A follow-up MRI study of the superior temporal subregions in schizotypal disorder and first-episode schizophrenia. *Schizophr Res* 2010; 119: 65–74.
133. Takahashi T, Zhou S-Y, Nakamura K, Tanino R, Furuichi A, Kido M, et al. A follow-up MRI study of the fusiform gyrus and middle and inferior temporal gyri in schizophrenia spectrum. *Prog Neuro-Psychopharmacology Biol Psychiatry* 2011; 35: 1957–1964.
134. Torgersen S, Lygren S, Øien PA, Skre I, Onstad S, Edvardsen J, et al. A twin study of personality disorders. *Compr Psychiatry* 2000; 41: 416–425.
135. Kendler KS, Myers J, Torgersen S, Neale MC, Reichborn-Kjennerud T. The heritability of cluster A personality disorders assessed by both personal interview and questionnaire. *Psychol Med* 2007; 37: 655–665.
136. Machón RA, Huttunen MO, Mednick SA, Sinivuo J, Tanskanen A, Watson JB, et al. Adult schizotypal personality characteristics and prenatal influenza in a Finnish birth cohort. *Schizophr Res* 2002; 54: 7–16.
137. Walter EE, Fernandez F, Snelling M, Barkus E. Genetic consideration of schizotypal traits: A review. *Front Psychol* 2016; 7: 1769.
138. Gaebel W, Zielasek J, Cleveland H-R. Classifying psychosis—challenges and opportunities. *Int Rev Psychiatry* 2012; 24: 538–548.
139. Sobin C, Blundell ML, Weiller F, Gavigan C, Haiman C, Karayiorgou M. Evidence of a schizotypy subtype in OCD. *J Psychiatr Res* 2000; 34: 15–24.
140. Foxhall M, Hamilton- Giachritsis C, Button K. The link between rejection sensitivity and borderline personality disorder: A systematic review and meta- analysis. *Br J Clin Psychol* 2019; 58: 289–326.

141. Fonagy P, Luyten P, Allison E, Campbell C. What we have changed our minds about: Part 2. Borderline personality disorder, epistemic trust and the developmental significance of social communication. *Borderline Personal Disord Emot dysregulation* 2017; 4: 1–12.
142. Crowell SE, Beauchaine TP, Linehan MM. A biosocial developmental model of borderline personality: Elaborating and extending linehan's theory. *Psychol Bull* 2009; 135: 495.
143. Kernberg OF, Michels R. Borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry. Am Psychiatric Assoc*, 2009; 166: 505–508.
144. Hughes AE, Crowell SE, Uyeji L, Coan JA. A developmental neuroscience of borderline pathology: Emotion dysregulation and social baseline theory. *J Abnorm Child Psychol* 2012; 40: 21–33.
145. Van Dijke A, Ford JD, van der Hart O, van Son M, van der Heijden P, Bühring M. Affect dysregulation in borderline personality disorder and somatoform disorder: Differentiating under-and over-regulation. *J Pers Disord* 2010; 24: 296–311.
146. Birliği AP. Ruhsal bozuklukların tanıs ve sayımsal elkitabı, beşinci baskı (DSM-5). Tanı Ölçütleri Başvuru El kitabı Çeviri Ed Köroğlu E Ankara Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın 2013; 70-85.
147. Clarkin JF, Widiger TA, Frances A, Hurt SW, Gilmore M. Prototypic typology and the borderline personality disorder. *J Abnorm Psychol* 1983; 92: 263.
148. Nasiri H, Abedi A, Ebrahimi A, Ameli SS, Samouei R. Personality profile of women affected with borderline personality disorder. *Mater Sociomed* 2013; 25: 60.
149. Chapman J, Jamil RT, Fleisher C. *Borderline Personality Disorder*. Treasure Island (FL), 2021:
150. Türkçapar MH, Işık B. Borderline kişilik bozukluğu. *Psikiyatri Dünyası* 2000; 4: 44–49.

151. Baird AA, Veague HB, Rabbitt CE. Developmental precipitants of borderline personality disorder. *Dev Psychopathol* 2005; 17: 1031–1049.
152. Köroğlu E, Güleç C, Şenol S. Psikiyatri temel kitabı. Baskı Ankara Hekimler Yayın Birliği Basım Yayın 2007; 273: 477-500.
153. Çalışır M. Sınırdaki Kişilik Bozukluğu Aslında Bir Bipolar Spektrum Bozukluğu mudur? *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2008; 11: 143-152.
154. Black DW. The natural history of antisocial personality disorder. *Can J Psychiatry* 2015; 60: 309–314.
155. Robins LN. deviant children grown up, a sociological and psychiatric study of sociopathic personality. 1966; 464.
156. Black DW, Gunter T, Loveless P, Allen J, Sieleni B. Antisocial personality disorder in incarcerated offenders: Psychiatric comorbidity and quality of life. *Ann Clin Psychiatry* 2010; 22: 113–120.
157. Falck C, Johnson D. The violent accounts of men diagnosed with comorbid antisocial and borderline personality disorders. *Int J Offender Ther Comp Criminol* 2018; 62: 2817–2830.
158. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Colliver JD, Grant BF. Prevalence, correlates, and comorbidity of DSM-IV antisocial personality syndromes and alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 677–685.
159. Moran P. The epidemiology of antisocial personality disorder. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 1999; 34: 231–242.
160. Simonoff E, Elander J, Holmshaw J, Pickles A, Murray R, Rutter M. Predictors of antisocial personality: Continuities from childhood to adult life. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 118–127.
161. DeLisi M, Drury AJ, Elbert MJ. The etiology of antisocial personality disorder: The differential roles of adverse childhood experiences and childhood psychopathology. *Compr Psychiatry* 2019; 92: 1–6.

162. Gabbard GO. Theories of personality and psychopathology: Psychoanalysis. *Compr Textb psychiatry*/VI 1995; 431–486.
163. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry, Vols. 1-2. lippincott Williams & Wilkins publishers, 2000: 680-720.
164. Goldstein RB, Dawson DA, Saha TD, Ruan WJ, Compton WM, Grant BF. Antisocial behavioral syndromes and DSM- IV alcohol use disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Alcohol Clin Exp Res* 2007; 31: 814–828.
165. Kellett S. A time series evaluation of the treatment of histrionic personality disorder with cognitive analytic therapy. *Psychol Psychother Theory, Res Pract* 2007; 80: 389–405.
166. Novais F, Araújo AM, Godinho P. Historical roots of histrionic personality disorder. *Front Psychol* 2015; 6: 1463.
167. Rienzi BM, Scrams DJ. Gender stereotypes for paranoid, antisocial, compulsive, dependent, and histrionic personality disorders. *Psychol Rep* 1991; 69: 976–978.
168. Lilienfeld SO, Van Valkenburg C, Larntz K, Akiskal HS. The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. *Am J Psychiatry* 1986; 143: 718-722.
169. Nestadt G, Romanoski AJ, Chahal R, Merchant A, Folstein MF, Gruenberg EM, et al. An epidemiological study of histrionic personality disorder. *Psychol Med* 1990; 20: 413–422.
170. Cale EM, Lilienfeld SO. Histrionic personality disorder and antisocial personality disorder: Sex-differentiated manifestations of psychopathy? *J Pers Disord* 2002; 16: 52–72.
171. Apt C, Hurlbert DF. The sexual attitudes, behavior, and relationships of women with histrionic personality disorder. *J Sex Marital Ther* 1994; 20: 125–134.

172. Morrison J. Histrionic personality disorder in women with somatization disorder. *Psychosom J Consult Liaison Psychiatry* 1989; 30: 433-437.
173. Sulz S. Hysteria I. Histrionic personality disorder. A psychotherapeutic challenge. *Nervenarzt* 2010; 81: 879-887.
174. French JH, Shrestha S. Histrionic personality disorder. *StatPearls* [Internet] 2020; 3-10.
175. Stinson FS, Dawson DA, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, Smith SM, et al. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV narcissistic personality disorder: results from the wave 2 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychiatry* 2008; 69: 1033-1045.
176. Dixon-Gordon KL, Whalen DJ, Layden BK, Chapman AL. A systematic review of personality disorders and health outcomes. *Can Psychol Can* 2015; 56: 168.
177. Geçtan E. *Psikodinamik Psikiyatri ve Normaldışı Davranışlar* (13. Basım b.). İstanbul: Remzi Kitabevi 1997; 30-35.
178. Ronningstam E. An update on narcissistic personality disorder. *Curr Opin Psychiatry* 2013; 26: 102-106.
179. Ronningstam E. Narcissistic personality disorder: A current review. *Curr Psychiatry Rep* 2010; 12: 68-75.
180. Jang KL, Livesley WJ, Vernon PA, Jackson DN. Heritability of personality disorder traits: A twin study. *Acta Psychiatr Scand* 1996; 94: 438-444.
181. Weinberg E. Mentalization, affect regulation, and development of the self. *J Am Psychoanal Assoc* 2006; 54: 251-269.
182. Žvelc G. Object and subject relations in adulthood—towards an integrative model of interpersonal relationships. *Psychiatr Danub* 2010; 22: 498-508.
183. Ronningstam E. Narcissistic personality disorder in DSM-V—in support of retaining a significant diagnosis. *J Pers Disord* 2011; 25: 248-259.
184. Caligor E, Levy KN, Yeomans FE. Narcissistic personality disorder: Diagnostic and clinical challenges. *Am J Psychiatry* 2015; 172: 415-422.

185. Lampe L, Malhi GS. Avoidant personality disorder: current insights. *Psychol Res Behav Manag* 2018; 11: 55-66.
186. Asendorpf JB. Abnormal shyness in children. *J Child Psychol Psychiatry* 1993; 34: 1069–1083.
187. Eggum ND, Eisenberg N, Spinrad TL, Valiente C, Edwards A, Kupfer AS, et al. Predictors of withdrawal: Possible precursors of avoidant personality disorder. *Dev Psychopathol* 2009; 21: 815–838.
188. Rettew DC, McKee L. Temperament and its role in developmental psychopathology. *Harv Rev Psychiatry* 2005; 13: 14–27.
189. Fariba K, Sapra A. Avoidant Personality Disorder. *StatPearls* [Internet] 2021; 2-10.
190. Cox BJ, Pagura J, Stein MB, Sareen J. The relationship between generalized social phobia and avoidant personality disorder in a national mental health survey. *Depress Anxiety* 2009; 26: 354–362.
191. Skodol AE, Oldham JM, Hyler SE, Stein DJ, Hollander E, Gallaher PE, et al. Patterns of anxiety and personality disorder comorbidity. *J Psychiatr Res* 1995; 29: 361–374.
192. Öztürk MO, Uluşahin A. Ruh sağlığı ve bozuklukları. 2014; 149-151.
193. Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. User's guide for the structured clinical interview for DSM-III-R: SCID. American Psychiatric Association, 1990: 73-88.
194. Sorias S. Çoğul kişilik bozukluğu tanısının geçerliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2000; 11: 251–268.
195. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 975–990.
196. Arkar H, Sorias O, Tunca Z, Şafak C, Alkın T, Akdede BB, et al. Mizaç ve Karakter Envanteri'nin Türkçe formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16: 190–204.

197. Köse S, Sayar K, Ak İ, Aydın N, Kalelioğlu Ü, Kirpınar I, et al. Mizaç ve Karakter Envanteri (Türkçe TCI): Geçerlik, Güvenirliği ve Faktör Yapısı. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni 2004; 14: 107-131.
198. Eysenck SBG, Eysenck HJ, Barrett P. A revised version of the psychoticism scale. Pers Individ Dif 1985; 6: 21–29.
199. Karancı AN, Dirik G, Yorulmaz O. Eysenck kişilik anketi-gözden geçirilmiş kısaltılmış formu'nun (EKA-GGK) Türkiye'de geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Türk Psikiyatri Dergisi 2007; 18: 1–8.
200. Derogotis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale: preliminary report. 1973; 13-28.
201. Hathaway SR, McKinley JC. Minnesota Multiphasic Personality Inventory; Manual, revised. 1951; 12-20.
202. Butcher JN, Dahlstrom WG, Graham JR, Tellegen A, Kaemmer B. MMPI-2: manual for administration and scoring. Minneapolis, MN: Univer. of Minnesota Press, 1989: 40-42.
203. Savasir I, Çulha M. Development of the MMPI-2 in Turkey. Int Adapt MMPI-2 Res Clin Appl 1996; 448–462.
204. Ruesch J. The infantile personality; the core problem of psychosomatic medicine. Psychosom Med 1948; 10: 134-144.
205. Sifneos PE. The prevalence of 'alexithymic' characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 1973; 22: 255–262.
206. Nemiah JC, Sifneos PE. Psychosomatic illness: a problem in communication. Psychother Psychosom 1970; 18: 154–160.
207. Taylor GJ, Bagby RM. Psychoanalysis and empirical research: The example of alexithymia. J Am Psychoanal Assoc 2013; 61: 99–133.
208. McDougall J. Alexithymia: a psychoanalytic viewpoint. Psychother Psychosom 1982; 38: 81–90.

209. Honkalampi K, Hintikka J, Tanskanen A, Lehtonen J, Viinamäki H. Depression is strongly associated with alexithymia in the general population. *J Psychosom Res* 2000; 48: 99–104.
210. Arroyo-Anlló EM, Souchaud C, Ingrand P, Chamorro Sánchez J, Melero Ventola A, Gil R. Alexithymia in Alzheimer's Disease. *J Clin Med* 2021; 10: 44.
211. Ricciardi L, Demartini B, Fotopoulou A, Edwards MJ. Alexithymia in neurological disease: a review. *J Neuropsychiatry Clin Neurosci* 2015; 27: 179–187.
212. Assogna F, Pellicano C, Cravello L, Savini C, Macchiusi L, Pierantozzi M, et al. Alexithymia and anhedonia in early Richardson's syndrome and progressive supranuclear palsy with predominant parkinsonism. *Brain Behav* 2019; 9: 1-6.
213. Pasnau RO. Diagnosis and treatment of anxiety disorders. American Psychiatric Publishing, 1984: 33-46.
214. Parker JDA, Taylor GJ, Bagby RM, Acklin MW. Alexithymia in panic disorder and simple phobia: a comparative study. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 1105.
215. Bach M, de Zwaan M, Ackard D, Nutzinger DO, Mitchell JE. Alexithymia: Relationship to personality disorders. *Compr Psychiatry* 1994; 35: 239–243.
216. Šago D, Babić G, Bajić Ž, Filipčić I. Panic disorder as unthinkable emotions: alexithymia in panic disorder, a croatian cross-sectional study. *Front Psychiatry* 2020; 11: 466.
217. De Berardis D, Fornaro M, Orsolini L, Valchera A, Carano A, Vellante F, et al. Alexithymia and suicide risk in psychiatric disorders: a mini-review. *Front psychiatry* 2017; 8: 148.
218. Serafini G, De Berardis D, Valchera A, Canepa G, Geoffroy PA, Pompili M, et al. Alexithymia as a possible specifier of adverse outcomes: Clinical correlates in euthymic unipolar individuals. *J Affect Disord* 2020; 263: 428–436.
219. Aron AR. The neural basis of inhibition in cognitive control. *Neurosci* 2007; 13: 214–228.

220. Martel MM, Nigg JT, Lucas RE. Trait mechanisms in youth with and without attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Res Pers* 2008; 42: 895–913.
221. Brewer JA, Potenza MN. The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochem Pharmacol* 2008; 75: 63–75.
222. Whiteside SP, Lynam DR. The five factor model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Pers Individ Dif* 2001; 30: 669–689.
223. Mitchell MR, Potenza MN. Addictions and personality traits: impulsivity and related constructs. *Curr Behav Neurosci reports* 2014; 1: 1–12.
224. De Wit H. Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: a review of underlying processes. *Addict Biol* 2009; 14: 22–31.
225. Moeller FG, Barratt ES, Dougherty DM, Schmitz JM, Swann AC. Psychiatric aspects of impulsivity. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1783–1793.
226. Dougherty DM, Mathias CW, Marsh DM, Jagar AA. Laboratory behavioral measures of impulsivity. *Behav Res Methods* 2005; 37: 82–90.
227. Cyders MA, Coskunpinar A. Measurement of constructs using self-report and behavioral lab tasks: Is there overlap in nomothetic span and construct representation for impulsivity? *Clin Psychol Rev* 2011; 31: 965–982.
228. Bari A, Robbins TW. Inhibition and impulsivity: behavioral and neural basis of response control. *Prog Neurobiol* 2013; 108: 44–79.
229. Bakhshani N-M. Impulsivity: a predisposition toward risky behaviors. *Int J high risk Behav Addict* 2014; 3: 1-2.
230. Kozak K, Lucatch AM, Lowe DJE, Balodis IM, MacKillop J, George TP. The neurobiology of impulsivity and substance use disorders: implications for treatment. *Ann N Y Acad Sci* 2019; 1451: 71.
231. Organization WH. World report on violence and health. Geneva, Switzerland: Author. 2002: 5.

232. Barlow K, Grenyer B, Ilkiw-Lavalle O. Prevalence and precipitants of aggression in psychiatric inpatient units. *Aust New Zeal J Psychiatry* 2000; 34: 967–974.
233. Anderson DJ. Optogenetics, sex, and violence in the brain: implications for psychiatry. *Biol Psychiatry* 2012; 71: 1081–1089.
234. Fanning JR, Keedy S, Berman ME, Lee R, Coccaro EF. Neural correlates of aggressive behavior in real time: a review of fMRI studies of laboratory reactive aggression. *Curr Behav Neurosci reports* 2017; 4: 138–150.
235. Haller J. The neurobiology of abnormal manifestations of aggression—a review of hypothalamic mechanisms in cats, rodents, and humans. *Brain Res Bull* 2013; 93: 97–109.
236. Davidson RJ, Putnam KM, Larson CL. Dysfunction in the neural circuitry of emotion regulation--a possible prelude to violence. *Science* 2000; 289: 591–594.
237. Coccaro EF, Sripada CS, Yanowitch RN, Phan KL. Corticolimbic function in impulsive aggressive behavior. *Biol Psychiatry* 2011; 69: 1153–1159.
238. Lederbogen F, Kirsch P, Haddad L, Streit F, Tost H, Schuch P, et al. City living and urban upbringing affect neural social stress processing in humans. *Nature* 2011; 474: 498–501.
239. Bufkin JL, Luttrell VR. Neuroimaging studies of aggressive and violent behavior: current findings and implications for criminology and criminal justice. *Trauma, Violence, Abuse* 2005; 6: 176–191.
240. Ermer E, Cope LM, Nyalakanti PK, Calhoun VD, Kiehl KA. Aberrant paralimbic gray matter in incarcerated male adolescents with psychopathic traits. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2013; 52: 94–103.
241. Hoptman MJ, D’Angelo D, Catalano D, Mauro CJ, Shehzad ZE, Kelly AMC, et al. Amygdalofrontal functional disconnectivity and aggression in schizophrenia. *Schizophr Bull* 2010; 36: 1020–1028.

242. Banks SJ, Eddy KT, Angstadt M, Nathan PJ, Phan KL. Amygdala–frontal connectivity during emotion regulation. *Soc Cogn Affect Neurosci* 2007; 2: 303–312.
243. Sellbom M. The MMPI-2-Restructured Form (MMPI-2-RF): Assessment of personality and psychopathology in the twenty-first century. *Annu Rev Clin Psychol* 2019; 15: 149–177.
244. Schilling R, Casper ST. Of psychometric means: Starke R. Hathaway and the popularization of the Minnesota Multiphasic Personality Inventory. *Sci Context* 2015; 28: 77–98.
245. Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *J Clin Psychol* 1995; 51: 768–774.
246. Tamam L, Güleç H, Karatas G. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF) Türkçe Uyarlama Çalışması/Short Form of Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11-SF) Turkish Adaptation Study. *Noro-Psikiyatr Ars* 2013; 50: 130.
247. Buss AH, Perry M. The aggression questionnaire. *J Pers Soc Psychol* 1992; 63: 452.
248. Madran HAD. Buss-Perry saldırganlık Ölçeği'nin Türkçe formunun geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Türk Psikoloji Derg* 2012; 24: 1–6.
249. Bagby RM, Parker JDA, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychosom Res* 1994; 38: 23–32.
250. Bagby RM, Taylor GJ, Parker JDA. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale—II. Convergent, discriminant, and concurrent validity. *J Psychosom Res* 1994; 38: 33–40.
251. Kocijan Lovko S, Gelo J, Karlović D. Validation study of the Toronto Alexithymia Scale (TAS-26) in Croatian population. *Acta Clin Croat* 2015; 54: 272–277
252. Šago D, Babić G. Roots of alexithymia. *Arch Psychiatry Res An Int J Psychiatry Relat Sci* 2019; 55: 71–84.

253. Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA. Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness. Cambridge University Press, 1999: 89-100.
254. Topçu O, Hocaoglu Ç, Üvenli H, Kandemir G, Bahçeci B. Bir Eğitim Hastanesi Psikiyatri Polikliniğine Silah Ruhsatı İçin Başvuran Olguların Değerlendirilmesi. 2015; 29: 29-37.
255. Tan S, Aldemir S, Selen Sevinç Ş, Özer İ. Ruhsatlı silah bulunduran ve taşıyanların kişilik profillerinin değerlendirilmesi. Yeni Symposium. 2011; 49: 89-94.
256. Beşikci N. Soner Saygın M. Silah ruhsatı almak için başvuranların sosyodemografik özellikleri XXXII Ulusal Psikiyatri Kongresi (25-28 Eylül 1996, Ankara), Tam Metin Kitabı 1996; 30-33.
257. Akcan A, Akcan FE, Samancı A, Balcıoğlu İ, Çamlıca H. Ruhsatlı silah bulunduran ve taşıyan 2518 olguda sosyodemografik özellikler. 36. Ulusal Psikiyatri Kongresi, Antalya 2000; 460:15.
258. Torun F, Torun SD, Yıldırım EA. Silah ruhsatı almak için başvuranlarda depresyon, öfke, aleksitimi ve kişilik özellikleri. Evaluation 2011; 68: 73.
259. Cook PJ, Ludwig J. Guns in America: results of a comprehensive national survey on firearms ownership and use. Police Foundation Washington, DC, 1996: 100-112.
260. Akcan A Bİ. Ruhsatlı silah bulunduran veya taşıyan 1650 kişide öfke düzeyi. 9. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Kitabı. Malatya, 2002: 55.
261. Özsoy F, and Kulu M. "Sağlık kuruluna silah ruhsatı almak, silahlı güvenlik olmak için başvuran kişilerin mizaç karakter, D tipi kişilik özellikleri, aleksitimi ve dürtüsellik düzeylerinin incelenmesi." Sağlık Bilimleri Dergisi 2021; 30: 266-273.
262. Akcan A. Silah ruhsatlandırılmasında psikiyatrik muayene. Hekimler ne kadar içinde veya olmalı? , Bireysel Silahsızlanma. İstanbul: Umut Vakfı, Beta Basım, 2002: 63.

263. Graham JR. MMPI uygulama ve yorumlama rehberi. Türk Psikologlar Derneği, 1998: 22-32.
264. Karakılıç H. Silahlı bir meslek grubunda ruhsal rahatsızlıkları değerlendirmenin önemi: Türk Emniyet Teşkilatındaki uygulamanın bir özeti. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2006; 7: 35-42.
265. Özalp E, Soygür H. Silah ruhsatlandırmasında ruh hekiminin rolü. Anatol J Psychiatry 2006; 7: 28-34.
266. Atlı A, Bulut M, Uysal C, Kaya M, Karababa F, Güneş M, et al. Silah ruhsatı rapor başvuruları: şanlıurfa örneği. Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Dergisi 2012; 3: 28-38.

6. EKLER

Ek-1. Sosyodemografik Veri Formu

AD SOYAD:	DOSYA NO:
YAŞ:	
CİNSİYET: 1)Kadın	2)Erkek
DOĞUM YERİ:	
MEDENİ DURUM: 1)Evli 2)Bekar 3)Boşanmış 4)Dul	
MESLEK: 1)Ev hanımı 2)Memur 3)İşçi 4)Emekli 4)Çalışmıyor 6)Serbet meslek 7)Öğrenci	
EKONOMİK DURUM: 1)Düşük 2)Orta 3)Yüksek	
EĞİTİM DURUMU: 1)Okur yazar 2)İlköğretim 3)Ortaokul 4)Lise 5)Üniversite mezunu	
YERLEŞİM YERİ: 1)Köy 2)Kasaba 3)Şehir	
ALKOL KULLANIMI: 1)Evet(miktar/gün) 2)Hayır	
MADDE KULLANIMI: 1)Evet(miktar/gün) 2)Hayır	
SİĞARA KULLANIMI: 1)Evet(miktar/gün) 2)Hayır	
YAKIN AKRABALARDA SİLAH VARLIĞI: 1)Evet 2)Hayır	
SİLAH ALMA GEREKÇESİ: 1)Yakınından devir 2)Güvenlik 3)Merak 4)İş 5)Diğer	
BAŞVURU NEDENİ: 1)Özel güvenlik 2)Bulundurma 3)Taşıma 4)Av tüfeği 5)Ruhsat yenileme 6)İş	
ORGANİK HASTALIK: 1)Evet 2)Hayır	
ALEKSİTİMİ: GT= DTG= DSDG= DDD=	
BARRAT: D= BD= M= İ= ÖK= BK= DD= MD= PY=	
BUSS-PERY: FS= ÖF= DÜ= SS=	
MMPI: HS= D= HY= PD= MF= PA= PT= SC= MA= Sİ=	

EK-2. Minnesota Çok Yönlü Kişilik Envanteri

Bu kitapçıkta sıra ile numaralanmış bir takım sorular bulacaksınız. Her soruyu okuyarak KENDİ DURUMUNUZA GÖRE DOĞRU YA DA YANLIŞ olup olmadığını karar veriniz. Vereceğiniz karara göre her sorunun cevabını cevap kağıdına işaretleyiniz. Sağ tarafta örneği verilen cevap kağıdını gözden geçiriniz. Soruya vereceğiniz cevap sizini durumunuza göre doğru veya çoğu zaman doğru ise soru numarasının yanındaki parantez içine D yazınız. Sorunun cevabı sizin durumunuza göre yanlış veya genel olarak doğru değilse soru numarasının yanındaki parantez içine Y yazınız. Soru sizin durumunuza uymuyor veya bu konuda bir şey bilmiyorsanız cevap kağıdı üzerine hiçbir işaret koymayınız.

Kendiniz hakkında kendi kanınızı bildireceğinizi hatırdan çıkarmayınız. Mümkünse bütün soruları cevaplandırmaya çalışınız.

Cevap kağıdını işaretlerken sorunun numarası ile işaretlediğiniz yerin numarasının aynı olmasına dikkat ediniz. Değiştirmek istediğiniz cevabı iyice siliniz ve bu defter üzerine hiçbir işaret koymayınız.

1. Teknik yazılardan hoşlanırım
2. İştahım iyidir
3. Çok defa sabahları dinç ve dinlenmiş olarak uyanırım
4. Kütüphaneci olarak çalışmayı seveceğimi sanıyorum
5. Gürültüden kolayca uyanırım
6. Cinayet haberlerini okumaktan hoşlanırım
7. Çoğu zaman el ve ayaklarımın sıcaklığı iyidir
8. Günlük hayatım beni ilgilendirecek şeylerle doludur
9. Bugün de hemen hemen eskisi kadar iyi çalışabiliyorum
10. Çoğu zaman boğazım tıkanır gibi olur
11. İnsan rüyalarını anlamaya çalışmalı ve kendini onlara göre ayarlamalıdır
12. Polis romanlarından ya da esrarengiz romanlardan hoşlanırım
13. Büyük bir sinir gerginliği içinde çalışırım
14. Ayda bir iki defa ishal olurum
15. Ara sıra söylenemeyecek kadar ayıp şeyler düşünürüm
16. Hayatta kötülükler hep beni bulur
17. Babam iyi bir adamdır
18. Pek seyrek kabız olurum
19. Yeni bir işe girince kimin gözüne girme gerektiğini öğrenmek isterim
20. Cinsel yaşamımdan memnunum

21. Zaman zaman evi bırakıp gitmek istemişimdir
22. Ara sıra kontrol edemediğim gülme ve ağlama nöbetlerine tutulurum
23. Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir
24. Kimse beni anlamıyor
25. Şarkıcı olmayı isterim
26. Başım derde girince susmayı tercih ederim
27. Bazen kötü ruhların beni etkileri altına aldıklarını hissedirim
28. Kötülüğe kötülükle karşılık vermem prensibimdir
29. Çoğu kez midem ekşir
30. Bazen canım küfretmek ister
31. Sık sık geceleri kabus geçiririm
32. Zihnimi bir iş üzerinde toplamada güçlük çekerim
33. Başımdan çok garip ve tuhaf şeyler geçti
34. Çoğu zaman öksürüğüm vardır
35. Başkaları engel olmasaydı daha çok başarılı olurum
36. Sağlığım beni pek kaygılandırmaz
37. Cinsel yaşamım yüzünden başım hiç derde girmedir
38. Gençliğimde bir devre ufak tefek şeyler çaldım
39. Bazen içimde bir şeyler kırmak isteği geçer
40. Başka bir şey yapmaktansa çoğu zaman oturup hayal kurmayı severim
41. Kendimi toparlayamadığım için günler, haftalar, hatta aylarca hiçbir şeye el sürmediğim olur
42. Ailem seçtiğim veya seçmek istediğim mesleği beğenmiyor
43. Kuşkulu ve rahatsız uyurum
44. Çoğu zaman başımın her tarafı ağrır
45. Her zaman doğruyu söylemem
46. Şimdi her zamankinden daha iyi düşünüp tartabiliyorum
47. Ortada hiç bir neden yokken haftada bir ya da daha sık birdenbire her yanıma ateş basar
48. Başkaları ile bir arada iken kulağıma çok garip şeyler gelmesinden rahatsız olurum
49. Kanunların hemen hepsi kaldırılrsa daha iyi olur
50. Bazen ruhum vücudumdan ayrılır
51. Sağlığım birçok arkadaşımınki kadar iyidir
52. Uzun zamandan beri görmediğim okul arkadaşlarım ya da tanıdıklarım önce benimle konuşmazlarsa onları görmemezlikten gelmeyi tercih ederim
53. Hocaların dua okuyup üfleme hastalığı iyileştirir
54. Tanıdıklarımın çoğu beni sever
55. Kalp ve göğüs ağrılarından hemen hemen hiç şikayetim yoktur
56. Çocukken okuldan kaçtığım için bir iki defa cezalandırıldım
57. İnsanlarla çabucak kaynaşırım
58. Kuran' ın buyurdukları bir bir çıkmaktadır

59. Çok defa benden az bilenlerden emir alarak çalışmak zorunda kaldım
60. Her gün gazetelerin başyazılarını okumam
61. Gerektiği gibi bir hayat yaşayamadım
62. Vücudumun bazı yerlerinde çok defa yanma, gıdıklanma, karıncalanma veya uyuşukluk hissedirim
63. Büyük abdest yapmada ya da tutmada hiç bir güçlük çekmem
64. Bazen başkalarının sabrını tüketecek kadar bir şeye saplanır kalırım
65. Babamı severim
66. Etrafımda başkalarının görmediği eşya, hayvanlar veya insanlar görürüm
67. Başkalarının mutlu görüldüğü kadar mutlu olmayı isterdim
68. Ensemde nadiren ağrı hissedirim
69. Kendi cinsimden olanları oldukça çekici bulurum
70. Körebe oyunundan hoşlanırdım
71. Birçok kimseler başkalarının ilgi ve yardımlarını sağlamak için talihsizliklerini abartırlar
72. Hemen hemen her gün mide ağrılarından rahatsız olurum
73. Ben önemli bir kimseyim
74. Çoğu zaman kız olmayı isterdim (Şayet kız iseniz:) Kız olduğuma hiç üzülmedim
75. Ara sıra öfkelenirim
76. Çoğu zaman kendimi hüznümlü hissedirim
77. Aşk romanları okumaktan hoşlanırım
78. Şiiri severim
79. Kolay incinmem
80. Bazen hayvanlara rahat vermem
81. Orman bekçiliği gibi işlerden hoşlanacağımı sanıyorum
82. Tartışmalarda çabucak yenilirim
83. Çok çalışabilen ya da çalışmak isteyen kişinin başarılı olma şansı yüksektir
84. Bugünlerde artık hiç ilerleme umudum kalmamış gibi hissediyorum
85. Kullanmayacak bile olsam bazen başkalarının ayakkabı, eldiven gibi özel eşyaları o kadar hoşuma gider ki dokunmak ve aşırmaq isterim
86. Kendime hiç güvenim yoktur
87. Çiçek satıcısı olmayı isterdim
88. Genel olarak hayatın yaşanmaya değer olduğu kanısındayım
89. İnsanlara gerçeği kabul ettirmek güçtür
90. Bugün yapmam gereken işleri ara sıra yarına bıraktığım olur
91. Benimle alay edilmesine aldırmmam
92. Hemşire olmayı isterdim
93. Yükselmek için birçok kimse yalan söylemekten çekinmez
94. Sonradan pişman olacağım pek çok şeyi yaptığım olur
95. Namazımı hemen hemen muntazaman kılarım

96. Ailemle pek az kavga ederim
97. Bazen zararlı ya da çok kötü işler yapmam için içimde çok güçlü bir istek duyarım
98. Kıyamet gününe inanıyorum
99. Gürültülü eğlencelere katılmaktan hoşlanırım
100. Bildiğim bir konuda bir kimse saçma sapan ya da cahilce konuşursa onu hemen düzeltirim
101. Bence cinsel yönden kadınlar da erkekler kadar serbest olmalıdır,
102. En büyük mücadelemi kendimle yaparım
103. Vücudumda pek az seğirme ve kasılma olur
104. Başıma ne gelirse gelsin aldırış etmiyorum
105. Keyfim yerinde olmadığı zaman tersliğim üzerimdedir
106. Çoğu zaman büyük bir hata ya da kötülük yaptığım korkusuna kapılırım
107. Çoğu zaman mutluyumdur
108. Çoğu zaman bana kafam şişmiş ya da burnum tıkanmış gibi gelir
109. Bazı kimseler o kadar amirane davranırlar ki haklı bile olsalar içimden dediklerinin aksini yapmak gelir
110. Bana kötülük etmek isteyen biri var
111. Sırf heyecanlanmak için tehlikeli bir işe girişmedim
112. Doğru bildiğim şeyler için çoğu zaman direnmek zorunda kalırım
113. Kanunların uygulanması gerektiğine inanırım
114. Çoğu zaman başım sıkı bir çember içindeymiş gibi hissederim
115. Ahirete inanırım
116. Bahse girdiğim yarış ya da oyunlardan daha çok zevk alırım
117. Birçok kimseler daha çok yakalanmaktan korktukları için dürüsttüler
118. Dersten kaçtığım için ara sıra müdüre gönderildiğim oldu
119. Konuşma tarzım her zamanki gibidir (Daha yavaş ya da hızlı değil, yayvanlaşmış ya da kısıp değil)
120. Evde sofrada adabına dışarıdaki kadar dikkat etmem
121. Aleyhimde bazı tertipler kurulduğuna inanıyorum
122. Tanıdığım insanların çoğu kadar becerikli ve zeki olduğuma sanıyorum
123. Beni takip edenler olduğuna inanıyorum
124. Birçokları kaybetmektense çıkarlarını korumak için pek doğru olmayan yollara başvururlar
125. Midemden oldukça rahatsızım
126. Tiyatrodan hoşlanırım
127. Dertlerimin çoğundan kimin sorumlu olduğunu biliyorum
128. Kan görünce korkmam ya da fenalaşmam
129. Bazen ters ve suratsız olurum
130. Hiç bir zaman kan kusmadım ya da kan tükürmedim
131. Hastalığa yakalanacağım diye kaygılanmam
132. Çiçek koleksiyonu yapmayı ve evde çiçek yetiştirmeyi severim
133. Hiç bir zaman normal olmayan cinsel ilişkilere girişmedim

134. Bazen kafamdaki düşünceler o kadar hızlıdır ki söylemeyi yetiştiremem
135. Fark edilmeyeceğimden emin olsam sinemaya biletsiz girerdim
136. Bana iyilik yapan kimsenin genel olarak gizli bir amacı olabileceğini düşünürüm
137. Aile hayatımın tanıdığım kimselerin çoğununki kadar iyi olduğuna inanıyorum
138. Eleştiri beni çok kırar
139. Bazen sanki kendimi ya da başkasını incitmek zorundaymışım gibi hissedirim
140. Yemek pişirmeyi severim
141. Davranışlarımı çoğu zaman etrafımdakilere göre ayarlarım
142. Bazen hiçbir işe yaramadığımı düşünürüm
143. Çocukken başlarına ne gelirse gelsin aralarındaki birliği koruyan bir gruptaydım
144. Asker olmak isterim
145. Bazen biriyle yumruk yumruğa kavgaya girişmek istediğim olur
146. Seyahat edip gezip tozmadıkça mutlu olmam
147. Çabuk karar vermediğim için çok fırsat kaçırdım
148. Önemli bir iş üzerinde çalışırken başkalarının işimi yarıda kesmeleri sabrımı taşırır
149. Hatıra defteri tutardım
150. Oyunda kaybetmektense kazanmayı isterim
151. Biri beni zehirlemeye çalışıyor
152. Çoğu geceler zihnimi hiçbir şey kurcalamadan uykuya dalarım
153. Son birkaç yıl içinde sağlığım çoğu zaman iyiydi
154. Hiç sinir nöbeti ya da havale geçirmedi
155. Ne şişmanlıyorum ne de zayıflıyorum
156. Bir şeyler yapıp sonra ne yaptığımı hatırlayamadığım zamanlar oldu
157. Çoğu kez sebepsiz yere cezalandırıldım
158. Çabuk ağlarım
159. Okuduğumu eskisi kadar iyi anlayamıyorum
160. Hayatımda hiç bir zaman kendimi şimdiki kadar iyi hissetmedim
161. Bazen başımda bir sizi hissedirim
162. Birisinin bana kurnazca oyun etmesine çok içerlerim
163. Çabucak yorulmam
164. Üzerinde çalıştığım konularda okumayı ve incelemelerde bulunmayı severim
165. Önemli kimseleri tanımayı severim, çünkü böylece kendimi de önemli bir kimse gibi görürüm
166. Yüksek bir yerden aşağıya bakmaya korkarım
167. Ailemden herhangi birinin mahkemelik olması beni rahatsız etmez
168. Zihnimde bir gariplik var
169. Parayı ellemekten korkmam
170. Başkalarının hakkımda ne düşündükleri beni rahatsız etmez
171. Bir eğlencede başkaları yapsalar bile, ben taşkınlık yapmaktan rahatsız olurum
172. Çoğu kez utangaçlığımı örtbas etmek ihtiyacını duyarım

173. Okulu severdim
174. Hiç bayılma nöbeti geçirmedi
175. Pek az başım döner ya da hiç dönmez
176. Yılandan büyük bir korkum yoktur
177. Annem iyi bir kadındır
178. Hafızam genellikle iyidir
179. Cinsel konularda sıkıntım vardır
180. Yeni tanıştığım kimselerle konuşma konusu bulmada güçlük çekerim
181. Canım sıkıldıkça heyecan yaratmayı severim
182. Aklımı oynatmaktan korkuyorum
183. Dilencilere para vermeyi doğru bulmam
184. Sık sık nereden geldiğini bilmediğim sesler duyarım
185. Herkes kadar iyi işitirim
186. Bir şeyler yapmağa girişince ellerimin çok defa titrediğini fark ederim
187. Ellerimde beceriksizlik ya da sakarlık yok
188. Gözlerim yorulmadan uzun süre okuyabilirim
189. Çoğu zaman bütün vücudumda bir halsizlik duyarım
190. Başım pek az ağrır
191. Bazen utanınca çok terlerim
192. Yürürken dengemi hemen hemen hiç kaybetmem
193. Saman nezlesi ya da astım nöbetlerim yoktur
194. Hareketlerimi ve konuşmamı kontrol edemediğim fakat etrafımda olup bitenden haberdar olduğum nöbetler geçirdiğim oldu
195. Tanıdığım herkesi sevmem
196. Hiç görmediğim yerlere gitmekten hoşlanırım
197. Biri beni soymaya her şeyimi almaya çalışıyor
198. Çok az hayal kurarım
199. Çocuklara cinsiyetle ilgili temel gerçekler öğretilmelidir
200. Fikir ve düşüncelerimi çalmak isteyen biri var
201. Keşke bu kadar utangaç olmasam
202. Kendimi cezayı hak etmiş suçlu bir insan olarak görüyorum
203. Gazeteci olmak isterdim
204. Gazeteci olmasaydım daha çok tiyatro haberleri yazmaktan hoşlanırdım
205. Bazen çalmaktan ya da dükkanlardan eşya aşırırmaktan kendimi alamam
206. Birçok kimseden daha dindarımdır
207. Çeşitli oyun ve eğlencelerden hoşlanırım
208. Flört etmeyi severim
209. Günahlarımın affedilmeyeceğine inanıyorum
210. Her şeyin tanrı aynı geliyor
211. Gündüzleri uyuyabilirim fakat gündüzleri uyuyamam
212. Evdekiler bana çocuk muamelesi yapıyor
213. Yürürken kaldırımdaki yarıklara basmamaya dikkat ederim
214. Cildimde üzülmeye değer kabarıklık ya da sivilce yok

215. Çok içki kullandım
216. Başka ailelere göre bizim evde sevgi ve arkadaşlık pek azdır
217. Sık sık kendime bir şeyleri dert edinirim
218. Hayvanların eziyet çektiğini görmek beni üzmez
219. İnşaat mütahitliğinden hoşlanacağımı sanıyorum
220. Annemi çok severim
221. Bilimden hoşlanırım
222. Karşılığını veremeyeceğim durumlarda bile arkadaşlarımdan yardım istemekte güçlük çekmem
223. Avlanmayı çok severim
224. Annem babam hep beraber olduğum kimselerden çok defa hoşlanmıyorlar
225. Bazen biraz dedikodu yaptığım olur
226. Ailemdeki bazı kimselerde canımı çok sıkkan alışkanlıklar var
227. Uykuda gezdiğimi söylerler
228. Bazen alışılmamış bir kolaylıkla karar verebileceğimi hissediyorum
229. Çeşitli klüp ve derneklere üye olmak isterim
230. Kalbimin hızlı çarptığını hemen hemen hiç hissetmem ve çok seyrek nefesim tıkanır
231. Cinsiyet hakkında konuşmayı severim
232. Bazen üzerime çok fazla iş alırım
233. Pek çok insan karşı çıksa da kendi fikrimi sonuna kadar savunurum
234. Çabuk kızar ve çabuk unuturum
235. Aile kurallarından oldukça bağımsız ve özgürüm
236. Sıklıkla kara kara düşünürüm
237. Akrabalarımın hemen hepsi bana karşı anlayış gösterir
238. Zaman zaman perimde duramayacak huzursuzluk duyduğum devreler olur
239. Aşkta hayal kırıklığına uğradım
240. Görünüşüme hiç aldırmam
241. Kendi içimde tutup başkalarına söylenemeyen şeyler hakkında sık sık rüya görürüm
242. Birçoklarından daha sinirli sayılmam
243. Hemen hemen hiç bir ağrı ve sızım yok
244. Davranışlarım başkalarınca yanlış anlaşılmaya elverişlidir
245. Ailem beni olduğumdan daha hatalı bulur
246. Boynumda sık sık kırmızı lekeler olur
247. Kimseden sevgi görmüyorum
248. Bazen ortada hiç bir neden yokken hatta işler kötüye gittiği zaman bile kendimi fazlasıyla mutlu hissederim
249. Öbür dünyada şeytan ve cehennem olduğuna inanırım
250. Hayatta önüne her geleni kapmağa çalışan insanları suçlamam
251. Kendimi kaybedip yaptığım işi aksattığım ve etrafımda olup bitenlerin farkında olmadığım zamanlar oldu
252. Hiç kimse başkasının derdine aldırış etmiyor

253. Hatalı davranışlarını görsem bile insanlara arkadaşça davranabilirim
254. Birbiriyle şakalaşan kimseler arasında olmayı severim
255. Seçimlerde bazen oyumu pek az tanıdığım kimselere veririm
256. Gazetelerin ilgi çeken tek yeri resimli mizah sayfasıdır
257. Yaptığım işlerde genel olarak başarı elde edeceğime inanırım
258. Allah'ın varlığına inanırım
259. İşe başlamada güçlük çekerim
260. Okulda iken ağır öğrenenlerden biri idim
261. Ressam olsaydım çiçek resimleri yapardım
262. Daha güzel olmamam beni rahatsız etmez
263. Soğuk günlerde bile kolayca terlerim
264. Kendime tam anlamıyla güvenim vardır
265. Hiç kimseye güvenmemek en doğrusudur
266. Haftada bir ya da sık, çok heyecanlanırım
267. Topluluk içinde olduğumda üzerinde konuşacak uygun konular bulmada güçlük çekerim
268. Karamsar olduğum zaman heyecanlı bir olay hemen beni bu durumdan çıkarır
269. Bazen zevk için başkalarını kendimden korkuturum
270. Evden çıkarken kapının kilitli ve pencerenin kapalı olup olmadığı aklıma takılmaz
271. Başkalarının saflığını kendi çıkarlarında kullanan kimseleri ayıplamam
272. Bazen kendimi enerji dolu hissederim
273. Derimin bazı yerlerinde uyuşukluk hissederim
274. Görme gücüm eskisi kadar kuvvetlidir
275. Birisi zihnimi kontrol ediyor
276. Çocukları severim
277. Bazen bir madrabazın kurnazlığı beni o kadar eğlendirir ki, yakayı ele vermemesini dilerim
278. Çok defa tanımadığım kimselerin bana eleştirici gözle baktıklarını hissederim
279. Her gün gereğinden fazla su içerim
280. Birçok kimseler kendilerine yararı dokunacağı için arkadaş edinirler
281. Kulaklarım çok az çınlar ya da uğuldar
282. Genellikle sevdiğim aile üyelerine karşı bazen nefret duyarım
283. Gazete muhabiri olsaydım en çok spor haberleri yazmayı isterdim
284. Hakkımda çok konuşulduğumdan eminim
285. Ara sıra açık saçık bir fıkraya güldüğüm olur
286. En çok yalnız olduğum zaman mutlu olurum
287. Arkadaşlarıma kıyasla beni korkutan şeyler çok azdır
288. Tekrarlanan mide bulantısı ve kusmalar bana sıkıntı verir
289. Bir suçlu avukatının becerikliliği sayesinde cezadan kurtulunca kanunlara karşı daima nefret duyarım
290. Çok gergin bir hava içinde çalışıyorum
291. Hayatımda bir ya da birkaç kere birisinin beni hipnotize ederek bana bir şeyler

- yaptığını hissettim
292. Başkaları benimle konuşuncaya kadar ben onlarla konuşmaya başlamam
293. Birisi zihnimi etkilemeye çalışıyor
294. Kanunla hiç başım derde girmedi
295. Masal okumayı severim
296. Hiçbir neden yokken kendimi son derecede neşeli hissettiğim zamanlar olur
297. Cinsiyetle ilgili düşünceler beni rahatsız eder
298. Birkaç kişinin birlikte başları derde girince en iyisi yakalarını kurtarmak için aynı hikayeyi uydurmak ve bundan caymamaktır
299. Duygularımın birçok kimselerden yoğun olduğunu düşünürüm
300. Hayatımda hiçbir zaman bebek oynamaktan hoşlanmadım
301. Çoğu zaman hayat benim için bir yükür
302. Cinsel davranışlarımdan dolayı hiçbir zaman başım derde girmedi
303. Bazı konularda o kadar alınganım ki onlar hakkında konuşmam bile
304. Okulda sınıf karşısında konuşma bana çok güç gelirdi
305. Başkalarıyla beraber olduğum zaman bile kendimi yalnız hissederim
306. Bana karşı mümkün olan anlayış gösteriliyor
307. İyi beceremediğim oyunları oynamağa yanaşmam
308. Zaman zaman evi bırakıp gitmeyi çok istemişimdir
309. Birçokları kadar çabuk arkadaş edinebildiğimi sanıyorum
310. Cinsel hayatım doyurucudur
311. Gençlik yıllarımda bir devre ufak tefek şeyler çaldım
312. İnsanların arasında olmaktan hiç hoşlanmam
313. Değerli eşyasını tedbirsizce ortada bırakıp çalınmasına neden olan kimse bunu çalan kadar hatalıdır
314. Ara sıra söylenemeyecek kadar kötü şeyler düşünürüm
315. Hayatın hep kötü tarafları bana nasip olmuştur
316. Hemen hemen herkesin başını derde sokmamak için yalan söyleyebileceğine inanırım
317. Birçok kimselerden daha hassasım
318. Günlük hayatım beni ilgilendiren şeylerle dolu
319. İnsanların çoğu başkalarına yardım etmek için zahmete girmekten hoşlanmazlar
320. Rüyalarımın çoğu cinsel konularla ilgilidir
321. Kolaylıkla mahcup olurum
322. Para ve işi kendime dert edinirim
323. Başımdan çok tuhaf ve acayip olaylar geçmiştir
324. Hiç kimseye aşık olmadım
325. Ailemin yaptığı bazı şeyler beni korkutmuştur
326. Bazen kontrol edemediğim gülme ve ağlama nöbetlerine tutulurum
327. Annem ya da babam çok defa beni makul bulmadığım emirlere bile itaat ettirdiler
328. Zihnimi bir konu ya da iş üzerinde toplamakta güçlük çekerim

329. Hemen hemen hiç rüya görmedim
330. Hiç felç geçirmediyim ya da kaslarımda olağan üstü bir halsizlik duymadım
331. Eğer insanlar sırf düşmanlık olsun diye beni engellemeselerdi daha başarılı olurum
332. Bazen nezle olmadığım halde sesim çıkmaz ya da değişir
333. Beni hiç kimse anlamıyor
334. Bazen tuhaf korkular duyarım
335. Zihnimi bir konu üzerinde toplayamam
336. İnsanlara karşı sabrım çabuk tükenir
337. Çoğunlukla bir takım şeyler ve kimseler için meraklanıp huzursuzlaşıyorum
338. Hayatımın çoğu kimselerinkinden daha fazla tasa ve kaygı içinde geçtiğine eminim
339. Çoğu zaman ölmüş olmayı isterdim
340. Bazen o kadar heyecanlanırım ki uykuya dalmam güçleşir
341. Bazen beni rahatsız edecek kadar iyi iştiririm
342. Bana söyleneni hemen unuturum
343. Önemsiz ufak şeylerde bile karar verip işe girişmeden önce durur ve düşünürüm
344. Gördüğüm kimse ile karşılaşmamak için sıklıkla yolumu değiştiririm
345. Sıklıkla olup bitenler bana gerçek değilmiş gibi gelir
346. Reklamlardaki ampuller gibi önemsiz şeyleri sayma alışkanlığım vardır
347. Bana gerçekten kötülük yapmak isteyen hiç bir düşmanım yoktur
348. Bana umduğumdan fazla dostluk gösteren insanlara karşı tetikte bulunmağa çalışırım
349. Acayip ve tuhaf düşüncelerim vardır
350. Yalnızken garip şeyler duyarım
351. Küçük bir seyahat için bile evden ayrılırken telaşlanır ve kaygılanırım
352. Beni incitmeyeceğini bildiğim şeylerden ya da insanlardan bile korktuğum oldu
353. Başkalarının daha önce toplanıp konuştuğu odaya girmekten çekinmem
354. Bıçak gibi çok keskin ve sivri şeyler kullanmaktan korkarım
355. Sevdığım kimseleri bazen incitmekten hoşlanırım
356. Dikkatimi bir konu üzerinde toplamada birçok kişiden daha fazla güçlük çekerim
357. Yeteneğimi küçümsemişim için birçok defalar başladığım işi yarıda bıraktım
358. Kötü ve çok defa korkunç kelimeler zihnimi kurcalar ve bunlardan kendimi kurtaramam
359. Bazen önemsiz düşünceler aklımdan geçer ve beni günlerce rahatsız eder
360. Hemen hemen her gün beni korkutan bir şey olur
361. Her şeyi kötüye yorma eğilimindeyim
362. Birçok kimselerden daha çok hassasım
363. Bazen sevdiğim kimselerin beni incitmesinden hoşlandığım oldu
364. Hakkımda onur kırıcı ve kötü sözler söylüyorlar
365. Kapalı yerlerde huzursuzluk duyarım

366. İnsanlar içinde bile olsam çok defa kendimi yalnız hissederim
367. Yangından korkmam
368. Sonradan pişman olacağım şeyler yapmak ya da söylemek korkusuyla bazen bir kimseden uzak durduğum oldu
369. Kararsızlığım yüzünden yapılması gerekli birçok işi yapamamışımdır
370. Çalışırken acele etmek zorunda olmaktan nefret ederim
371. Aşırı derecede kendini dinleyen bir insan değilim
372. Elimdeki işi en iyi şekilde yapmayı isterim
373. Yalnızca bir tek doğru din olduğundan eminim
374. Ara sıra zihnim her zamankinden daha ağır işler
375. Çok mutlu olduğum ve iyi çalıştığım zamanlarda neşesiz veya dertli bir insanla karşılaşmak keyfimi tamamen kaçırır
376. Polisler genellikle dürüştür
377. Toplantılarda kalabalığa karışmaktan çok yalnız başıma oturur ya da bir tek kişiyle ahbablık ederim
378. Kadınları sigara içerken görmekten hoşlanmam
379. Çok nadiren karamsarlığa kapılırım
380. Ne yapsam zevk alamıyorum
381. Kolay öfkelenen biri olduğumu söylerler
382. Yapmak istediğim şeylere karar verirken, başkalarının ne düşüneceğini dikkate almam
383. İnsanlar çoğu zaman beni hayal kırıklığına uğratırlar
384. Kendimle ilgili her şeyi anlatabileceğim hiç kimse yok
385. Şimşek çakması da korkularımdan biridir
386. Çok tertipli ve titizim
387. Ailem her davranışıma fazla karışıyor
388. Karanlıkta yalnız kalmaktan korkarım
389. Tasarlamış olduğum planlar çok defa o kadar güçlülle dolu göründü ki bunlardan vazgeçmek zorunda kaldım
390. Birinin hatasını önleme gayretim yanlışı anlaşılmasına çok üzülürüm
391. Dansa gitmeyi severim
392. Fırtınadan çok korkarım
393. Yük çekmeyen atlar dövülmeli ya da kamçılanmalıdır
394. Başkalarına sık sık akıl danışırım
395. Gelecek, bir insanın ciddi planlar yapamayacağı kadar belirsizdir
396. İşler yolunda gittiği zaman bile çoğu kez her şeye karşı bir aldırılmazlık içinde olduğumu hissederim
397. Bazen güçlükler öylesine üst üste gelir ki onlarla baş edemeyecekmişim gibi hissederim
398. Çoğu kez keşke tekrar çocuk olsaydım diye düşünürüm
399. Kolay kolay kızmam
400. Eğer bana fırsat verilse dünya için çok yararlı işler yapabilirim
401. Sudan hiç korkmam

402. Ne yapacağıma karar vermeden önce uzun uzun düşünürüm
403. Birçok şeyin olup bittiği böyle bir devirde yaşamak hoş bir şey
404. Hatalarını düzelterek kendilerine yardım etmeye çalıştığım insanlar amacımı çoğu kez yanlış anlarlar
405. Yutkunmakta güçlük çekmem
406. Uzman dendiği halde benden pek fazla bilgili olmayan insanlarla sık sık karşılaşırım
407. Genel olarak sakinim ve kolay sinirlenmem
408. Bazı konular hakkında hislerimi o kadar gizleyebilirim ki insanlar bilmeden beni incitebilirler
409. Elimde olmadan çok ufak bir şeyden münakaşa çıkarıp karşımdakini kırıyorum
410. Madrabazı kendi silahı ile alt etmekten hoşlanırım
411. İyi tanıdığım bir kimsenin başarısını duyduğum zaman adeta kendimi başarısızlığı uğramış hissederim
412. Hastalandığım zaman doktora gitmekten korkmam
413. Günahlarım için ne kadar ağır ceza görsem iyidir
414. Hayal kırıklıklarını o kadar ciddiye alırım ki bunları zihnimden söküp atamam
415. Fırsat verilse iyi bir önder olurum
416. Yakınlarımla sağlığımdan çok endişe ederim
417. Sırada beklerken biri önüme geçmeye kalkışırsa ona çıkışıyorum
418. Bazen hiç bir işe yaramadığımı düşünürüm
419. Küçükken okuldan sık sık kaçardım
420. Başımdan dinle ilgili olağan üstü yaşantılar geçti
421. Ailemde çok sinirli insanlar var
422. Ailemde bazı kişilerin yapmış olduğu işler beni utandırmıştır
423. Balık tutmayı çok severim
424. Hemen hemen her zaman açlık duyarım
425. Sık sık rüya görürüm
426. Kaba ya da can sıkıcı insanlara karşı bazen sert davrandığım olur
427. Açık saçık hikayelerden utanıp rahatsız olurum
428. Gazetelerin baş yazılarını okumaktan hoşlanırım
429. Ciddi konular üzerinde verilen konferansları dinlemekten hoşlanırım
430. Karşı cinsten olanları çekici bulurum
431. Başa gelebilecek talihsizlikler beni oldukça telaşlandırır
432. Kuvvetli siyasi fikirlerim vardır
433. Bir zamanlar hayali arkadaşlarım vardı
434. Otomobil yarışçısı olmayı isterdim
435. Genel olarak kadınlarla çalışmayı tercih ederim
436. İnsanlar genel olarak başkalarının haklarına saygı göstermekten çok kendi haklarına saygı gösterilmesini isterler
437. Kanuna aykırı davranmadan kanunun bir gediğinden yararlanmakta zarar yoktur
438. Bazı insanlardan o kadar nefret ederim ki ettiklerini bulunca içimden oh derim

439. Beklemek zorunda kalmak beni sinirlendirir
440. Başkalarına anlatmak için hoş fıkraları hatırımda tutmaya çalışırım
441. Uzun boylu kadınlardan hoşlanırım
442. Üzüntü yüzünden uyuyamadığım zamanlar oldu
443. Başkalarının gereği gibi yapamadığını sandığı şeyleri yapmaktan vaz geçtiğim oldu
444. Başkalarının cahilce inançlarının düzeltmeye çalışmam
445. Küçükken heyecan veren şeyler yapmaktan hoşlanırdım
446. Az parayla oynanan kumardan hoşlanırım
447. Mastürbasyonda kendi cinsimle ilgili hayal beni tahrik eder
448. Sokakta, otobüs ve dükkanlarda bana bakan insanlardan rahatsız olurum
449. İnsanlarla bir arada olmayı sağladığı için toplantı ve davetleri severim
450. Kalabalığın verdiği coşkudan hoşlanırım
451. Neşeli arkadaşlar arasına karışınca üzüntülerimi unuturum
452. Arkadaş edinemiyorum
453. Küçükken mahalledeki arkadaş ya da akran gruplarına katılmaktan hoşlanmazdım
454. Orman ya da dağdaki bir kulübede tek başıma yaşamaktan mutlu olabilirim
455. İçinde bulunduğum grubun dedikodularına ve konuşmalarına sıklıkla konu olmam
456. İnsan makul bulmadığı kanunlara aykırı hareketlerinden ötürü cezalandırılmamalıdır
457. Bence insan hiç bir zaman alkollü içkiyi ağzına almamalıdır
458. Çocukken benimle en fazla ilgilenen erkek baba, üvey baba vb bana karşı çok sert davranırdı
459. Çaba göstermekle yenemeyeceğimi bildiğim bazı kötü alışkanlıklarım var
460. Az içki kullandım ya da hiç kullanmadım
461. Kısa bir zaman için bile olsa başladığım işi bir kenara bırakmak bana güç gelir
462. Küçük abdestimi yapmada ya da tutmada güçlük çekmem
463. Sek sek oyunu oynamaktan hoşlanırdım
464. Hiç hayal görmedim
465. Bir kaç kez hayatım boyunca yaptığım işte hevesimi yitirdiğim olmuştur
466. Doktor önerisi dışında hiçbir ilaç ya da uyku hapi kullanmadım
467. Çok defa otomobil, plaka numarası gibi hiç önemli olmayan numaraları ezberlerim
468. Sıklıkla sinirli ve asık suratlı olurum
469. Onlardan önce düşündüğüm için başkaları benim fikirlerimi kıskanıyorlar
470. Cinsiyetle ilgili şeylerden nefret ederim
471. Okulda hal ve gidişten kırık not alırdım
472. Yangın karşısında büyülenmiş gibi olurum
473. Mümkün olduğu kadar kalabalıktan uzak kalmaya çalışırım
474. Başkalarından daha sık küçük abdeste çıkmam
475. Sıkıştırıldığım zaman gerçeğin ancak bana zarar vermeyecek kısmını söylerim

476. Tanrı bana özel bir görev vermiştir
477. Arkadaşlarımla birlikte işlediğim bir suçtan eşit şekilde suçlu olduğum zaman onları ele vermektense bütün suçu üzerine almayı tercih ederim
478. Çok değişik bir aile ortamından gelmiş olmayı isterdim
479. Yabancılarla tanışmaktan kaçınmam
480. Karanlıktan çok defa korkarım
481. Bir şeyden kurtulmak için hasta numarası yaptığım olmuştur
482. Trende, otobüste vb rastladığım kimselerle çok defa konuşurum
483. Peygamberimiz göğre çıkmaya gibi mucizeler göstermiştir
484. Homoseksüelliği çok iğrenç buluyorum
485. Bir erkek bir kadınla beraber olunca genel olarak onun cinsiyetiyle ilgili şeyler düşünür
486. İdrarımda hiç bir zaman kan görmedim
487. Uğraştığım iş yolunda gitmeyince hemen vaz geçerim
488. Sık sık dua ederim
489. Yaşamı yalnızca üzüntülü, sıkıntılı tarafları ile benimseyen insanlara sempati duyarım
490. Haftada birkaç kere kuran okurum
491. Sadece bir tek dinin doğruluğuna inananlara tahammül edemem
492. Zelzele düşüncesi beni çok korkutur
493. Tam dikkat isteyen işleri, beni dikkatsizliğe sürükleyen işlere tercih ederim
494. Kapalı ve küçük yerlerde bulunmaktan çok rahatsız olurum
495. Kusurlarını düzeltmeye çalıştığım insanlarla genel olarak gayet açık konuşurum
496. Eşyayı hiçbir zaman çift görmem (Yani tek olan şeyleri çift görmem)
497. Macera hikayelerinden hoşlanırım
498. Açık sözlü olmak her zaman iyidir
499. Gerçekten önemsiz olan bir şey üzerinde bazen sebepsiz olarak haddinden fazla üzüldüğüm olur
500. Bana parlak gelen bir fikre hemen kapılır giderim
501. Başkalarından yardım beklemektense genel olarak bir işi kendi başıma yapmayı tercih ederim
502. Herhangi bir olay hakkındaki görüşümü başkalarına açıkça belirtmekten hoşlanırım
503. Başkalarının hareketlerin çok beğenip beğenmediğimi pek belli etmem
504. Değersiz gördüğüm ya da acıdığım kimseye bu duygularımı belli etmekten çekinmem
505. Zaman zaman kendimi öyle güçlü ve enerjik hissedirim ki böyle zamanlarda günlerce uykuya ihtiyaç duymadığım olur
506. Sinirleri çok gergin bir insanım
507. İşler iyi gidince aslan payını kendilerine alan fakat hata yapılanca bunu başkalarının üzerine atan insanlarla karşılaştım
508. Koku alma duyum herkes kadar iyidir
509. Bazen çekingenliğim yüzünden hakkımı arayamam

510. Pislik ve kir beni ürkütüp iğrendirir
511. Herkesten gizli tuttuğum bir hayal dünyam var
512. Yıkanmaktan hoşlanmam
513. Kış mevsimini severim
514. Erkek gibi davranan kadınlardan hoşlanırım
515. Evimizde daima gerekli ihtiyaç maddeleri bulunurdu (Yeteri kadar yiyecek, giyecek vb gibi)
516. Ailemde çabuk kızan kimseler var
517. Hiç bir şeyi iyi yapamam
518. Bazı durumlarda olduğumdan daha fazla üzüntülü görünmeye çalıştığım olmuştur
519. Cinsel organlarımda bir bozukluk var
520. Genel olarak görüşlerimi kuvvetle savunurum
521. Bir grup içinde konuşma yapmam ve çok iyi bildiğim bir konuda fikrimi söylemem istenince kaygılanmam
522. Örümcekten korkmam
523. Yüzüm hemen hemen hiç kızarmaz
524. Kapı tokmaklarından hastalık veya mikrop alacağımdan korkmam
525. Bazı hayvanlardan ürkerim
526. Gelecek bana ümitsiz görünüyor
527. Ailem ve yakın akrabalarım birbirleriyle oldukça iyi geçinirler
528. Yüzüm başkalarından daha sık kızarmaz
529. Pahalı elbiseler giymeyi isterim
530. Sebepsiz yere sık sık içim sıkılıyor ve ağlamak istiyorum
531. Bir konu üzerinde karar verdiğimi zannetsem bile başka biri fikrimi kolayca değiştirebilir
532. Acıya başkaları kadar ben de dayanabilirim
533. Sık sık geçirmekten şikayetim yoktur
534. Çoğunlukla başladığım işten en son vazgeçen ben olurum
535. Hemen hemen her zaman ağzımda kuruluk olur
536. Beni acele ettirenlere kızarım
537. Afrika'da aslan avına çıkmak isterdim
538. Terzilikten hoşlanabileceğimi sanıyorum
539. Fareden korkmam
540. Yüzüme hiç felç inmedi
541. Cildime ufak bir şeyin dokunmasından çok huylanırım
542. Şimdiye kadar rengi kapkara büyük abdest yapmadım
543. Haftada birkaç kez korkunç bir şey olacaktı diye duyusuna kapılırım
544. Çoğu zaman yorgunluk hissedirim
545. Bazen aynı rüyayı tekrar tekrar görürüm
546. Tarih okumaktan hoşlanırım
547. Toplantı ve kalabalık eğlencelerden hoşlanırım
548. Elimdeyse açık saçık numaraların yapılacağı eğence yerlerine gitmem

549. Karşıma çıkacak güçlüklerden korkak ve kaçarım
550. Kapı mandallarını onarmaktan hoşlanırım
551. Bazen başkalarının kafamın içindekilerindi okuduğundan eminim
552. Bilimsel yayınları okumaktan hoşlanırım
553. Açık yerlerde veya geniş meydanlarda tek başıma kalmaktan korkarım
554. Sıkıntım oldukça alkol alırım
555. Bazen çıldıracakmış gibi olurum
556. Kılık kıyafetime çok itina ederim
557. Hayatı fazla ciddiye almıyorum
558. Birçok kimseler kötü cinsel faaliyetlerinden dolayı suçludurlar
559. Gece yarısı çoğunlukla korkuya kapıldığım olur
560. Bir şeyi nereye koyduğumu unutmaktan çok şikayetçiyimdir
561. Ailem benim için büyük bir dayanaktır
562. Çocukken en fazla bağlandığım ve hayran kaldığım kimse bir kadındı
563. Macera hikayelerini aşk hikayelerinden daha çok severim
564. Yapmak istediğim fakat başkalarının beğenmediği bir işten kolayca vazgeçerim
565. Yüksek bir yerde iken içimden atlama isteği gelir
566. Sinemalardaki aşk sahnelerini severim

EK-3. Barratt Dürtüsellik Ölçeği Kısa Formu (BIS-11-KF)

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

Barratt Dürtüsellik Ölçeği -11

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz.

Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	-	-	-	-
2. Düşünmeden iş yaparım	-	-	-	-
3. Hızla karar veririm	-	-	-	-
4. Hiç bir şeyi dert etmem	-	-	-	-
5. Dikkat etmem	-	-	-	-
6. Uçuşan düşüncelerim var	-	-	-	-
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	-	-	-	-
8. Kendimi kontrol edebilirim.	-	-	-	-
9. Kolayca konsantre olurum	-	-	-	-
10. Düzenli para biriktirim	-	-	-	-
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	-	-	-	-
12. Dikkatli düşünen birisiyim	-	-	-	-
13. İş güvenliğine dikkat ederim.	-	-	-	-
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	-	-	-	-
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.	-	-	-	-
16. Sık sık iş değiştiririm	-	-	-	-
17. Düşünmeden hareket ederim	-	-	-	-
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.	-	-	-	-
19. Adıma estiği gibi hareket ederim	-	-	-	-
20. Düşünerek hareket ederim	-	-	-	-
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	-	-	-	-
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	-	-	-	-
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	-	-	-	-
24. Hobilerimi değiştiririm	-	-	-	-
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.	-	-	-	-
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.	-	-	-	-
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.	-	-	-	-
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	-	-	-	-
29. Yap-boz/puzzle çözmeği severim	-	-	-	-
30. Geleceğini düşünen birisiyim	-	-	-	-

EK-4. Buss-Perry Saldırganlık Ölçeği

BUSS-PERRY Agresyon Ölçeği

BUSS-PERRY ÖLÇEĞİ

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

EK-5. Toronto Aleksitimi Ölçeği (TAS-20)

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 benim 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 etmekten onları çözümlemeyi yeğlerim.....	1	2	3	4	5
6- Keyfim kaçtığı anda, 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 olurlarına 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 hissettiği 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 hazı azaltır.....	1	2	3	4	5

Copyright © 1994 Bagby, Parker, & Taylor
Türkçe TAS-20 © 2001 Kemal Sayar & Samet Köse